

## Hørings svar fra Molde kommune.

Viser til høringsbrev ad utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal datert 11.06.2020. Frist for hørings svar 25.08.2020. Molde kommune har fått utsatt frist til 03.09.2020 med bakgrunn i at Molde eldreråd og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få mulighet til å gi en uttalelse.

### Uttale til prosjektrapporten:

Viser til Molde kommunes helse- og omsorgsplan 2018-2025 med tilhørende fagplan for habilitering og rehabilitering:

*Kap. 4 Hvordan habiliterings- og rehabiliteringstilbudet bør utvikles i planperioden.*

*Fokuset bør være på hverdagsmestring og på at rett tjeneste til rett til tid er den beste løsningen for alle. Gode forløp med bruker i sentrum for ulike aldre og behov skal sikre gode overganger og at en får de tiltak en har behov for. Det er behov for en holdningsendring med fokus på helsefremming og hverdagsmestring for alle tjenesteområder generelt, og spesielt i første møte med bruker der spørsmålet "Hva er viktig for deg?", er sentralt.*

*Alle tjenestene må fra dag en støtte opp under og utløse ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.*

*Fagplan for habilitering og rehabilitering 2018- 2025 er en del av Helse og omsorgsplanen og har følgende fokusområder:*

- *Forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester*
- *Opprettholde og/eller vinne tilbake mestringsevne*
- *Styrke samarbeid med brukere, brukerorganisasjoner og med andre etater internt og eksternt*
- *Sikre at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan og koordinator, og at koordinerende enhet er tilrettelegger for helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av fag, nivå og etater.*

Kommunens fagplan understøtter det prosjektrapporten sier vedr. tidlig innsats for å unngå kompenserende tilbud: «*Dette i stedet for å gi kompenserende tjenestetilbud etter hvert som funksjonsevnen svekkes. Rehabiliteringspotensialet bør utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats og 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 forbedrefunksjonsevnen og forebygge videre funksjonsfall og dermed utsette behovet for andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester*».

Molde kommune har bygd opp følgende deltjenestetilbud innen rehabilitering:

Hverdagsrehabiliteringsteam, oppsøkende rehabilitering, rehabilitering døgn der både målgruppe og innhold i tilbudet er klart definert.

Rapporten angir i liten grad behov for døgnrehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette opplever kommunen som en vanskeligjørende faktor for å kunne gjøre gode vurderinger og inngå forpliktelser/avtaler.

## **Uttale til prosjektrapporten sine anbefalinger og styringsgruppen sin foreløpige innstilling med tilleggspunkter:**

### **• Hvilken samarbeidsmodell er aktuell for din kommune å prøve ut i samarbeid med helseforetaket f.o.m 01.01.2021?**

Kommunen ser samarbeidsmodell 2 som mest aktuell som en videreutvikling av dagens modell 1.

Molde ligger midt mellom rehabiliteringsinstitusjonene Aure og Mork og en ønsker fortsatt å ha et godt samarbeid med fagmiljøene der, tilsvarende dagens samarbeid med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens veilednings- og behandlingsansvar. Kommunen samarbeider også godt med avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sykehus.

Kommunen har tro på økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten når det gjelder tverrfaglige vurderinger, gjennom en tydeliggjøring av dagens samhandlingsavtale, der det videre tydelig må fremgå hvilket nivå som har ansvar for hva. Avtalen må gjenspeile brukerperspektivet. Som et godt eksempel vises til vellykket samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten gjennom «Barneblikk».

Det er en utvikling i helsetjenestene med dreining mot mer helsetjenester i hjemmet, tverrfaglig ambulant virksomhet, velferdsteknologi m.m. som skal bidra til at innbyggere får leve sitt liv ut ifra hva som er viktig for den enkelte – brukeren i sentrum, nærmiljøet og tilrettelegging av bolig ut ifra den enkelte sine behov, er en av flere viktige faktorer. Den medisinskfaglige utvikling har også gått mot bedre behandlingsmetoder – tidligere og bedre behandling, mindre inngrep osv. Dette kan påvirke behovet for døgnrehabilitering, der en kan se for seg et økt behov for mindre inngripende rehabiliteringstiltak.

Molde kommune ønsker å ha fokus på å videreutvikle kommunens eget tilbud om døgnrehabilitering og tilstrebe å reindyrke det som en rehabiliteringsenhet, jfr. forskning, side 31 i prosjektrapporten, (Johansen, Inger 2012). Samarbeidsmodell 2, som også kommunen ser som mest aktuell, understreker at en faglig sett bør tilstrebe reindyrka rehabiliteringsenheter og ikke "blandingsavdelinger". Lykkes man her vil det igjen være et godt utgangspunkt for ev. framtidig interkommunalt samarbeid, f. eks i samarbeid med ROR-kommunene. I rapporten vises det til at forskning anbefaler at interkommunalt samarbeid bør ha befolkningsgrunnlag på 40 000 – 60 000 for å sikre økonomisk og faglig grunnlag. Et viktig argument for interkommunalt samarbeid er å reindyrke rehabiliteringsfaget, slik at det blir lettere å rekruttere personell og skape attraktive arbeidsplasser.

En annen fordel med interkommunalt samarbeid kan være at en kan sikre et mer likeverdig tilbud til innbyggere i samarbeidende kommuner og at tilbudet blir nærmere brukers hjem. Det vil være behov for å undersøke nærmere om det er tilstrekkelig etterspørsel til å utvikle et slikt tilbud. En opplever at tall for behov av døgnrehabiliteringsplasser ikke er svart ut konkret nok i prosjektrapporten, og det blir derfor vanskelig å konkludere. Her må en utgå fra generelle tall som anslår behovet for antall plasser. Dette utløser en rekke spørsmål, eksempelvis hvordan drive i samarbeid med flere kommuner, og hvilke kommuner? Her foreslås en ny høring i rapporten.

En må fortsatt jobbe videre med gode pasientforløp/gode overganger fra ulike nivå i helsetjenesten og innad og i kommunene. En kan f. eks se for seg modellen som rapporten beskriver fra indre Østfold, med en mer samfunnsbasert rehabiliteringsmodell.

Det er viktig at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har en tydelig bevissthet rundt samhandling som sikrer at bruker er i sentrum og at begge nivå tilrettelegger for gode og sømløse

pasientforløp sammen.

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

Bredde i rehabiliteringstilbud som kommunen skal stå for, lar seg sannsynligvis ikke kombinere med en slik forpliktelse. Dette fordi kommunene bør ha frihet til å kunne disponere utfra behov og oppgaver nå og framover – kommunene skal sørge for mange ulike tjenester.

En ulempe er også geografisk avstand til etablerte rehabiliteringsinstitusjoner. Spesialisthelsetjenesten har veilednings- og behandlingsplikt uansett. Også sett utfra brukerperspektivet er dette viktig.

**• Hvordan kan helseforetak og kommune i fellesskap benytte kompetansen ved Aure og Mork rehabiliteringssenter?**

Molde kommune ønsker ikke å inngå et forpliktende samarbeid, men kan være positiv til å kjøpe plasser, alt ut fra faglig innretning ved de ulike institusjonene. Dette ut fra geografisk plassering og faglig innretning av tilbud i egen kommune.

Hvis institusjonene tilbyr ambulerende tjenester kan det være aktuelt å benytte seg av.

**• Anser kommunene å ha behov for interkommunalt samarbeid om døgnbaserte rehabiliteringsplasser, og ev hvordan bør et slikt samarbeid organiseres?**

Viser til svar under punkt; *Hvilken samarbeidsmodell er aktuell for din kommune å prøve ut i samarbeid med helseforetaket f.o.m 01.01.2021?*

På nåværende tidspunkt kan en vanskelig gi et godt svar på hvordan et ev. interkommunalt samarbeid kan organiseres.

**• Er det interesse for å organisere et prosjekt for utvikling av modell 3 på litt lengre sikt?**

Da prosjektrapporten, som tidligere nevnt, ikke er konkret nok på hvilke behov befolkningen har, kan kommunen vanskelig svare ut dette grunnet store krav til ressurser, kostnad osv.

Kommunen ønsker heller å bygge videre på de tilbud som finnes. Samtidig har kommunen behov for fakta om fremtidig behov for å være med og bidra for å planlegge og etablere nye tilbud til befolkningen.

**Oppsummering og konklusjon:**

Med bakgrunn i nasjonale føringer med dreining mot mer helsetjenester i hjemmet, Molde kommunes eget nevnte planverk, gjennomført oppbygging av egne kommunale deltjenestetilbud,

kommunens egne erfaringer ved drift av disse, samt tanker rundt videreutvikling av egne kommunale tilbud, oppsummeres og konkluderes følgende:

- Molde kommune ser samarbeidsmodell 2 som mest aktuell
- Molde kommune ligger midt imellom rehabiliteringsinstitusjonene Aure og Mork og en ønsker fortsatt å ha et godt samarbeid med fagmiljøene der alt ut fra hvilke faglig innretning de ulike institusjonene har
- Molde kommune har tro på økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten når det gjelder tverrfaglige vurderinger gjennom en tydeliggjøring av dagens samhandlingsavtale
- Molde kommune ønsker å ha fokus på å videreutvikle kommunens eget tilbud om døgnerhabilitering. Dette vil være et godt utgangspunkt for ev. framtidig interkommunalt samarbeid, f. eks i samarbeid med ROR-kommunene
- Molde kommune anser det viktig at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har en tydelig bevissthet rundt samhandling som sikrer at bruker er i sentrum og at begge nivå tilrettelegger for gode og sømløse pasientforløp sammen.

Rapporten angir i liten grad behov for døgnerhabilitering både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette opplever kommunen vil være en særlig viktig faktor når det gjelder å vurdere både omfang av og form på et evt. forpliktende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.