



Hustadvika kommune  
Helse og velferd

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF  
Postboks 1600  
6026 ÅLESUND

<b>Deres ref:</b>	<b>Vår ref</b>	<b>Saksbehandler</b>	<b>Dato</b>
	2020/5063-7	Jan Morten Grimstad Dale	09.09.2020

## Høring - Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Møre og Romsdal

Det vises til høringsbrev av 11.06.20. Formannskapet i Hustadvika kommune har behandlet forslag til høring i sak 47/2020 den 03.09.20, og vil gi følgende uttale:

Hustadvika kommune har vurdert mottatt rapport og har hatt denne ute til gjennomlesning i aktuelle enheter. Det er uten tvil et område som er viktig å rette fokus mot, ikke minst med tanke på det utfordringsbildet kommunene står overfor med færre ressurser, færre personer i yrkesaktiv alder og en relativt stor økning i antall eldre.

Vi registrerer at Hustadvika kommune er en av to kommuner i Møre og Romsdal som har egen rendyrket avdeling for rehabilitering. I tillegg til denne avdelingen, har kommunen også en egen enhet for helse- og rehabilitering, der blant annet hverdagsmestringsteamet, avdeling for fysioterapi og ergoterapi og hjelpemiddelforvaltning er organisert.

Kommunen ser helt klart at vi har forutsetninger og muligheter for å bli en naturlig samarbeidspartner i nærområdet (ROR-området), der man ser på interkommunale løsninger i samarbeid med kommunene og ikke minst helseforetaket. Vi håper derfor at kommunene i nærområdet, som ikke har dette fortrinnet, vil bruke sine ressurser konstruktivt i et interkommunalt samarbeid med den tjenesten Hustadvika har hatt siden 2008. Etter våre vurderinger, har vi kapasitet og mulighet til å samarbeide i et område der befolkningsgrunnet er mellom 40 000 – 60 000 innbyggere, jf. forskning,

---

**Postadresse**

6440

**E-post:**

postmottak@hustadvika.kommune.no

**Besøksadresse**

Tingplassen 1

**Telefon**

712 68100

**Nettsted**

www.hustadvika.kommune.no

**Org.nr**

921133642

side 31 i prosjektrapporten (Johansen, Inger 2012). Kommunen har i dag åtte øremerkede rehabiliteringsplasser i egen avdeling. Kommunen har også muligheter for å se på alternative organisasjonsformer for å knytte nærmere fagressursene som finnes i avdelingen, i hverdagsmestringsteamet, fysioterapi, ergoterapi, hjelpemiddelforvaltningen, mestringseenheten og hjemmetjenestene. En annen fordel med interkommunalt samarbeid kan være at vi 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.

I rapporten side 34 er det presentert en tabell som viser dekningsgraden av døgnplasser innen spesialisert rehabilitering i Midt-Norge. Vi merker oss at Møre og Romsdal har til sammen 0,37 døgnplasser per 1000 innbyggere, mens Trøndelag har 0,50 per 1000 innbyggere. Vi opplever derfor at behovet for døgnrehabiliteringsplasser ikke er svart ut på en god måte, og det blir derfor noe vanskelig å konkludere på noen av spørsmålene som blir stilt i høringsbrevet. Dette utløser en rekke spørsmål, eksempelvis; Hvis det «riktige» nivået for døgnplasser er det som er i Trøndelag, hvor mye må helseforetaket styrke rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal for å komme på «riktig» nivå? Eller hvor mye kan Trøndelag redusere hvis Møre og Romsdal har det «riktige» nivået. Vi kan også stille spørsmålet om likeverdige tjenester mellom fylkene og eller hvor mye «subsidiører» kommunene i forhold til at kommunene må gi tilbud til personer som egentlig har krav på spesialisert rehabilitering. Hvordan kan man drive samarbeid mellom kommuner og ikke minst hvilke kommuner vil det være naturlig å samarbeide med.

I høringsbrevet er kommunen bedt om å gi en 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. Hustadvika ligger midt mellom rehabiliteringsinstitusjonene Aure og Mork og vi 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 kommuner og spesialisthelsetjenesten når det gjelder tverrfaglige vurderinger, gjennom en tydeliggjøring av dagens samhandlingsavtale, der det tydelig må fremgå hvilket nivå som har ansvar for hva.

Det er en utvikling i helsetjenestene med dreining mot mer helsetjenester i hjemmet, tverrfaglig ambulant virksomhet, velferdsteknologi mv. som skal bidra til at innbyggere får leve sitt liv ut fra hva som er viktig for den enkelte. I dette arbeidet blir brukeren, nærmiljøet og tilrettelegging av bolig ut ifra den enkelte sine behov, 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.

Vi må fortsatt jobbe videre med gode pasientforløp/gode overganger fra ulike nivå i helsetjenesten innad og i kommunene. Vi kan f. eks se for oss 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.

En annen utfordring som lett kan oppstå er når etablerte rehabiliteringstilbud på Aure, Mork eller Fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sykehus er «fullbooket», og behovet for rehabilitering er vurdert og innvilget i kommunen, vil da kommunen måtte organisere noe lokalt. Denne situasjonen kan man også oppleve i interkommunale samarbeid, men ikke i det omfanget, da samarbeidet blir mellom færre kommuner.

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

Det er mange metoder som kan vurderes for å benytte kompetansen som er opparbeidet ved Aure og Mork rehabiliteringssenter. Hustadvika kommune ønsker ikke å inngå noen forpliktende samarbeid, men er positiv til å drøfte forskjellige løsninger. Det kan også nevnes at kommunen er medeier i Muritunet som også yter rehabiliteringstilbud. Vi bør derfor stille

spørsmålstegn om vi utnytter kompetansen i det selskapet vi allerede er medeier i før vi eventuelt inngår nye avtaler.

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 evt. hvordan bør et slikt samarbeid organiseres?**

Kommunen har et eget tilbud om døgnbasert rehabiliteringsplasser. Det kan, som nevnt, vurderes å inngå et interkommunalt samarbeid. Et slikt samarbeid kan muliggjør ytterligere spissing av rehabiliteringstilbudet med større tverrfaglighet, generell kompetanseheving og mulighet for å tilknytte seg flere faggrupper (som feks sosionom, psykolog, logoped mv.).

Dette kan gjøres ved å etablere et prosjekt med flere arbeidsgrupper, f.eks. en arbeidsgruppe som ser litt på dagens organisering og utnyttelse av fagpersonene, og en arbeidsgruppe som kan se på hvordan et interkommunalt tilbud kan organiseres med tanke på fag, økonomi og dimensjonering. Et slikt prosjekt må ha deltakere fra aktuelle kommuner, samt spesialisthelsetjenesten. Videre må det opprettes en styringsgruppe. Midler til arbeidet må være mulig å søke om. Det bør være egen prosjektleder som leder arbeidsgruppene.

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

Etter våre vurderinger kunne prosjektrapporten vært mer konkret på hvilke behov befolkningen har. Det er derfor vanskelig for kommunen å svare ut dette grunnet store krav til ressurser, kostnad osv.

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

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ingen håndskrevet signatur*

Med vennlig hilsen

Jan Morten Grimstad Dale  
Kommunalsjef

