



Rehabiliterings- prosjektet

Rapport til styremøte 27.03.2019

Innhold

1	Nåværende faglig tilbud	2
1.1	Faglig kompetanse.....	4
2	Felles lokal inntaksnemnd	4
3	Bruk av rehabiliteringstilbud utenfor helseforetaket.....	5
4	Begrunnelse for endring av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal.....	5
4.1	Faglige vurderinger.....	5
5	Det fremtidige spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal	7
5.1	Generelt.....	7
5.2	Konkret om driftsomleggingene.....	8
5.2.1	Reduksjon i antall døgnplasser	9
5.2.2	Ambulante rehabiliteringstjenester/team (ART)	9
5.2.3	Poliklinisk aktivitet.....	9
5.2.4	Dagtilbud	10
5.3	Konsekvenser av endringen ved Mork rehabiliteringssenter	10
5.4	Konsekvenser av endringen ved RSÅ	10
5.5	Konsekvenser av endringen ved Aure rehabiliteringssenter	10
6	Gjennomført prosess.....	11
7	Ros-analysen.....	12
8	Økonomi	12
8.1	Økonomiske vurderinger	13
8.2	Driftsøkonomi.....	13
9	Klinikkjefen sin samlede vurdering og anbefaling	14

1 Nåværende faglig tilbud

Avdeling for rehabilitering, revmatologi og hud (RRH) er en del av klinikk for medisin og rehabilitering, og har ansvar for 3 døgnbaserte rehabiliteringsseksjoner. Avdelingen inneholder i tillegg seksjon for fysikalsk medisinsk og nevropsykologi (poliklinikk), seksjon for revmatologi og hud og seksjon for kliniske støttefunksjoner (inkludert intern utlånssentral).

Avdeling RRH gir blant annet tilbud om døgnbasert spesialisert tverrfaglig rehabilitering, og seksjonene er lokalisert ved rehabiliteringssengepost ved Ålesund sjukehus (RSÅ), Aure rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

Aure rehabiliteringssenter har 14 døgnplasser, Mork rehabiliteringssenter har 18 døgnplasser og RSÅ har 14 døgnplasser for spesialisert rehabilitering, totalt 46 døgnplasser. Aure rehabiliteringssenter har også 6 senger brukt til Arbeidsretta rehabilitering (ARR).

I tillegg har den private institusjonen Muritunet rehabiliteringssenter 50 ordinære døgnplasser og 8 døgnplasser brukt til ARR. Muritunet har også dagtilbud og poliklinikk, og tar imot pasienter fra hele fylket. I Møre og Romsdal er det pr. d.d. således totalt 0,36 døgnplasser pr. 1.000 innbygger innen spesialisert rehabilitering (ekskl. døgnplasser brukt til AAR). I resten av Helse Midt-Norge er tilsvarende dekningsgrad 0,52. I Trøndelag blir størstedelen av spesialisert rehabilitering utført via private institusjoner som har avtale med Helse Midt-Norge. Dette sammen, med Muritunet, er felles tilbud for hele regionen og inneholder også tilbud innen f. eks. psykiatri, ortopedi og revmatologi.

I det faglige tilbudet i avdelingen skiller en mellom primær kompleks rehabilitering og primær enkel rehabilitering.

Primær kompleks døgnrehabilitering:

Primær kompleks døgnrehabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.80 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum seks spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. I tillegg er det krav om at arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager, at pasienten har minimum én overnatting og at pasienten i tillegg har funksjonstrening, trening i kompensierende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Det skal også foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid eller fritid. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

Primær enkel døgnrehabilitering:

Primær enkel døgnrehabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.89 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum fire spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet. (SAMDATA spesialisthelsetjenesten, Analysenotat 8/2018).

En ser på de tre døgnbaserte seksjoner som en enhet i den spesialiserte tverrfaglige rehabiliteringen i HMR. Ved RSÅ og Mork utøves i stor grad kompleks rehabilitering, mens det ved Aure i hovedsak drives enkel rehabilitering. Seksjonene har likevel ulik faglig profil, og kan skjematisk fremstilles slik:

Tabell 1: Seksjonenes faglige profil

Pasientgrupper	Hvor tilbudet gis
Hjerneinfarkt	Alle seksjoner. De mest komplekse til RSÅ og Mork
Annen ervervet hjerneskade (spontan blødning, traumatisk hjerneskade, anoksi, tumor, infeksjon).	RSÅ og Mork RSÅ har 3. linjeansvar i for de mest komplekse pasientene, sammen med avd. for ervervet hjerneskade (Lian) ved St. Olavs
Ryggmargsskade (avd. for ryggmargsskade, St. Olavs har 3. linje ansvar)	RSÅ.
Multitraume	RSÅ, evt. Mork eller Aure hvis kompleksitet tillater det.
Underekstremitetsamputasjon (proteseforløp)	RSÅ
Kronisk nevrologisk sykdom (MS, Parkinson sykdom, følgetilstander etter poliomyelitt, Guillain Barre, critical illness nevropati/myopati, motornevronsykdom, polynevropati, enkelte perifere nerveskader mm)	RSÅ tar alle typer kronisk nevrologiske sykdommer. Mork tar polynevropati (men få i denne gruppen skal ha spes. rehab). Aure tar Parkinson (Parkinson-program).
Ortopedisk rehabilitering etter elektiv kirurgi dersom stor grad av kompleksitet.	Aure
Kreft	RSÅ ved CNS-affeksjon etter kreftsykd/beh. Aure/Mork i senforløp unntaksvis.
Nakke programopphold	Aure

NB: Enkelte unntak fra denne funksjonsfordelingen, da det kan være ulike behov som tilsier det (som for eksempel geografiske forhold eller forlengelse av et rehabiliteringsforløp).

Forskjell i gjennomsnittlig liggetid (døgn) på de forskjellige sengepostene er ikke stor. Sengeposten i Ålesund har 20,3 døgn, mens Mork har 21,6 døgn og Aure 19,2 døgn. Det en ikke har fått med i tallene her, er re-inntak, både planlagte og etter stengningsperioder. En har gjort en vurdering av liggetidene i sengepostene og ser at en har et potensiale for effektivisering.

Aktivitetstall som viser hvor pasientene kommer fra viser at sengeposten i Ålesund har flest pasienter som kommer fra andre sykehus og er i et akuttforløp. Pasientene her er også de mest komplekse. Pasienter på Mork har også en del pasienter fra sykehus som er i et akuttforløp, men ikke så mange som i Ålesund. Aure har færrest pasienter fra sykehus og flest fra hjemkommune.

Oversikt over hvilke sykehusområder pasientene kommer fra viser at:

- Sengeposten i Ålesund har 5 % fra Kristiansund sykehusområde, 13 % fra Molde sykehusområde, 13 % fra Volda sykehusområde og 69 % fra Ålesund sykehusområde (2018-tall)

- Sengeposten på Mork har 7 % fra Kristiansund sykehusområde, 20 % fra Molde sykehusområde, 48 % fra Volda sykehusområde, 22 % fra Ålesund sykehusområde (2018-tall, 3 % utenfra HMR)
- Sengepost på Aure har 55 % fra Kristiansund sykehusområde, 33 % fra Molde sykehusområde, 1 % fra Volda sykehusområde, 5 % fra Ålesund sykehusområde. (2018-tall, 6 % utenfra HMR)

1.1 Faglig kompetanse

Den faglige kompetansen er noe ulik i Ålesund, Mork og Aure. Fysikalskmedisin og rehabilitering er en medisinsk hovedspesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering av pasienter som har, eller står i fare for å få langvarig funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skade i bevegelsesapparatet eller nervesystemet. Historisk har det vært krevende å rekruttere spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. De spesialistene vi har ansatt i dag startet sitt utdanningsløp i vår egen avdeling. Innen fagfeltet har vi hatt gruppe 1 godkjenning, som vil si at spesialistkandidatene får gjennomført hele spesialistutdanningen i Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Møre og Romsdal.

Ulikhetene innen fagkompetanse er at en i Ålesund har alle faggrupper som en spesialistavdeling skal ha som legespesialister (5 stk.), nevropsykologer (2 stk.), logopeder, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, sosionom. Samt 3 LIS som er i utdanningsløp til å bli spesialister. En har de siste årene hatt flere som har tatt sin Phd, og har også nå kandidater i Phd-løp.

Mork mangler for tiden legespesialist, men har LIS som får veiledning fra spesialist i Ålesund. De mangler også nevropsykolog.

Aure mangler legespesialist i fysikalsk medisin, men har nevrolog (40 % still.) og allmenn lege (30 % still.) De mangler også nevropsykolog og har logoped på innleie til enkeltpasienter.

2 Felles lokal inntaksnemnd

Alle søknader/henvendelser til spesialisert rehabiliteringstjeneste til de tre seksjonene i HMR blir behandlet i *Felles inntaksnemnd for rehabilitering*. Nemda består av seksjonsledere fra hver døgnbaserte seksjon, og ledes av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering ved RRRH.

Inntaksnemnda jobber kontinuerlig med å «ha de rette pasientene», samt at en utnytter den kompetansen og kapasiteten som er ved de ulike seksjonene. Dette arbeidet har ført til at det er utarbeidet en funksjonsfordeling mellom seksjonene (se Tabell 1). RSÅ gir tidlig tilbud til pasienter med komplekse sykdomstilstander og tidligere overflytting fra akuttavdelinger hvor samarbeid med sykehusets andre medisinske fagspesialiteter er nødvendig.

Pasienter som er i forløp og kommer fra sykehusavdelinger får plass innen en uke (Nasjonal standard). Andre pasienter får plass ut fra når tilbudet bør gis og prioriteres etter prioriteringsveileder, skjønn og ulike retningslinjer som sier noe om hvilke pasienter som skal prioriteres og tidsperspektiv for vurdering/inntak.

Rehabiliteringstjenesten i HMR har liten grad av ventelister og ingen ventelistebrudd.

3 Bruk av rehabiliteringstilbud utenfor helseforetaket

I tillegg til det spesialiserte rehabiliteringstilbudet som blir gitt ved våre tre seksjoner, så kan innbyggerne i fylket benytte det frie behandlingsvalget, og således velge rehabiliteringstilbud ved institusjoner utenfor helseforetaket som har avtale med regionale helseforetak. Henvisningene fra fastleger og avtalespesialister går i denne sammenheng til den regionale vurderingsenheten. Enheten vurderer om henvisningen fra lege oppfyller kravene om spesialisert rehabilitering og fungerer som rådgivende organ til pasienter om ulike tilbud innen fagområdet. I Helse Midt-Norge er det til sammen 7 private institusjoner som har avtale innen rehabiliteringsområdet. Av disse ligger bare Muritunet rehabiliteringssenter i Møre og Romsdal.

Bruken av private rehabiliteringssenter har vært slik av pasienter med bostedsadresse i fylket (inkludert opphold utenfor Helse Midt-Norge):

Årstall	Døgnopphold	Liggedøgn
2016	1.377	28.907
2017	1.046	30.066
2018 (1. og 2. tertial)	878	17.456

Av disse så er den klart største bruken knytt til Muritunet (mellom 57 og 69 % av innleggelsene) og Røros rehabiliteringssenter.

4 Begrunnelse for endring av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal

4.1 Faglige vurderinger

I høringsforslag til Pakkeforløp hjerneslag-fase to, anslås at 20 % av pasientene med akutt hjerneslag vil ha behov for spesialisert, døgnbasert rehabilitering. Det ligger tydelige føringer på hvilke pasienter (på gruppenivå) som skal ha dette tilbudet, vurdert ved modifisert Rankin Skala og Bartel ADL-index, samt gitt en del øvrige kriterier for seleksjon. Spesialisert døgnbasert rehabilitering er skissert på 3 ulike nivåer. Nivå 1 tilsvarer enkel rehabilitering med intensive, koordinerte og tverrfaglige intervensjoner fra 2-4 faggrupper i tillegg til legespesialist og sykepleie (men lite til moderat behov for oppfølging av lege og sykepleier). Arbeidet skal ledes av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, eller annen relevant spesialist med særskilt dokumentert kompetanse i rehabilitering (som for eksempel nevrolog eller geriater med rehabiliteringskompetanse). Nivå 2 tilsvarer kompleks rehabilitering hvor det er behov for høyintensive, koordinerte tverrfaglige intervensjoner fra 4 eller flere faggrupper i tillegg til legespesialist og sykepleie (og moderat til betydelig behov for oppfølging av lege og sykepleier). Arbeidet skal ledes av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Nivå 3 tilsvarer nasjonale tjenester og høyspesialiserte rehabiliteringsavdelinger.

I samme høringsforslag angitt at 20 % av pasienter med akutt hjerneslag skal ha tidlig støttet utskriving, det vil si utskriving fra slagenhet til oppfølging av tverrfaglig ambulerende team med spesialkompetanse på hjerneslag, nær samhandling mellom sykehus og helse-omsorgstjenesten i kommunene, og rehabiliteringstilbud i hjemmet eventuelt kombinert med rehabilitering i dagavdeling. Det er videre anslått at 15 % av pasienter med akutt hjerneslag kan utskrives direkte til kommune, enten til kombinasjon av hjemme- og dagrehabilitering, eller kommunal frisklivssentral eller rehabiliteringssenter. 30 % av slagpasientene vurderes å ikke ha behov for rehabilitering grunnet små

utfall etter hjerneslaget, mens de resterende 15 % ikke vil være aktuelle for rehabiliteringstiltak (i liten eller ingen grad ha nytte av rehabilitering på grunn av sin tilstand).

Av årsrapporten til Norsk hjerneslagregister 2017, ser en at det i Helse Møre og Romsdal HF var til sammen 511 registrerte tilfeller av hjerneslag (dekningsgrad i registeret er 86 %, slik at videre beregning må regnes underestimert). Utfra overnevnte pakkeforløp for hjerneslag, vil således 20 % trenge spesialisert døgnbasert rehabilitering, dvs. minimum 102 pasienter i vårt foretak pr år.

Antall voksne innbyggere med behov for døgnbasert spesialisert tverrfaglig rehabilitering i de andre diagnosegrupper påvirkes av en rekke forhold (bedre akuttbehandling kan redusere behov, men kan også øke behovet da flere overlever med sekveler og vil trenge rehabilitering, færre alvorlige skader i trafikken, bedre behandlingstilbud som forebygger underekstremitetsamputasjoner, nye behandlingsformer innen nevrologiske/immunologiske sykdommer som reduserer funksjonstap) og kan ikke fastslås eksakt. Dette gjenspeiles i offentlige utredninger som viser stor variasjon mellom fylker og helseregioner for antall døgnplasser i bruk, og fordeling av disse plassene mellom «enkel rehabilitering», «kompleks rehabilitering» og «sekundær rehabilitering» ved sykehus, og mellom «private rehabiliteringssentra».

Møre og Romsdal er geografisk utfordrende med store avstander, og her er en kultur/historie for å gi rehabiliteringstilbudet som sengebaserte døgnopphold. Imidlertid er rehabiliteringsfaget og medisinsk behandling i endring, og det medfører at vi også må se på endringsmulighetene innen vårt felt.

Ved gjennomgang av nåværende rehabiliteringstilbud ser vi at vi har potensiale til å effektivisere pasientforløpene. Analysenotatet fra SAMDATA (2018) viser at i 2017 hadde pasienter som mottok primær kompleks døgnrehabilitering i Helse Midt-Norge en gjennomsnittlig liggetid på 20 dager, mens den tilsvarende liggetiden i Helse Nord var 13,2 dager. For primær enkel rehabilitering var Helse Midt-Norge igjen den regionen med lengst liggetid med 17,3 dager (gjennomsnitt nasjonalt 11,4 dager). Stor variasjon innad i regionen, hvor Helse Møre og Romsdal hadde gjennomsnittlig liggetid på 18,3 dager, mens Nord-Trøndelag kun hadde 5,8 dager. (SAMDATA 2018) I føringer som kommer i pakkeforløp for hjerneslag i løpet av 2019 omtales også liggetid, der det i foreliggende utkast estimeres at minst 50 % av slagpasienter i spesialisert rehabilitering skal utskrives innen 4 uker

Det er mulig å redusere liggetid ved alle seksjonene, hvor gjennomsnittlig liggetid nå er omkring 20 dager (Aure 19,2, Mork 21,6, Ålesund 20,3). Dette kan gjøres ved i større grad å legge vekt på kartlegging/funksjonsvurdering og planlegging av tiltak i samarbeid med kommunene, slik at vi får kortere opphold ved at pasienten starter i den spesialiserte, tverrfaglige rehabiliteringstjenesten og kommer tidligere ut til kommunal rehabilitering. Pr i dag opereres det i for stor grad med forhåndsdefinerte oppholds-lengder, dette bør i større grad individualiseres. Særlig ved Aure rehabiliteringssenter er det gjennomgående 3-ukers opphold. Vi ser også at vi i dag ved alle seksjoner har noen pasienter inne til enkel rehabilitering, som kunne fått sitt rehabiliteringsbehov dekket i en velfungerende kommune. Etter dagens praksis/pragmatiske tenkning, gis også noen pasienter som i utgangspunktet er kandidater for kommunal rehabilitering, plass i spesialisert rehabiliteringstjeneste hvis vi har ledig kapasitet.

Ved Aure rehabiliteringssenter utføres pr i dag enkel rehabilitering, mens det ved FYR og Mork rehabiliteringssenter utføres i større grad kompleks rehabilitering, både i form av antall faggrupper som er nødvendige i rehabiliteringsprosessen, samt kompleksiteten i brukers behov for enkelte

faggrupper. Om en ser på diagnosegruppene som får spesialisert rehabiliteringstilbud på Aure rehabiliteringssenter, er dette i hovedsak pasienter med hjerneslag (43 i 2018), bindevevssykdommer inkludert fibromyalgi (28 i 2018), Parkinson sykdom (62 i 2018) og rygg-nakke-lidelser (62 i 2018). Også pasienter med hodepine får tilbud (12 i 2018), samt revmatologi (14 pasienter) og brudd/skader (14 pasienter). Ellers er det færre enn 10 pasienter pr år i kategoriene øvrige nevrologiske sykdommer (polyneuropati, muskelsykdommer, MS mm), kreft, psykiatriske lidelser, infeksjoner. Ved Mork rehabiliteringssenter er det slagpasientene som utgjør hovedtyngden av pasientgrunnlaget, med 150 pasienter i 2018. I Ålesund utgjør også slagpasientene hovedtyngden, med 77 pasienter i 2018, og 12 pasienter med traumatisk hjerneskade. Ellers har Ålesund ulike pasientgrupper, som MS (21 pasienter), diverse nevrologiske tilstander (18) og underekstremitetsamputasjoner (19) som de største gruppene. De øvrige grupper (færre enn 10 pr år) er Parkinson sykdom, polyneuropatier og muskelsykdommer, diverse spastisitetstilstander, encefalitt, kreftsykdommer, følgetilstander etter poliomyelitt, brudd og andre typer skader, ryggmargsskade, hjerte- lunge- og nyresykdom, diverse psykiatriske tilstander.

En dreining mot mer kompleks rehabilitering er naturlig innenfor den døgnbaserte delen av vårt rehabiliteringsfelt, og således vil Aure rehabiliteringssenter sitt tilbud være det som i første omgang må vurderes i prosessen frem mot samling av døgnbasert spesialisert rehabilitering i sykehus. Mange av pasientgruppene her bør få sitt rehabiliteringsbehov dekket på kommunalt nivå på grunn av liten grad av kompleksitet, og de med større kompleksitet kan få sitt behov for døgntilbud dekket i Ålesund og på Mork rehabiliteringssenter.

I prosessen fremover må en også ta høyde for at flere av pasientene som i dag får døgntilbud på alle seksjoner, vil kunne nyttiggjøre seg andre typer tilbud hvis geografi og praktiske forhold tillater det. Eksempler på dette vil være ambulant virksomhet, dagtilbud, polikliniske tilbud og bruk av telerehabilitering/videokonferanser.

5 Det fremtidige spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal

5.1 Generelt

De pasientgruppene som mottar tilbud i dag vil fortsatt få tilbud om spesialisert rehabilitering, men tilbudet blir endret for flere av gruppene til:

- kortere døgnbaserte tilbud
- færre re-opphold
- økt bruk av korttidsopphold/vurderingsopphold
- ambulant virksomhet
- økt poliklinisk virksomhet
- Bruk av telerehabilitering og videokonferanser

For følgende pasientgrupper er spesialisert tverrfaglig rehabilitering nødvendig, spesielt i tidlig fase. Dette gjelder pasienter med:

- Ervervet hjerneskade (inkludert traumatisk hjerneskade)
- Ryggmargsskade (i samarbeid med avd. for ryggmargsskade ved St. Olavs Hospital)

- Enkelte underekstremitetsamputasjoner
- Multitraume
- Alvorlig funksjonsnedsettelse etter langvarige sykdomsforløp i intensivavdeling
- Pasienter med kronisk og/eller progredierende sykdommer i nervesystemet (cerebral parese, MSs Parkinson, Guillain-Barre, poliomyelittsekvele ol)

Kreftrehabilitering kan håndteres kommunalt eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, men HMR skal vurdere tilbud ved CNS-afleksjon som følge av kreftsykdommen i seg selv eller følgetilstand av behandling (hjerneskode, ryggmargsskode).

Problemstillinger som artrose og overvekt/livsstilsproblematikk må en forvente blir håndtert i kommunene. Det gjelder også ortopedisk rehabilitering etter elektiv kirurgi (ev. kan disse ivaretas i privat rehabiliteringsinstitusjon dersom kompleksitet tilsier det).

Tilbud til pasienter som trenger et faglig godt rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten utgår fra tre sentrale faktorer som må vurderes for å avgjøre behov for rehabilitering på spesialisthelsetjenestnivå (både døgn, dag og poliklinikk):

1. Behovet for spisskompetanse/spesialisering
2. Kompleksitet (dreier seg både om antall faggrupper som er involvert, og hvor komplisert brukers behov er)
3. Behovet for intensitet (stor hyppighet over et begrenset tidsrom).

Dette er vurderinger som gjøres av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering basert på Prioriteringsveilederen, skjønn og ulike retningslinjer som sier noe om hvilke pasienter som skal prioriteres og tidsperspektiv for vurdering/inntak. Eksempler på dette er Nasjonal traumeplan hvor rehabilitering har en sentral plass, og også kommende nasjonale retningslinjer for rehabilitering etter hjerneslag, Pakkeforløp hjerneslag, fase 2. Det er i det nye tilbudet lagt opp til en tydeligere prioritering inn mot kompleks rehabilitering.

5.2 Konkret om driftsomleggingene

Med bakgrunn i vurdering av nåværende tilbud og generelle faglige vurderinger, blir det foreslått å gjøre slike endringer i helseforetaket sitt spesialiserte rehabiliteringstilbud. Det presiseres at endringene må gjøres i tett samarbeid med kommuner, brukere og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Endringene består i:

- Reduksjon i antall døgnplasser
- Utvidet satsing på ambulante tjenester/team
- Økning i poliklinisk behandling
- Økning i dagbehandling

Målsettingene med endringene er at pasientene skal få et like godt tilbud som i dag, og at pasientene som blir tatt inn i den spesialiserte rehabiliteringstjenesten i HMR vil blant annet få kortere liggetid. Dette vil en få til med et godt samarbeid med pasientenes hjemkommuner, hvor en vil tilby både veiledning, opplæring, hospitering, kurs og oppfølging. For pårørende vil det skape trygghet at det er god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene pasienten skal motta.

5.2.1 Reduksjon i antall døgnplasser

En anbefaler at alle de 14 døgnplassene ved Aure rehabiliteringssenter blir avviklet, og at 4 av disse plassene innen spesialisert rehabilitering blir erstattet ved døgnseksjonen i Ålesund. Den resterende delen av det nåværende tilbudet på Aure blir kompensert med satsing på ambulante tjenester, poliklinikk og dagtilbud.

Dette innebærer også at døgntilbudet innen ARR blir avviklet i helseforetaket sin regi, men blir på linje med tilbudene i Molde og Ålesund videreført som polikliniske tilbud.

5.2.2 Ambulante rehabiliteringstjenester/team (ART)

ART skal bidra til tverrfaglig samarbeid for å sikre sammenhengende rehabiliteringsforløp mellom sykehus og kommune. I samarbeidet inngår spesialisthelsetjenester, pårørende og sosialt nettverk, og hjelpere i bostedskommune. Henvisninger blir vurdert av inntaksteam for innleggelse eller for poliklinisk vurdering. Vedtak om ambulante tjenester går videre til det ambulante drøftingsteamet.

Det blir etablert rutiner og tilbud både på system- og individnivå.

For å få etablert tilstrekkelige ambulante tjenester utover det teamet som er under oppbygging ved Ålesund sjukehus, må det etableres et eget team med base ved Kristiansund sjukehus. For å få etablert dette teamet, bemanne opp de fire nye rehabiliteringssengene i Ålesund og styrke poliklinisk aktivitet og dagbehandling, må en bruke 12 stillinger (av de som i dag blir brukt på Aure). I utviklinga av de ambulante tjenestene som skal utgå fra Kristiansund sjukehus blir det særskilt viktig å sikre god involvering av berørte kommuner. Hvordan denne involveringa skal gjennomføres, vil en straks gå i dialog med aktuelle kommuner om.

Helseforetaket vil på tilsvarende måte videreføre dialogen med de resterende kommunene, for å avklare involvering og vurdere kompenserende tiltak ved videre endringer innen rehabiliteringsfeltet, herunder også Mork.

Den nye ambulante tjenesten som får sin base ved Kristiansund sjukehus, vil ha sin faglige forankring i fysisk medisin og rehabilitering ved Ålesund sjukehus. I tillegg vil en også være sterkt knyttet til klinisk støtte i nevrologisk avdeling og slagenheten (medisinsk avdeling) ved Kristiansund sjukehus. Teamet vil blant annet bestå av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og legespesialist, og bli supplert med annen kompetanse ved behov. En må også videre løpende vurdere om det mulig å etablere et poliklinisk tilbud med legespesialist innen fysisk medisin og rehabilitering ved Kristiansund sjukehus.

5.2.3 Poliklinisk aktivitet

Hovedmålsettingen med økt bruk av poliklinikk er og lettere avklare om en pasient har behov for døgnopphold eller ikke (supplement til opplysninger i henvisning). Ved å ta inn pasienten til en tverrfaglig, poliklinisk vurdering, vil vi lettere kunne få «rett pasient på rett sted». De pasienter som en konkluderer med ikke er tiltrengende et døgntilbud, vil en så vurdere inn mot andre tilbud, ev. avslutte der og da med videre råd til fastlege/behandlerapparat i kommunen.

Pr. i dag brukes døgnplasser til kontrollopphold etter primærrehabilitering, og for enkelte pasienter vil det være aktuelt å erstatte dette med en tverrfaglig poliklinisk kontroll såfremt problemstilling og praktiske hensyn tillater det. Dette er tilbud som kan være aktuelt for alle diagnosegruppene som hører inn under spesialisert, tverrfaglig rehabiliteringstjeneste.

5.2.4 Dagtilbud

Det er mulig til å organisere et dagbasert rehabiliteringstilbud rettet mot spesifikk funksjonstrening. Dette vil i hovedsak kunne gjelde pasienter med hjerneslag, men det kan være andre pasientgrupper dette også er aktuelt for. Det bør vurderes å opprette tilbud om intensivt trening av gangfunksjon/balanse og arm/håndfunksjon (jfr. tilbudet som blir gitt ved avd. for ervervet hjerneskade i Trondheim (Lian) og Sunnaas sykehus). For pasienter som i dag blir innlagt til denne type spesifikk funksjonstrening, bør det kunne utvikles dagbaserte gruppetilbud (og døgnbasert/ sykehotell for de med lang reisevei). Individuelle tilbud er også aktuelt. Ved evt opprettelse av slike tilbud vil markedsføring inn mot henvisere være viktig. Dette kan også bidra til å få mer spissede henvisninger, da vi i inntaksnemd ofte opplever at det er lite konkretisert hva pasienten ønsker å oppnå med et rehabiliteringsopphold (målsettinger).

Et viktig supplement i tilbudene nevnt ovenfor, er bruken av Lærings- og mestringssenter.

5.3 Konsekvenser av endringen ved Mork rehabiliteringssenter

Helse Møre og Romsdal holder fast på vedtatt strategi om all døgnbasert spesialisert rehabilitering som blir utført i egen regi skal skje i sykehus. Dette for blant annet å sikre tilgang på legespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og sikre nærhet til samarbeidende fagmiljø innen diagnostikk, resten av somatikken og psykisk helsevern. Det vil derfor 2. halvår 2019 bli gjennomført en prosess med målsetting om at også den delen av rehabiliteringstilbudet som pr. d.d. foregår på Mork blir etablert inn i sykehus. Endring av driften ved Mork rehabiliteringssenter skal iverksettes senest fra høsten 2020.

Planleggingen og omleggingen av driften av Mork må skje i nært samarbeid med aktuelle kommuner.

5.4 Konsekvenser av endringen ved RSÅ

Ved seksjonen på Ålesund sjukehus, må de fire revmatologiske sengene flyttes ut av rehabiliteringssengeposten. Pasienter som skal ha ortopedisk behandling (revmakirurgi), vil få sitt tilbud på ortopedisk avdeling og andre revmatologiske pasienter, som har behov for døgntilbud, vil få dette på medisinsk avdeling.

Dagtilbudet innen rehabilitering skal styrkes. Dette vil kunne gjennomføres ved økt bruk av pasienthotellet, og sammen med reduksjon i liggetider og bruk av 5-døgns vurderingsopphold kunne redusere behovet for døgnplasser.

5.5 Konsekvenser av endringen ved Aure rehabiliteringssenter

De pasientene som fortsatt skal ha spesialisert rehabilitering med døgnopphold vil få dette tilbudet, men det blir lagt til en sykehusavdeling. For noen vil det kanskje bli noe lenger reisevei, da det i hovedsak på Aure har vært pasienter med bostedsadresse fra nordre del av fylket. Men en del har lang reisevei også i dag. Dette skyldes at alle søknader blir behandlet i en felles inntaksnemd. Pasienter får i dag et tilbud om rehabilitering ut fra diagnose, og ikke bosted, da de tre rehabiliteringsinstitusjonene har spesialisert seg ulikt. I fremtiden vil flere få et poliklinisk tilbud istedenfor døgnopphold, og noen korttidsopphold knyttet til utredning. Fremtidig rehabiliteringstilbud vil måtte skje i nært samarbeid med kommunene. Sykehusene har ikke like flotte muligheter for utetrening og aktiviteter som tilbys i dag på Aure.

Til sammen 45 ansatte (32 hele årsverk) blir berørt av omleggingen. For ansatte vil det innebære tap av arbeidsplass, ev. endrede arbeidsoppgaver og ulike muligheter for å få annet arbeid. HMR har målsetting om å få videreført kompetansen ved Aure inn i den nye ambulante tjenesten som skal etableres. Aure rehabiliteringssenter har mange ulike faggrupper og det vil variere i hvor stor grad den enkelte har muligheter til annet arbeid nært bosted. En konsekvens kan bli å flytte til nytt bosted for å skaffe arbeid. For Aure kommune vil omlegging/endring av rehabiliteringstilbudet ved Aure rehabiliteringssenter være krevende med hensyn til tap av arbeidsplasser.

Nedleggelse medfører konsekvenser for næringslivet i kommunen gjennom bortfall av arbeidsplasser.

6 Gjennomført prosess

Det ble i januar 2019 opprettet en arbeidsgruppe (faggruppe) som skulle beskrive nåværende rehabiliteringstilbud i regi av HMR, og anbefale en fremtidsrettet faglig og økonomisk robust driftsmodell for den spesialiserte rehabiliteringen på kort og lang sikt. Rapporten ble levert 1. februar. Det har kommet kritikk i ettertid på at denne arbeidsgruppen bare var sammensatt av fagfolk fra Ålesund.

7. februar ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsvurdering med 50 deltakere bestående av fagfolk, tillitsvalgte, vernetjenesten, ledere og tilsatte fra kommunene. Forslaget om å samle all spesialisert rehabilitering til Ålesund sjukehus ble ROS analysert. Ferdigstilt ROS-analyse ble sendt ut til alle som deltok.

Det ble oppnevnt en styringsgruppe bestående av ledere fra Mork, Aure, fysikalskmedisinsk avdeling, medisinsk faglig rådgiver, tillitsvalgte, brukere og vernetjenesten. Gruppen har vurdert og gjennomgått grunnlagsmaterialet, ROS-rapporten og innspill fra klinikkssjef, og kommet med anbefaling til klinikkssjef i Klinik for medisin rehabilitering.

Det har vært egne møter med Aure kommune, ROR, Orkide, Ørsta og Volda kommune for slik å sikre kommunal medvirkning i prosessen.

ROS-rapporten er drøftet i klinikken sin ledergruppe, i styringsgruppemøte, med adm. dir. sin ledergruppe, samarbeidsrådet for klinikken og med arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalget i HMR.

Ledergruppen i klinikken vurderte ROS-analysen, og da det fra fagmiljøet er sagt at det i fremtiden er behov for ca. 32 døgnseger, ble muligheten for å endre driften knyttet til Aure i 2019 foreslått. Dette fordi det ved Aure blir vurdert til å ha en pasientgruppe som det er enklere å finne kompenserende tiltak for, enn f.eks. ved Mork. Videre skal det settes i gang en vurdering av driften av fysikalskmedisin og Mork i 2019/2020. Klinikken sitt foreløpige forslag til risikoreduserende tiltak som innebærer vurdert mulighet å redusere med en institusjon, her Aure, ble presentert for styringsgruppen av klinikkssjef.

Det ble gitt en løypemelding til styret 20. februar

7 Ros-analysen

Den 7. februar var over 50 deltakere med og ROS-analysere rehabiliteringstilbudet i HMR knyttet til å samle alle døgnseger i sykehus. Analysen viser at man pr. dags dato ikke kan samle all spesialisert rehabilitering i Ålesund sjukehus uten en grundig vurdering av kompenserende tiltak.

Det ble det sett nærmere på 16 risikoområder, der ti av disse er vurdert til å kreve tiltak.

- Levere spesialisert døgnrehabilitering
- Levere spesialisert ambulant rehabilitering
- Levere spesialisert poliklinisk rehabilitering
- Rekruttere fagkompetanse
- Ivareta et tverrfaglig miljø
- Bemanne en større sykehusavdeling
- Ivareta overtallig personell
- Tilgjengelig areal og kapasitet ved Ålesund sjukehus
- Kommunene sin evne til å ivareta pasienter som ikke blir gitt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten

Ekspertgruppen (deltakerne på ROS) foreslo følgende risikoreduserende tiltak:

1. Erfaring fra ambulant arbeid gjennom allerede eksisterende ambulante team
2. Etablere poliklinikktilbud innen rehabilitering ved flere av de andre sykehusene
3. Kortere liggetid i den døgnbaserte delen av rehabiliteringsforløpet
4. Oppretting av ambulante team, som utgår både fra rehabiliteringsenheten, men også fra slagenhet og nevrologien
5. Desentraliserte ambulante team
6. Spredning av spesialisert rehabilitering til mer enn ett sykehus
7. Ombygging av eksisterende areal
8. Omlegging av dagens behandlingsportefølje, med mer effektive pasientforløp
9. Opprette felles inntaksnemnd på tvers av helsetjenestenivåene i samhandlingsområdet
10. Kortvarige døgnplasser for de med lengst reisevei

8 Økonomi

Det er over skissert forandringer knyttet til de to rehabiliteringsinstitusjonene i HMR:

- Aure rehabiliteringssenter har i 2019 et brutto driftsbudsjett på 22,4 mill. kroner. I tillegg kommer administrative kostnader (IKT, lønn, regnskap, HR mv.), energikostnader, forsikringer og kommunale avgifter.

Driften er hovedsakelig finansiert gjennom basisramme (21,3 mill. kroner) og i liten grad gjennom aktivitetsfinansierte og andre inntekter (1,1 mill. kroner). Deler av basisrammen til Aure er gitt som et særlig tilskudd fra HMN, og utgjør 11,2 mill. kroner i 2019. Aure Rehabiliteringssenter er ikke godkjent for refusjon gjennom ISF-ordningen. En mottar således ikke aktivitetsbaserte inntekter knyttet til pasientbehandlingen utenom egenandeler.

- Mork Rehabiliteringssenter har et brutto driftsbudsjett på 32 mill. kroner. Dette er inkludert interne kostnader knyttet til mat og husleie. Kostnader knyttet til administrative kostnader, er ikke inkludert i budsjettet.

Institusjonen er godkjent faglig og administrativt for ISF-refusjon. Driften ved Mork er derfor finansiert gjennom basisramme (20,5 mill. kroner) og gjennom aktivitetsbaserte inntekter, ISF (11,4 mill. kroner).

8.1 Økonomiske vurderinger

Som det fremgår av kapittel 4.1, er det faglige begrunnelser som støtter opp under behovet for å endre det fremtidige spesialiserte rehabiliteringstilbudet. I tillegg har helseforetaket som kjent store problem å tilpasse tjenestetilbudet til tilgjengelige økonomiske rammer. I den sammenhengen må helseforetaket vurdere å omstille, effektivisere og redusere driftskostnadene også innenfor rehabiliteringsfeltet. Som innen andre fagområder er reduksjon i liggetider, reduksjon i antallet døgnplasser, økning i dag- og poliklinikkaktivitet og arealoptimalisering sentrale virkemiddel.

Dette må også gjelde innen rehabiliteringsfeltet, på tross av at avdelingen for rehabilitering, revmatologi og hud og tilhørende seksjoner innen rehabiliteringsfeltet driver i økonomisk balanse.

I tillegg har en ved de to rehabiliteringsinstitusjonene også store etterslep når det gjelder vedlikehold og investeringsbehov bygningsmassen. Dette er nærmere omtalt i selve styresaken.

8.2 Driftsøkonomi

De økonomiske beregningene som ligger til grunn er gjort med bakgrunn i regnskapet for 2018. Det er dermed tatt høyde for at det var et overskudd i forhold til budsjett i 2018. Det er avklart med HMN at HMR får beholde særtilskuddet som en har hatt til drift av Aure, selv om driften ved institusjonen kan bli lagt ned. Tilskuddet vil fremdeles bli benyttet til rehabiliteringsformål, jfr. kompenserende tiltak.

Omstillingen som er skissert tidligere i saken knyttet til Aure rehabiliteringssenter, vil medføre et netto lavere driftsnivå på 15,6 mill. kroner i 2020 (helårseffekt) og 5,0 mill. kroner i 2019 (forutsatt økonomisk effekt fra 1.september 2019). Innsparingene i 2019 vil være påvirket av hvilken omstilling en får til for de ansatte ved institusjonen i dag.

I de økonomiske beregningene, er det tatt høyde for både avslutning av tilbudet ved Aure rehabiliteringssenter og kompenserende tiltak.

- I reduserte kostnader knyttet til Aure er det tatt hensyn til kostnader knyttet til ansatte (lønn inkl. sosiale kostnader, kurs, reisekostnader og leie av transportmiddel), pasientrelaterte kostnader (medikament, mat, medisinske forbruksvarer, innleie av tjenester fra kommune) og kostnader knyttet til drift av bygg (renhold, strøm, mindre vedlikeholdskostnader, osv.). På inntektssiden er det tatt høyde for bortfall av alle inntekter (egenandeler og salgs- og leieinntekter.)
- Beregningene har også tatt høyde for kostnader/inntekter knyttet til kompenserende tiltak. Det er tatt høyde for økt poliklinisk tilbud, ambulante team, virksomhet på dag og økt døgnkapasitet ved fysikalsk medisinsk avdeling Ålesund. Det er ikke tatt inn kostnader knytt til leie av areal utenfor helseforetaket, da man har forutsatt at aktivitet vil skje i helseforetaket sine eksisterende lokaler.
- Det er ikke tatt hensyn til eventuelle endringer i kostnader knyttet til pasienttransport, administrative kostnader og gjestepasienter. Det er i dag Helse Midt Norge RHF som håndterer kjøp av avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner.

Det er foreløpig ikke gjort beregninger knyttet til Mork rehabiliteringssenter.

9 Klinikksjefen sin samlede vurdering og anbefaling

Å utvikle et fremtidsrettet spesialisert rehabiliteringstilbud for innbyggerne i fylket, er Helse Møre og Romsdal sitt ansvar. Samtidig er det en nasjonal politisk og ønsket utvikling at rehabiliteringstiltak blir gitt på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Måten spesialisert rehabilitering blir gitt på i sykehusene i fremtiden, må derfor være under stadig evaluering der en ser på muligheter for å gå fra døgn til dagtilbud, økt bruk av poliklinikk og ambulante tjenester. Dette er også i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om å kunne tilby tjenestene nær der pasientene lever og bor.

Hva som er beste effektive omsorgsnivå, griper også inn i hvordan kommunene rigger sine tilbud innen rehabiliteringsfeltet. Gråsonene mellom hva som er spesialisert rehabilitering og hva som er en kommunal oppgave, er en generell utfordring å identifisere. Samhandlingsavtalen har som mål å konkretisere oppgave- og ansvarsdeling mellom nivåene. Avtalen er nå under revisjon, og en ser det som viktig at foretak og kommuner i fellesskap starter en prosess med å konkretisere dette innen rehabiliteringsområdet generelt.

I vurderingene av det fremtidsrettede spesialiserte rehabiliteringstilbudet i fylket, har en holdt fast på prinsippet om at det døgnbaserte tilbudet skal skje i sykehus (styresak 48/11). Andre alternative driftsmodeller er således ikke vurdert.

I sin anbefaling legger klinikksjefen vekt på at tilbudet skal være faglig og kvalitetsmessig godt, og kunne sikre langsiktig, kompetansemessig bærekraft. Det er også lagt vekt på prinsippet om at tilbud pasientene trenger ofte skal ligge nært. For tilbud en sjelden trenger å benytte seg av er reiseavstand av mindre betydning.

Ut fra en slik samlet vurdering, anbefaler klinikksjefen en omlegging av den spesialiserte rehabiliteringstjenesten slik det er gjort rede for ovenfor. Dette innebærer at dagens tilbud ved Aure rehabiliteringssenter avsluttes fra 01.08.19. Fra denne datoen skal det være etablert fire nye rehabiliteringssenger ved døgnseksjonen, utvidet poliklinisk tilbud og dagbehandling ved Ålesund sjukehus. Ved Kristiansund sjukehus skal det være opprettet tilbud om ambulante tjenester. Utvikling av disse tjenestene skal gjøres i nært samarbeid med aktuelle kommuner.

Andre halvår 2019 vil det settes i gang et arbeid knyttet til å vurdere tilsvarende driftsendringer ved Mork rehabiliteringssenter. Dette arbeidet må gjennomføres med tett medvirkning fra aktuelle kommuner.

I det videre arbeidet med spesialisert rehabilitering vil vi invitere fagfolk og spesialister fra både primær- og spesialisthelsetjenesten til sammen å finne gode løsninger knyttet til fremtidens rehabiliteringstilbudet i fylket.

I tillegg må arbeidet med driftsomlegginger (økt poliklinikkaktivitet, utvidet dagtilbud, 5-døgnsopphold og redusert liggetid) ved døgnseksjonen på Ålesund sjukehus intensiveres.

Klinikk for medisin og rehabilitering ser også behovet for å gå i dialog med regional vurderingsenhet for drøfting av rett bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak.