



Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal

Et samhandlingsprosjekt mellom kommunene i Møre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal HF, og Helse Midt-Norge RHF

Forord

Prosjekt Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Møre og Romsdal har jobbet mot denne leveringen siden oktober 2019. Vi har gjennomgått aktuell og tilgjengelig forskning og rapporter, hospitert og snakket med fagmiljøer og andre prosjekt innen rehabilitering og samhandling i Norge. Det har vært samarbeid med tjenestedesigner og vi har også hatt kontakt med forskere.

Dette er et utviklings- og samhandlingsprosjekt der man ønsker å utvikle gode samarbeidsmodeller på tvers av tjenestenivå innenfor døgnbasert rehabilitering. Denne rapporten redegjør for fire alternative samarbeidsmodeller, og gir anbefaling om en av de. Det foreslås også å arbeide videre med den mest innovative modellen, da rammene i dette prosjektet ikke har gitt rom for å gå i detaljene på. Men kanskje kan det være en aktuell modell for framtida?

Vi vil takke alle som har deltatt i prosjektet og som har bidratt til denne leveransen. Det har vært et krevende, men veldig givende og lærerikt arbeid.

Tusen takk for oppdraget.

Ålesund 01.06.2020

På vegne av arbeidsgruppene

Synnøve Opsahl Melseth
Prosjektleder

Innhold

Forord.....	2
1 Sammenheng med anbefaling	5
2 Bakgrunn	7
2.1 Organisering av prosjektet	9
3 Målsetting og mandat	12
3.1 Forståelse av mandatet.....	12
3.2 Oppbygging av rapporten.....	13
3.3 Metode	13
Del 1.....	14
4 Kvalitet og brukermedvirkning	14
4.1 Verdibaserte helsetjenester	14
4.2 Rehabilitering og brukermedvirkning:.....	16
4.3 Samhandling	19
Del 2.....	22
5 Organisering, pasientforløp og samarbeidsmodeller.....	22
5.1 Kartlegging av dagens pasientforløp	22
Videre presentasjon av innhentet data.....	30
5.2 Innovativ rehabilitering Indre Østfold	30
5.3 Hospitering ved Presteløkkå rehabiliteringssenter i Larvik kommune og Kysthospitalet i Stavern.....	31
5.4 Pasientsentrert Helsetjenesteteteam (PSHT).....	32
6 Svar på mandatpunktene	33
6.1 Kartlegge det nåværende samla døgntilbudet innen døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbud).	33
6.1.1 Kartlegging av det døgnbaserte tilbudet innen spesialisert rehabilitering	33
6.1.2 Kartlegging av døgnrehabilitering i kommunene	35
6.2 Kartlegge og definere det samlede behovet for døgnbaserte rehabiliteringstjenester i Møre og Romsdal, inkludert bedre avklaring av hva som er kommunal og hva som er spesialisert rehabilitering med fokus på helhetlige pasientforløp.....	37
6.2.1 Kartlegge og definere samlet behov for døgnbasert rehabilitering i Møre og Romsdal	37
6.2.2 Avklaring på hva er spesialisert og hva er kommunal rehabilitering?	40
6.3 Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbud innen spesialisert rehabilitering som ikke trenger ligge i sykehus (eksklusiv private tilbud).	44
6.4 Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innen rehabiliteringsfeltet.....	45

6.5	Vurdere ulike former for samarbeid som for eksempel etablering av felles tverrfaglig vurderingsteam.	48
6.6	Anbefale fremtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eierforhold av eiendommer m.m.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseforetaket og aktuelle kommuner deltar.....	48
6.6.1	Samarbeidsmodeller.....	48
Del 3	57
7	Bærekraft, selskapsformer/driftsformer og økonomi.....	57
7.1	Bærekraft.....	57
7.2	Økonomi - Finansiering	57
7.3	Selskaps- / driftsformer	62
7.4	Aktuelle samarbeids-/driftsformer er følgende:.....	62
7.4.1	Dagens modell	62
7.4.2	Aksjeselskap (AS) eller Samvirkeforetak (SA)	62
7.4.3	Interkommunalt selskap.....	63
7.4.4	Avtale- og kontraktbasert samarbeid.....	63
7.5	Gevinstrealisering.....	64
Del 4	66
8	Anbefaling.....	66
9	Evaluering av arbeidsprosess	67
10	Referanser	68
Vedlegg 1	Styresak 57/19 HMR.....	69
Vedlegg 2	Spørreundersøkelse til kommunene	75

1 Sammendrag med anbefaling

Prosjekt Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Møre og Romsdal er et samhandlings- og utviklingsprosjekt i regi av Helse Møre og Romsdal HF og de tre kommunale regionrådene Orkidè, Romsdal regionråd (ROR) og Sunnmøre regionråd (SR). Bakgrunnen for prosjektet kan leses nedenfor, men hovedmålsettingen har vært å sikre et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal ved å utrede modeller for tjenestesamarbeid på tvers av tjenestenivå – herunder utgreie modeller for felles drift mellom aktuelle kommuner og Aure og Mork rehabiliteringssenter.

Oppsummert har prosjektet landet på følgende alternative samarbeidsmodeller som aktuelle:

- ✚ 0-alternativ: Fortsette med dagens organisering og oppgavefordeling
- ✚ Alternativ 1: Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp
- ✚ Alternativ 2: Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp. Etablere egne enheter kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt
- ✚ Alternativ 3: Etablere døgnbasert rehabilitering i egne rehabiliteringsenheter på tvers av tjenestenivå (intensiv døgnbasert rehabilitering)

Alternativ 0

Dette alternativet forutsettes kjent og beskrives ikke nærmere her. Denne modellen anbefales ikke da det er avdekket flere forbedringsområder som man uansett bør jobbe med. Disse er det tatt høyde for i alternativ 1.

Alternativ 1

Alternativ 1 bygger på dagens modell, men med forslag om å videreutvikle de utfordringsområdene i rehabiliteringsforløpet som er avdekket gjennom prosjektarbeidet. Det innebærer at man fortsetter med nåværende organisatoriske inndeling og med samme oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og helseforetak, men at man videreutvikler samhandlingsområdene før, under og etter et rehabiliteringsopphold. Det er spesielt viktig å forbedre samhandlingen i forkant av et opphold. Her foreslås det å opprette tverrfaglig vurderingsteam på tvers av tjenestenivå. Dette teamet kan også ha en rolle i utskrivingsfasen. Det anbefales å få et mer avtalefestet samarbeid i løpet av oppholdet for å sikre god og tidlig involvering av kommunale tjenester ved utskrivelse til hjemmet.

Alternativ 2

Alternativ 2 bygger videre på alternativ 1, men med en oppfordring om å etablere egne rehabiliteringsenheter enten kommunalt eller interkommunalt. Både forskning, nasjonale utredninger, og andre prosjektarbeid anbefaler at man reindyrker rehabiliteringstilbudene og har egne enheter med døgnbasert tilbud fremfor å ha avdelinger med flere typer tilbud (korttid, avlastning, sykehjem, rehabilitering). Med alternativ 2 kan man velge å ha samdrift om kompetansen som finnes ved Aure og Mork rehabiliteringssenter, og/eller bygge opp egne interkommunale rehabiliteringsenheter andre steder. Her er det rom for at større kommuner kan ha egne rehabiliteringsenheter så lenge antall plasser og befolkningsgrunnlaget tilsier at dette er fornuftig. Faglig sett er det å ha reindyrka rehabiliteringsenheter og ikke «blandingsavdelinger» som er viktig i denne modellen. Sterke fagmiljø og reindyrking av rehabiliteringsmetodikken kan gjøre det enklere å standardisere pasientforløpene og sikre lik kvalitet på tjenestene som tilbys. Dette sikrer også den videre rehabiliteringen som skal skje der brukeren skal leve og mestre hverdagen etter oppholdet.

Ved at en rendyrker rehabilitering som fag, og ikke har personell som skal dele arbeidsdagen mellom pleie og omsorg, og rehabilitering, sikrer en både et bedre pasienttilbud og en attraktiv arbeidsplass.

Også i denne modellen er det viktig å videreutvikle dagens forløp på samme måte som beskrevet under alternativ 1.

Alternativ 3

Alternativ 3 er den mest ytterliggående modellen og den som er mest innovativ. Her fjerner man skillet mellom spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering. Pasientene med behov for døgnbasert rehabilitering gis et tilbud i egne rehabiliteringsenheter som går på tvers av dagens tjenestenivå. Med denne modellen ser man for seg å beholde den etablerte rehabiliteringsenheten ved Ålesund sjukehus for pasientene med størst kompleksitet og de som trenger nærhet til andre spesialiteter. Øvrige rehabiliteringstjenester gis i egne enheter. Her kan man bygge på den kompetansen som allerede finnes ved Mork og Aure rehabiliteringssenter, og samtidig bygge opp enheter andre steder i fylket for å dekke det totale behovet. For å være bærekraftig bør enhetene ha minst 18-20 plasser. Denne modellen vil være avhengig av en omlegging av dagens finansieringsordninger, men er samtidig en modell i tråd med signalene fra Nye helse- og sykehusplan 2020-2023, samt utviklingen i ISF-regelverket.

Anbefaling

Arbeidsgruppene anbefaler at helseforetak og kommuner samler seg om alternativ 2: **Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp. Etablere egne enheter kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt.** I denne modellen har man fortsatt en organisatorisk inndeling med kommunal og spesialisert rehabilitering, men med rendyrking av rehabiliteringsfaget og oppretting av egne rehabiliteringsenheter på kommunalt nivå. Med unntak av de største kommunene i fylket, fremstår det som urealistisk at den enkelte kommune skal kunne drifte store nok rehabiliteringsenheter til at de vil være kvalitativt gode og bærekraftige. Det anbefales derfor sterkt at kommunene går sammen om å drifte interkommunale døgnbaserte rehabiliteringstilbud. Dette skal ikke gå på bekostning av rehabiliteringstilbudene som foregår nærmest brukerne; rehabilitering i hjemmet, rehabiliteringsteam, hverdagsrehabilitering, helsefremming og hverdagsmestring. Aure og Mork rehabiliteringssenter har bred kompetanse på rehabilitering som vil komme til nytte ved en eventuell samdrift mellom kommuner og helseforetak. Det anbefales at man velger en driftsform som er avtale- / kontraktbasert.

2 Bakgrunn

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) har flere ganger hatt oppe til vurdering det fremtidige spesialiserte rehabiliteringstilbudet i fylket. Første gang saken ble behandlet var i styresak 48/11 og sist fra januar 2019. Prosessen våren 2019 skapte en del uro både internt i helseforetaket og ute i kommunene. Daværende administrerende direktør i helseforetaket ba derfor styret om å få utsatt et eventuelt vedtak på endring av det spesialisert tilbudet slik at man kunne gå i dialog med kommunene.

Det ble så gjennomførte møter mellom helseforetaket og de tre regionrådene i fylket, samt Volda og Aure kommune som er vertskommunene til Aure og Mork rehabiliteringssenter. Dette for å drøfte hvordan man i fellesskap kunne etablere et prosjekt for utvikling av kommunale, interkommunale og spesialiserte rehabiliteringstjenester. Det ble besluttet å etablere et utviklingsprosjekt på tvers av tjenestenivå med god forankring både i kommunene, helseforetaket og Helse Midt-Norge RHF følgende målsetting: sikre et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal ved å utrede modeller for tjenestesamarbeid på tvers av tjenestenivå – herunder utgreie modeller for felles drift mellom aktuelle kommuner og Aure og Mork rehabiliteringssenter.

Det ble nedsatt ei styringsgruppe som utarbeidet mandat. Mandatet ble vedtatt i styremøte i HMR sak 57/19 (se vedlegg).

Hvordan skal så et innovativt og framtidsrettet rehabiliteringstilbud se ut?

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er en av flere utfordringer på rehabiliteringsområdet. Til tross for nasjonale føringer har man ikke klart å lage et klart og entydig skille på hvem som har ansvar for hva. Videre er det utfordringer på områdene brukermedvirkning, samhandling, uforutsigbare pasientforløp og kompetanse.

Det er en nasjonal politisk og ønska utvikling at rehabiliteringstiltak blir gitt på beste/laveste effektive omsorgsnivå (BEON/LEON). Måten spesialisert rehabilitering blir gitt på i framtida, må derfor være under stadig evaluering, der en ser på muligheter for å gå fra døgn- til dagtilbud og større bruk av poliklinikk og ambulante rehabiliteringstjenester/ team. Tjenestene skal bidra til tverrfaglig samarbeid for å sikre sammenhengende rehabiliteringsforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette er i tråd med samhandlingsreformen sine intensjoner om å kunne tilby tjenester nær der pasientene lever og bor. Hva som er beste/laveste effektive omsorgsnivå, blir påvirket av hvordan kommunene etablerer sine døgnbaserte tilbud innen rehabiliteringsfeltet.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for at aktuelle brukere/pasienter får nødvendig rehabilitering. Mange brukere vil i perioder ha behov for tjenester på begge nivå, og godt samarbeid og god koordinering på tvers av tjenestenivå er derfor en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud. Det har vært, og er, en rekke utfordringer knyttet til rehabilitering både lokalt i Møre og Romsdal og nasjonalt.

I dokumentet: *Helhetlige pasientforløp, Helsedirektoratet 2017* har Helsedirektoratet påpekt behovet for å utvikle nye organisatoriske og teknologiske løsninger, nye arbeidsformer og nye behandlingsmetoder. De har spesifikt pekt på at for å bidra til bedre og mer helhetlig oppfølging av brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester, er det nødvendig med:

- innovasjon for å utvikle nye organisatoriske og teknologiske løsninger, nye arbeidsformer og nye behandlingsmetoder – og at
- tjenestene må organisere seg tett opp mot hverandre

Nye arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene vil kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene. Dette vil kreve god ledelse på alle nivåer. Det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for pasientforløp, kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid. Det er behov for å ta i bruk ny teknologi for å understøtte nye innovative og brukerorienterte arbeids- og behandlingsformer.

Styret i Ergoterapeutene har i en artikkel i fagbladet Ergoterapeuten sagt at helse- og velferdsordninger har to store utfordringer som begge stiller krav til innovative løsninger:

1. muliggjøre aktivitet, arbeid og samfunnsdeltakelse for alle, og oppfylle menneskers ønske om selvbestemmelse.
2. å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester som imøtekommer befolkningens behov for helsetjenester samtidig som helsepersonell blir mangelvare.

(Ergoterapeuten 3/2014: Utfordringer og anbefalinger for rehabilitering og habilitering).

2.1 Organisering av prosjektet

Mandat for prosjektet ble utarbeidet i felleskap mellom helseforetak og regionrådene. Prosjektet ble organisert med styringsgruppe og to arbeidsgrupper med deltakere fra både Helse Møre og Romsdal, kommunene og Helse Midt-Norge. Arbeidsgruppe 2 ble først etablert i februar 2020.

Styringsgruppe:

Navn	Arbeidssted	Reprenterere
Rune Sjugard (leder)	Kommunedirektør Volda kommune	Sunnmøre regionråd
Hilde Marie Kleiven	Brukerrepresentant	Brukerutvalget HMR
Inger Nossen Sandvik	Brukerrepresentant	Brukerutvalget HMR
Britt Rakvåg Roald	Ass. Kommunedirektør Molde kommune	ROR
Geir Nielsen	Enhetsleder Helse og familie Aure kommune	Orkidè
Camilla Almås	Virksomhetsleder for Forebygging og meistring Ålesund kommune	Sunnmøre regionråd
Helge Ristesund	Spesialrådgiver HMR	HMR HF
Jorun Bøyum	Klinikkssjef klinikk for medisin og rehabilitering, HMR	HMR HF
Lena Bjørge Waage	Samhandlingssjef HMR	HMR HF
Tore Jo Nilsen	Seniorrådgiver HMN	HMN HF
Birgitte Ulstein Kvangarsnes	Foretakstillitsvalgt Norsk Ergoterapeut Forbund	HMR HF
(Trude Nordskog) (Gikk over i den faglige arbeidsgruppen mars 2020)	Tillitsvalgt for Norsk Fysioterapeut Forbund, Kristiansund kommune	Kommunene

Arbeidsgruppe 1: Rehabiliteringsfaglig arbeidsgruppe

Navn	Arbeidssted	Reprenterter
Synnøve Opsahl Melseth (prosjektleder)	Kvalitetsrådgiver, seksjon for helsetjenesteutvikling, HMR	
Gunn Anita Faksvåg	Ergoterapeut Molde kommune	ROR
Bente Åsbø (frem til mars 2020)	Fag- og utviklingsleder Storhaugen helsehus, Kristiansund Kommune	Orkidè
Trude Nordskog (Fra mars 2020)	Spesialfysioterapeut/fagkoordinator Kristiansund kommune	
Roger Kvalsvik	Fysioterapeut, leder for rehabilitering Herøy kommune	Sunnmøre regionråd
Lisbeth Løvoll	Leder for ergo- og fysioterapitjenesten nye Ålesund kommune	Sunnmøre regionråd
Anita Nybø	Seksjonsleder Mork rehabiliteringssenter	HMR HF
Aud Bente Skar	Seksjonsleder Aure rehabiliteringssenter	HMR HF
Ingvild Kjeldberg	Overlege og spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	HMR HF
Asle Giske (fra mars 2020)	Brukerrepresentant	Brukerutvalget HMR

Arbeidsgruppe 2: Drift- og samarbeidsformer

Navn	Arbeidssted / organisasjon	Funksjon
Roald Røsand	Kristiansund kommune (Orkidè)	Leder eiendomsdrift
Oddvar Marøy	Ørsta kommune (SR)	Stabsleder tildeling og koordinering
Anders Skipenes	Hustadvika kommune (ROR)	Kommunalsjef
Berit Lund	HMR	Controller
Paul Martin Gystad	HMN	Rådgiver
Fredrik Møller-Christensen	HMR	Rådgiver
Reidun Flem Øye	HMR (Mork rehabiliteringssenter)	Tillitsvalgt (NFF)
Hilde Leenen	HMR (Aure rehabiliteringssenter)	Tillitsvalgt (NSF)
Sigrid Sandvik	Molde kommune	Tillitsvalgt (NFF)
Doris Vågen	HMR (Mork rehabiliteringssenter)	Verneombud

3 Målsetting og mandat

Prosjektets målsetting er å sikre et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal ved å utrede modeller for tjenestesamarbeid på tvers av tjenestenivå – herunder utgreie modeller for felles drift mellom aktuelle kommuner og Aure og Mork.

Mandat:

- ✓ Kartlegge det nåværende samla døgntilbudet innen døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbud).
- ✓ Kartlegge og definere det samla behovet for døgnbaserte rehabiliteringstjenester i Møre og Romsdal, inkludert bedre avklaring av hva som er kommunal og hva som er spesialisert rehabilitering med fokus på helhetlige pasientforløp.
- ✓ Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbud innen spesialisert rehabilitering som ikke trenger ligge i sjukehus (eksklusiv private tilbud).
- ✓ Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innen rehabiliteringsfeltet. Vurdere ulike former for samarbeid som for eksempel etablering av felles tverrfaglig vurderingsteam
- ✓ Anbefale framtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eierforhold av eiendommer m.v.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseforetaket og aktuelle kommuner deltar.

3.1 Forståelse av mandatet

Mandatet er stort og omfattende. Styringsgruppen ga tidlig føringer for hva de ulike punktene innebar og hvilke forventninger de hadde. Den faglige arbeidsgruppen har likevel brukt tid på å tolke mandatet da det har vært vanskelig å se sammenhengen mellom prosjektets målsetting og enkeltpunktene i mandatet.

Målsettingen handler om å sikre et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal. For å oppnå det må vi vite hva et godt rehabiliteringstilbud er og hvordan vi skal nå målet. Slik arbeidsgruppe 1 har forstått oppdraget i prosjektet, skal punktene i mandatet svare ut målsettingen. I og med prosjektet har vært avgrenset til å omhandle døgnbaserte rehabilitering, har man ikke kunnet sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud til brukerne. Utvikling av faget, dreining mot mer ambulant virksomhet, dag /poliklinikk, hverdagsrehabilitering, rehabilitering i hjemmet, digitalisering samt kjøp av private rehabiliteringstjenester m.m. påvirker behovet for døgnplasser. Det vil derfor være noen tall og innspill som gjelder mer enn kun det døgnbaserte tilbudet i rapporten. Dette for å ivareta et mer helhetlig bilde. For å sortere mandatet har arbeidsgruppen valgt følgende inndeling:

1. Kvalitet og brukermedvirkning: Hvordan skape døgnbaserte rehabiliteringstjenester av god kvalitet og bidra til økt brukerdeltakelse?
2. Organisering: Hvordan kan tjenestene bli gitt kontinuerlig og sammenhengende på tvers av organisatoriske grenser (mest mulig sømløse forløp). Hvordan best organisere seg for å skape tjenester av god kvalitet?
3. Bærekraft/kostnadseffektivitet: Hvordan skape bærekraftige tjenester?

Rapportens tre første deler tar for seg ovenstående punkter.

3.2 Oppbygging av rapporten

Rapporten er inndelt i 4 deler:

Del 1 tar for seg kvalitet og brukermedvirkning. Vi vil her kort gjøre rede for verdibasert helsetjeneste i tillegg til å definere hva vi legger i kvalitet, rehabilitering, brukermedvirkning og samhandling.

Del 2 omhandler organisering, pasientforløp og samarbeidsmodeller. Her presenteres dagens pasientforløp, samt innhentet data fra steder arbeidsgruppe 1 har hospitert hos eller har hatt møter med. Her vil mandatpunktene vil bli svart ut, med unntak av siste del av punkt 5 som omhandler drifts-/selskapsformer og økonomi.

Del 3 redegjør for bærekraft, finansieringsmodeller, selskaps-/driftsformer.

Del 4 inneholder anbefaling av modell og evaluering av arbeidsprosess

Arbeidsgruppe 1 har utarbeidet del 1 og 2, mens arbeidsgruppe 2 har hatt hovedansvar for del 3. Del fire er en samlet anbefaling.

3.3 Metode

Det har gjennom prosjektperioden vært innhentet relevant informasjon og erfaringer fra andre prosjekter, utviklings- og forskningsarbeid. I tillegg har man har satt seg inn i nasjonale føringer og lest seg opp på aktuell litteratur. Det er gjennomført en spørreundersøkelse i alle kommuner i fylket pr 01.11.19. Det har vært avhold digitalt samarbeidsmøte med prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold og Pasientsentrert Helsetjenesteteam ved UNN (Universitet i Nord-Norge) og Tromsø kommune. Arbeidsgruppe 1 har hospitert ved Kysthospitalet i Stavern og Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik kommune. Flere av deltakerne deltok på en rehabiliteringskonferanse i Trondheim januar 2020. Det har vært knyttet kontakt med forskere på samhandlingsfeltet ved Høgskolen i Molde.

Del 1

4 Kvalitet og brukermedvirkning

I denne delen vil vi definere hva vi legger i kvalitet, samt kort gjøre rede for verdibasert helsetjeneste, rehabiliteringsbegrepet, brukermedvirkning og samhandling.

I målsettingen for prosjektet står at man ønsker å sikre et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal. Her har arbeidsgruppe 1 valgt å definere «et godt rehabiliteringstilbud» som et tilbud av god kvalitet. Vi har valgt å forholde oss til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sin definisjon på hva helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved:

Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er:

- Virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngår uønskede hendelser)
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kilde: [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

4.1 Verdibaserte helsetjenester

Hovedaktøren i all rehabilitering er brukeren selv. Brukermedvirkning er sentralt og helt avgjørende i rehabiliteringsprosessen. Det har derfor vært viktig å finne en samarbeids-/driftsformer som har styringsprinsipp og strategier som underbygger brukerfokus og gir god kvalitet på tjenestene. Vi ser en dreining i samfunnet mot en mer verdibasert helsetjeneste. Blant annet ser man at myndighetene i det nye ISF¹-regelverket tilrettelegger mer for at midlene skal følge pasientene mer enn at det er stykkfinansiering. Nedenfor vil vi beskrive verdibasert helsetjeneste (Value Based Healthcare – VBHC) og kople dette sammen med kvalitetsbegrepet. Kilde til stoffet er Porter og Theisberg 2006.

VBHC som styringsprinsipp og strategi

Verdibasert helsetjeneste, value based health care, er det vi kaller et **styringsprinsipp**. Andre brukte styringsprinsipp er mål- og resultatstyring, resultatbasert lønn, lederavtaler og styring basert på tillit. VBHC hører i prinsippet inn under mål- og resultatstyring, men her er noen vesentlige forskjeller fra andre måter å praktisere mål- og resultatstyring.

Valg av styringsprinsipp er et strategisk spørsmål som må forankres på styrenivå. De fleste virksomheter benytter seg av flere styringsprinsipp, men en må normalt ta stilling til hvilket prinsipp har forrang både i navn og gavn.

Helsevesenets strategiske mål

Helsevesenet, på linje med de fleste andre offentlige og private organisasjoner, kan ha til dels

¹ ISF: Innsatsstyrt finansiering: finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten

motstridende mål. Men hvis en skal løfte blikket, er den såkalte Tripple Aim- modellen, ofte brukt til å beskrive helsevesenets overordnede mål. De tre overordnede målene i Tripple-Aim er:



1. bedre helse for hele befolkningen
2. bedre pleie for den enkelte pasient
3. reduserte kostnader pr. capita

Helsevesenets operative mål:

Det finnes et utall av operative mål som helseinstitusjoner enten er pålagt av utenforstående eller pålagt seg selv å arbeide mot. Sentralt i dette er kvalitet (se definisjon over).

VBHC's oppbygging

Verdi er definert som forholdet mellom pasientens helsemessige utbytte (outcome) relativt til kroner brukt på pasienten. altså $\text{Value} = \text{outcome} / \text{kroner}$. Value er en KPI (key performance indicator), og måler systemets kostnadseffektivitet: Hvor mye helse pr pasient får vi ut av penger brukt pr pasient. Systemets/organisasjonens mål er å levere Value (verdi). Ifølge VBHC's opphavsmann, Michael Porter er dette essensen. Indirekte påstår Porter at VBHC som styringsprinsipp kan erstatte Balansert Målstyring (for de som bruker det) og kan integreres i Triple Aim.

Noen forutsetninger om VBHC

VBHC har sin opprinnelse i det amerikanske helsevesenet. I motsetning til det norske, er konkurransen i det amerikanske en drivende faktor for innovasjon og utvikling. Et vesentlig poeng i VBHC er at konkurranse skjer på like vilkår og om de rette tingene. Og det er her VBHC i sin rendyrkede form har sin styrke ved at:

- a) måling av Value blir standardisert
- b) det blir offentliggjort.

Da kan de som har interesse av det se hverandre i kortene, og pasientene kan gjøre sine grunngitte valg basert på objektiv sammenlignbar informasjon. Skal en virksomhet i en markedsøkonomi overleve, må den hele tiden være i stand til å utvikle seg til å levere bedre kvalitet og eller bli mer kostnadseffektiv. Det er konkurransen som er drivkraften bak vår velstandsutvikling. Porter som er tilknyttet Harvard forsøker med VBHC å få markedet i rett form inn i helsevesenet ved at

- a) målingen av Value blir standardisert,
- b) obligatorisk
- c) offentliggjort.

Porter hevder videre at VBHC er universell og vil også fungere i lag med den skandinaviske velferdsmodellen. I norsk/skandinavisk sammenheng er det konkurransen i jobbmarkedet(lederjobbene) vesentlig. I og med prestasjoner blir likt målt og offentliggjort, synliggjør det en leders egenskaper til å levere resultat(verdi). Det er lett å skille gode og dårlige ledere. Dårlige ledere vil i liten grad kunne hevde seg på et arbeidsmarked eller i lønnsforhandlinger.

For de som bestemmer seg for å prøve VBHC som styringsprinsipp så setter det i seg selv i gang en del utviklingsprosesser. Med andre ord, de selvforsterkende effektene som Porter hevder er innebygd i VBHC.

Outcome og kostnad

Porter har i sitt rammeverk skissert en modell for å måle PRO (Patient Reported Outcome). Der PRO måles på 3 nivå;

- 1) Sustainability
- 2) Prosess
- 3) Achieved health status.

Dersom man ønsker å bruke VBHC som styringsprinsipp må man først bli enige om hva som ligger i begrepet PRO for den spesifikke diagnosen/behandlingen.

I VBHC er det pasienten som primært er kostnadsbæreren, ikke den organisatoriske enheten som pr i dag. ISF-regelverket har åpnet for forløpsfinansiering for noen pasientforløp der «pengene» følger pasienten og ikke tildeles den enkelte organisatoriske enhet. Dessverre er dette ikke gjeldende for rehabilitering enda, men det er nedsatt ei nasjonal gruppe som også skal se på finansieringen av de spesialiserte rehabiliteringstjenestene.

The full cycle of care

Et videre moment i VBHC er at Value måles pr pasient gjennom hele behandlingsforløpet (i dette tilfellet rehabiliteringsforløpet). Behandlingsforløpet inkluderer alle aktører; spesialist, kommunal, privat. Målet blir da at rehabiliteringsløpet skal maksimalisere Value. Og skal rehabiliteringen ha maks verdi for pasienten, må man fylle kvalitetskravene som HOD har definert.

4.2 Rehabilitering og brukervedvirkning:

Styrking av rehabilitering er et overordnet mål i samfunnet. Vi velger i dette kapittelet å gi en kort presentasjon av rehabiliteringsbegrepet og brukervedvirkning.

[Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) §3 har følgende definisjon på rehabilitering og habilitering:

- Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.
- Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.
- Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

I sykehusene skiller det i ISF²-regelverket mellom primær- og sekundær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering:

1. **Primær døgnrehabilitering:** rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skiller det videre mellom primær kompleks og primær enkel (tidligere vanlig) avhengig av grad av kompleksitet. Tabellen under viser kriterier for hvilke koder som benyttes ved koding av primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

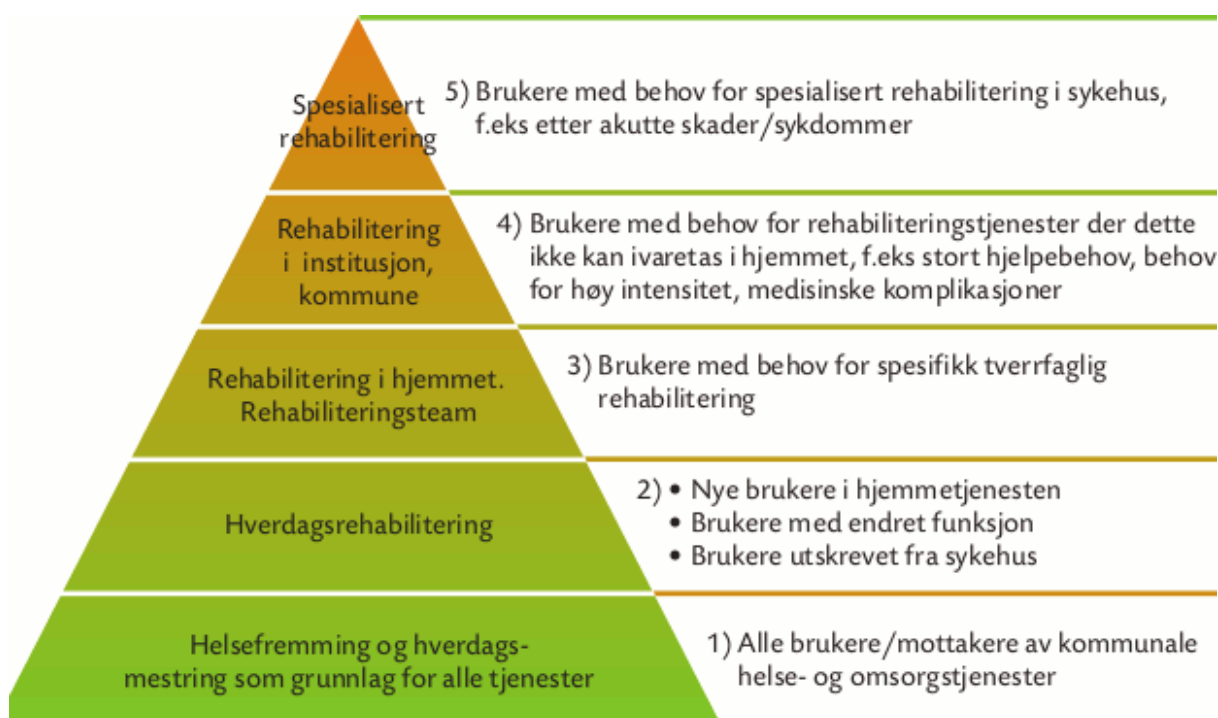
² ISF: Innsatsstyrt finansiering

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

- 2. Sekundær døgnrehabilitering:** pasienten mottar rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.
- 3. Dag- og poliklinisk rehabilitering:** Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag.

Se ellers kapittelet om finansiering for utfyllende informasjon om dette.

Rehabilitering foregår på ulike nivå og det er i Norge blitt vanlig å dele inn dette slik pyramiden nedenfor viser:



Fra Hverdagsrehabilitering (Tuntland og Ness 2014).

Dette prosjektet omhandler brukere som har behov for **døgnbasert rehabilitering** som inngår i de to øverste feltene i pyramiden.

Målgruppen er definert til å være voksne over 18 år som er i behov for døgnbasert rehabilitering, der rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordring.

Rehabilitering har livskvalitet som overordnet mål og handler om å gjenvinne tapt verdighet gjennom å gjenerobre posisjoner og sosialt verdifulle roller, det være seg innen arbeid, fritid eller familieliv. (Aaserud Norborg, 1994:5 Mot til verdighet). Rehabilitering handler om å ta styringen og ansvaret over eget liv gjennom en aktiv og utviklende prosess i samarbeid med mange og ulike aktører. Det handler om å foreta krevende valg i hverdagen, hvor prosessen forut for valgene kan være like viktig som valget i seg selv. «Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål.» (St.meld.21 (1998-99:6))

Selvstendighetstanken er grunnleggende for ideologien i rehabilitering, hvor individuell brukermedvirkning er avgjørende for en vellykket rehabiliteringsprosess. «Medvirkningsretten innebærer at pasienten gjøres til en «samarbeidspartner» i relasjonen til helsepersonellet. I tillegg til å være mottaker av helsehjelp, skal pasienten bidra til å sette premissene for hva som skal gjøres og på hvilken måte.» (*Pasientrettighetsloven med kommentarer, Aslak Syse 2001*). Dette er også i tråd med verdibegrepet i VBHC.

Rehabilitering for den enkelte bruker er ofte en langvarig prosess, og hvor den døgnbaserte rehabiliteringen kun er en begrenset periode av dette forløpet. Det stilles derfor krav til samhandling, ansvar- og oppgavefordeling mellom de ulike tjenestenivåene, og et behov for tilgang til tjenestene skissert i de tre nederste delene av pyramiden i tillegg til det døgnbaserte tilbudet i de to øverste feltene. Rehabiliteringsforløp er individuelle og basert på den enkelte brukers behov og mål. Det utføres tverrfaglig, på tvers av nivå, sektorer og kommunegrenser med offentlige, private og frivillige aktører. Rehabilitering krever derfor god kommunikasjon, gode strukturer og at de ulike elementene danner en helhet.

En tilnærming for utvikling av gode, brukerstyrte modeller er å stille spørsmålet: Hva er viktig i livet ditt nå? I motsetning til å spørre om hva en trenger hjelp til. Dette gir hverdagsmestring for brukeren og kan være besparende for kommunen. Det støtter samtidig gode pasientforløp.

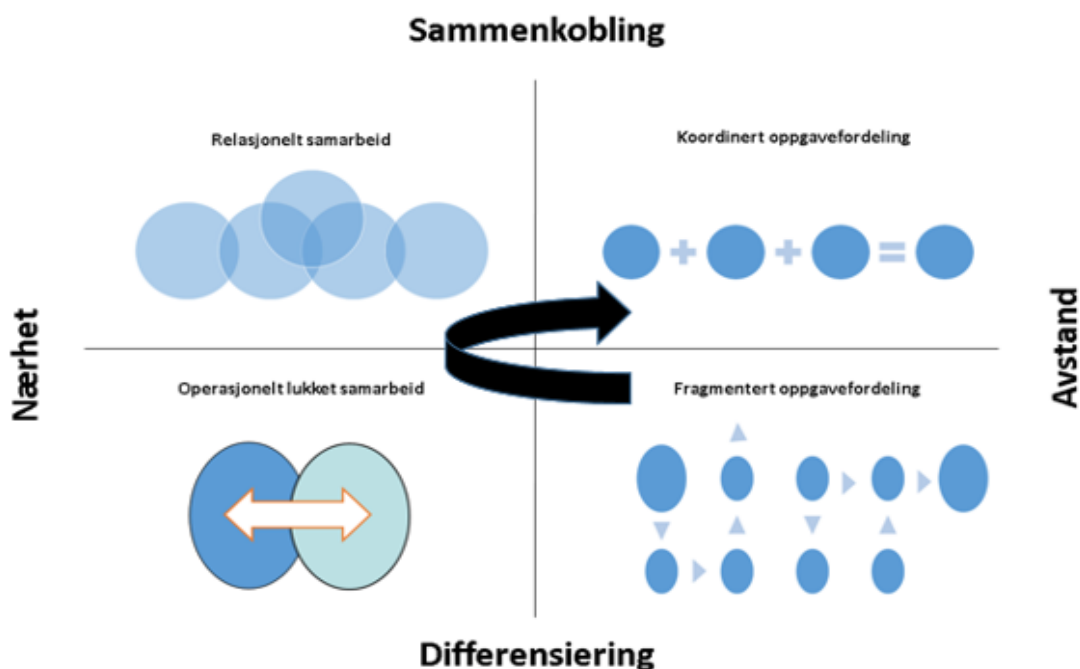
Dette er noe av bakgrunnen og verdigrunnlaget for arbeidsgruppe 1's forslag til samarbeidsmodeller.

4.3 Samhandling

Det er krevende å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til brukere med komplekse og sammensatte behov. Flere studier og offentlige utredninger har beskrevet dette de siste tiårene. Bjørkquist og Fineide (Bjørkquist og Fineide 2019) har sin bok *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* sagt noe om at mange av reformene som har kommet de siste årene har hatt til hensikt å møte den økende graden av spesialiserte og fragmenterte helse- og velferdstjenester. Når det er behov for helhetlige tjenester, vil dette kreve koordinering mellom enhetene. Her oppstår det fort samordnings- og samarbeidsproblemer. Disse kan knyttes til arbeids- og oppgavefordeling, hvor det kan oppstå dobbeltarbeid og gråsoner når det er uklart hvem som har myndighet og ansvar for hva. Bjørkquist og Fineide skriver at det er en rekke hindringer for samordning som må bygges ned. Overordnede strukturelle hindringer viser til eksisterende lovregulering, regler og retningslinjer. De sier videre at profesjonelle og kulturelle barrierer gjerne bunner i ulike vurderinger, holdninger og tilnærminger. Teamorganisering, samlokalisering og partnerskap er eksempler på tiltak som er rettet mot å dempe eller bryte ned organisatoriske og profesjonelle grenser i tjenestetilbudet, mens sviktende lederskap og uklart mandat innebærer hindringer. Relasjonelle hindringer viser til manglende tillit, personlige motsetninger og revirtenkning, mens tilsvarende vil gjensidig respekt og tillit bidra til å bygge ned barrierer (Bjørkquist og Fineide 2019).

PhD stipendiat Erlend Vik ved Høgskolen i Molde har gjennomført en litteraturstudie på helseprofesjoners samhandling (E. Vik 2018). I sin artikkelen skriver han at den norske helsetjenesten preges av økende fragmentering og spesialisering og ønsket om en bedre samhandling er blitt en politisk og helsefaglig kjernesak. Samhandlingsutfordringer knyttes til manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Vellykket samhandling beskrives i sammenheng med ansikt-til ansikt-relasjon og teamarbeid, samt relasjoner som er preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap. Vik trekker frem at det er et gjennomgående tema i studiene at helsetjenestens organisering skaper et spenningsforhold mellom profesjonene, noe som gjør samhandlingen utfordrende.

Han har på bakgrunn av 25 gjennomgåtte publikasjoner og en systemteoretisk forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert, utviklet en typologi som illustrerer fire former for samhandling:



Typologien har to dimensjoner: avstand – nærhet og differensiering-sammenkobling.

1. Relasjonelt samarbeid preges av interaksjon, likeverd og respekt for hverandres profesjonsutøvelse. Vik trekker dette frem som en idealform for samhandling og at denne modellen kommer til uttrykk gjennom beskrivelse av samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingsteamene.
2. Operasjonelt lukket samarbeid preges av nærhet og differensiering. Selv om det finnes møteplasser og diskusjon om de ulike forståelsesrammene, preges relasjonene av ulikhet, usikkerhet og maktkamp.
3. Koordinert oppgavefordeling er preget av avstand og sammenkobling og ligger tett opp til samhandlingsreformens forståelse og definisjon av samhandling. Samhandlingen kjennetegnes av koordinert og rasjonell oppgavefordeling mellom helseprofesjoner som ikke har fysiske møteplasser. Profesjonene fungerer som relativt lukkede og autonome systemer som opprettholder hver sine distinkte funksjoner. Sammenkobling kan skje via velfungerende IKT-systemer, skriftlige retningslinjer, standardiserte pasientforløp eller en koordinator som tar ansvar for oppgavefordelingen
4. Fragmentert oppgavefordeling er preget av avstand og differensiering. Her er det ikke fysiske møteplasser og relasjonene preges av lav gjensidighetskunnskap. Det er uklarhet om hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandlingen. Fragmentert oppgavefordeling er spesielt fremtredende i de samhandlingsarenaene som opererer på tvers av forvaltningsnivåene, men er også beskrevet internt i primærhelsetjenesten.

Under et samarbeidsmøte med Vik hvor han holdt innlegg om ovenstående typologi, ble det diskutert om sammenslåing av de døgnbaserte rehabiliteringstjenesten i Møre og Romsdal, i teorien vil kunne minske differensieringen i rehabiliteringstjenesten og kanskje gi bedre forutsetninger for integrasjon. Dette vil avhenge av hva sammenslåingen er basert på; er det basert på politiske, økonomiske, juridiske eller kvalitetsmessige årsaker? Det vil også avhenge av hvordan man håndterer

spenningen mellom de politiske, økonomiske, juridiske og helsemessige og faktorene. Det ble snakket om en lagdelt samhandling og i dette er det viktig å sikre integrasjon mellom de beslutninger som tas i de formelle samhandlingsstrukturene og den operasjonelle samhandlingen rundt pasient/bruker.

Både Vik's (Vik 2018) og Bjørkquist og Fineide's (Bjørkquist og Fineide 2019) forskning viser at til tross for Samhandlingsreformen og dens tilhørende lovkrav, er det fortsatt samordningsproblemer og samarbeidet rundt pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok. Vik har i sin typologi, vist noe av årsakene til dette, samt sagt noe om hva som skal til for å lykkes. Noe av det som er trukket fram som suksessfaktor for god samhandling er felles ståsted og forståelse, samt teamsamarbeid, samlokalisering og partnerskap.

Del 2

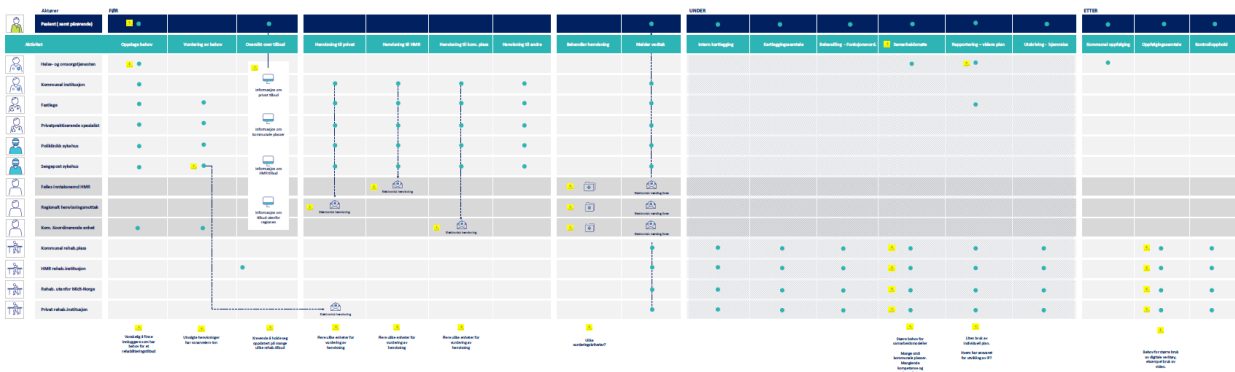
5 Organisering, pasientforløp og samarbeidsmodeller

























Hvordan kan tjenestene bli gitt kontinuerlig og sammenhengende på tvers av organisatoriske grenser? Nesten alle punktene i mandatet kan oppsummeres i dette spørsmålet. Vi vil først presentere en kartlegging av dagens pasientforløp slik det foregår i Møre og Romsdal, deretter data og informasjon om arbeidssteder og prosjekt arbeidsgruppe 1 har hospitert hos eller hatt møter med. Dette er data som har gitt oss kunnskap og inspirasjon på veien til å foreslå fremtidige samarbeidsmodeller i Møre og Romsdal. Deretter vil mandatet bli svart ut punktvis.

5.1 Kartlegging av dagens pasientforløp

For å kunne anbefale fremtidig samarbeids- og driftsmodell, har det vært nødvendig å gjøre en grundig kartlegging av dagens pasientforløp innenfor døgnbasert rehabilitering. Denne kartleggingen ble gjort ved hjelp av tjenstedesign som metode der tjenstedesigner Jarl Reitan som arbeider ved Regionalt Senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) i Helse Midt-Norge ledet arbeidet. Kartleggingen baserer seg på innhentet data i prosjektet samt den kompetanse og erfaring den faglige arbeidsgruppa og brukerrepresentanten sitter på. Forløpet med utfordringer markert med gule varseltrekanter er gjengitt i figurene nedenfor. For at det skulle være lesbart i dokumentet, måtte vi dele det opp i 6 bilder, men det skal leses som om bildene var plassert etter hverandre horisontalt slik øverste bilde viser.

DØGNBASERT REHABILITERINGSTJENESTE I MØRE OG ROMSDAL – BESKRIVELSE AV DAGENS FORLØP 17.04.2020



Aktører		FØR		
Pasient (samt pårørende)		 ●		●
Aktivitet		Oppdage behov	Vurdering av behov	Oversikt over tilbud
	Helse- og omsorgstjenesten	 ●		  Informasjon om privat tilbud  Informasjon om kommunale plasser  Informasjon om HMR tilbud  Informasjon om tilbud utenfor regionen
	Kommunal institusjon	●		
	Fastlege	●	●	
	Privatpraktiserende spesialist	●	●	
	Poliklinikk sykehus	●	●	
	Sengepost sykehus	●	 ●	
	Felles inntaksnemd HMR			
	Regionalt henvisningsmottak			
	Kom. Koordinerende enhet	●	●	
	Kommunal rehab.plass			
	HMR rehab.institusjon		●	
	Rehab. utenfor Midt-Norge			
	Privat rehab.institusjon			
		 Vanskelig å finne innbyggere som har behov for et rehabiliteringstilbud	 Utvalgte henvisninger har «snarveier» inn	 Krevende å holde seg oppdatert på mange ulike rehab.tilbud

Aktører


































Pasient (samt pårørende)

Aktivitet

-  Helse- og omsorgstjenesten
-  Kommunal institusjon
-  Fastlege
-  Privatpraktiserende spesialist
-  Poliklinikk sykehus
-  Sengepost sykehus
-  Felles inntaksnemd HMR
-  Regionalt henvisningsmottak
-  Kom. Koordinerende enhet
-  Kommunal rehab.plass
-  HMR rehab.institusjon
-  Rehab. utenfor Midt-Norge
-  Privat rehab.institusjon






























	Henvisning til privat	Henvisning til HMR	Henvisning til kom. plass	Henvisning til andre
Helse- og omsorgstjenesten				
Kommunal institusjon	•	•	•	•
Fastlege	•	•	•	•
Privatpraktiserende spesialist	•	•	•	•
Poliklinikk sykehus	•	•	•	•
Sengepost sykehus	•	•	•	•
Felles inntaksnemd HMR		Elektronisk henvisning		
Regionalt henvisningsmottak	Elektronisk henvisning			
Kom. Koordinerende enhet			Elektronisk henvisning	
Kommunal rehab.plass				
HMR rehab.institusjon				
Rehab. utenfor Midt-Norge				
Privat rehab.institusjon	Elektronisk henvisning			















 Flere ulike enheter for vurdering av henvisning
 Flere ulike enheter for vurdering av henvisning
 Flere ulike enheter for vurdering av henvisning

Aktører			
	Pasient (samt pårørende)		
Aktivitet		Behandler henvisning	Melder vedtak
	Helse- og omsorgstjenesten		
	Kommunal institusjon		
	Fastlege		
	Privatpraktiserende spesialist		
	Poliklinikk sykehus		
	Sengepost sykehus		
	Felles inntaksnemd HMR	 	 Elektronisk melding/brev
	Regionalt henvisningsmottak	 	 Elektronisk melding/brev
	Kom. Koordinerende enhet	 	 Elektronisk melding/brev
	Kommunal rehab.plass		
	HMR rehab.institusjon		
	Rehab. utenfor Midt-Norge		
	Privat rehab.institusjon		

































Ulike vurderingskriterier?

Aktører		UNDER		
	Pasient (samt pårørende)			
Aktivitet		Intern kartlegging	Kartleggingsamtale	Behandling - Funksjonsvurd.
	Helse- og omsorgstjenesten			
	Kommunal institusjon			
	Fastlege			
	Privatpraktiserende spesialist			
	Poliklinikk sykehus			
	Sengepost sykehus			
	Felles inntaksnemd HMR			
	Regionalt henvisningsmottak			
	Kom. Koordinerende enhet			
	Kommunal rehab.plass			
	HMR rehab.institusjon			
	Rehab. utenfor Midt-Norge			
	Privat rehab.institusjon			

Aktører				
	Pasient (samt pårørende)			
Aktivitet		Samarbeidsmøte	Rapportering – videre plan	Utskriving - hjemreise
	Helse- og omsorgstjenesten	●	⚠ ●	
	Kommunal institusjon			
	Fastlege		●	
	Privatpraktiserende spesialist			
	Poliklinikk sykehus			
	Sengepost sykehus			
	Felles inntaksnemd HMR			
	Regionalt henvisningsmottak			
	Kom. Koordinerende enhet			
	Kommunal rehab.plass	⚠ ●	●	●
	HMR rehab.institusjon	⚠ ●	●	●
	Rehab. utenfor Midt-Norge	⚠ ●	●	●
	Privat rehab.institusjon	⚠ ●	●	●

⚠	⚠
Større behov for samarbeidsmodeller	Lite bruk av individuell plan.
Mange små kommunale plasser. Manglende kompetanse og kapasitet	Hvem har ansvaret for utvikling av IP?

Aktører		ETTER		
	Pasient (samt pårørende)			
Aktivitet		Kommunal oppfølging	Oppfølgingssamtale	Kontrollopphold
	Helse- og omsorgstjenesten			
	Kommunal institusjon			
	Fastlege			
	Privatpraktiserende spesialist			
	Poliklinikk sykehus			
	Sengepost sykehus			
	Felles inntaksnemd HMR			
	Regionalt henvisningsmottak			
	Kom. Koordinerende enhet			
	Kommunal rehab.plass		 	
	HMR rehab.institusjon		 	
	Rehab. utenfor Midt-Norge		 	
	Privat rehab.institusjon		 	



Behov for større bruk av digitale verktøy, eksempel bruk av video.

Oppsummert viser kartleggingen av dagens forløp følgende utfordringer:

1. Avdekke behov / vurdere behov

Både det å avdekke behov for rehabilitering og det å få gjort gode tverrfaglige kartlegginger som grunnlag for å vurdere behov ansees for å være et forbedringsområde ved dagens forløp. Det kan mange ganger virke tilfeldig om og når behov avdekkes. Dette har konsekvenser for om brukeren i det hele tatt får tilbud om rehabilitering og om tilbudet kommer tidlig nok for å unngå funksjonstap og forsinkelser i rehabiliteringsprosessen.

2. Krevende for henvisere å ha oversikt og holde seg oppdatert på eksisterende rehabiliteringstilbud (mange veier inn)

Henvissningsprosessen til døgnbasert rehabilitering er preget av mange involverte parter på flere tjenstenivå. Det kan for de som skal henvide være vanskelig å holde seg oppdatert på alle tilbudene som finnes både i kommunen, i spesialisthelsetjenesten og hos private aktører. Det kan noen ganger være tilfeldig hvor søknader sendes i tillegg til at søknader også sendes flere steder samtidig. Det er avdekket et behov for å forenkle henvissningsprosessen.

3. Mange vurderingsenheter

Det er flere instanser som behandler søknader til døgnbasert rehabilitering. I den enkelte kommune er det gjerne Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering /bestillerkontor / tildelingskontor som behandler søknader. I lokalt helseforetak er det felles inntaksnemd for de tre rehabiliteringsenhetene Aure, Mork og sengepost for rehabilitering og revmatologi ved Ålesund sjukehus. For de private aktørene som har avtale med Helse Midt-Norge om å drive spesialisert rehabilitering, skal søknad sendes til regionalt henvissningsmottak (RVE). I kartleggingen er det avdekket at selv om alle søknader til private skal via RVE, sendes også søknader direkte til rehabiliteringssenter. Dette viser at det er behov for å se nærmere på henvissningsprosessen.

4. Ulike/mange instanser for vurdering av henvisninger – ulik tolkning av vurderingskriterier

Ved at man har mange ulike instanser som vurderer søknader til døgnbasert rehabilitering, har erfaringer vist at der er variasjon og ulik tolkning av vurderingskriteriene. Det kan medføre at en bruker for eksempel får avslag på spesialisert rehabilitering ved HMR, mens man får innvilget rett til spesialisert rehabilitering av regional vurderingsenhet. Det er behov for en mer samkjørt behandling av søknader til døgnbasert rehabilitering.

5. Kvalitet i tjenestene

Pr i dag har man ingen systematisk kvalitetssikring av tilbudene som gis ved de ulike rehabiliteringsenhetene enten det er i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Det finnes noen brukertilfredshetsundersøkelser, men vi har ingen gode data for hvilken verdi og dermed hvilken kvalitet det er på oppholdet for brukerne. Med kvalitet menes her det samme som HOD's definisjon som ble omtalt i kapittel 5. Det vil si at rehabiliteringstilbudene skal være virkningsfulle og føre til en helsegevinst og ha verdi for brukerne. De skal være trygge og sikre uten uønskede hendelser. Brukerne skal stå i sentrum, være involvert og ha innflytelse på sin egen rehabiliteringsprosess. Tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet. Ressursene skal være utnyttet på en god måte og tjenestene skal være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

I tillegg til disse fem punktene vet en også at der er utfordringer knyttet til samhandling i overgangene fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og vise verca.

Videre presentasjon av innhentet data

Når det gjelder organisering av det døgnbaserte rehabiliteringstilbudet, har vi ikke funnet noen som har felles drift av døgnbasert rehabilitering på tvers av tjenestenivå i Norge. Det finnes interkommunalt samarbeid flere steder og ved Namdalen rehabilitering i Trøndelag har de interkommunale plasser i tillegg til spesialiserte plasser etter avtale med Helse Midt-Norge RHF. Vi har vært i kontakt med prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik, Kysthospitalet i Stavern, samt pasientsentrert helsetjenesteteteam som er et samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune. Her finner vi eksempler på god samhandling på tvers av tjenestenivå. Vi vil i det påfølgende kort beskrive disse tilbudene, da de har gitt oss kunnskap og inspirasjon på vegen til å foreslå samarbeidsmodeller i Møre og Romsdal.

5.2 Innovativ rehabilitering Indre Østfold

I Indre Østfold har de siden 2016 hatt et interkommunalt prosjekt mellom 7 kommuner som de har kalt Innovativ rehabilitering Indre Østfold. Prosjektets hovedmål har vært å utvikle og styrke rehabiliteringen i Indre Østfold. Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter er eier av prosjektet og Helsedirektoratet har oppfølgingsansvaret. For å visualisere prosjektets resultater og forslag til en helhetlig tilnærming til rehabilitering, har de presentert en systemmodell som viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet. Dette har de kalt «Samfunnsbasert rehabilitering» og er inspirert fra CBR- Community Based Rehabilitation.



De beskriver modellen i sin prosjektrapport ([Prosjektrapport Forslag til handlingsplan 2017-2020](#)) slik: Den ene sirkelen (lilla) får frem rehabilitering som en del av helsetjenesten. Den andre (grønn) får frem de aktører som inngår i det rehabiliterende lokalsamfunnet. Den sentrale aktøren i rehabilitering er personen selv. Det er den myndiggjorte personen som vil omsette rehabiliteringsinnsatsen til selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Helsetjenestene omfatter både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De har valgt ulike

betegnelser på rehabiliteringen alt etter hvilke tjenester det offentlige yter/bør yte:

- Specialisthelsetjeneste: Spesialisert rehabilitering
- Kommunalt (evt. interkommunalt) rehabiliteringssenter: Intensiv rehabilitering (senger) og
- S sammensatt rehabilitering (team)
- Pleie- og omsorgstjenesten: Hverdagsrehabilitering

Lokalsamfunnet omfatter alt fra hjemmet, familien og omgangskretsen til offentlige funksjoner, private instanser og frivillige organisasjoner. Nærmiljøet, med natur, infrastruktur og kulturelle tilbud danner en viktig del av rammen. Lokalmiljøets bidrag i rehabiliteringen kan være sammenfallende med det vi kjenner igjen fra arbeidet med folkehelse; det kan kalles det rehabiliterende lokalsamfunnet. Sentralt i rehabiliteringsforløpet, som en interkommunal funksjon, har de plassert et tverrfaglig vurderingsteam (TVT). Teamet består av basiskompetanse: Fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. TVT er nøkkelen i det de kaller sammensatt rehabilitering og vil trekke veksler på ulike fagprofesjoner. Oppgavene til teamet vil være knyttet til tidlig vurdering, med anbefalinger om rehabiliteringsforløpet, samt veiledning og oppfølging. TVT er tiltenkt en koordinerende funksjon mellom alle de aktører som på ulike nivåer eller måter skal inngå i den sammensatte rehabiliteringen. Disse aktørene kan både være helsefaglige og samfunnsfaglige funksjoner, og inngå i forskjellige og samtidige faser i et forløp. For å synliggjøre dette er det lagt inn i et overlappende område i figuren. Erfaringene prosjektet i Indre Østfold har gjort seg med TVT, er viktig kunnskap som kan ha relevans for vårt prosjekt og hvordan man velger å rigge en fremtidig samarbeidsmodell på tvers av tjenestenivå her i Møre og Romsdal. Dette vil diskuteres nærmere i kapittel 6.5.5.

5.3 Hospitering ved Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik kommune og Kysthospitalet i Stavern

Arbeidsgruppe 1 dro på hospitering for å se hvordan Larvik kommune har organisert sitt rehabiliteringstilbud og hvordan de samarbeider med Kysthospitalet i Stavern. Kysthospitalet i Stavern er en del av spesialisthelsetjenesten (klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering) ved Sykehuset i Vestfold (SIV). Larvik kommune har samlet sitt rehabiliteringstilbud ved Presteløkka rehabiliteringssenter.

Larvik kommune har gjennom mange år hatt en satsning på rehabilitering og Inger Johansen (Johansen 2012) gjorde sitt doktorgradsarbeid i Larvik der hun sammenlignet effekten av rehabilitering av eldre i eget døgnbasert, kommunalt senter med rehabilitering i korttidsplasser på sykehjem. Studien er beskrevet senere i rapporten, men hennes arbeid skapte en nysgjerrighet i arbeidsgruppa og vi dro derfor på besøk til Presteløkka rehabiliteringssenter for å se hvordan de driver rehabilitering i dag.

Presteløkka Rehabiliteringssenter er et kommunalt tilbud til de over 18 år som opplever å ha, eller står i fare for å få, et funksjonstap. Senteret har 23 døgnplasser øremerket rehabilitering. De har tverrfaglige team som i samarbeid med brukerne legger til rette for målrettet og intensivt trenings- og aktivitetsopplegg, enten i form av døgnplass eller deltakelse i ulike daggrupper. Døgnplassene er organisert i en døgnrehabiliteringsenhet og en 5-døgns post. I tillegg har de en trygghetsavdeling med 8 plasser der fokuset er trygghet og aktivitet. Dette er et lavterskeltilbud hvor pasientene ringer selv for å få plass.

Det som utmerket seg ved Presteløkka, var fleksibiliteten de hadde totalt sett med å ha samlet all rehabilitering under ett tak. Selv om en pasient flyttes fra døgnpost til 5-døgnspost som et skritt på veien hjem, så er det i samme bygg med samme spisesal, noe vi antar forenkler en overgang og gir et mer sømløst forløp. De har en unik mulighet til å bygge rehabiliteringskompetanse blant alle ansatte, noe som også gir fleksibilitet dersom man av ulike grunner må flytte på personellet mellom de ulike enhetene.

Presteløkka rehabiliteringssenter og Kysthospitalet i Stavern, ligger rett ved siden av hverandre. De startet et samarbeidsprosjekt; Ambulant rehabiliteringsteam hvor noe av hensikten var bedre samordning -ett sted å ringe. Her kunne man blant annet få hjelp til tverrfaglige vurderinger og brukerne fikk tilbud på rett sted første gang.

5.4 Pasientsentrert Helsetjenesteteam (PSHT)

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og nærliggende kommuner har de opprettet pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT). Arbeidsgruppe 1 hadde skypemøte med teamet i Tromsø for å høre hvordan de har organisert seg og hvilke erfaringer der har gjort seg med å jobbe på tvers av tjenestenivå.

Pasientsentrert helsetjenesteteam-prosjektet ble etablert høsten 2013 med formål å styrke helsetjenesten for pasienter med sammensatt og kroniske sykdommer. Felles tverrfaglige team på tvers av sykehus og kommune skal bidra til tidlig vurdering og diagnostikk hos hjemmeboende og tidlig støttet utskrivning og oppfølging av pasienter etter en sykehusinnleggelse. Pasient og pårørende involveres aktivt i planleggingen gjennom hele sykdomsforløpet. Metoden som er utarbeidet i prosjektet tar utgangspunkt i tre hovedkomponenter som har sitt utspring i Chronic Care Model (CCM); Helsetjenesten skal være personsentrert, helhetlig og proaktiv.

I prosjektperioden piloterer tre forskjellige organisatoriske modeller av PSHT:

PSHT Tromsø og Harstad: De tverrfaglige teamene i Tromsø og Harstad er organisert på tvers av sykehus og kommune, dvs. teamene er etablert som en felles enhet, med ansatte både fra sykehus og kommune. Teamene har base i tilhørende lokalsykehus, ambulerer og møter pasienten både i hjemmet, kommunal institusjon og i sykehus.

2. **PSHT Balsfjord og Karlsøy:** I Balsfjord og Karlsøy samarbeider faste kontaktpersoner (fagpersoner, pasientkoordinatorer og team) lokalt i den enkelte kommune med PSHT teamet i Tromsø. Samhandlingen foregår i hovedsak via telefon og videokonferanse. PSHT teamet i Tromsø møter pasientene inne i sykehus, mens de lokale fagpersonene/teamene følger opp pasienten i pasientens hjem.

3. **PSHT Lenvik:** I Lenvik har UNN og Lenvik kommune etablert et felles team på tvers av sykehus og kommune med base ved det lokale DMS'et. Dette teamet ambulerer og møter pasienten i pasientens hjem, kommunale institusjoner og DMS'et. Lenvikteamet samarbeider med UNN-ansatte tilknyttet PSHT teamet i Tromsø når pasienten er innlagt i UNN eller når det er behov for tverrfaglig oppfølging fra sykehuset eller evt. behov for intern koordinering av tjenester i UNN.

Dette samarbeidet på tvers av tjenestenivå er forankret i en samarbeidsavtale hvor de har en samfinansiering. Selv om dette teamet ikke jobber spesifikt inn mot rehabiliteringspasienter, er erfaringene og forskningsresultatene fra dette prosjektet nyttig å ha med seg når man her skal velge samarbeidsform for rehabiliteringspasientene i Møre og Romsdal.

6 Svar på mandatpunktene

I dette kapittelet vil mandatpunktene bli svart ut.

6.1 Kartlegge det nåværende samla døgntilbudet innen døgnbasert rehabilitering i fylket (inkludert private regionale tilbud).

Dette kapittelet deles i to underpunkter der man først beskriver det spesialiserte rehabiliteringstilbudet (både det offentlige og det private), for deretter å gi en oppsummering av resultatet av spørreundersøkelsen som er gjennomført angående det døgnbaserte rehabiliteringstilbudet i kommunene.

6.1.1 Kartlegging av det døgnbaserte tilbudet innen spesialisert rehabilitering

Spesialisert rehabilitering er et regionalt ansvar hjemlet i blant annet Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 4. Helse Midt-Norge (HMN) har delegert ansvaret for å ha tilbud innen spesialisert rehabilitering til helseforetakene i regionen. I tillegg inngår HMN avtaler om spesialiserte rehabiliteringstjenester med mange private aktører i regionen for å dekke opp det totale behovet for plasser i regionen. I tillegg til kartlegging av tilbudet, har vi valgt å ta med noe om bruken av plassene da en ser at forbruksmønsteret er ulikt nord og sør i fylket.

Helse Møre og Romsdal har 3 enheter med spesialiserte døgnenger, totalt 46 plasser fordelt som følger:

- Sengepost for rehabilitering og revmatologi ved Ålesund sjukehus: 14
- Aure rehabiliteringssenter: 14
- Mork rehabiliteringssenter: 18

I følge styresak 57/19 i Helse Møre og Romsdal skal sengeposten i Ålesund være den faglige motoren i det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Helse Møre og Romsdal, og derav ha en fylkesdekkende funksjon for de med størst behov for spesialisert rehabilitering.

I inneværende avtaleperiode for kjøp av spesialiserte døgnplasser til rehabilitering, ligger 6 av disse institusjonene i Trøndelag og 1 i Møre og Romsdal. Gjeldene avtaler for døgnplasser i region Midt er totalt 245 og er fordelt slik:

Institusjon	Antall
Muritunet	55
Namdal rehabilitering	14,5
Kastvollen rehabiliteringssenter	32
Meråker Sanitetsforening Kurbad	30,5
Selli rehabiliteringssenter	28
Unicare Røros	44
Unicare Helsefort Indre Fosen	41

I tillegg til døgnplassene kjøpes det 168 dagplasser hos private i Helse Midt-Norge, de fleste i Trondheimsregionen der de fleste når tilbudene innen 1 – 1 ½ t reise. I Møre og Romsdal er det avtale på 18 dagplasser, alle knyttet til Muritunets drift i Valldal og Ålesund.

I tillegg til de offentlige og private spesialiserte døgnplassene i Midt-Norge, har HMN avtale med noen spesialiserte rehabiliteringstjenester utenfor vår region. Dette er tilbud som vi ikke har i vår region, eksempelvis Beitostølen og Valnesfjord helsesportssenter og MS-senteret i Hakadal.

Det er fritt behandlingsvalg også innen rehabilitering, slik at innbyggerne i vår region fritt kan benytte seg av rehabilitering andre steder i landet.

Tabellen under viser dekningsgraden av døgnplasser innen spesialiserte rehabilitering lokalisert i Midt-Norge. Det er viktig å presisere her at de private gir et tilbud til hele regionen. Dekningsgraden pr 1000 innbygger er derfor ikke helt overførbar da pasienter fra Møre og Romsdal også bruker plassene hos de private leverandørene i Trøndelag.

Døgnplasser spesialisert	Møre og Romsdal	Trøndelag
Spesialiserte døgn senger i helseforetak	46	43
Plasser i private institusjoner	55	190
Sum spesialiserte døgn rehab.plasser	101	233
Plasser per 1000 innbygger	0,37	0,5

De spesialiserte rehabiliteringsplassene i Helse Møre og Romsdal HF brukes i til følgende pasientgrupper:

- Hjerneinfarkt
- Annen ervervet hjerneskade
- MS
- Parkinson
- Perifere nerveskader
- Polynevropati
- Andre nevromuskulære sykdommer
- Multitraumer/bruddskader
- Ortopedisk rehabilitering etter elektiv kirurgi v/kompleksitet
- Ryggmargsskade
- Underekstremitetsamputasjon
- Kreft v/ CNSaffeksjon

De spesialiserte private døgn avtaleplassene i Midt-Norge er på følgende diagnoser:

- Brudd og slitasjeskader i skjelettet
- Kreftsykdom
- Lungesykdommer
- Kronisk muskel og bløtdelssmerte
- Sykelig overvekt
- Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer
- Revmatiske og inflamatoriske sykdommer
- Hjerneslag og traumatiske hjerneskader, senfase
- Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning
- Kompleks sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling
- Hjertesykdommer
- Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)
- Amputasjoner

Bruk av de spesialiserte rehabiliteringsplassene:

Tabellen under viser en oversikt over antall pasienter som var innlagt i de enkelte rehabiliteringsseksjonene i HMR i 2018:

Seksjon	Totalt antall pas
Sengepost for rehab. og revm.	204
Mork rehab.senter	223
Aure rehab.senter	192

Mork og Aure har 70-75% av sitt pasientgrunnlag fra omliggende region, mens det er over 80% av for sengepost for rehabilitering og revmatologi. Det kan se ut for at flere i sørdelen av fylket mottar spesialiserte rehabiliteringstjenester enn norddelen. Muritunet ligger også sør i fylket og har størsteparten av sitt pasientgrunnlag fra Sunnmøre. Det er i prosjektet ikke analysert bakgrunnen for dette, men arbeidsgruppe 1 har stilt seg spørsmål om hvorfor det er slik. Elementer som har vært diskutert er tilgjengelighet, kjennskap til tilbudene, reisevei m.m. Forbruksmønsteret er noe som må sees videre på når man planlegger det fremtidige rehabiliteringstilbudet i fylket. Dette gjelder også forbruk av de private rehabiliteringsplassene. I tabellen nedenfor vises bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner i 2018 og 2019:

Innvilgede plasser hos private fra M & R 2018	Av disse - ut av regionen (2018)	Innvilgede plasser hos private fra M & R 2019	Av disse – ut av regionen (2019)
749	120	777	98

6.1.2 Kartlegging av døgnrehabilitering i kommunene

Det anbefales at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier:

- Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/ rehabiliteringsavdeling

(Kilde: Helsedirektoratets nasjonale veileder: Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Rehabiliteringstilbud i institusjon i kommunen, Rehabilitering i institusjon – somatikk)

For å kartlegge dagens situasjon i kommunene ble det høsten 2019 gjennomført en spørreundersøkelse om kommunenes tilbud innenfor døgnrehabilitering pr 01.11.19. Spørreundersøkelsen hadde fokus på kapasitet, kompetanse og organisering av tjenesten. 33 av 34 kommuner svarte på undersøkelsen. Undersøkelsen ligger vedlagt i sin helhet til rapporten. Her gjengis en oppsummering.

Tallene fra spørreundersøkelsen kan gi oss en indikasjon på dagens status. Men det er dessverre identifisert noen mulige feilkilder i materialet, og tallene er derfor usikre. Slike feilkilder kan stemme fra ulik forståelse av rehabiliteringsbegrepet og ulik tolkning/forståelse av spørsmålene. Bakgrunn og rolle blant de som har svart på undersøkelsen kan også påvirke svarene som er gitt. Dette varierte fra personer i administrasjon til fagutøvere. En gjennomgang av svarene viser også et tydelig behov for utdypende informasjon, spesielt i forhold til hva kommunene selv opplever er sine behov.

Her gis en kort oppsummering:

- 17 av 34 kommuner (50%) hadde en plan for rehabilitering. 6 kommuner hadde en plan under utarbeidelse.
- 14 kommuner svarer at de har øremerkede plasser for døgnrehabilitering, mens i resterende kommuner varierer svarene. Noen har ingen plasser, i andre kommuner brukes korttidsplasser til formålet og antallet plasser tilgjengelig kan derfor variere. Noen svarer at de tildeler plasser etter behov. I forhold til de 14 som har angitt øremerkede plasser er det fortsatt usikkerhet rundt om noen av disse plassene blir brukt til andre formål ved behov.
- Kun 10 kommuner sier de driver rehabiliteringsplassene etter nasjonal standard for rehabilitering, og av disse finner vi 6 av de kommunene som har øremerkede plasser.
- 18 kommuner (53%) mener de har tilstrekkelig kapasitet på døgnrehabilitering
- Kun 2 kommuner (6%) har egne rehabiliteringsenheter. Resten har «blandingsavdelinger» der rehabiliteringsplasser, avlastningsplasser, sykehjemsplasser og korttidsplasser er på samme sted.
- 28 (88%) har samlet rehabiliteringsplassene ett sted, men sammen med andre tilbud.
- Ingen kommuner har interkommunalt samarbeid.
- 24 kommuner (67%) sier de har et system som kvalitetssikrer og fanger opp personer som har behov for døgnbasert rehabilitering.
- Mange har små enheter med få plasser.
- Antall faggrupper involvert i rehabilitering varierte. De fleste kommunene involverte lege, fysioterapeut, sykepleier og hjelpepleier. 22 kommuner involverte ergoterapeut, mens andre faggrupper var representert i mindre grad.
- 22 (65%) av kommunene har ansatte videreutdanning innenfor rehabilitering, mens 13 (38%) har ansatte med annen relevant videreutdanning. Det er usikkert hvor mange faggrupper dette gjelder, og hvor mange ansatte i hver kommune.

6.2 Kartlegge og definere det samlede behovet for døgnbaserte rehabiliteringstjenester i Møre og Romsdal, inkludert bedre avklaring av hva som er kommunal og hva som er spesialisert rehabilitering med fokus på helhetlige pasientforløp.

Dette punktet i mandatet består av to oppgaver og vi har derfor valgt å dele dette opp i delkapitler i rapporten.

6.2.1 Kartlegge og definere samlet behov for døgnbasert rehabilitering i Møre og Romsdal

Å definere et samlet behov for døgnbasert rehabilitering for fremtiden har vist seg å være vanskelig. Kommunene og helseforetaket har vansker med å definere sitt eget behov. I tillegg er ikke erfaringer og historiske tall nødvendigvis løsningen for hva behovet vil være i fremtiden. Det vi vet noe om er hva som ikke fungerer i dagens ordning og noe om hvorfor, samt noe om utviklingstrekk.

Helsedirektoratets opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 trekker frem følgende utfordringsområder:

- Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene: Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- Svikt i kapasitet: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

Opptrappingsplanen har også sagt noe om utviklingstrekk. Planen trekker frem at de offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Samtidig har befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester endret seg. Befolkningen vokser i antall og det blir flere eldre. Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig. Planen trekker også frem at samhandlingsreformen har medført raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og at mange brukergrupper med behov for rehabilitering er i dag i kontakt med spesialisthelsetjenesten bare i korte perioder, mens hoveddelen av oppfølgingen skjer i kommunene. Dette er en ønsket utvikling fra myndighetenes side da det er i kommunene brukerne skal leve og mestre dagliglivet. Opptrappingsplanen vektlegger at mer enn før trengs det et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet. Det er behov for en mer proaktiv tilnærming fra tjenestene, mer samarbeid og mer systematikk i oppfølgingen. Planen sier videre at:

«istedenfor å gi kompensierende tjenestetilbud etter hvert som funksjonsevnen svekkes, bør rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjonsevne, hindre ytterligere funksjonstap og for å mestre hverdagslivet. Den kommunale rehabiliteringen må inkludere mulighet for en mer intensiv innsats i perioder for å forbedre

funksjonen og forebygge videre funksjonsfall og dermed utsette behovet for andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester».

Dette sammenfaller med funn prosjektgruppen har gjort gjennom kartlegging av dagens forløp. Kartleggingen avdekket utfordringer knyttet til å få gjort gode tverrfaglige vurderinger tidlig for å avdekke eventuelle rehabiliteringsbehov og dermed få satt inn tidlig innsats for å hindre funksjonstap.

I rapporten «Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester - Behovsvurdering» (Helse Midt-Norge 2017) viser en til bosettingsmønsteret i Trøndelag og Møre og Romsdal. En ser noe tilflytting til mindre sentra, men likevel en stor andel av spredt bosetting. Dette gjelder særlig i de mindre kommunene. Mange eldre bor langt fra by- og kommunesentra, og har dermed større vansker med å nyttiggjøre seg dagtilbud både i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette tilsier at geografisk avstand betinger i noen grad døgnbaserte rehabiliteringsopphold, spesielt for de pasienter hvor der i perioder er behov for intensiv trening.

Helse Midt-Norge gjennomførte i 2013-2014 en regional prosess for avklaring av ansvar og oppgaver innenfor rehabiliteringsområdet. Her var det bred deltakelse fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner, private institusjoner, og høyskole. I prosjektrapporten (Prosjekt Rehabilitering i Midt-Norge 2014) er beregning av behov for kommunale døgnplasser innenfor rehabilitering stipulert til å være 0,3 – 0,5 plasser pr 1000 innbyggere. Dette ut fra innhentet informasjon fra kommuner i og utenfor Midt-Norge for å kunne sammenligne dekningsgrad. For Møre og Romsdal vil det bety en plass mellom 80 -133 kommunale døgnrehabiliteringsplasser (pr 01.01.20).

I spørreundersøkelsen til kommunene som prosjektet gjennomførte høsten 2019 har kommunene vansker med å angi hva behovet for døgnbasert rehabilitering i sin kommune er. 53% av kommunene (18 stk) gir for øvrig tilbakemelding på at de har tilstrekkelig kapasitet på kommunale døgnplasser til rehabilitering.

Helse Midt-Norge rapporten har også sagt noe om at behovet for institusjonsplasser avhenger i stor grad av kapasitet for oppsøkende rehabiliteringstjenester og hjemmetjenestens basiskompetanse. For å få riktig kapasitet, må det foreligge bedre styringsdata enn det kommuner og helseforetak har tilgang på i dag. Så vidt arbeidsgruppen vet, finnes det ikke noe godt system for registrering av behov for døgnbasert rehabilitering. Man er i stor grad avhengig av at enkeltpersoner fanger opp behov og melder videre. Rapporten fra Helse Midt-Norge har likevel påpekt et økende rehabiliteringsbehov grunnet økende antall eldre, bedre medisinsk behandling som gir flere overlevelser med senskade og dermed et økt behov for rehabilitering både i kommunene og helseforetak.

Når det gjelder å tallfeste behovet for spesialisert rehabilitering, finnes det ingen nasjonal norm for dette. NHO Service³ ([NHO Service 01/15](#)) gjorde en kartlegging av det landsdekkende rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten med mål om å tallfeste behovet. Dette viste seg å være vanskelig og deres anbefaling til de offentlige myndighetene var blant annet:

«å få iverksett en egen kartlegging av rehabiliteringsbehovet i Norge. Kartleggingen bør vise rehabiliteringsbehov på både spesialist- og kommunehelsetjenestenivå. - Hvor mange har

³ NHO Service ([NHO Service 01/15](#)) har private ideelle rehabiliteringsinstitusjoner som medlemmer.

behov for rehabilitering? - Når i sykdomsforløpet bør man iverksette rehabilitering for de ulike pasientgruppene og hvor hyppig bør rehabilitering foretas? «

[Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017](#) tilrår utfra erfaringstall fra de etablerte avdelingene i regionen at man som minstestandard tilstreber 1 døgnplass pr 7000 innbyggere i lokalsykehusområdet for foretakene. De har også påpekt at døgnplasser i sykehus i all hovedsak skal forbeholdes primærrehabilitering som bør initieres så tidlig som mulig. Det finnes ikke tilsvarende beregninger for Helse Midt-Norge, men omregnet til Møre og Romsdal ville dette tilsvare minimum 38 spesialiserte rehabiliteringsplasser.

Nasjonal traumeplan anbefaler 1 plass/ 100000 innbyggere for TBI –pasienter (traumatic brain injury) og 0,5/100000 for multitraume pasienter. Omregnet til Møre og Romsdal vil dette utgjøre 3-4 plasser for TBI/multitraume.

Sett i dagens lys med Covid-19 epidemien, må en også ta høyde for nye pasientgrupper som vil trenge rehabilitering. I [Tidsskriftet for den norske legeforening](#) stod det en kronikk om dette publisert 20.05.20. Kronikken er skrevet av Frank Becker, klinikkoverlege ved Sunnaas sykehus, Jon Henrik Laake, dr.med og overlege ved intensivavdelingen på Rikshospitalet og Kristin Hofsfø, intensivsykepleier og postdok ved Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus. Sistnevnte leder en nasjonal oppfølgingsstudie av covid-19-overlevende etter intensivopphold. Forfatterne skriver at mange av dem som overlever alvorlig covid-19, vil ha (lang)varige funksjonsnedsettelse. Kritisk sykdom med lengre intensivbehandling medfører behov for omfattende, langvarig og koordinert helsehjelp. De skriver videre at vi må sørge for gode tilbud med oppfølging og rehabilitering av covid-19-overlevende.

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 for 2017 viser også at Møre og Romsdal har større andel rehabiliteringspasienter over 67 år, nærmere bestemt 40 % mot 21 % i Nord-Trøndelag. (SAMDATA 2018).

Arbeidsgruppen som skrev rapporten Spesialisert rehabilitering i Helse Møre og Romsdal i 2019 har med utgangspunkt i Samdata-tallene og egne tall for døgnopphold, liggetid og re-opphold for 2016 – 2018 konkludert med at de ser potensiale for effektivisering. Sengepost for rehabilitering og revmatologi er i gang med å bygge opp ambulante tjenester, men det er behov for å videreutvikle tilbudene i spesialisthelsetjenesten i tråd med helseforetakets utviklingsplan hvor man ønsker en dreining mot mer dag- poliklinikk og ambulante tilbud, samt mer bruk av digitale verktøy. Dette er også i tråd med ny helse og sykehusplan 2020-2023.

Oppsummert har man i prosjektet ikke klart å definere det eksakte samla behovet for døgnbasert rehabilitering. Avhengig av hvilken modell man velger og om man kan hente ut «stordriftsfordeler» ved å samarbeide om pasienter og personale, vil man måtte gjøre et anslag på antall plasser basert på det som er beskrevet i dette kapittelet.

6.2.2 Avklaring på hva er spesialisert og hva er kommunal rehabilitering?

I [opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering 2017 – 2019](#) som Helse- og Omsorgsdepartementet utarbeidet, står det:

«Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Et viktig element i reformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Dette er mange steder ikke realisert i tilstrekkelig grad, og ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten oppfattes av flere som uklar.»

Å definere et klart skille på hva som er spesialisert rehabilitering og hva som er kommunal rehabilitering har vist seg å være vanskelig både for nasjonale myndigheter og helsetjenestene lokalt i Møre og Romsdal. Det at man til stadighet kommer tilbake til diskusjonen om hvem som har ansvar for hva innenfor døgnbasert rehabilitering, er også noe av bakgrunnen for dette prosjektet. Styringsgruppa har bedt arbeidsgruppa om å tydeliggjøre de nasjonale føringene. Kilde til dette kapittelet er i stor grad hentet fra [Helsedirektoratets veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) som har et eget kapittel om avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten følger ulikt lovverk hva gjelder ansvar. Kommunens ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven og skal tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten har tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester jmf spesialisthelsetjenesteloven.

Ansvars- og oppgavefordeling innenfor de juridiske rammene, skal avklares i dialog mellom helseforetak og kommuner og skal nedfelles i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#).

Kommunenes ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar og selv om de juridiske rammene står fast, kan nivåenes sørge-for-ansvar og oppgavene endre seg over tid blant annet på grunn av faglig utvikling, helsepolitiske mål og at der er rom for tolkning.

Prioriteringsveilederne i spesialisthelsetjenesten er et hjelpemiddel ved vurdering av henvisninger og gir hjelp til å avgjøre hvorvidt tilbud skal ytes i spesialisthelsetjenesten. I tillegg bidrar veilederne til at «like» pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal rettighetsvurderes, noe som innebærer at pasienten skal vurderes i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriftens to hovedvilkår: forventet nytte og kostnadseffektivitet.

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.

I merknader til Forskrift om habilitering og rehabilitering ble det gitt noen føringer for hva som er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar. Dette bygger på Helsedirektoratet sin rapport IS-1947 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet»:

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for brukeren når:

- 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
- Det er behov for bred tverrfaglig funksjonskartlegging, inkl evt spesialtester og utredninger som nødvendiggjør spesialkompetanse.


Kommunene har ansvar for å gi tilbud til:

- Store pasient- og brukergrupper, mindre kommuner kan samarbeide om kompetanse.
- Prinsipp om nærhet til pasient- og brukers livsarena

Helsedirektoratet anbefaler følgende (Helsedirektoratet 2015):

Tilbud i kommune	Tilbud i spesialisthelsetjenesten
<p>Pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbudet i kommunene.</p> <p>Eksempler på områder er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • muskel- og skjelettsykdommer • livstilssykdommer • lettere psykiske lidelser • diabetes • KOLS og lungesykdommer • Kreft • rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. <p>Tilbudet må inkludere læring og mestring.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. 	<p>Spesialisthelsetjenesten må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten bør videreutvikle og spisse sine tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art.</p> <p>Eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med progredierende nevrologiske tilstander samt andre nevrologiske tilstander f.eks. CP • Hjerneslag med komplekse utfall av f.eks. kognitiv art • Spinalskade • Traumatisk hodeskade • Amputasjoner • Multitraumer • Sjeldne diagnoser og tilstander.
<p>Kommunen bør styrke habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til personer med sansetap, herunder logopedi og syns- og audiopedagogikk</p>	<p>Spesialisthelsetjenesten bør tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer</p>
<p>Kommunen bør styrke sine tilbud innen læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Spesialisthelsetjenesten bør styrke ambulant virksomhet, herunder tjenester til pasienter og veiledning til personell i kommunene både innen habilitering og rehabilitering.</p>

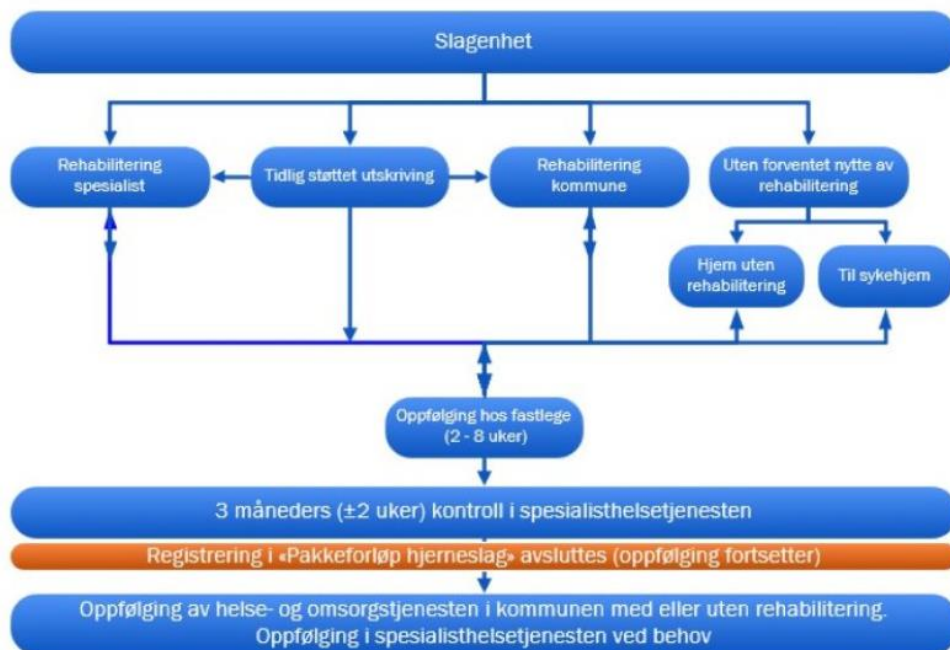
Nedenfor vises modell for avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjensten på rehabiliteringsområdet:

Kommune	 <p data-bbox="592 521 858 689">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?	

For å være litt mer spesifikt om hvilke kriterier spesialisthelsetjenesten vektlegger når de vurderer rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, så handler **spisskompetanse/spesialisering** om behov for kompetanse som ikke finnes på kommunalt nivå. Spesialisthelsetjenesten skal yte de tjenestene det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse på kommunalt nivå. Når det gjelder **kompleksitet** dreier det seg om både antall involverte faggrupper og hvor komplisert brukerens behov er for en enkelt faggruppe. Bredden av kompetanse målt i faggrupper trenger ikke være forskjellig mellom tjenestenivåene. I kommunene kan bredden inkludere kompetanse fra flere sektorer, mens det i spesialisthelsetjenesten er større mangfold og høyere grad av spesialisering innen den medisinskfaglige kompetansen. Det samme gjelder behovet for **intensitet** som må ses i sammenheng med behov for kompetanse. Tilbud med høy grad av intensitet også kan gis i kommunene.

Et eksempel på hvordan avklaring av oppgaver kan gjøres er «Pakkeforløp hjerneslag», som i november 2019 ble utvidet til å inneholde oppfølging og rehabilitering (<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>).

Nedenfor vises en skjematisk fremstilling av oppfølging og rehabiliteringsfasen i pakkeforløp for hjerneslag.



Selv om det her er kommet relativt tydelige føringer på hvordan dette skal være, er det også her rom for tolkning og helsedirektoratet skriver i introduksjonen til pakkeforløpet at:

«Overgangen fra slagenhet til rehabilitering, og koordineringen av aktørene under kommunal rehabilitering, er områder der god koordinering er spesielt viktig og der det trolig er store mangler per i dag».

6.3 Avklare framtidig organisering og lokalisering av døgntilbud innen spesialisert rehabilitering som ikke trenger ligge i sykehus (eksklusiv private tilbud).

Det har vært utfordrende å svare ut dette punktet, da det vil være lite hensiktsmessig å planlegge organisering og lokalisering av kun døgntilbudet innen det spesialiserte tilbudet i Helse Møre og Romsdal HF uten å ta inn det totale rehabiliteringstilbudet inkludert de private tilbudene.

Helseforetaket ønsker ifølge utviklingsplanen en dreining av tilbudene fra døgn til dag, poliklinikk og ambulant virksomhet, men det er pr i dag ikke lagt en plan for utvikling av det døgnbaserte rehabiliteringstilbudet. Helseforetaket er i startgropa med å bygge opp ambulante tjenester.

Enhetene som tilbyr spesialisert rehabilitering er geografisk spredd i hele fylket. Dette gjør at flere innbyggere har nærhet til tilbudene og det er enklere å drive ambulant tjeneste på en god måte. I utvikling av tjenestene er det viktig å se på mulighetene til å utveksle kompetanse og arbeidskraft på tvers av enhetene på en bedre måte. Mer utstrakt bruk av videokonferanse ved behandling og at ansatte har arbeidssted på flere enheter er eksempel på mulige tiltak.

Det er ikke bestemte pasientgrupper som alltid må ha spesialisert rehabiliteringstilbud i sykehus. Dette avgjøres av kompleksiteten og behovet for nærhet til andre medisinske/kirurgiske/psykiatriske spesialiteter hos den enkelte pasient. Det er altså vanskelig å generalisere på dette. Det er kompleksiteten, kapasiteten i de ulike enhetene og pasientenes ønske om enhet som avgjør hvor han eller hun får sin rehabilitering. Det kan også være aktuelt å flytte pasienter underveis i et forløp for å komme nærmere hjemmet, men det er unntaksvis.

I prinsippet ville en kunne tenke at denne kompetansen kunne være på et annet sted enn bare i sykehus, og således kunne en del av de som får rehabilitering i sykehus i dag fått tilsvarende tilbud annet sted. For eksempel drives mye spesialisert rehabilitering utenfor sykehus i andre HF (for eksempel Lian ved St.Olavs hospital, Kysthospitalet i Stavern m fl).

For å gi det beste spesialiserte rehabiliteringstilbudet til befolkninga i Møre og Romsdal må en ha enheter med et visst volum for å kunne ha robuste fagmiljø. Dette har en over år klart å bygge opp både på sjukehuset i Ålesund, på Mork og på Aure. For å bevare disse fagmiljøene er det viktig at seksjonene ikke blir for små. Om en splitter opp eller skjærer ned på sengetall, står en i fare for at en ikke klarer å holde på den kompetansen. Sengepost for rehabilitering og revmatologi, som skal ha de mest komplekse pasientene, er utdanningsinstitusjon og har ansvar for utdanning av legespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering. For å oppfylle kravene i utdanningen, må de ha et visst volum av både døgnpasienter og polikliniske pasienter innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Oppsummert kan man si at det er de færreste rehabiliteringspasientene som trenger å ligge i sykehus da rehabilitering handler om mer enn medisinsk oppfølging, jamfør definisjon på rehabilitering. Det er først og fremst de mest komplekse pasientene og de som trenger nærhet til andre medisinske, kirurgiske eller psykiatriske spesialiteter som trenger å være i sykehuskroppen. I og med det er vedtatt at enheten ved Ålesund sjukehus skal være den faglige motoren innen fysikalsk medisin med bant annet ansvar for utdanning av legespesialister, må man ha et visst volum og variasjon i pasientgrupper for å fylle disse kravene. Dette kan løses på flere måter. Helseforetaket må jobbe videre med utvikling av sitt tilbud og ha en tett dialog med Helse Midt-Norge om definering av behov for spesialiserte rehabiliteringsplasser. Det vil også avhenge av hvilken fremtidig samarbeidsmodell kommuner og helseforetak vedtar.

6.4 Avklare behovet for interkommunalt samarbeid innen rehabiliteringsfeltet.

Interkommunalt samarbeid kan være en hensiktsmessig måte å organisere et tjenestetilbud på. Kommunelovens Kap. 5 § 27-28 benyttes som formell ramme for mange ulike oppgaver og tjenester og er den dominerende samarbeidsmodell for regionråd, sekretariatsfunksjonen for kontrollutvalg, PPT, legevakt/AMK sentraler og friluftsråd.

Interkommunalt samarbeid er svært vanlig i Norge. Det kan være flere grunner som tilsier at kommuner velger å samarbeide. Det kan blant annet gi bedre ressursutnyttelse gjennom stordriftsfordeler. Videre kan det gi bedre tilgang til rett kompetanse og økt kvalitet på tjenestene. På den andre siden kan man si at interkommunalt samarbeid ivaretar demokratiske hensyn i mindre grad, fordi kommunen må gi fra seg en viss grad av styring og kontroll. En stor grad av interkommunalt samarbeid vil også kunne innebære at kommunens oversikt over den samlede oppgaveløsningen og tjenesteutførelsen blir svekket.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/interkommunalt-samarbeid/id2009798/>

Ifølge rapporten «Interkommunalt samarbeid: Konsekvenser, muligheter og utfordringer» har interkommunalt samarbeid flere funksjoner enn å bidra til kommunal oppgaveløsning og å produsere kommunale tjenester. Det dreier seg både om modernisering og utvikling av kommunal tjenesteyting, om læring og erfaringsutveksling, om sømløse og fleksible kommunale tjenester, om samhold og felles forståelse mellom kommunene og om muligheten til å opprettholde dagens kommunestruktur.

De viktigste konklusjonene fra denne studien om hva konsekvensene av interkommunalt samarbeid er for norske kommuner er at det er fordelaktig for kommunene både når det gjelder økonomi og tjenestekvalitet, men gir noen utfordringer når det gjelder styring og kontroll. Interkommunalt samarbeid er viktig, og for mange kommuner helt nødvendig for å levere tjenester til innbyggerne. Mindre kommuner kan høste de største gevinstene både økonomisk og når det gjelder tjenestekvalitet, men har også de største utfordringene når det gjelder styring og kontroll. Det samlede trykk av interkommunalt samarbeid gir både muligheter og utfordringer til kommunene, men det er ikke grunnlag for å hevde at interkommunalt samarbeid er av et slik omfang at det bidrar til uthuling og forvitring av kommunene. Mange typer interkommunale samarbeid mellom de samme kommunene bidrar til at det er etablert funksjonelle interkommunale styringsnivå i mange geografisk område. «*Interkommunalt samarbeid: Konsekvenser, muligheter og utfordringer*» Leknes, Einar; Gjertsen, Einar; Holmen, Ann Karin Tennås; Lindeløv, Bjarne; Aars, Jacob; Sletnes, Ingun; Røiseland, Asbjørn (Rapport IRIS – 2013/008)

Interkommunalt samarbeid forutsetter et opplevd behov for samarbeid mellom to, eller flere parter. Behovet kan være begrunnet i økt tilgang til tjenesten, bedre tilgang til rett kompetanse, økt kvalitet på tjenesten og bedre ressursutnyttelse.

Det er i løpet av prosjektperioden ikke gjort en nærmere kartlegging av kommunenes selvopplevde behov for interkommunalt samarbeid om døgnrehabilitering. I spørreundersøkelsen sendt til alle kommunene høsten 2019 ble følgende spørsmål stilt; «Er det etablert interkommunalt samarbeid knyttet til døgnbasert rehabilitering?» I svarene vi mottok var det ingen av kommunene som høsten

2019 hadde etablert et slikt samarbeid. En annen faktor som ikke har blitt undersøkt er hvilke andre tjenestetilbud som fins i kommunene. Slike tilbud, som rehabilitering i hjemmet, kan være en påvirkende faktor på hvor stort behov de enkelte kommunene har for døgnrehabilitering. Geografi, kommunestørrelse, befolkningssammensetning, sosiale forhold og i hvor stor grad det brukes spesialiserte/private rehabiliteringsplasser vil også kunne gi store ulikheter.

Det anbefales å kartlegge kommunenes interesse og selvopplevd behov ytterligere dersom interkommunalt samarbeid om døgnrehabilitering skal vurderes. Dette bør man søke svar på i en eventuell høring.

Dermed blir det ikke mulig for arbeidsgruppen å avklare behovet, slik mandatet beskriver, men heller gjøre en vurdering om mulig behov. Denne vurderingen vil bli basert på relevant forskning, anbefalinger og arbeidsgruppa egne erfaringer og kompetanse. Det må påpekes at det ikke har vært innenfor prosjektets rammer å gjennomføre en formell litteraturstudie.

I nasjonal veileder «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (2018) anbefaler Helsedirektoratet at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier:

- Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/rehabiliteringsavdeling.

Veilederen viser til anbefalingene i prosjektrapporten «Rehabilitering Midt-Norge (2014)». Erfaringer tilsier at kommunal rehabiliteringsinstitusjon bør ha et befolkningsgrunnlag på fra 40 – 60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften.

Med bakgrunn i innbyggertallet i kommunene i Møre og Romsdal vil konsekvensen av denne anbefalingen innebære et behov for interkommunalt samarbeid for de aller fleste kommunene.

Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med korttidsplasser i sykehjem viser at førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene. Studien omfatter 300 personer over 65 år med hjerneslag, lårhalsbrudd eller kroniske lidelser. Pasientene som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon økte funksjonsevnen med nær det dobbelte på halvparten av tiden sammenlignet med korttidsplass i sykehjem. De hadde også mindre behov for tjenester etter oppholdet. Inger Johansen: [Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study](#)

Studien sammenlignet effekten av rehabilitering av eldre i eget døgnbasert, kommunalt senter med rehabilitering i korttidsplasser på sykehjem. Intensiv rehabilitering ga bedre resultater, og i sentermodellen var hele miljøet opptatt av selve rehabiliteringsprosessen. I sykehjemmene derimot må de ansatte dele sin oppmerksomhet mellom pleie og rehabilitering.

Ifølge Johansen var funksjonsnivået til den gruppen som ble rehabilitert på sykehjem lavere også etter rehabiliteringen. Dette gjorde at disse brukerne hadde et større behov for hjemmetjenester etter rehabiliteringsoppholdet enn den gruppen som fikk tilbud i en egen rehabiliteringsavdeling.

Arbeidsgruppens egne erfaringer understøtter funnene i den nevnte studien, at det er en del utfordringer knyttet til å drive døgnrehabilitering i korttidsplasser/sykehjemsavdelinger. Utfordringer som nevnes er vanskeligheter med å bygge opp et godt fagmiljø med nødvendige faggrupper og

tilstrekkelig kompetanse, å få til et fullverdig tverrfaglig samarbeid, å skape en «rehabiliteringssetting» som gir brukeren et tilbud gjennom hele døgnet, å gi et intensivt nok tilbud.

Spørreundersøkelsen fra kommunene i Møre og Romsdal viste at svært få kommuner har egne, øremerkede plasser forbeholdt døgnrehabilitering, og at de fleste brukte korttidsplasser på sykehjem til rehabiliteringsformål.

Et interkommunalt døgnrehabiliteringssenter vil gi kunne gi muligheter for etablering av tverrfaglig spisskompetanse, bidra til gode fagmiljø og være attraktive arbeidsplasser. Faktorer som vil være viktig i ei framtid hvor en forventer større utfordringer når det gjelder rekruttering av nødvendig fagpersonell. En annen faktor er at gruppen brukere med behov for døgnbasert rehabilitering er mangfoldig når det gjelder diagnoser, tidligere sykehistorie, omfang av helseutfordringer, alder, livssituasjon. Et interkommunalt døgnrehabiliteringssenter vil kunne imøtekomme dette mangfoldet ved å større rom for fleksibilitet i tjenestetilbudet. Jfr modellen ved Presteløkka, Larvik kommune.

Med bakgrunn i disse funnene kan interkommunalt samarbeid innen rehabiliteringsfeltet, etter vår oppfatning, være en aktuell måte å organisere tjenestetilbudet på. En oppsummering av mulige fordeler er økt tilgang til tjenesten, bedre tilgang til rett kompetanse, økt kvalitet på tjenesten (viser til HOD sin definisjon på kvalitet i kapittel 5), bedre ressursutnyttelse, mer kostnadseffektivt for kommunen og bedre resultat for pasientene. I tillegg, muligheter for modernisering og utvikling av kommunal rehabilitering, læring og erfaringsutveksling, mer fleksible kommunale tjenester, økt samhold og felles forståelse mellom kommunene.

Det kan være mange måter å organisere et slikt interkommunalt samarbeid på. En organisering hvor en kommune fungerer som vertskommune kan være en form for interkommunalt samarbeid. Jfr Kommuneloven kap 5A, Vertskommune. Andre aktuelle samarbeidsformer rundt rehabilitering kan være at aktuelle kommuner går sammen og oppretter nye, felles plasser eller kjøper plasser ved eksisterende rehabiliteringsinstitusjoner. Vi antar at behovet for interkommunalt samarbeid vil være noe større i mindre kommuner. Videre kan større kommuner med et etablert døgnrehabiliteringstilbud være en ressurs for nærliggende mindre kommuner. En ressurs i form av veiledning, kompetanseutveksling og direkte tjenesteyting.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å vurdere fordeler/ulempes ved ulike løsninger nærmere.

Til tross for mange mulige fordeler, kan det også være flere potensielle utfordringer, som f.eks politiske motsetninger (lokaliseringsdebatt, fordeling av plasser) eller uenighet rundt økonomi og samarbeidsavtaler. Viser her til forskningen til Erlend Vik i kapittel 5: Et vellykket interkommunalt samarbeid vil være avhengig av en felles forståelse og enighet rundt politiske, økonomiske, juridiske og kvalitetsmessige elementer. Praktiske utfordringer kan være manglende teknologiske støttesystemer, ulike journalsystemer, ulik ressursituasjon, ulik forløpstenkning.

6.5 Vurdere ulike former for samarbeid som for eksempel etablering av felles tverrfaglig vurderingsteam.

I styresak 57/19 for HMR beskrives en ønsket utvikling med økt bruk av poliklinikk og ambulante tjenester/team. Vårt prosjektet har i sin kartlegging av dagens rehabiliteringsforløp avdekket utfordringer nettopp knyttet til det å oppdage rehabiliteringsbehov «tidlig nok» for ikke å tape tid og funksjon.

Man ser for seg at et tverrfaglig team i en eller annen form kan være med å skape bedre flyt og sammenhengende tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for brukerne. Som tidligere beskrevet er både TVT i Indre Østfold og PSHT ved UNN og Tromsø kommune interessante modeller som det er verd å se nærmere på. Tidsrammen i dette prosjektet har dessverre ikke gitt oss rom til å gå mer detaljert inn i dette. Med støtte i samhandlingsforskningen til Erlend Vik der han omtaler samhandlingsteam som et tiltak for å oppnå relasjonelt samarbeid, samt de gode erfaringene de har i Indre Østfold og i Tromsø med tverrfaglige team som jobber på tvers av tjenestenivå, har arbeidsgruppen likevel valgt å ta dette med som et viktig tiltak i de fremtidige samarbeidsmodellene som beskrives senere i rapporten. Et tverrfaglig team kan ha en rolle på flere ulike områder. Et alternativ er å se dette i sammenheng med prosjektet Pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal. Dette er som sagt et område som må utredes mer for å finne rett form og innhold på.

6.6 Anbefale fremtidig felles samarbeids- og driftsmodell (inkludert selskapsform, økonomi eierforhold av eiendommer m.m.) for Aure og Mork rehabiliteringssenter der både helseforetaket og aktuelle kommuner deltar.

Dette punktet i mandatet er svært omfattende og man har derfor valgt å dele det opp i flere underkapitler. Alternative samarbeidsmodeller beskrives her, mens driftsmodell/selskapsformer og økonomi omtales i del 3.

6.6.1 Samarbeidsmodeller

Følgende alternative samarbeidsmodeller foreslås:

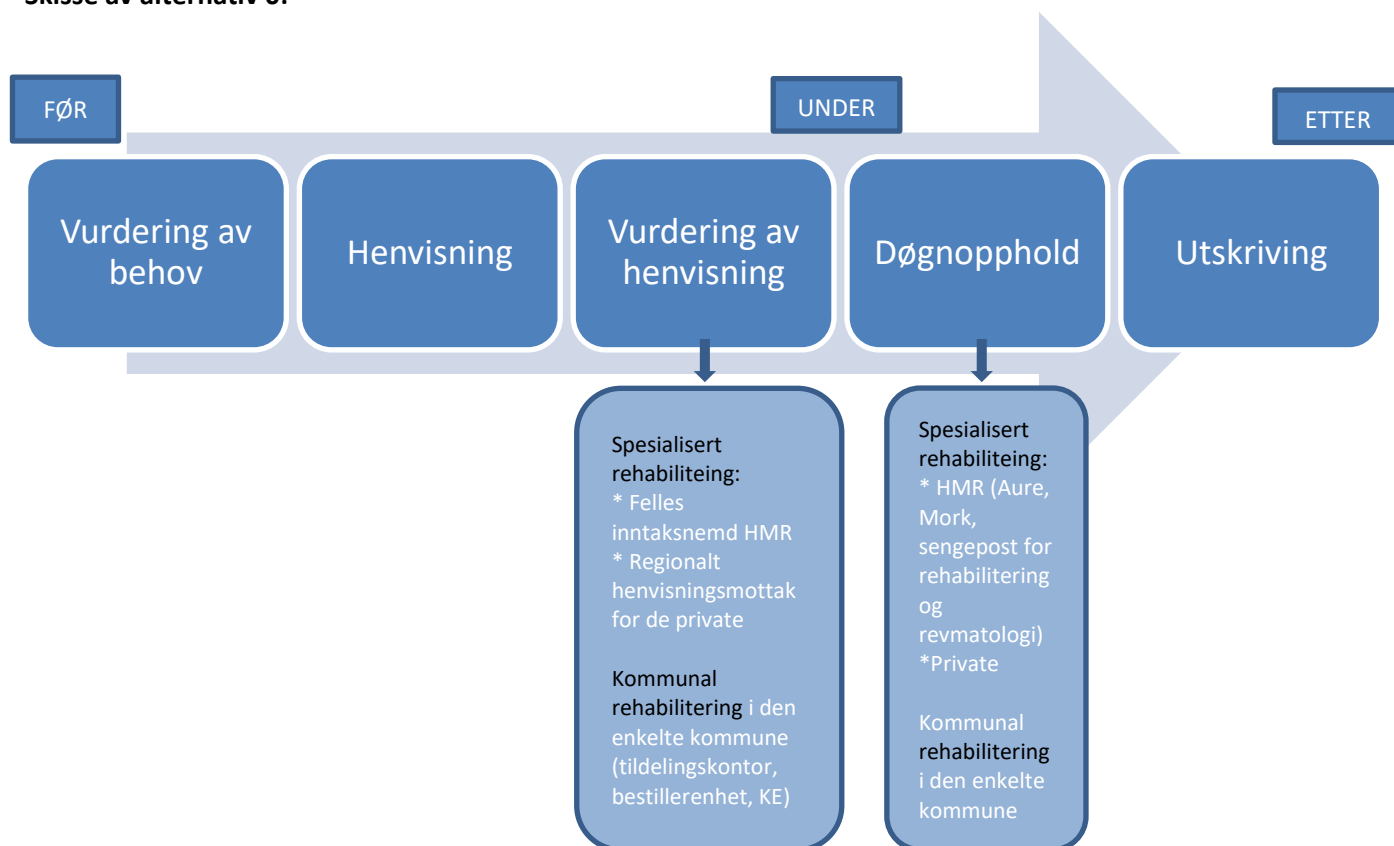
- ✚ 0-alternativ: Fortsette med dagens organisering og oppgavefordeling
- ✚ Alternativ 1: Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp
- ✚ Alternativ 2: Fortsette med dagens organisering, men med en videreutvikling av nåværende forløp. Etablere egne enheter kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt
- ✚ Alternativ 3: Etablere døgnbasert rehabilitering i egne rehabiliteringsenheter på tvers av tjenestenivå (intensiv døgnbasert rehabilitering)

Vi vil nå beskrive de ulike alternativer og skissere fordeler og ulemper med hver enkelt.

6.6.1.1 Alternativ 0: Dagens modell

Nedenfor er dagens modell skissert i en forenklet fremstilling. Denne figuren må sees i sammenheng med bildene fra tjenstedesign-prosessen som er beskrevet innledningsvis til kapittel 6.6.

Skisse av alternativ 0:



Fordeler med dagens modell	Ulemper med dagens modell
<ul style="list-style-type: none"> • Bevare etablerte fagmiljø og tilbud ved Aure, Mork, sengepost for rehabilitering og revmatologi ved Ålesund sjukehus • I følge forskning (T Aarseth) er brukerne fornøyd med tilbudene ved spesialisthelsetjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklart skille / ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten • Tilfeldig om og når behov avdekkes. Vanskelig å finne brukerne som har rehabiliteringsbehov • Vanskelig for henviser å ha oversikt over tilbud og hvor søknad skal sendes • Flere «veger inn», mange vurderingsenheter, skaper variasjon i hvem som får tilbud og hvem som får avslag • Ulike vurderingskriterier • Mange små enheter og fagmiljø i kommunene • Vanskelig å bygge rehabiliteringskompetanse med god kvalitet i kommuner som ikke har egne rehabiliteringsenheter • Lite bruk av digitale verktøy • Geografiske ulikheter ved bruk av plasser

6.6.1.2 Alternativ 1: Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp

Alternativ 1 bygger på dagens modell, men med forslag om å videreutvikle de utfordringsområdene som er avdekket gjennom prosjektet, som er avdekket gjennom prosjektet inkludert forskning og nasjonale føringer.

Det er behov for få på plass en systematisk kvalitetssikring av tilbudene for å sikre at de er kunnskapsbaserte og har verdi for brukerne i alle ledd av forløpet. Det anbefales også å avtalefeste et forpliktende samarbeid i løpet av oppholdet i spesialisthelsetjenesten for å sikre en god overgang til hjemmet.

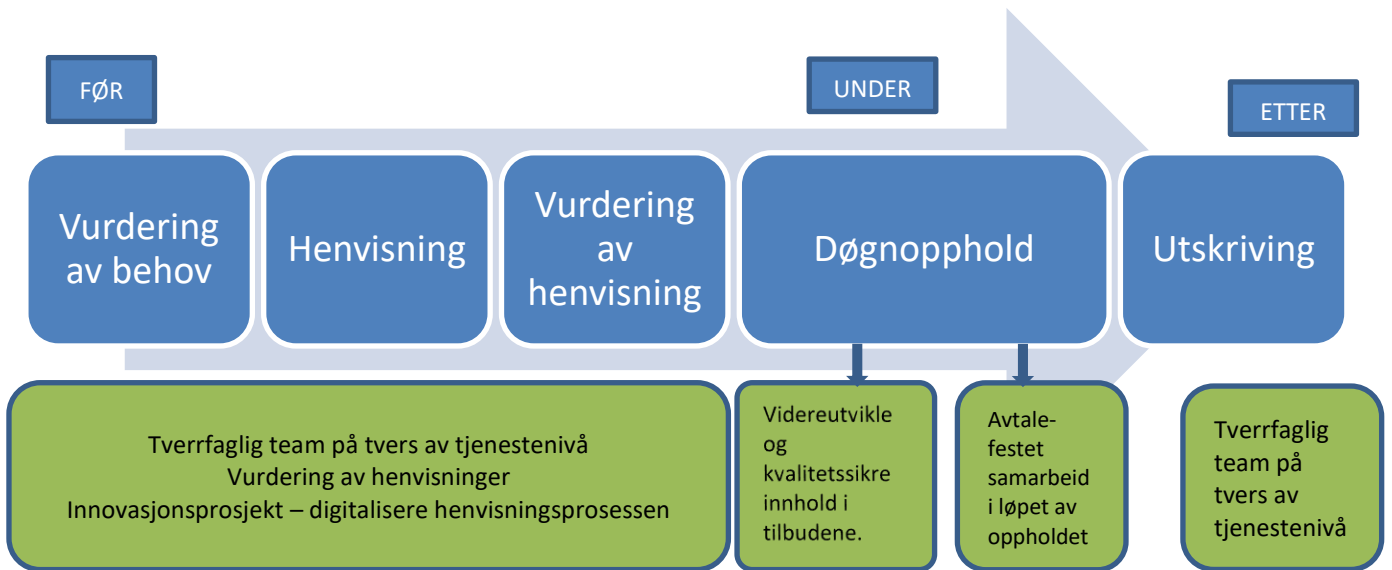
Gjennom kartlegging av dagens forløp er det mange «gule varseltrekanter» i vurderings- og henvisningsperioden før brukerne kommer til et døgnopphold. Dette viser blant annet at det er behov for å forbedre områdene som handler om å avdekke og vurdere behov for rehabilitering. Det er også behov for å forenkle henvisningsprosessen. I forbindelse med dette er det sendt en søknad til Innovasjon Norge hvor HMR HF sammen med Volda kommune søker om midler for å utvikle et verktøy som kan forenkle og digitalisere henvisningsprosessen. I og med man ikke vet om man får innvilget midler og at et slikt innovasjonspartnerskapsprosjekt vil ta flere år, vil det i mellomtiden være behov for å forenkle henvisningsprosessen ved endring av dagens arbeidsprosess og bedre samhandling. Det foreslås derfor å etablere et tverrfaglig team på tvers av tjenestenivå. Rolle og innhold til dette teamet må utredes nærmere dersom man velger å gå for denne modellen, men man ser for seg at teamet kan være et ressursteam med god kompetanse på rehabilitering som kan bistå i kompliserte saker, gi opplæring og veiledning og sørge for at brukerne får et tilbud på rett sted til rett tid. Det har vært diskutert om man skal ha en felles postkasse for alle søknader til døgnbasert rehabilitering på tvers av tjenestenivå og at det tverrfaglige teamet kan ha en rolle her. I og med det vil involvere flere parter enn de som i dag er involvert i prosjektet, har det vært vanskelig å konkludere på dette punktet. Ett skritt på veien kan være å samle vurdering av henvisninger til spesialisert rehabilitering i helseforetak (RVE og HMR). Med bedre og tydeligere henvisningsrutiner, kan man i større grad stille pasienter i fylket inn mot eksisterende spesialiserte rehabiliteringstilbud i helseforetaket.

Det tverrfaglige teamet kan ha god oversikt over de ulike tilbudene som finnes og kunne bistå i få sendt søknad til rett instans. Teamet kan ha en rolle både i forkant av et rehabiliteringsopphold og i overgangen fra institusjon til hjemmet. Både Pasientsentrert Helsetjenesteteam (PHST) som jobber på tvers av tjenestenivå og er tilknyttet UNN og nærliggende kommuner i og rundt Tromsø samt det tverrfaglige teamet de har i Indre Østfold har vært til inspirasjon for å foreslå dette tiltaket. Man kan også tenke seg at Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten kan inkluderes og videreutvikles i forbindelse med etablering av et team på tvers. Å ha et team på tvers er også i tråd med nasjonale føringer for bedre samarbeid. Det vil også kunne hjelpe oss på veien til å oppnå bedre relasjonelt samarbeid som Erlend Vik omtaler i sin typologi i illustrasjonen av fire former for samhandling.

Ulemper med denne modellen vil være at det fortsatt er et noe uklart skille / ansvarsforhold mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det vil fortsatt være mange små rehabiliteringsenheter i kommunene, noe som vanskeliggjør det å bygge rehabiliteringskompetanse. Dersom det ikke skal være felles drift på tvers av tjenestenivå ved Aure og Mork, er det knyttet usikkerhet rundt om det er bærekraftig med videre drift i to store bygg/institusjoner mtp kostnader til vedlikehold og drift. Det er også ei smertegrense for hvor lavt man kan gå i antall senger. I følge projektrapport Midt-

Norge må man ha 18-20 senger for å få en økonomisk drivverdig og selvstendig rehabiliteringsavdeling.

Skisse til alternativ 1:



Fordeler med alternativ 1	Ulemper med alternativ 1
<ul style="list-style-type: none"> • Bevare etablerte fagmiljø og tilbud ved Aure, Mork og sengepost for rehabilitering og revmatologi ved Ålesund sjukehus. • Brukerne er fornøyd med tilbud i spesialisthelsetjenesten (Aarseth, T) • Tverrfaglig vurderingsteam på tvers av tjenestenivå kan bidra til at: <ul style="list-style-type: none"> • Søknader sendes rett instans ved første forsøk • Brukerne får tilbud på «rett sted/nivå» • Bedre sikring av informasjonsflyt i overgangene mellom nivå og ulike tilbud (både inn og ut) • Avtalefestet samarbeid underveis i oppholdet sikrer tidlig samarbeid dermed bedre flyt og overganger • Bedre henvisningsrutiner og informasjon til henvisere • Søknad til Innovasjon Norge – Innovasjonspartnerskap: «<i>Samkjørt – en veg inn til døgnbasert rehabilitering</i>» 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklart skille / ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten • Mange små enheter og fagmiljø i kommunene • Vanskelig å bygge rehabiliteringskompetanse med god kvalitet i kommuner som ikke har egne rehabiliteringsenheter • Usikkerhet knytta til fortsatt bruk av bygningsmassene ved Aure og Mork grunnet stort vedlikeholdsbehov

6.6.1.1 Alternativ 2: Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp. Etablere egne enheter kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt

Alternativ 2 bygger videre på alternativ 1, men med en oppfordring om å etablere egne rehabiliteringsenheter enten kommunalt eller interkommunalt. Både forskning, nasjonale utredninger, og andre prosjektarbeid anbefaler at man reindyrker rehabiliteringstilbudene og har egne enheter med døgnbasert tilbud fremfor å ha avdelinger med flere typer tilbud (korttid, avlastning, sykehjem, rehabilitering). Som omtalt tidligere i rapporten viser forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem at det førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene. ([Johansen m.fl 2012](#)).

Det er anbefalt både i prosjektrapporten fra Helse Midt-Norge fra 2014 og i flere nasjonale føringer at man har et interkommunalt samarbeid på døgnbasert rehabilitering. Dette finnes mange steder rundt om i landet (f. eks ved Namdal rehabiliteringssenter i Trøndelag, Indre Østfold m.fl). I følge kartleggingen som er gjort i kommunene i Møre og Romsdal finnes det ikke interkommunalt samarbeid på dette feltet i vårt fylke.

Med alternativ 2 kan man velge å ha samdrift om kompetansen som finnes ved Aure og Mork rehabiliteringssenter, og/eller at det bygges opp egne interkommunale rehabiliteringsenheter andre steder. Større kommuner kan eventuelt ha egne rehabiliteringsenheter så lenge antall plasser og befolkningsgrunnlaget tilsier at dette er fornuftig.

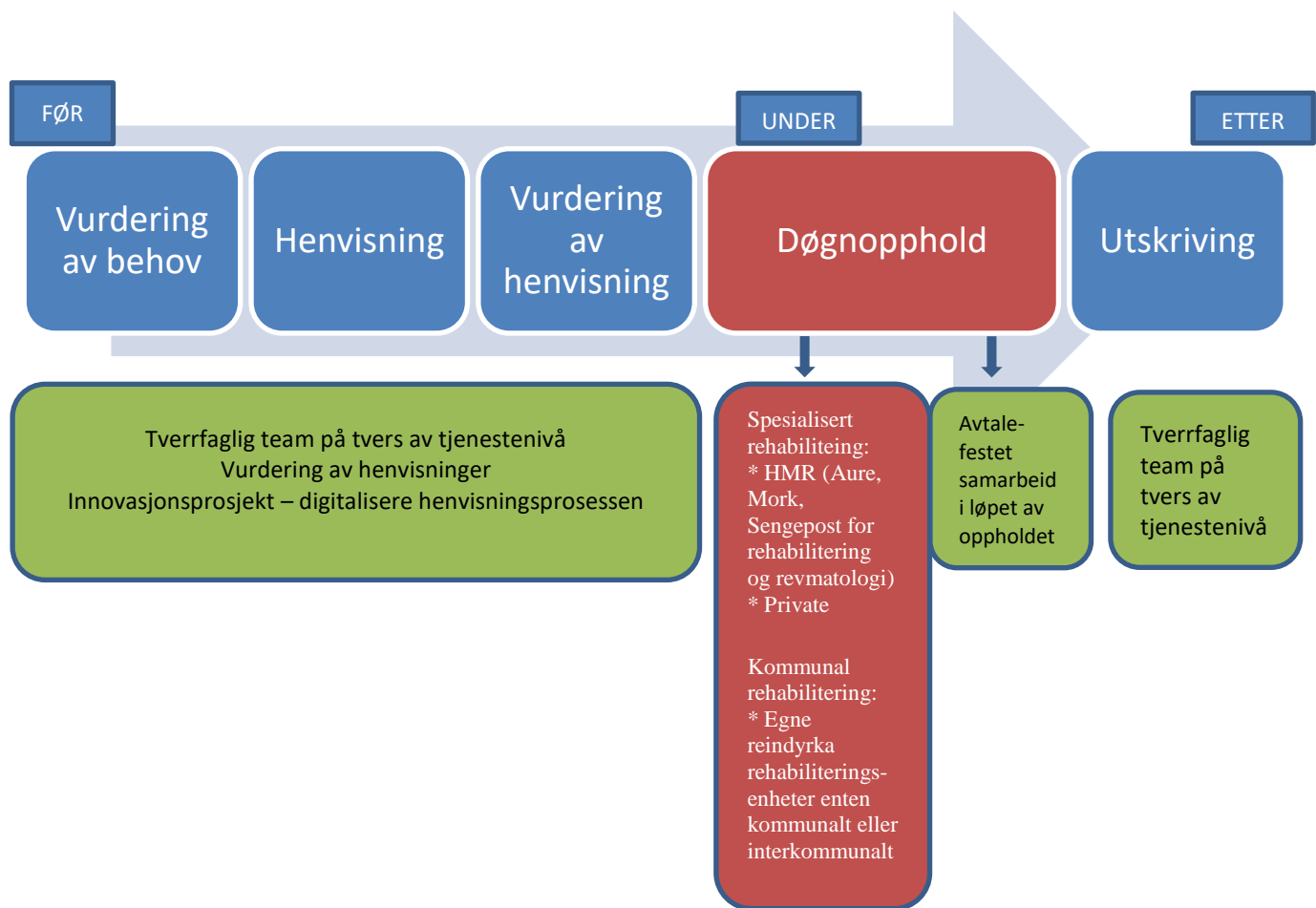
Faglig sett er det det å ha reindyrka rehabiliteringsenheter og ikke «blandingsavdelinger» som er viktig i denne modellen. Sterke fagmiljø og reindyrking av rehabiliteringsmetodikken kan gjøre det enklere å standardisere pasientforløpene og sikre lik kvalitet på tjenestene som tilbys. Dette sikrer også den videre rehabiliteringen som skal skje der brukeren skal leve og mestre hverdagen etter oppholdet. Ved at en reindyrker rehabilitering som fag, og ikke har personell som skal dele arbeidsdagen mellom pleie og omsorg, og rehabilitering, sikrer en både et bedre pasienttilbud og en attraktiv arbeidsplass hvor den ansatte får jobbe med det en brenner for.

Som tidligere nevnt vil interkommunalt døgnrehabiliteringssenter gi kunne gi muligheter for etablering av tverrfaglig spisskompetanse, bidra til gode fagmiljø og være attraktive arbeidsplasser. Faktorer som vil være viktig i ei framtid hvor en forventer større utfordringer når det gjelder rekruttering av nødvendig fagpersonell.

Ved Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik kommune, har de samlet alle rehabiliteringstilbud under samme tak. De har blant annet 7-døgnspost, 5-døgnspost samt dagtilbud og trygghetsavdeling. Det å ha flere rehabiliteringstilbud samlet på ett sted, har gitt kommunen stor grad av fleksibilitet i tilbudene, samtidig som de klarer å holde fokus på rehabilitering og bygge felles kompetanse blant personalet på tvers. Man får også færre avbrudd mellom tilbud på vegen fra en institusjonsplass og hjem. Noen av de samme fordelene, kan det tenkes man vil få ved å samle tilbudene også her i fylket.

Også i denne modellen er det viktig å videreutvikle dagens forløp på samme måte som beskrevet under alternativ 1. Ved å ha en tydelig vei inn gjennom henvisning, der et tverrfaglig team har en rolle i vurdering av søknader slik pasientene kommer raskt i gang med behandling på riktig sted enten i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Modellen er i tråd med HOD's definisjon på kvalitet omtalt i kapittel 4.

Skisse av alternativ 2:



Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Å opprette større rehabiliteringsenheter kan gi en større fleksibilitet i tilbud • Forskning viser at reine rehabiliteringsenheter: <ul style="list-style-type: none"> • gir bedre resultat for pasientene. • mindre behov for tjenester etter opphold ved rehabiliteringsenhet. • er mer kostnadseffektivt for kommunen • Egne reine enheter sikrer bedre kvalitet og kompetanse blant personalet • Tettere samarbeid med nærliggende kommuner • Opprettholde kompetanse ved Aure og Mork ved samdrift • Tverrfaglig vurderingsteam på tvers av tjenestenivå kan bidra til at: 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklart skille / ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten • Ulike journalsystem • Krever ressurser til å bygge / tilpasse lokaliteter flere steder i fylket • Ulikt finansieringssystem dersom spesialisert og kommunal rehabilitering er på samme sted (egenandel vs ingen egenandel) • Fare for at det blir opplevd forskjeller mellom kommuner som har inngått avtale om interkommunalt samarbeid ved rehabiliteringsinstitusjonene og de som ikke har det

<ul style="list-style-type: none"> • Søknader sendes rett instans ved første forsøk • Brukerne får tilbud på «rett sted/nivå» • Bedre sikring av informasjonsflyt i overgangene mellom nivå og ulike tilbud (både inn og ut) • Avtalefestet samarbeid underveis i oppholdet sikrer tidlig samarbeid og dermed bedre flyt og overganger • Søknad til Innovasjon Norge – Innovasjonspartnerskap: «<i>Samkjørt – en veg inn til døgnbasert rehabilitering</i>» 	
--	--

6.6.1.2 Alternativ 3: Etablere døgnbasert rehabilitering i egne rehabiliteringsenheter på tvers av tjenestenivå (intensiv døgnbasert rehabilitering)

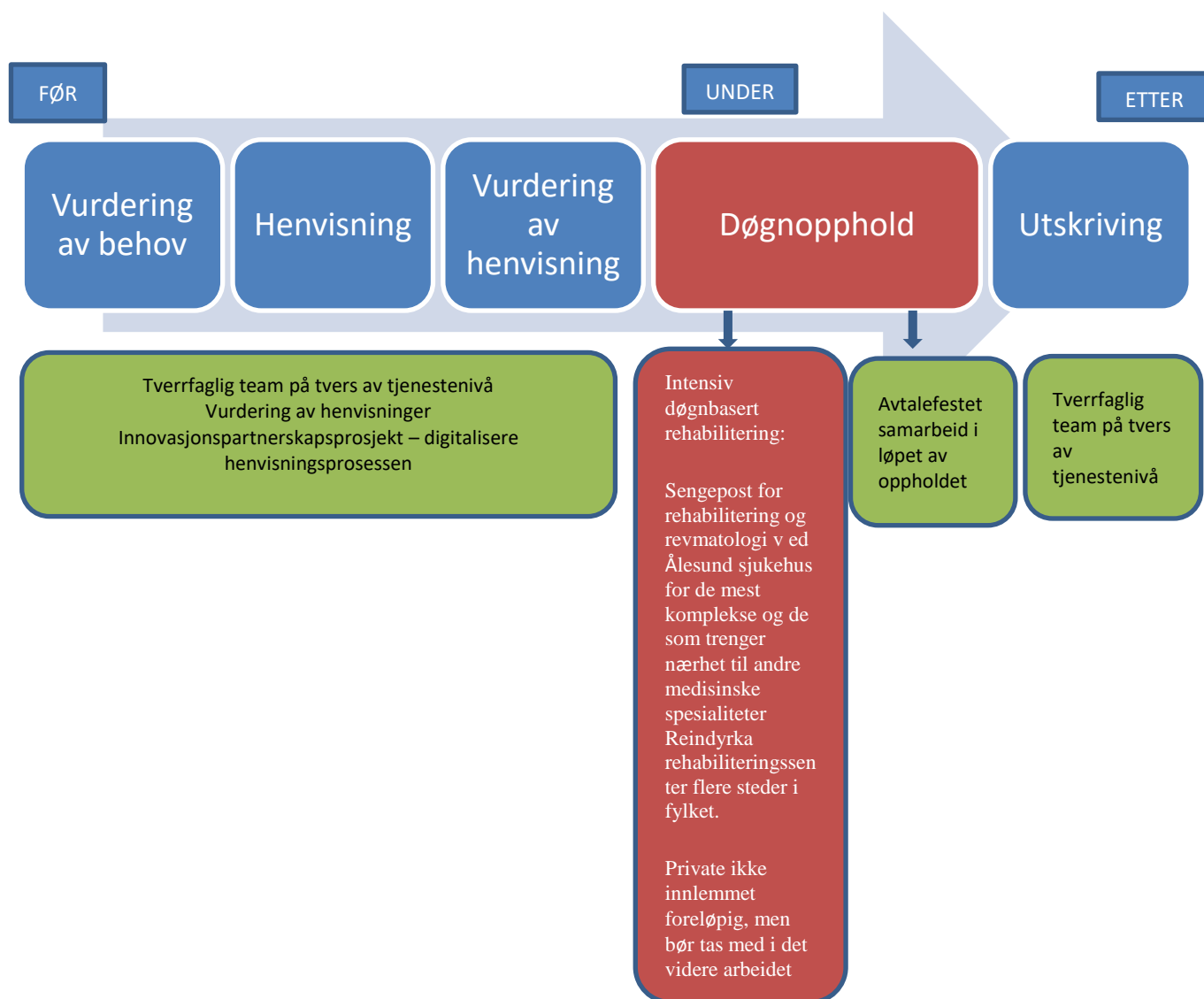
Alternativ 3 er den mest ytterliggående modellen og den som er mest innovativ. Her fjerner man skillet på spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering og samler alle pasientene som har behov for døgnbasert rehabilitering i egne rehabiliteringsenheter som går på tvers av dagens tjenestenivå. Definisjonen på rehabilitering er den samme enten man jobber i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Med denne modellen ser man for seg å beholde den etablerte rehabiliteringsenheten ved Ålesund sjukehus for pasientene med størst kompleksitet og de som trenger nærhet til andre medisinske/kirurgiske/psykiatriske spesialiteter. Resten kan utføres i egne rehabiliteringsenheter. Her kan man bygge på den kompetansen som allerede finnes ved Mork og Aure rehabiliteringssenter, og samtidig bygge opp enheter andre steder i fylket for å dekke opp det totale behovet. For å være bærekraftig bør enhetene ha minst 18-20 plasser.

Denne modellen vil være avhengig av en omlegging av dagens finansieringsordninger, men er samtidig en modell i tråd med signalene fra Nye helse- og sykehusplan 2020-2023, samt utviklingen i ISF-regelverket.

Som beskrevet i alternativ 2 har de ved Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik kommune gjort gode erfaringer med å samle alle de kommunale rehabiliteringstilbudene under samme tak. De samme fordelene, er gjeldene også for alternativ 3. Samtidig vil det ikke være mulig å samle all døgnbasert rehabilitering for hele fylket under samme tak. Man må derfor legge opp til flere enheter med geografisk spredning.

Alternativ 3 er visjonær og fremtidsrettet og i retning av å innføre en verdibasert helsetjeneste. I og med den ikke har vært utprøvd før, har vi ikke nok kunnskap til å vite om modellen vil medføre en forbedring. Modellen vil kreve en større omlegging for både helseforetak og kommuner og må utredes nærmere før den kan innføres. Dersom man går for en slik modell må de private leverandørene også innlemmes i arbeidet. Modellen er i tråd med HOD's definisjon på kvalitet i helsetjenestene.

Skisse til alternativ 3:



Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> Forskning viser at reine rehabiliteringsenheter: <ul style="list-style-type: none"> gir bedre resultat for pasientene. mindre behov for tjenester etter opphold ved rehabiliteringsenhet. er mer kostnadseffektivt Mer sømløse pasientforløp Færre sårbare overganger for brukerne Avtalefestet samarbeid underveis i oppholdet sikrer tidlig samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> Krever en større omlegging både for helseforetak og kommuner og bør utredes mer i eget prosjekt Krever endring av dagens finansieringsordninger Krever ressurser til å bygge / tilpasse lokaliteter flere steder i fylket Færre enheter kan gi større geografiske avstander Mindre rehabiliteringskunnskap i noen kommuner?

<p>dermed bedre flyt og overgang til hjemmet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles ansvar for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste å drifte døgnbasert rehabilitering • Forenkler henvisningsprosessen • Større enheter gir større mulighet for bygging av kvalitet, kompetanse og erfaring • Større rehabiliteringsenheter kan gi en større fleksibilitet i tilbud • I tråd med ønsket utvikling (Helse- og sykehusplan 2020-2023) • Forenkling av henvisningsprosess: Søknad til Innovasjon Norge – Innovasjonspartnerskap: «<i>Samkjørt – en veg inn til døgnbasert rehabilitering</i>» 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan de ha en konsekvens for rekruttering av spesialister?
--	---

Del 3

7 Bærekraft, selskapsformer/driftsformer og økonomi

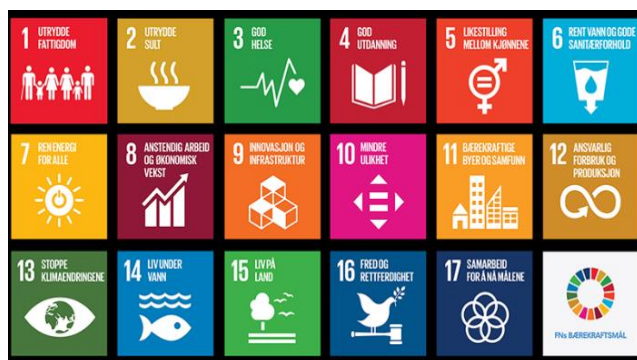
Denne delen er i all hovedsak beskrevet av arbeidsgruppe 2, med unntak av 7.1.

7.1 Bærekraft

Styringsgruppa for prosjektet har sagt at foreslått modell må være bærekraftig både for helseforetaket og kommunene. Vi har i den forbindelse sett på hva FN's bærekraftsmål sier og hva det betyr for rehabiliteringsprosjektet. Bærekraftsmålene reflekterer 3 dimensjoner i bærekraftig utvikling. Dette er:

1. Klima og miljø
2. Økonomi
3. Sosiale forhold

Bærekraftsmålene har som hovedprinsipp at ***ingen skal utelates***. Det betyr at de mest sårbare menneskene skal prioriteres. Dette gjelder blant annet personer med funksjonsnedsettelse, eldre, og sårbare personer som faller utenfor samfunnet, noe som viser at målgruppa for rehabiliteringsprosjektet er blant de som beskrives som en sårbar gruppe mennesker i samfunnet. Det er flere av de 17 målene i FN's bærekraftsmål som er aktuelle og har betydning for hvordan man velger å organisere rehabiliteringstilbudet. Som eksempel kan nevnes:



Mål 1 og 10 handler om å utjevne sosiale forskjeller

- Mål 3 dreier seg om God helse og WHO har satt rehabilitering på dagsorden ved å ta initiativ til «Rehabilitation 2030»
- Mål 8 handler om Arbeidsdeltakelse
- Mål 9 om innovasjon og infrastruktur og at utdanning og helsetilbud må forbedres
- Mål 17 handler om samarbeid

Dersom man oppfyller HOD's kvalitetskrav omtalt i kapittel 4, vil man langt på vei også fylle FN's bærekraftsmål.

7.2 Økonomi - Finansiering

Helseforetaket finansieres gjennom rammetilskudd fra staten og ISF (innsatsstyrt finansiering). Det vil si at en får fordelt en ramme som er fastlagt etter tidligere års aktivitet og i tillegg får man betalt pr utført behandling. Det er i dag ikke noe øvre tak for ISF-refusjon som i teorien skal dekke 50 % av inntektene. ISF er altså en del av den finansieringen RHF'et får fra staten og fordeles videre til HF'ene, dette er ikke noe kommunene kan dra nytte av uten ett tett og nært samarbeid med helseforetaket.

Når det gjelder rehabilitering utløses det refusjon der institusjonen oppfyller faglige krav til refusjonsrett. Det gjelder for sengepost for rehabilitering og revmatologi ved Ålesund sykehus og Mork rehabiliteringssenter. Aure rehabiliteringssenter har siden det gikk over fra å være fylkeskommunal til å bli en del av helseforetaket i 2004, vært særfinansiert fra HMN RHF. Det ble for

noen år siden søkt om refusjonsrett, men senteret oppfylte da ikke kravene i regelverket til å bli refusjonsberettiget. Særtilskuddet var i 2019 på størrelsesorden ca 11 millioner kroner.

I følge Helsedirektoratets regelverk for innsatsstyrt finansiering (IS-2791.) står det følgende om rehabilitering som innlagt:

«Her menes tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan være dagbehandling. Dette gjelder rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofte, lår, bekken), pasienter med brudd på lårhals, bekken eller hofte og multitraumepasienter. Andre typer pasienter som rehabiliteres tverrfaglig uten innleggelse i sykehus hører som hovedregel hjemme under poliklinisk rehabilitering. Deler av døgnrehabilitering innen spesialisthelsetjenesten er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen. I rapporteringen brukes to ICD-10-koder som skiller mellom kompleks og vanlig rehabilitering.»

I sykehusene skiller det i ISF⁴-regelverket mellom Primær og sekundær døgnrehabilitering, samt dag- og poliklinisk rehabilitering:

1. **Primær døgnrehabilitering:** rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skiller det videre mellom primær kompleks og primær enkel (tidligere vanlig) avhengig av grad av kompleksitet. Tabellen under viser kriterier for hvilke koder som benyttes ved koding av primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

2. **Sekundær døgnrehabilitering:** pasienten mottar rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.
3. **Dag- og poliklinisk rehabilitering:** Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag.

Regelverket forutsetter at tverrfaglig team jobber sammen om rehabiliteringen og består av helsefaggrupper som er relevante for den tilstanden som rehabiliteres. Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av det aktuelle rehabiliteringsoppholdet, uavhengig av om det er enkel eller

⁴ ISF: Innsatsstyrt finansiering

kompleks rehabilitering. For at koden for enkel rehabilitering (Z50.89) kan brukes, gjelder det krav om at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Innen fagområdene revmatologi, geriatri, ortopedi, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

For at koden for kompleks rehabilitering (Z50.80) kan brukes, gjelder følgende krav i tillegg:

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager
- Pasienten har minimum en overnatting
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensere teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø
- Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi, ortopedi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

Kommunal døgnbasert rehabilitering har ingen refusjonsordning fra staten slik som ISF-systemet gir adgang til i spesialisthelsetjenesten. I kommunene er det egenbetaling som er regulert i forskrift som beløper seg til kr 150,- dag/døgn. Dette dekker ikke utgiftene kommunene har ved døgnbasert rehabilitering. Kommunene gjør selv sine disposisjoner av midler de får overført fra staten og bestemmer selv hvor stor andel en vil bruke innen rehabiliteringsfeltet i konkurranse med andre aktiviteter.

Det er foreslått å legge om den spesialiserte rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten til økt grad av poliklinikk, dagbehandling, ambulante spesialiserte rehabiliteringstjenester. En slik dreining vil kunne medføre behov for færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Det vil også kunne medføre at flere kommuner ikke vil se seg som en del av nedslagsfeltet for tjenester gitt fra dagens lokasjoner for Aure og Mork da reisetiden for pasientene blir for lang til at dette er hensiktsmessig og aktuelt. For nærliggende kommuner, vil det kunne være gunstig med poliklinisk oppfølging her. Et eventuelt interkommunalt rehabiliteringstilbud kan ha lokasjon på rehabiliteringssentrene, men aktuelle samarbeidsparter vil da være omkring/- nærliggende kommuner. Finansiering av sistnevnte vil da være aktuelt pr kontrakt/ avtale mellom partene. Det er uttrykt i styringsgruppen og av kommunale medlemmer i arbeidsgruppe 2 at økonomisk forpliktelse i form av medeierskap av sentrene nok likevel ikke vil være aktuelt for kommunene.

Det er viktig å nevne at det er flere muligheter for finansiering innenfor dagens rammer, der kommuner og helseforetak bidrar sammen. Et alternativ kan være at det er en kostnadsdekning fra den enkelte på de oppgaver en selv har plikt til å utføre, uavhengig av hvor tjenesten blir levert (kommunal institusjon, Helseforetak, DMS eller i samdrift). Et annet alternativ kan være at kommunalt ansatte bidrar inn i helseforetakets lokaler med personell og vis a versa, der kommuner og helseforetak dekker sine lønnskostnader og en finner en kostnadsfordeling på eksempelvis husleie, forbruksmateriell og andre innretninger. Ett tredje alternativ kan være mer forpliktende der en garanterer for et bestemt antall plasser og betaler en estimert kostnad pr plass/år i en felles etablering. Der de av kommunene som forplikter seg betaler kostpris og de som ikke forplikter seg i

et samarbeid må betale en høyere pris for å benytte tilbudet for egne innbyggere. Alle alternativer kan anvendes både innenfor eksisterende tilbud og lokasjoner eller ved eventuelt etablering av nye. Dette er spørsmål som bør stilles til aktuelle deltakerkommuner i kommende høringsrunde. Arbeidsgruppa har således ikke tatt stiling til disse spørsmål.

Kjøp hos private.

Det regionale helseforetaket HMN utlyser med jevne mellomrom konkurranser på kjøp av private rehabiliteringsplasser, hos ideelle og helt private behandlingstilbud. Dette gjøres på vegne av foretakene, slik at foretakene selv kan gjøre avrop for den enkelte pasient. Systemet er slik rigget at henvisning til private går gjennom Regional vurderingsenhet og en kan gjennom dette regulere bruken. Selve kjøpet blir finansiert gjennom basisbevilgningen som regionen får fra staten. Dvs at det enkelte foretak blir trukket i ramme etter forbruk, på den måten er det det lokale foretak som betaler for oppholdet som en selv ikke tilbyr eller har kapasitet til å levere. Tar man med andre ord tilbake kjøp fra private må foretaket selv finansiere opprettelse av tilsvarende tilbud man ikke har i det nåværende tilbudet. Vi har ikke oversikt over hva de enkelte private aktører får betalt for hvert opphold i dag så om en vil klare å få mer ut av pengene ved å etablere og levere tilbud selv er uavklart. I revidert oppdragsdokument 2019 fra HOD til de regionale helseforetakene står det under punkt 6 Private ideelle aktører:

«De regionale helseforetakene skal ikke bygge opp og utvikle konkurrerende tilbud til eksisterende tilbud hos private, ideelle aktører.»

Framtidig finansiering

I Stortingsmelding 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23 har regjeringen sagt noe om hvordan en tenker seg å videreutvikle ISF for å understøtte tjenesten. Herunder: *Regjeringen vil videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte utvikling av tjenesten, jf. Kapittel 1. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:*

- *Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor eller hvordan behandlingen ytes.*
- *Finansieringen skal understøtte helhetlig tjenesteforløp*
- ***Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner***

Rettigheten til å utløse refusjon vil ganske sikkert knyttes opp mot de faglige krav/kriterier som vi har i dag. Skal man gjøre seg nytte av denne framtidige mulighet i kommunene, er man avhengig av ett nært og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det heter videre i ISF-regelverket pkt 4.3.6:

«Organisatoriske eller andre endringer som medfører at en virksomhet øker sitt reelle behandlingsvolum av tjenester som allerede er omfattet av ISF, utløser ingen søknadsplikt.

*Unntak fra hovedregelen gjøres gjeldende på områder der det er særskilt risiko for manglende samsvar mellom tjenesteinnhold og kostnadsnivå for nytt og eksisterende tjenestetilbud. **Unntak gjelder også på områder i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens «sørge for»-ansvar.** Vesentlige utvidelser på følgende områder medfører derfor søknadsplikt:*

- ***Rehabilitering og habilitering, bortsett fra rehabilitering i akuttfasen etter sykehusinnleggelse***

- *Konservative behandlingstilbud for overvekt (før, etter, eller i stedet for kirurgisk behandling)*
- *Tjenestetilbud der hovedinnholdet er trening eller opplæring eller kombinasjon av dette*
- *Tjenestetilbud som i stor grad finner sted som grupperettede aktiviteter, herunder fysisk trening og aktivitet i gruppe*
- ***Tjenestetilbud som gjennomføres i samarbeid med kommunen eller som omfatter tjenester som kommunen har «sørge for»-ansvar for»***

Siste kulepunkt over er aktuell ved valg av samarbeidsmodell 2 og 3.

I avsnitt 4.3.6 i ISF-regelverket: Spesialisthelsetjenester utført av kommuner står følgende:

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.

Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:

- *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinhold*

I øvrige tilfeller forutsetter inklusjon i beregningsgrunnlaget særskilt godkjenning etter søknad til Helsedirektoratet. Krav til søknadens innhold:

- *Utkast til eller inngått avtale mellom partene skal foreligge, forankret i generell samarbeidsavtalestruktur*
- *Avtaleteksten skal synliggjøre hvordan partene sikrer at omfattet tjenesteinnhold er spesialisthelsetjenester og hvordan dette skilles fra tilgrensende kommunale helse- og omsorgstjenester*
- *Det skal foreligge informasjon om **behandlingsvolum og finansieringsmåte for eksisterende tjenestetilbud som skal flyttes, slik at eventuell endring kan finne sted budsjettneutralt***

I siste punkt er ordet budsjettneutralt brukt, og i denne sammenheng betyr det at det ikke blir tilført «nye» penger til en overføring av oppgaver fra spesialistnivå til kommuner, men heller at en ser for seg en overføring fra det ene nivået til det andre (fra sykehus til kommune). Det forsterker viktigheten av et nært og godt samarbeid mellom nivåene. Når det er sagt vil en anta at det er noe fram i tid nye ordninger vil inntreffe. Imidlertid framhever arbeidsgruppe 2 muligheten av å søke å få tildelt prosjektmidler til samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak som en mulighet til en pilotering, En er av den oppfatning av at det vil være gode utsikter til at en slik søknad vil få støtte.

7.3 Selskaps- / driftsformer

I valg av samarbeidsform eller organisatorisk innretning for rehabilitering i Møre og Romsdal har arbeidsgruppe 2 sett på flere alternative modeller. De viktigste aspektene vil måtte bli hentet fra det konklusjoner arbeidsgruppe 1 kommer til i sitt arbeid. Arbeidsgruppe 2 har ønsket å legge utvalgte kriterier til grunn for sin anbefaling, men tidsfaktoren har vært kort og en skulle gjerne ha brukt mer tid på å drøfte forhold som eksempelvis, er det attraktivt for partene å samarbeide sett i ett økonomisk perspektiv? Vil brukerne dra en økt nytte av samarbeidet i form av et bedre og mer tilgjengelig tilbud? Videre vil en samarbeidsform bidra til å beholde viktig kompetanse og kunne rekruttere nye fagfolk ved behov? Og til slutt hvilke samarbeidsform vil kunne gi stabilitet for de ansatte, samtidig som en vil sikre utvikling av tjenesten?

To utfordringer som bør nevnes er at stat og kommuner er separate juridiske enheter;

1. Uten endringer i lovverket er det ikke mulig å sette Rehabilitering i kommuner og stat under felles kommando og kontroll.
2. Ad arbeidsdeling og spesialisering; Hverken kommuner, fysikalsk medisinsk sengepost ved Ålesund sjukehus, Mork og Aure rehabiliteringssenter leverer de samme type tjenester. De har i større eller mindre grad ulike roller og oppgaver i dag. Det utelukker ikke at en kan samarbeide og at det kan foregå en viss form for oppgaveskyvning begge veier. Dette kan sågar være nødvendig for å få til et sømløst forløp og sett i lys av å sikre faglig utvikling.

7.4 Aktuelle samarbeids-/driftsformer er følgende:

- + Dagens modell
- + Aksjeselskap (AS) eller Samvirkeforetak (SA)
- + Interkommunalt selskap
- + Avtale og kontrakts basert samarbeid

7.4.1 Dagens modell

Denne ansees for å være kjent og beskrives ikke nærmere her

7.4.2 Aksjeselskap (AS) eller Samvirkeforetak (SA)

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Begrenset ansvar for deltagerne eget rettssubjekt• Alle kommuner og helseforetak kan delta• Lav etableringskostnad• Eventuelle overskudd kan tilføres utvikling av drift• Kan overta driften av Mork og Aure og andre kommunale institusjoner.	<ul style="list-style-type: none">• Mange aksjonærer gjør styringen komplisert• Krever sannsynligvis politisk deltagelse i styre som gjør valg av styre komplisert• Usikkert om en får stor nok kritisk deltagermasse blant kommuner.• Usikkerhet rundt offentlig finansiering (refusjoner fra stat).

Enkelte i arbeidsgruppe 2 finner det interessant, framtidsrettet og innovativt for rehabiliteringsfeltet i fylket med en slik selskapsform, men er samtidig klar over at det vil ta tid å forberede en slik modell. En mener videre at en heller ikke kan pilotere en slik modell med virkning fra 01.01.21. Allikevel vil en ikke utelukke at en jobber videre med denne tanken på et overordnet nivå med en bedre tidsramme og mer ressurser.

7.4.3 Interkommunalt selskap

Vurderes som uaktuelt fordi selskapsformen ikke tillater bredde i eierskap, det er kun forbeholdt kommunale virksomheter. Arbeidsgruppen mener at det er aktuelt med et interkommunalt samarbeid om døgnplasser. Det er i så fall noe kommunene selv må ta stilling til i de aktuelle områder. Helseavdeling og fagfolk i kommunene vil antagelig være de rette til å utrede dette. Se også kapittel 6.4.

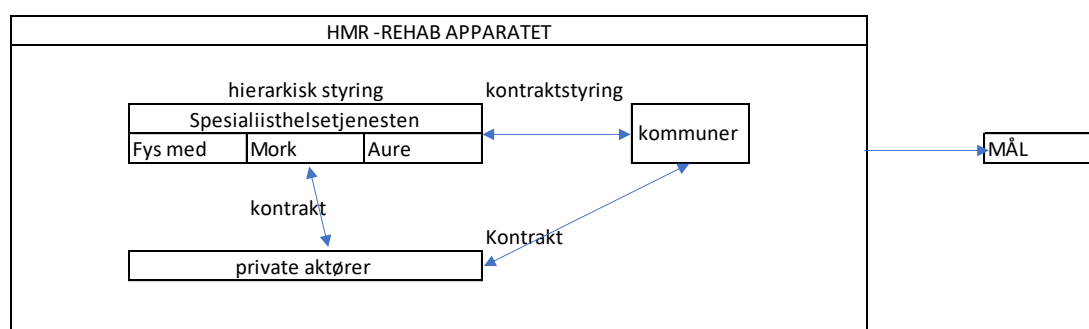
7.4.4 Avtale- og kontraktbasert samarbeid

Det er uttrykt fra representanter i styringsgruppa at en ønsker en modell med minst mulig administrativt byråkrati. Et samarbeid basert på avtaler og kontrakter, krever ingen overordnet organisasjonsform som f. eks et aksjeselskap gjør. En unngår styre, regnskap, egne ansatte osv. Et slikt prosjekt kan drives av egne ansatte innenfor rehabiliteringsfeltet både fra kommunene og helseforetaket i det å samordne tjenestene og leveransen. Kostnader til dette vil måtte dekkes av den enkelte deltaker i samarbeidet.

Arbeidsgruppens oppfatning er at en kan pilotere en slik modell. Et vellykket samarbeid vil kunne gi grobunn for videre samarbeid.

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Lite byråkratisk• Lite kostnadskrevende?• Liten grad av investering utover det en har• Litt slik det er i dag (liten Endring)• Lav terskel for å bli med i samarbeidet	<ul style="list-style-type: none">• Mindre forpliktende• Muligens vanskelig å finne dedikerte personer til å ta oppgaven• Hvem tar ansvaret?• Usikkerhet for ansatte – kortsiktighet i avtaler?

Arbeidsgruppe peker på at der er to måter å organisere en verdikjede. Den ene er å sette de under hierarkisk styring. Den andre er ved avtaleinngåelse (kontraktstyring).



Sett i lys av dette og at arbeidsgruppe 2 får signaler om at det vil være tidkrevende politiske prosesser i kommunene å gå inn i et samarbeid der en oppretter felles selskapsform for drift av Aure og Mork, utelukkes muligheten av å endre eierskapet for disse institusjonene. Dersom en hadde bedre tid og et større prosjekt kunne dette absolutt være en spennende og innovativ idè og noe for

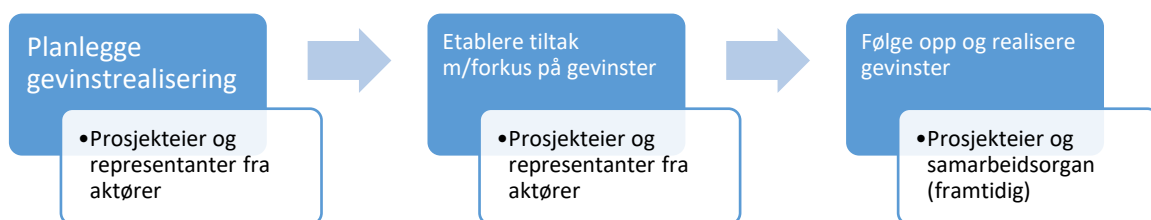
framtidig. Imidlertid ser en at kommune må ha mye bakgrunnsmateriale og analyser for å fremme en slik sak for sine organ, noe som vil ta tid.

En står derfor igjen med et avtale-/kontraktsamarbeid mellom kommunene og foretaket der en ser for seg at en drifter som nå, eller utvider bruken av de to institusjonene der kommunene «kjøper» plasser for sin døgnrehabilitering der det er ønskelig eller av mangel på egen kapasitet - altså alternativ 2 eller 3.

7.5 Gevinstrealisering

Oppdragsgiver for rehabiliteringsprosjektet i Møre og Romsdal, Styret for Helse møre og Romsdal og regionrådene, har som forventning at det skapes et bedre samarbeid mellom nivåene og at det utvikles effektive måter å organisere og drive døgnrehabilitering på med bedre utnyttelse av Aure og Mork rehabiliteringssenter. Å vurdere effektivitet innen rehabilitering er ingen enkel øvelse, men heller kompleks. Det er her sett til prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold og hva de har beskrevet i sin prosjektrapport angående gevinstrealisering. Mye av dette er overførbart til modellene dette prosjektet beskriver. Indre Østfold har i sin rapport pekt på at i den interkommunale sammenheng kan det bli et spørsmål om man i praksis er i stand til å realisere mulige gevinster. På brukernivå er det imidlertid tegn som tyder på at en bedre samordnet tjeneste mellom helsenivåene vil kunne gi åpenbare gevinster, særlig vil en bedre tilgang og koordinering kunne gi gevinster. Den økonomiske nytteeffekten etter rehabiliteringsoppholdet, speiler kvaliteten ved personens funksjon. Livskvalitet og mestring er forhold som er vanskelig å kvantifisere, men som for den enkelte selv og for pårørende er av stor verdi. Når rehabiliteringen fører en person tilbake til deltakelse i samfunnet, vil det i seg selv generere effekter av stor samfunnsnytte (Helsehuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter, 2016).

Direktoratet for Økonomistyring (DFØ) sier at «Gevinstrealisering bør utøves ved ethvert tiltak som innebærer en forandring». Gevinstrealisering kan defineres som «den prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikkeforventede gevinster av et prosjekt». Arbeidsgruppen har berørt temaet gevinstrealisering, men ikke trukket noen konklusjoner. En ser for seg følgende rekkefølge for en slik prosess:



For å hente ut gevinster kreves planlegging og analyser i forkant og systematisk oppfølging underveis og i etterkant av prosjektet. Det er viktig at eierne av prosjektet tar ansvar for gevinstrealiseringen.

Effekt kan forstås som «en forandring i tilstand hos brukerne eller i samfunnet som har oppstått som følge av virksomhetens tiltak, men det det kan også være de gevinster som frigis på grunn av nye

måter å innrette virksomheten på. Intensiv trening kan for eksempel føre til at man oppnår funksjonsforbedring på kortere tid. Dette kan medføre et kortere rehabiliteringsforløp.

Kortere forløp på institusjon gir færre liggedøgn. Dersom omfanget av dette er stort nok, kan man gå ned på antall sengeplasser. Reduksjon av sengeplasser vil kunne medføre kutt

i driftskostnader til lokaler og en annen anvendelse av personalet. Dette er gevinster som kommer i tillegg til bedret funksjonsevne for personen.

Innretningen av rehabilitering er avgjørende for personeffekt og behov for kommunale støttetiltak.

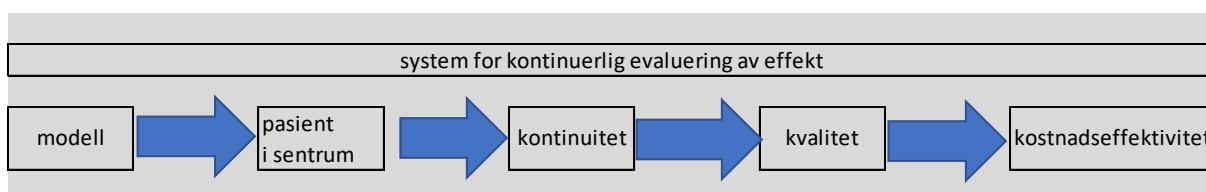
Forskning viser at døgnbasert rehabilitering har best effekt for pasienten når den gis i egne rehabiliteringsavdelinger. I kommunal setting vil dette si at disse tjenestene ikke gis i en ordinær korttids- /sykehjemsavdeling. Kartlegging av hvordan kommunene i Møre og Romsdal har organisert dette, utført av arbeidsgruppe 1 høsten 2019, viser at kun to kommuner har rigget sitt døgnbaserte rehabiliteringstilbud på denne måten. Faktorer som befolkningsgrunnlag, økonomi og tilgjengelige ressurser i form av nødvendige fagpersoner i den enkelte kommune vil ha betydning for et slikt tjenestetilbud til kommunens innbyggere. Her vil kommunene kunne dra nytte av samarbeid med nærliggende kommuner og dermed kunne tilby døgnbasert rehabiliteringstilbud i interkommunale avdelinger. Forskning viser at tilbud gitt i egne kommunale rehabiliteringsavdelinger gir større bedring i funksjonsevne for den aktuelle pasienten, også på færre liggedøgn, enn om tilbudet ble gitt i ordinær korttidsavdeling. Videre vil dette være gunstig for pasienten som trolig da oppnår større grad av selvstendighet og dermed trenger færre kommunale tjenester i etterkant. Rehabilitering er ikke ferdig idet pasienten skrives ut fra døgnbasert rehabilitering, men vil gi pasienten best mulig utgangspunkt for videre prosess (oppsøkende rehabilitering, hverdagsrehabilitering etc). Mestring av eget liv gjennom god bruk av egne ressurser og eventuelle nødvendige bistandstiltak fra kommunen.

Arbeidsgruppe 2 stiller seg bak en innretning med større enheter, der en har et tett tverrfaglig samarbeid og samtidig effektiv bruk av lokaler og utstyr.

Del 4

8 Anbefaling

I anbefaling av samarbeidsmodell ligger det et grunnsyn som er i tråd med verdibasert helsetjeneste, der kvalitet og brukeren i sentrum er viktige elementer. Alternativ 3 er kanskje den modellen som i størst grad setter brukeren i sentrum og som vektlegger mest mulig kontinuitet og færrest mulige overganger. Dette er i tråd med myndighetenes anbefaling om helhetlige pasientforløp. Man kan tenke seg at ved å velge en modell som setter pasient i sentrum vil medføre mer kontinuitet som igjen vil gi mer kvalitet i helsetjenestene og dermed er mer kostnadseffektiv.



Da alternativ 3 må utredes mer for å kunne iverksettes, ansees det som uaktuelt å prøve ut denne modellen fra 01.01.2021 som er styringsgruppens frist for igangsetting av pilot.

Arbeidsgruppene anbefaler derfor at helseforetak og kommuner samler seg om alternativ 2:

Fortsette med dagens organisering og oppgavedeling, men med en videreutvikling av nåværende forløp. Etablere egne enheter kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt. I denne modellen har man fortsatt en organisatorisk inndeling med kommunal og spesialisert rehabilitering, men med reindyrking av rehabiliteringsfaget og oppretting av egne rehabiliteringsenheter på kommunalt nivå. Med unntak av de største kommunene i fylket, er det urealistisk at den enkelte kommune kan drifte store nok rehabiliteringsenheter til at de vil være bærekraftige. Det anbefales derfor sterkt at kommunene går sammen om interkommunale tilbud til døgnbasert rehabilitering. Dette skal ikke gå på bekostning av andre rehabiliteringstilbud i kommunen som foregår i hjemmet og nær brukerne. De tre nederste feltene i rehabiliteringspyramiden (rehabilitering i hjemmet, rehabiliteringsteam, hverdagsrehabilitering, helsefremming og hverdagsmestring) skal fortsatt foregå nært og hjemme hos brukerne. I og med at man ved Aure og Mork rehabiliteringssenter allerede har stor kompetanse på rehabilitering, er det mulig å utnytte denne kompetansen ved å ha samdrift mellom kommuner og helseforetak. Basert på gjennomgangen av aktuelle selskaps- / driftsformer anbefales det at man velger avtale- / kontraktbasert driftsform.

Å reindyrke rehabiliteringsfeltet og opprette egne rehabiliteringsenheter er anbefalt både gjennom forskning, nasjonale føringer og andre prosjekter. Dette gir et bedre tilbud til brukerne, sterke fagmiljø og attraktive arbeidsplasser. Noe som igjen er bra for rekruttering til feltet. I alternativ 2 beholder vi det som er bra i dagens modell og videreutvikler og forbedrer avdekte utfordringsområder. Det å samle seg i større enheter gir fleksibilitet og mangfold i tilbud, noe som er viktig for å kunne møte fremtidens behov. Alternativ 2 er også i tråd med ønsket nasjonal utvikling ved å bygge og yte tjenester i fellesskap på tvers av tjenestenivå, samt VBHC og Vik's typologi relasjonelt samarbeid

Modellen er ikke ferdig utviklet, men må jobbes videre med dersom kommuner og helseforetak går for den. De viktigste punktene man da må ta tak i er lokalisering / tilgjengelighet, vurdering av behov, henvisningsprosessen og overgang fra institusjon og hjem. I dette ligger også bruk av tverrfaglige vurderingsteam som et konkret forslag til tiltak.

9 Evaluering av arbeidsprosess

Dette har fra arbeidsgruppe 1 sitt ståsted vært et spennende, men krevende prosjekt å jobbe med. Deltakerne har satt pris på å kunne jobbe på tvers av arbeidsplasser og tjenestenivå med et så stort og viktig arbeid. Som omtalt under forståelse av mandatet, har gruppen brukt en del tid på å tolke mandatet og det å se sammenhengen mellom målsettingen for prosjektet og de ulike punktene i mandatet. Tidsrammen har vært knapp, spesielt i siste del av prosjektet, noe som har gjort det vanskelig å gå i dybden på alle områder.

Innspill fra regionrådet Orkidè som kom underveis i arbeidet angående endring av mandat og tidsramme, skapte noe usikkerhet for arbeidsgruppene. Man har likevel valgt å forholde seg til det til enhver tid gjeldende mandat. Styringsgruppen ba i april om at det ble utarbeidet forslag til en eller flere piloter som kunne prøves ut fra 01.01.21. Dette har arbeidsgruppene ikke klart å svare ut.

Covid-19- pandemien ga utfordringer med fremdrift. Alle møter ble gjennomført på Skype. Denne møteformen er utfordrende og ga noen begrensninger i diskusjonene. Etter hvert som man vente seg til å jobbe på denne måten, har det bedret seg. Flere av gruppedeltakerne fikk nye oppgaver under pandemien, noe som ga utfordringer til nok avsatt tid til prosjektet og gjennomgang av stoffet. Det har også i arbeidsgruppe 1 vært flere endringer i gruppedeltakerne underveis.

Arbeidsgruppe 2 ble først etablert i februar 2020. De fikk ekstra dårlig tid til sitt arbeid, da de var avhengige av at gruppe 1 foreslo alternative samarbeidsmodeller før de fikk startet. Disse modellene var ikke klare før 14.mai 2020. Ideelt sett burde arbeidsgruppe 1 og 2 ha vært mer samkjørte og hatt flere fellesmøter hvor en kunne diskutert oppdraget i fellesskap. Dette er en svakhet i prosjektet.

Totalt sett har man samlet nok data og informasjon til å kunne anbefale skisserte samarbeidsmodeller. De områdene som trenger mer utredning er omtalt i rapporten.

10 Referanser

- Aaserud Norborg, Lisen 1994 *Mot til verdighet* Om rehabiliterings innhold og mål Høgskolen i Lillehammer
- Bjørkquist og Fineide 2019 Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester. Cappelen Damm Akademisk NOASP
- Helsedirektoratet 2014 Rehabilitering, habilitering, individuell plan og *koordinator* Nasjonal Veileder
- Helsedirektoratet 2015 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet», Rapport IS-1947*
- Helsedirektoratet 2017 Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder – kapittel 8: Helhetlige pasientforløp
- Helsedirektoratet 2018 *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten* Analysenotat 8/2018 SAMDATA i spesialisthelsetjenesten
- Helsedirektoratet 2019 Innsatsstyrt finansiering 2019, Regelverk IS-2791
- Helsehuset Indre Østfold kompetansesenter IKS 2016 [Innovativ rehabilitering Indre Østfold, prosjektrapport Forslag til handlingsplan](#)
- Helse Midt-Norge 2014 Prosjektrapport Rehabilitering i Midt Norge
- Helse Midt-Norge 2017 Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjeneste avtaler gjeldende fra 2018 Behovsvurdering
- Helse Nord 2017 Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017*
- Helse og Omsorgsdepartementet, *Ansvar og meistring* St. melding nr 21 (1998-1999)
- Helse- og Omsorgsdepartementet 2017 *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019* Særtrykk til Prop. 1S (2016-2017)
- Johansen, Inger 2012 [Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study](#), Journal of Disability and Rehabilitation, Vol 34 2012, issue 24
- M. Porter, Elisabeth Theisberg 2006 *Redefining Health care, Creating Value-based Competition on Results*, Harvard business School, Boston, Massachusetts
- Syse, Aslak 2014 Pasientrettighetsloven med kommentarer Gyldendal juridiske forlag
- Tuntland, H. Ness, NE 2014 *Hverdagsrehabilitering*, Gyldendal Akademiske Forlag
- Vik, Erlend 2018 *Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie* Tidsskrift for Velferdsforskning nr 2 2018 s 119 – 147
- Aarseth, T: Presentasjon for arbeidsgruppe 1 20.04.20: Resultat av en spørreundersøkelse gjennomført i 2018/2019 blant Norsk Forening for Slagrammede om hvordan de opplever oppfølgingen de får.

Vedlegg 1: Styresak 57/19 HMR



Etablering av samarbeidsprosjekt for utvikling av rehabiliteringstenestene i Møre og Romsdal

Saksnr	Urvalsnavn	Motedato
57/19	Styret for Helse Møre og Romsdal HF	25.09.2019

Saksbehandlar: Spesialrådgjevar Helge Ristesund

Arkivreferanse: 2019/132

Forslag til vedtak:

Styret gir adm. direktør fullmakt til å samarbeide med kommunane i fylket om etablering av eit felles prosjekt for utvikling av rehabiliteringstilbodet i fylket. Prosjektet skal skje innan dei rammer og mandat som framgår av saksutgreiinga.

Ålesund, 18.09.2019

Nils Kvernmo
Konst. adm. direktør

1 Bakgrunn

Styret i Helse Møre og Romsdal (HMR) behandla i styresak 26/19 – *Oppfølging budsjett 2019 og operasjonalisering av utviklingsplan.*

Ein integrert del av denne styresaka var framlegg til strukturelle endringar av den spesialiserte rehabiliteringstenesta som vert utført i regi av HMR. Rett i førekant av styremøte fekk HMR innspel frå Aure kommune om alternativ driftsmodell for vidareføring av aktiviteten på Aure rehabiliteringssenter. Den alternative vidare driftsmodellen som var skissert, kan ein summere opp slik:

- HMR overdreg eigeiendomen til Aure kommune
- Tilsette og lokale interesser dannar Aure Rehabilitering AS med vedtekter som inkluderer
 - Føremål å levere helse- og rehabiliteringstenester
 - Selskapet sitt overskot skal brukast til å oppnå føremålet
- Aure Rehabilitering AS overtek HMR si verksemd på Aure rehabiliteringssenter gjennom verksemdsovertaking
- Helse Midt-Norge/Helse Møre og Romsdal inngår avtale med Aure Rehabilitering AS om rehabiliteringstenester
- Aure Rehabilitering AS leiger eigeiendomen av Aure kommune

Adm. direktør orienterte styret 15.05.19 om at ein med bakgrunn i ei samla vurdering ikkje ville tilrå realisering av det framsette driftsalternativet.

Hensikta med denne styresaka er derfor å skissere ein alternativ prosess i samarbeid med kommunane, for i fellesskap utvikle delar av rehabiliteringstenestene i fylket.

2 Saksopplysningar

Vurderingane knytte til framtidig spesialisert rehabiliteringstilbod i Helse Møre og Romsdal vart første gong behandla av styret i styresak 48/11. I behandlinga av helseføretaket sin utviklingsplan for perioden 2019 – 2022 (2035), styresak 06/18, vart det vidare fastslått at klinikk for medisin og rehabilitering mellom anna skulle prioritere utvikling, organisering og drift av rehabiliteringsfeltet.

Primo 2019 gjorde klinikk for medisin og rehabilitering ei fagleg vurdering av det noverande spesialiserte rehabiliteringstilbodet, bruken av rehabiliteringstilbod utanom HMR og grunngjeving for kvifor det er behov for å endre det spesialiserte rehabiliteringstilbodet i helseføretaket.

Å utvikle eit framtidretta spesialisert rehabiliteringstilbod for innbyggjarane i fylket, er Helse Møre og Romsdal sitt ansvar. Samtidig er det ein nasjonal politisk og ønska utvikling at rehabiliteringstiltak vert gitt på beste/lågaste effektive omsorgsnivå (BEON/LEON). Måten spesialisert rehabilitering vert gitt på i framtida, må derfor vere under stadig evaluering der ein ser på moglegheiter for å gå frå døgn- til dagtilbod og større bruk av poliklinikk og ambulante rehabiliteringstenester/team. Desse tenestene skal bidra til tverrfagleg samarbeid for å sikre samanhengande rehabiliteringsforløp mellom spesialisthelsetenesta og kommunale tenester. Teama må ha tenleg lokalisering og ha kompetanse frå t.d. fysioterapi, ergoterapi, sjukepleie og legespesialist. Desse teama skal etablere rutinar både på system – og individnivå. Dette er heilt i tråd med samhandlingsreforma sine intensjonar om å kunne tilby tenestene nær der pasientane lever og bur.

Kva som er beste/lågaste effektive omsorgsnivå, vert påverka av korleis kommunane etablerer sine døgnbaserte tilbod innan rehabiliteringsfeltet. Gråsonene mellom kva som er spesialisert rehabilitering (helseføretaket sitt ansvar) og kva som er kommunale oppgåver, er ei generell utfordring å identifisere. Eitt av formåla med prosjektet mellom kommunane og helseføretaket er å få ei nærare avklaring av gråsonene i ansvarsdelinga mellom kommunen og føretaket. Prosjektrapporten vil vere eit viktig grunnlag for korleis ein skal tolke dette ansvarsforholdet i samhandlingsavtalen som er under revisjon. Både dette prosjektet og revisjon av samhandlingsavtalen er prosessar der både kommunar og helseføretak skal vere likeverdige partnarar.

Pasienten skal vere i sentrum for all aktivitet i rehabiliteringsforløpet. Både kommunane og spesialisthelsetenesta har ansvar for å sørge for at aktuelle pasientar får naudsynt rehabilitering. Behovet for spesialisert kompetanse vil vere avgjerande for om rehabiliteringa skal skje i spesialisthelsetenesta eller i kommunane, men som hovudprinsipp bør tilbod til store pasientgrupper utviklast i kommunane (jfr. Helse- og omsorgsdepartementet sin *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019*). Mange pasientar vil i periodar ha behov for tenester på begge nivå. Godt samarbeid og god koordinering på tvers av tenestenivå er derfor ein føresetnad for eit godt rehabiliteringstilbod.

I vurderingane av det framtidretta rehabiliteringstilbodet i fylket må helseføretaket i sine tilrådingar mellom anna legge vekt på å sikre langsiktig og kompetansemessig berekraft, samt stabile, faglege og kvalitativt gode tilbod. Hovudprinsippet bør vere at dei tenestene som ein treng ofte skal vere tilgjengelege nær pasientane, medan reisevegen ikkje spelar så stor rolle i samband med dei tenestene ein treng sjeldan.

Ut frå ei samla vurdering, må den spesialiserte rehabiliteringa i føretaket leggjast om med auka satsing på poliklinikk, dagbehandling, ambulante spesialiserte rehabiliteringstenester og reduksjon i liggetider (jfr. nasjonale føringar). Særleg ambulante tenester frå spesialisthelsetenesta vert understreka i ovannemnde opptrappingsplan for rehabilitering. Uansett kva tiltak ein landar på gjennom prosjektet, så er det viktig at ein etablerer system for kontinuerleg evaluering av kva effekt dei ulike behandlingmetodane har. Med unntak av øymerke døgnplassar på Aure rehabilitering knytt til arbeidsretta rehabilitering (tidlegare ordninga «Raskare tilbake»), har helseføretaket i dag 46 døgnplassar innan fagområdet. Som konsekvens av dei ovannemnde driftsendringane, vurderer helseføretaket det framtidige behovet for døgnplassar for spesialisert rehabilitering til å vere om lag 32. Dette må endeleg avklarast nærare gjennom prosjektet i samarbeid med kommunane. Den faglege motoren i helseføretaket si spesialiserte rehabilitering skal framleis vere seksjonen for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sjukehus, men ein ønskjer framleis også å ha eit vist døgntilbod både ved Aure og Mork rehabiliteringssenter. Dette inneber ei endring frå tidlegare strategi, der helseføretaket ville samle alt døgntilbod i sjukehusa.

For å sikre framtidig driftsmessig berekraft ved desse to rehabiliteringssentera, må det etablerast samarbeids- og utviklingsprosjekt med kommunane, der ein ved dei to institusjonane etablerer rehabiliteringstilbod både i regi av helseføretaket og i kommunal og evt. interkommunal regi. Ein føreset at prosjektet vert finansiert via samhandlingsmidlar frå Helse Midt-Norge og at Helse Midt-Norge også deltek i sjølve prosjektet. Det kan også vere aktuelt å søkje om eksterne midlar knytt til tenesteinvasjon.

Klinikk for medisin og rehabilitering ser det også som avgjerande å gå i dialog med Helse Midt-Norge og den regionale vurderingseininga for å drøfte behov for og rett bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar som har avtale med dei regionale helseføretaka.

3 Samarbeid med kommunane

Ein må sjå heile tenesteforløpet i samanheng der både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har ansvar for ulike delar av pasientforløpet ut frå kompleksitet og krav til kompetanse. Dette må skje gjennom analysar av heile forløpa med utgangspunkt i pasienten sine behov. Det er eit premiss at tenestene vert gitt på rett nivå til rett bruk av ressursar gjennom berekraftig ressursforvaltning for både spesialisthelsetenesta og kommunane.

For å sikre ein gjensidig og heilskapleg planprosess, vert det stilt klare forventingar om at medverknad i utviklingsplanarbeidet skal gjerast i nær dialog med kommunane. Dette er i tråd med vedtatt Samhandlingsavtale, punkt 5 (Helse Møre og Romsdal HF, 2015). Partane skal:

«...informere og involvere den andre parten i planprosesser og annet arbeid som har betydning for utforminga av helsetenester for den annen part, blant annet organisering og endring av rutiner».

Å utvikle eit spesialisthelsetenestetilbod som er framtidsretta og med god ressursbruk, er ikkje noko føretaket kan greie åleine og helseføretaket la difor også til rette for eit samhandlingsperspektiv i den vedtekne utviklingsplanen.

For Helse Møre og Romsdal er det avgjerande å sikre eit tett og godt samarbeid mellom kommunane og føretaket for at innbyggjarane skal få eit best mogleg rehabiliteringstilbod. Helseføretaket har derfor før ferien gjennomført møter med alle dei tre regionråda og vertskommunane for Aure og Mork rehabiliteringssenter for å drøfte korleis ein i fellesskap kan etablere eit prosjekt for utvikling av kommunale, interkommunale og spesialiserte rehabiliteringstenester. Regionråda og dei aktuelle kommunane har uttrykt ønske om å delta i slikt utviklingsprosjekt.

Etablering av eit slikt utviklingsprosjekt er også forankra i Helse Midt-Norge RHF og må sikrast godt forankring både i helseføretaket og i kommunane

4 Utviklinga av rehabiliteringstenestene i fylket

Helse Møre og Romsdal må utvikle det spesialiserte rehabiliteringstilbodet med auka satsing på poliklinisk og ambulante tilbod. Den mest spesialiserte rehabiliteringa må skje i seksjonen ved Ålesund sjukehus, der ein er sikra tilgang på spesialistar innan fysikalsk medisin og rehabilitering, samt andre sjukehusspesialitetar innan både somatikk, psykiatri og diagnostikk. I tillegg vurderer klinikken det som fornuftig å framleis ha eit vist døgntilbod på Aure og Mork rehabiliteringssenter, men då integrert med kommunale og/eller interkommunale rehabiliteringstenester. Namdal Rehabilitering (Høylandet) har sidan 2006 hatt ein driftsmodell basert på interkommunal drift der ein også har døgntilbod innan spesialisert rehabilitering basert på avtale med Helse Midt-Norge. Hensikta med ein slik driftsmodell vil vere å sikre tilbod til pasientar i gråsoner mellom kommunar og helseføretak, sikre godt samarbeid om kompetanseutveksling og fremme god arbeidsdeling og samhandling. For å utvikle desse tenestene må det etablerast eit eige utviklingsprosjekt med deltaking både frå Helse Møre og Romsdal, Helse Midt-Norge og frå kommunane i fylket (evt. randkommunar).

Prosjektet vert etablert snarast med eigen prosjektleiar og eiga styringsgruppe. Styringsgruppa vert samansett av representantar frå helseføretaket, dei tre regionråda, Helse Midt-Norge og brukarrepresentant. Førebels samansetnad av styringsgruppa er slik:

Namn	Organisasjon	Stilling
Rune Sjurgard (leiar styringsgruppa)	Sunnmøre regionråd	Rådmann Volda kommune
Geir Nielsen	Orkidè regionråd	Einingsleiar Helse- og familietenester Aure kommune
Britt Rakvåg Roald	Romsdal regionråd	Ass. rådmann nye Molde kommune
Camilla Almås	Sunnmøre regionråd	Verksemdsleiar for aktivisering og velferd nye Ålesund kommune
Helge Ristesund	HMR, stab adm. direktør	Spesialrådgjevar
Jorun Bøyum	HMR, klinikk for medisin og rehabilitering	Klinikksjef klinikk for medisin og rehabilitering
Lena Bjørge Waage	HMR, stab, fag samhandling	Samhandlingssjef
Tore Jo Nilsen	HMN	Seniorrådgivar
Hilde Marie Kleiven	Brukarutvalet i HMR	Brukarrepresentant
Inger Nossen Sandvik	Brukarutvalet i HMR	Brukarrepresentant
Birgitte U. Kvangarsnes	Helse Møre og Romsdal	Tillitsvald (Norsk Ergoterapeut Forbund)
Tillitsvald	Kommunane	

Det er i perioden 01.09.19 – 01.09.20 tilsett eigen prosjektleiar i 50 stilling. Prosjektleiaren rapporterer til styringsgruppa.

Det vert oppretta eiga arbeidsgruppe/prosjektgruppe med brei fagleg kompetanse innan rehabiliteringsfeltet. Gruppa skal ha representantar frå kommunar og helseføretaket. Seinare i prosjektet vert det oppretta eiga arbeidsgruppe for å utgreie modellar for felles drift av Aure og Mork rehabiliteringssenter.

Med bakgrunn i dei rammene som er gitt, har prosjektet fått følgjande 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.

Dei ovannemnde utgreiingane skal vere ferdige i god tid før sommaren 2020, slik at ny driftsform ved dei to rehabiliteringsinstitusjonane kan settast i verk frå 01.01.21. Detaljert tidsline for prosjektet vert utarbeidd hausten 2019.

5 Administrerande direktør si vurdering

Adm. direktør har merka seg at framlegg til endringar i rehabiliteringstenestene, slik desse vart gjort greie for i styresaka 26/19 med tilhøyrande rapportar, utfordrar den opplevde tryggleiken både internt i føretaket og for befolkninga generelt.

Adm. direktør vurderer framleis at det må gjennomførast driftsomleggingar av rehabiliteringstenesta generelt og ved Aure og Mork rehabiliteringssenter spesielt. I desse endringane må seksjonen for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sjukehus framleis vere den faglege ressursbasen innan spesialisert rehabilitering i regi av Helse Møre og Romsdal. Det er i denne endringsprosessen ikkje aktuelt å flytte spesialisert rehabilitering ut av helseføretaket.

For å sikre eit berekraftig og trygt spesialisert rehabiliteringstilbod til innbyggjarane i fylket, rår adm. direktør til at Helse Møre og Romsdal i samarbeid med kommunane i fylket etablerer eit utviklingsprosjekt for framtidig felles drift av Aure og Mork rehabiliteringssenter. Prosjektet skal gjennomførast slik det er gjort greie for i kap. 4, og mellom kartlegge, definere behov og tilrå framtidig organisering av døgntilbodet innan spesialisert rehabilitering.. Avklaring av behovet for interkommunalt samarbeid er eit sentralt element i utviklingsprosjektet. Ei klar målsetting med prosjektet vil vere i samarbeid med kommunane å etablere felles drift av Aure og Mork rehabiliteringssenter.

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse til kommunene

Spørreundersøkelse REHAB-prosjekt

35 kommuner sent til 36	Kommuner svart	Regionråd
Aukra kommune <post@aukra.kommune.no>;	Aukra	ROR
Aure kommune <postmottak@aure.kommune.no>;	Aure	Orkidè
Averøy kommune <post@averoy.kommune.no>;	Averøy	Orkidè
Eide kommune <postmottak@eide.kommune.no>;	Eide	ROR
Fræna kommune <postmottak@frana.kommune.no>;	Fræna	ROR
Giske kommune <post@giske.kommune.no>;	Giske	SRR
Gjemnes kommune <post@gjemnes.kommune.no>;	Gjemnes	Orkidè
Halsa kommune <post@halsa.kommune.no>;	Halsa	Orkidè
Haram kommune <postmottak@haram.kommune.no>;	Haram	SRR
Hareid kommune <postmottak@hareid.kommune.no>;	Hareid	SRR
Herøy kommune <postmottak@heroy.kommune.no>;	Hærøy	SRR
Kristiansund kommune <postmottak@kristiansund.kommune.no>;	Kristiansund	Orkidè
Midsund kommune <postmottak@midsund.kommune.no>;	Misund	ROR
Molde kommune <postmottak@molde.kommune.no>;	Molde	ROR
Neset kommune <postmottak@nesset.kommune.no>;	Neset	ROR
Norddal kommune <post@norddal.kommune.no>;	Norddal	SRR
Rindal kommune flyttet over til Trøndelag i januar 2019	0	
Rauma kommune <postmottak@rauma.kommune.no>;	Rauma	ROR
Sande kommune <sande.kommune@sande-mr.kommune.no>;	Sande	SRR
Sandøy kommune <post@sandoy.kommune.no>;	Sandøy	SRR
Skodje kommune <postmottak@skodje.kommune.no>;	Skodje	SRR
Smøla kommune <postmottak@smola.kommune.no>;	Smøla	Orkidè
Stordal kommune <postmottak@stordal.kommune.no>;		SRR
Stranda kommune <post@stranda.kommune.no>;	Stranda	SRR
Sula kommune <post@sula.kommune.no>;	Sula	SRR
Sunndal kommune <post@sunndal.kommune.no>;	Sunndal	Orkidè
Surnadal kommune <post@surnadal.kommune.no>;	Surnadal	Orkidè
Sykkylven kommune <postmottak@sykkylven.kommune.no>;	Sykkylven	SRR
Tingvoll kommune <postmottak@tingvoll.kommune.no>;	Tingvoll	Orkidè
Ulstein kommune <postmottak@ulstein.kommune.no>;	Ulstein	SRR
Vanylven kommune <postmottak@vanylven.kommune.no>;	Vanylven	SRR
Vestnes kommune <postmottak@vestnes.kommune.no>;	Vestnes	ROR
Volda kommune <postmottak@volda.kommune.no>;	Volda	SRR
Ørskog kommune <post@orskog.kommune.no>;	Ørskog	SRR
Ørsta kommune <postmottak@orsta.kommune.no>;	Ørsta	SRR
Ålesund kommune <postmottak@alesund.kommune.no>	Ålesund	SRR

Kartlegging av døgntilrettelegging i kommunene

34 Svar 29:38 Gjennomsnittlig tid for å fullføre **Aktivt** Status

1.

34
Svar

Siste svar
"Ulstein"
"Ørsta"
"Norddal kommune"

2. Antall innbyggere i kommunen

34
Svar

Siste svar
"8600"
"10900"
"Ca. 1600"

3. Hvor jobber du som svarer på denne undersøkelsen?

● Administrasjon	25
● Fagfeltet	5
● Annet	4



4. Stillingstittel

34
Svar

Siste svar
"Kommunalsjef"
"Stabsleiar"
"Helserådgiver"

5. Kontaktinformasjon/epost

34
Svar

Siste svar
"Ok"
"oddvar.maroy@orsta.kommune.no"
"else.midtbust@fjord.kommune.no"

6. Har kommunen en plan for rehabilitering?

● Ja	17
● Nei	8
● Vet ikke	3
● Er under utarbeidelse	6



7. Hvor mange plasser har kommunen øremerket til døgnbasert rehabilitering?

34
Svar

Siste svar
"6"
"6"
"Ingen, men kan tilby tjenesten/ korttidsopphold etter behov"

8. Drives plassene etter følgende nasjonale standard for rehabilitering?

34

Svar



Siste svar

"Ja"

"1=Ja, 2=Ja, 3=Sjelden, vert gjort ved behov, 4=Ja, 5=Ja"

"Ja i noen grad; delvis"

9. Hvilken type institusjon er disse døgnrehabiliteringsplassene plassert?

 I helsehus	3
 I sykehjem	27
 Annet	3



10. Er plassene knyttet til døgnbasert rehabilitering fordelt på flere institusjoner?

 Ja	4
 Nei	28



11. Hvordan er disse døgnbaserte rehabiliteringsplassene organisert?

● I egen avdeling med kun reha...	2
● I en korttidsavdeling med ulik...	14
● I sykehjem med langtids- og k...	14
● Annet	3



12. Har kommunen et system som kvalitetssikrer og fanger opp personer som har behov for døgnbasert rehabilitering? Dette gjelder hjemmeboende pasienter som skrives ut fra sykehus eller hjemmeboende som mottar hjemmetjenester og får funksjonsfall som tilsier at de fyller kriterier for døgnrehabilitering.

● Ja	24
● Nei	6
● Vet ikke	1
● Annet	5



13. Har kommunen tall på /oversikt over om det er flere med behov for døgnbasert rehabilitering i kommunen enn de som får dette tilbudet pr i dag? I så fall anslå ca antall pr år.

34
Svar

Siste svar

"3"

"Nei, har ikkje oversikt over omfang, men dei som ikkje er kvalifisert f...

"Nei"

14. Er antall plasser for døgnerhabilitering i kommunen pr i dag tilstrekkelig?

● Ja	18
● Nei	7
● Vet ikke	9



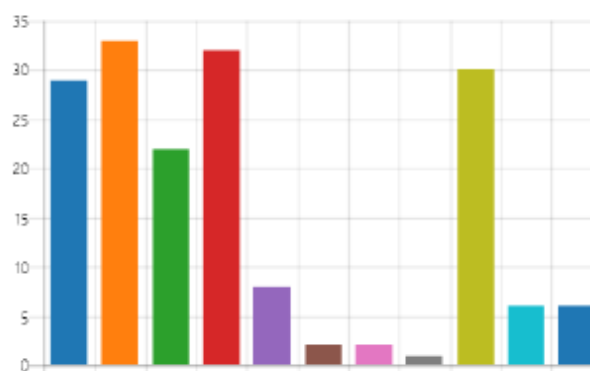
15. Hvis nei: Hva vil du si er det reelle behovet for døgnerhabiliteringsplasser i din kommune?

11
Svar

Siste svar
"2"

16. Hvilke faggrupper er tilknyttet tjenesten døgnerbasert rehabilitering? Kryss av

● Lege	29
● Sykepleier	33
● Ergoterapeut	22
● Fysioterapeut	32
● Logoped	8
● Psykolog	2
● Miljøterapeut	2
● Sosionom	1
● Hjelpepleier	30
● Aktivitør	6
● Annet	6



17. Har noen av de ansatte videreutdanning innen rehabilitering?

● Ja	22
● Nei	12



18. Har noen av de ansatte annen type videreutdanning som er av relevans for rehabiliteringstilbudet?

● Ja	13
● Nei	21



19. Hvis Ja, hvilken type videreutdanning?

15
Svar

Siste svar

20. Er det etablert interkommunalt samarbeid knyttet til døgnbasert rehabilitering?

● Ja	2
● Nei	32



21. Hvis JA, hvilket samarbeid og med hvem?

2
Svar

Kommentar: Dette er tidligere Eide kommune og Fræna kommune som startet et samarbeid i forkant av kommunesammenslåing. De er nå slått sammen til Hustadvika kommune