



Styringsgruppemøte 18.12.19

Status fra arbeidsgruppa

Mandat

- Kartlegge det noverande samla døgntilbodet innan døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbod).
- Kartlegge og definere det samla behovet for døgnbaserte rehabiliteringstenester i Møre og Romsdal, inkludert betre avklaring av kva som er kommunal og kva som er spesialisert rehabilitering med fokus på heilskaplege pasientforløp.
- Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbod innan spesialisert rehabilitering som ikkje treng ligge i sjukehus (eksklusiv private tilbod).
- Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innan rehabiliteringsfeltet.
- Vurdere ulike former for samarbeid som t.d. etablering av felles tverrfagleg vurderingsteam.
- Tilrå framtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eigarforhold av eigedomar m.v.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseføretaket og aktuelle kommunar deltek.

Spesialisert døgnbasert rehabilitering pr nov 2019

- Helse Møre og Romsdal HF 46 (52) plasser
 - Mork rehabiliteringssenter: 18
 - Felles sengepost rehabilitering og revmatologi: 14
 - Aure rehabiliteringssenter: 14 (+6 arbeidsretta rehab)

- Avtaler med private aktører 237 plasser
 - Muritunet: 50
 - Ellers i regionen:
 - Namdal rehabilitering 14
 - Kastvollen rehabiliteringssenter: 32
 - Meråker Sanitetsforening Kurbad: 30
 - Selli rehabiliteringssenter: 27
 - Unicare Røros: 44
 - Unicare Helsefort Indre Fosen: 40



Status kartlegging kommuner

- 31 kommuner har svart:
Mangler: Gjemnes, Stordal, Ulstein og Ålesund

[sammendrag spørreundersøkelse](#)

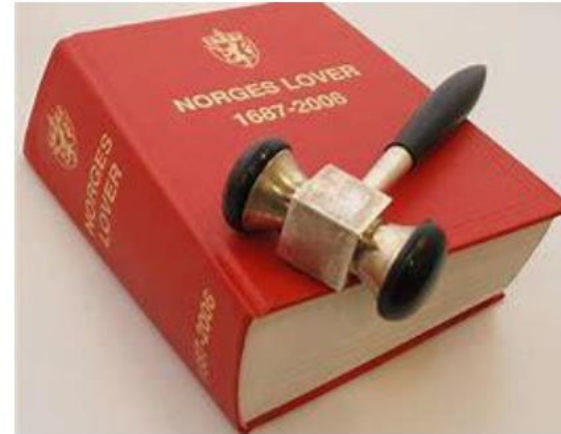
Mandat

- Kartlegge det noverande samla døgntilbodet innan døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbod).
- Kartlegge og definere det samla behovet for døgnbaserte rehabiliteringstenester i Møre og Romsdal, inkludert betre avklaring av kva som er kommunal og kva som er spesialisert rehabilitering med fokus på heilskaplege pasientforløp.
- Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbod innan spesialisert rehabilitering som ikkje treng ligge i sjukehus (eksklusiv private tilbod).
- Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innan rehabiliteringsfeltet.
- Vurdere ulike former for samarbeid som t.d. etablering av felles tverrfagleg vurderingsteam.
- Tilrå framtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eigarforhold av eigedomar m.v.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseføretaket og aktuelle kommunar deltek.

...bedre avklaring av hva som er kommunal og hva som er spesialisert rehabilitering...

Aktuelle lover og forskrifter som omhandler rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

- Pasient og brukerrettighetsloven §2-1b
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (+veileder)
- Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp §2
- Aktuelle prioriteringsveiledere – Fysikalsk medisin og rehabilitering



Vilkår for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

- Skal ha forventet nytte av helsehjelpen
- Den forventede ressursbruk står i rimelig forhold til forventet nytte av helsehjelpen.

Forventet nytte vurderes utfra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- Overlevelse eller redusert funksjonstap
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Prioritering ved rett til helsehjelp

- Øker i tråd med forventet nytte av helsehjelp
- Øker i tråd med alvorlighet av tilstand
- Øker desto mindre ressurser den legger beslag på



Juridiske rammer for ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelstjenesten

Kommunenes ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste.

Spesialisthelsetjenesten tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester jmf spesialisthelsetjenesteloven.

Kommunenes ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Selv om de juridiske rammene står fast, kan nivåenes sørge-for-ansvar og oppgavene endre seg over tid pga blant annet faglig utvikling og helsepolitiske mål

Avklaring av ansvar og oppgaver kan ikke avgrenses til spørsmål om «enten eller». Mange av de som mottar mesteparten av tjenesten fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten

Momenter og anbefalinger for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestens ansvar:

Behovet for spesialisert kompetanse overstiger det som er naturlig å bygge opp i kommunene.

Tjenester må knyttes nært opp til, evt samtidig med, spesialisert medisinsk behandling

Behov for bred tverrfaglig funksjonskartlegging, inkl evt spesialtester og utredninger som nødvendiggjør spesialkompetanse

Kommune:

Tilbud til store pasient- og brukergrupper bør utvikles i kommunene, mindre kommuner kan samarbeide om kompetanse.

Prinsipp om nærhet til pasient- og brukeres livsarena

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Generelt for døgn/dag/polikliniske tilbud:

- Behov for spisskompetanse/spesialisering
- Kompleksitet (dreier seg både om antall faggrupper som er involvert, og hvor komplisert brukers behov er for en enkelt faggruppe)
- Behovet for intensitet (stor hyppighet over et begrenset tidsrom)

For døgntilbud skal følgende kriterier i tillegg vurderes:


Geografiske forhold

Behov for rehabilitering og spesialisert medisinsk behandling store deler av døgnet

Behov for nødvendig kompetanse og intensitet

Behov for tilsyn og pleie

Behov for funksjonsutredning (for eksempel mtp ADL)

Kommune	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?	Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?	

Helsedirektoratets anbefalinger i Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none">– muskel- og skjelettsykdommer.– livsstilssykdommer.– lettere psykiske lidelser.– diabetes.– kols og lungesykdommer.– kreft.– rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag.– rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none">– progredierende nevrologiske tilstander – ved betydelige endringer og i akutte faser– nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade– amputasjoner– multitraumer– sjeldne sykdommer og tilstander
<p>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.</p>

Helsedirektoratet 2015



Spesialisert rehabilitering i Helse Møre og Romsdal HF.

- TBI/multitraume 3-4 senger (1/100000 TBI og 0,5/100000 multitraume, Nasjonal Traumeplan).
- Hjerneslag (Pakkeforløp fase 2, Nivå 1 Aure, Nivå 2 FYR og Mork)
- Kronisk og/eller progredierende nevr. sykdom (NB. Ikke vedlikeholdstrening)
- Alvorlig funksjonsnedsettelse etter langvarige sykdomsforløp i sykehus, herunder critical illness nevropati/myopati
- Ryggmargsskade
- Underekstremitetsamputasjon
- Kompleks ortopedi (ekskl. multitraume)
- Kreft (ved CNS affeksjon som følge av kreftsykd i seg selv eller følgetilstand etter behandling).

(Utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker unntaksvis rettighet til døgnrehab, da ARR)



Mandat

- Kartlegge det noverande samla døgntilbodet innan døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbod).
- Kartlegge og definere det samla behovet for døgnbaserte rehabiliteringstenester i Møre og Romsdal, inkludert betre avklaring av **kva som er kommunal og kva som er spesialisert rehabilitering med fokus på heilskaplege pasientforløp.**
- Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbod innan spesialisert rehabilitering som ikkje treng ligge i sjukehus (eksklusiv private tilbod).
- Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innan rehabiliteringsfeltet.
- Vurdere ulike former for samarbeid som t.d. etablering av felles tverrfagleg vurderingsteam.
- Tilrå framtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eigarforhold av eigedomar m.v.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseføretaket og aktuelle kommunar deltek.

Spesialisert vs kommunal rehabilitering

Hvorfor er det viktig å skille på hva som er spesialisert rehabilitering og hva som er kommunal rehabilitering?



Informasjon ut om prosjektet

- 14.10.19: Brev til alle kommuner
- 18.10.19: Kontor for tildeling og koordinering, samt ledelsen i Helse- og Omsorgstjenesten Molde kommune
- 18.10.19: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste i M&R
- 12.11.19: Samarbeidsmøte Kristiansund sykehus (inkl prosjektleder DMS) og Kristiansund kommune
- 15.11.19: Dialogmøte mellom regionrådene (kommunene) og helseforetaket
- 26.11.19: Info til kommunalsjef og hennes leiargruppe i Herøy kommune
- 26.11.19: Kommunalsjefens ledergruppe i Kristiansund
- 03.12.19: Fagrådet i Orkidé
- 11.12.19: Info til Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering



Nettsak

- Samarbeider for eit betre rehabiliteringstilbod

Samarbeider for eit betre rehabiliteringstilbod

- Vi skal bruke ressursane på ein ny måte til det beste for pasientane som treng rehabilitering, seier Hilde Marie Kleiven og Inger Nossen Sandvik i brukertvalet til Helse Møre og Romsdal. Dei er brukerrepresentantar i eit samarbeidsprosjekt mellom sjukehusa og kommunane som skal sikre eit godt rehabiliteringstilbud i åra som kjem.



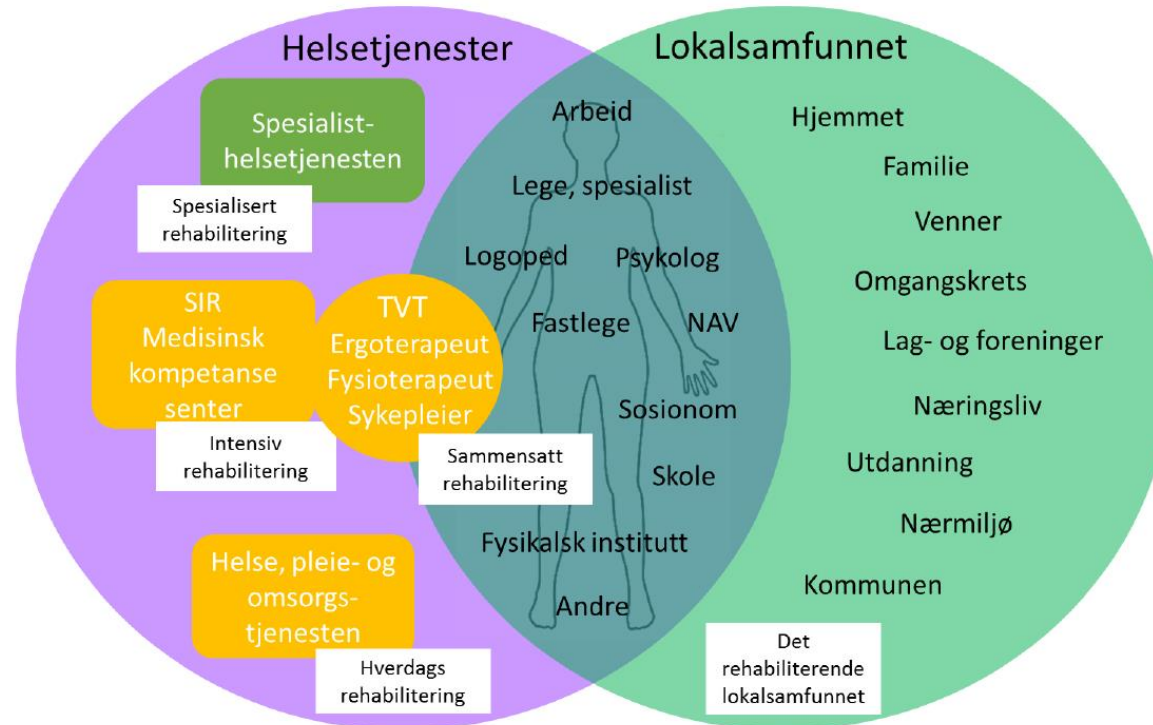
Brukerrepresentantane (f.v) Hilde Marie Kleiven og Inger Nossen Sandvik vil ha konkret handling for å etablere eit godt rehabiliteringstilbod i fylket.



Status videre:

- Møte med Helsehuset Indre Østfold Medisinske kompetansesenter (Innovativ rehabilitering) 29.11.19

Modell for samfunnsbasert rehabilitering (CBR)



Figur 2. Samfunnsbasert rehabilitering

Status videre:

- Møte med Helsehuset Indre Østfold Medisinske kompetansesenter (Innovativ rehabilitering) 29.11.19
- Samarbeid med RKE (regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering) – innlegg på møte i 11.12.19
- Innovasjonsmidler – tjenestedesign – venter på avklaring
- Avtalt hospitering hos Kysthospitalet i Stavern og Larvik kommune 13.-14. januar 2020
- ReHab 2020 i Trondheim (Konferanse)
- [Nettside](#)
- Arrangere konferanse/workshop/temadag/ innpass på eksisterende møter/samhandlingsfora...???



Forskning

Se eget notat

Helseinnovasjonssenteret – møte 22.11.19

Møreforskning – telefonmøte 12.12.19

FIUK – forskningsseksjonen i HMR



Kommunikasjonsplan

Se eget notat



Risiko vurderes ut fra måloppnåelse. Alle oppgaver skal ha en skriftlig begrunnelse for risikoen i feltet for underveisrapportering. Ansvarlig: Saksbehandler.

Sannsynlighet for å ikke nå mål	Svært Stor, 5							
	Stor 4							
	Moderat 3							
	Liten 2							
	Meget liten 1							
		Ubetydelig 1	Lav 2	Moderat 3	Alvorlig 4	Svært alvorlig, 5		
		Konsekvens						

Risiko

	Kritisk
	Høy/ Moderat
	Lav

Vurderes risikoen som **kritisk**, må tiltak settes inn for å redusere risikoen. Krav om månedlig rapportering av tiltak og effekt av tiltak.
 Ved **høy/moderat risiko** må tiltak settes inn for å redusere risikoen. Krav om månedlig rapportering av tiltak og effekt av tiltak.
 Ved **lav risiko** rapporteres det ihht. kravet i styringsdokumentet.



1. Manglende tillit, forankring og involvering i alle kommuner
2. For få kommuner reelt interessert – kommuner ikke behov for å delta, økonomibegrensning
3. Manglende kapasitet i prosjektet til å utrede ulike samarbeidsmodeller som beslutningsgrunnlag hos partene . Fange opp signaler underveis, mange involverte-
4. Manglende felles forståelse av mandat, hensikt og mål med prosjektet i styringsgruppa og Orkidèkommunene
5. Fare for forvitring av fagmiljøene på Aure og Mork – brer seg usikkerhet
6. Usikkerhet og frykt i befolkningen for at brukerne får et dårligere tilbud, at kvaliteten på tjenestene går ned
7. Ikke prioritert forskning

