

Høyrings svar frå Mork Rehabiliteringssenter til prosjektrapport «Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal»

Høyringsinstansane blei oppfordra til å komme med uttalelse til prosjektrapporten sine anbefalingar og styringsgruppa si foreløpige innstilling med følgande tilleggspunkt:

- Kva for samarbeidsmodell er aktuell for helseforetaket å prøve ut i samarbeid med kommuner f.o.m 01.01.21? *Mork Rehab.senter meiner Alternativ 2 er aktuell samarbeidsmodell for helseforetak å prøve ut i samarbeid med kommunar frå 01.01.21. Då bygger ein vidare på dagens modell, samt vidareutvikling av avdekka utfordringsområder i rehabiliteringsforløpet og ei oppfordring om å etablere eigne rehabiliteringseiningar enten kommunalt eller interkommunalt. Rapporten viser bl.a. til at det er store manglar i kommunikasjon ved overføringar mellom nivå og det å avdekke behov før pasientar blir tildelt kommunal eller spesialisert rehabilitering. Anbefalt oppretting av tverrfaglege vurderingsteam på tvers av tjenestenivå (TVT), ser vi difor på som eit viktig og spennande tiltak. Likevel hadde vi forventa noko meir konkrete forslag her. Mykje er uavklart og det er store spørsmål som er krevande å ta stilling til.*

Mange spørsmål som dukka opp undervegs her er til til dømes kva type pasientar vil ein få ved slike modellar? Må ein då ta imot pasientar i alle kategoriar? Kven bestemmer inntaket? Kriterier for inntak? Lengd på opphald? Men dette er tematikk som må sjåast på i neste runde

- Er det aktuelt for helseforetak og kommuner å gå inn på eit avtale-/kontraktbasert samarbeid med ei form for samfinansiering? Har de synspunkt på eventuell modell for samfinansiering?

Rapporten anbefaler avtale/kontraktbasert samarbeid med ei form for samfinansiering. Ei slik ordning krev lite administrativt byråkrati, blir dekt økonomisk av dei samarbeidande partane og kan drivast av eigne ansatte. Rapporten beskriv også ulemper som mindre forpliktande, om der finst dedikerte personar til oppgåva, kven som tek ansvaret, usikkerheit og kortsiktighet. Vi stiller oss bak desse vurderte ulempene og undrar på kor lett dette let seg gjennomføre, korleis få det til i praksis. Det vil ta tid og ressursar å lage og innarbeide ein god modell, som igjen blir avgjerande for å lykkast. Kommunene må sjølvstøtt også ha medbestemmelse i dette, for å villig kunne investere, - og korleis sikre kontinuerlig drift? Mork Rehasenter meiner at det er viktig at slike avtalar/kontrakter må vere langsiktige og forutsigbare. Avtalane må kunne gi trygg vidare drift over fleire år utan stadige réforhandlingar med hyppig frekvens.

- Korleis kan helseforetak og kommune i fellesskap benytte kompetansen ved Aure og Mork rehabiliteringssenter? *Ein kan behalde kompetansen ved Aure og Mork ved å halde fram med å bruke døgnplassar for komplekse pasientar. Ein kan bruke Mork/Aure som base for ambulant arbeid og som base for TVT (tverrfagleg vurderingsteam).*

Forutsetningane for å kunne benytte kompetansen ved Mork og Aure er at ei avklaring ikkje dreg ut i tid, slik at ein klarer å behalde kompetent arbeidskraft. Slik situasjonen er no med stor usikkerheit rundt vidare drift, er vi i ferd med å miste arbeidstakarar med mange års erfaring.

Det blir viktig å halde fram med døgnrehabilitering, men også å vidareutvikle ambulant teneste, dagtilbod og poliklinikk. Vi treng begge deler! Viktig å kunne vere fleksible, men også vere bevisst på at det kostar ressursar å drive ambulant. Spesialisert døgnrehabilitering gir viktige kartleggingar og tiltak, som vidare også kan gi betre gevinst med seinare ambulant teneste og tett dialog med kommunene. Det ambulante tilbodet må også ha ein viss intensitet og vere over ei viss mengd av tid for å ha virkning/effekt. Betre ambulant tilbod vil sørve kommunene betre. Vi bør støtte opp

ambulant verksemd i kommunene. Ambulant arbeid er lettare å drifte i bynære strøk. Ikkje like lett i distrikta med større avstandar. Det å bu heime og motta ambulant teneste krev også meir av pårørande og av kommunene. Oppdekking av heile fylket krev fleire basar.

Andre forslag er å opprette ei Trainee-ordning, der ansatte i kommuna rullerer 6-12-18 mnd ved Mork for å lære rehabiliteringstankegang/overføre slik erfaring/kunnskap til kommuner.

Ein kan også evt inkludere kommunalt ansatte i internundervisningar som vi arrangerer på Mork, evt ved videooverføring.

-Anser kommunene å ha behov for interkommunalt samarbeid om døgnbaserte rehabiliteringsplassar, og ev korleis bør eit slikt samarbeid organiserast?

Spørsmålet er retta til kommunene, men Mork Rehasenter anser dette å vere eit behov, med tanke på at fleire kommuner i dag har sitt rehabiliteringstilbod i avdelingar med mange ulike funksjonar (avlastning, palliativ behandling, rehabilitering).

Rapporten viser til at reine rehabiliteringsavdelingar er det som gir best effekt og kvalitet. Det blir sterkt anbefalt at kommunene går saman om å drifte interkommunale døgnbaserte rehabiliteringstilbud. Rapporten viser også til at spørsmåla til kommunene truleg ikkje fangar det virkelige behovet godt nok. Såleis kan vi rette kritikk mot spørsmålsformuleringar og/eller kven som svara ut dei ulike spørsmåla ift om ein har fått kartlagt behovet godt nok.

Vi saknar også i rapporten at det er retta spørsmål til brukarane av kommunale tenester. Kor fornøgde er dei med tilbodet, kvaliteten og innhaldet i rehabiliteringa som skjer kommunalt, slik det er organisert i dag.

- Kor mange spesialiserte døgnplassar innan rehabilitering anser helseforetaket å ha behov for i eigen regi? Mork Rehasenter kan ikkje seie noko om eksakte tal for kor mange som vil trenge spesialisert rehabilitering. I rapporten er det estimert med 38 plassar. Det er logisk å tenke at på sikt med eldrebylga vil truleg behovet auke. Rapporten har også tatt med Covid 19 som er ei ny helseutfordring, der det viser seg at fleire vil trenge rehabilitering etter komplisert sjukeleie. Vi saknar ein samfunnsøkonom som kunne rekne på kva behov for rehabiliteringsplassar vi har i spesialisthelestenesta. Det er mange variablar å ta hensyn til i det store bildet og det er ikkje alltid det er samanlignbart mellom ulike regionar i landet.

- Er det interesse for å organisere eit prosjekt for utvikling av modell 3 på litt lengre sikt?

Mork Rehasenter anser dette som interessant.

Pr i dag er der eit kunstig skille mellom kommunal og spesialisert rehabilitering. For brukaren er det kvaliteten på rehabiliteringstenesta som er det viktigaste, ikkje kven som gir den. Det er dessutan med dagens system ofte vanskeleg å definere eksakt om pasienten har krav på kommunal eller spesialisert rehabilitering og det kan difor lett bli ulikt tilbod i ulike delar av landet.

Andre innspel:

God rehabilitering vil gje pasientane stor gevinst med raskare gjevning av helse, funksjon, roller og livskvalitet. Dette vil også vere mest samfunnsteneleg. Kvaliteten på dei ulike tilboda burde kome betre fram i rapporten. Uansett kva modellar ein går for må ein heile tida prøve det opp mot kvalitet og etikk. Kva konsekvensar har det for den som har behov for eit rehabiliteringstilbod?

Dagens tilbud: FYR skal vere fagleg motor og vere fylkesdekkande – men, denne avdelinga gjev mest teneste lokalt. Aure og Mork har ulik kompetanse og ulike pasientgrupper utan at dette kjem tydeleg fram, berre at dei har ulik finansiering. Vi saknar meir detaljert beskriving av dei tilboda som Aure og Mork har pr i dag.

Vi reagerer på at det ikkje blei undersøkt bruk av Individuell Plan og Koordinator i kommunene. Dette er ei rettighet som nettopp skal sørge for god koordinering/samhandling og brukarmedvirkning. Det er også svært viktig å huske at ein pasient kan tilbydast koordinator sjølvom vedkomande takkar nei til IP.

I rapporten er det heller ikkje vurdert kvaliteten på kommunikasjon mellom nivåa. Personalet på Mork opplever ofte dårligare kommunikasjon med kommunene etter at vi begynte å bruke e-melding systemet. Systemet er ikkje tilpassa rehabiliteringsfeltet. Før hadde vi direkte kontakt med rehabiliteringskoordinatorar. No er vi i kontakt med ulike saksbehandlarar som ikkje nødvendigvis forstår rehabiliteringstankegangen like godt. Vi saknar difor ein person som nettopp skal koordinere tiltaka og sørge for at rehabiliteringsprosessen blir ivaretatt på ein god måte.

I rapporten blir det skriva at ein ikkje har kvalitetsindikatorar/systematisk kvalitetssikring på spesialisert døgnrehabilitering. Vi saknar i denne samanheng at det blir synleggjort materiale som Mork har frå årlege brukarundersøkingar over mange år. Desse brukarundersøkingane er utarbeidd i samarbeid med Møreforskning.