

# HØYRINGSUTTALE OM UTVIKLING AV REHABILITERINGSTENESTENE I MØRE OG ROMSDAL

## Innleiing

Viser til høyringsbrev utsendt 11.06.20 og takkar for ei omfattande og god utgreiing om utvikling av rehabiliteringstenestene i Møre og Romsdal. Høyringsuttalen vår er vedteken i internt klinikkråd ved Klinikkk Volda.

Innleiingsvis vil vi også takke føretaket for at ein denne gongen i langt større grad enn tidlegare har lukkast med følgjande i utgreiinga:

- At hovudmålsettinga har vore å sikre eit godt rehabiliteringstilbod
- Utvikling av gode samarbeidsmodellar
- Brei forankring gjennom at mandatet er utarbeidd av regionråda og helseføretaket med god samansetting i høve til organisering i styringsgruppe, og i dei to arbeidsgruppene

Ovannemnde punkt er sær sentrale fordi styrking av rehabilitering er eit overordna mål i samfunnet vårt, og såleis er det viktig at helseføretaket signaliserer at vi også har ambisjonar for rehabiliteringsfeltet i Møre og Romsdal.

Helseføretaket vårt har mista minimum 200 millionar kroner årleg p.g.a. av skeivdeling gjennom Magnussen modellen. Dette har resultert i at både rehabiliteringstenesta og sengepostar som tek i mot dei store veksande pasientgruppene har blitt skvisa når det gjeld ressursar. Dermed har vi heller ikkje kunne yte dei tenestene som er viktig for desse pasientane, vedlikehald av bygg har blitt utsett og heller har vi ikkje kunne gi pasientane eit likeverdig tilbod i Helse Møre og Romsdal.

Når det gjeld rehabilitering ser vi også ein stor del kjøp frå private både når det gjeld institusjonar utanfor fylket, som både har avtale og ikkje har avtale. Dette medfører store økonomiske utgifter for helseføretaket, og nokre av desse ressursane burde vore nytta til å utvikle tenester lokalt. Dette både i høve til samfunnsøkonomi og miljø. 110 millionar kroner vart vi trekt i ramme for 2019 grunna kjøp frå private. Det kan kanskje stillast spørsmål om at pasientar som i stor grad er sjølvhjelp får ein heil del rehabiliteringssdøgn utanfor Fylket, medan det er ønskeleg å redusere plassar til dei mest trengande internt i Helse Møre og Romsdal.

Elles saknar vi i rapporten kva brukarane meiner om både dei kommunale og den spesialiserte rehabiliteringstenestene i Møre og Romsdal.

## **Kva samarbeidsmodell er aktuell for helseføretaket å prøve ut i samarbeid med kommunar f.o.m. 01.01.21?**

Klinikkk Volda sluttar seg til innstillinga til arbeidsgruppa om alternativ 2 der ein vil fortsette med dagens organisering og oppgåvedeling, men med vidareutvikling av noverande forløp. Etablering av eigne einingar kun for rehabilitering interkommunalt eller kommunalt er det kommunane som må seie noko om.

Likevel vil vi spele inn dei gode vilkåra som ligg tilrette for ein slik modell ved Mork Rehabiliteringssenter i eksisterande bygg og uteområde:

- Gode lokalar og uteområde til rehabilitering (det best tilrettelagde bygget til formålet i HMR)
- Plass til 10 ekstra pasientar (Evt. kommunal rehabilitering)
- Organiseringa i Sjustjerna helse- og omsorg
- God samhandling mellom kommunane, sjukehuset og Mork rehabiliteringssenter

Dersom det ikkje er aktuelt for kommunar å flytte tilbod til Mork rehabiliteringssenter kunne kanskje andre tenester i HMR t.d. DPS eller BUP flyttast frå sjukehuset til Mork. Sjukehuset i Volda har allereie store utfordringar knytt til fire-sengsrom og poliklinikkareal. Det vil kunne vere god økonomi og ruste opp Mork rehabiliteringssenter i staden for ein gong i framtida bygge nytt bygg, med omsyn til dei gode vilkåra som er der for rehabilitering.

Når det gjeld organisering av rehabiliteringstenesta kunne det i endå større grad vere mogleg å integrere rehabiliteringstenesta i den enkelte stadleg klinikk, slik at ein lettare kan få til rehabilitering integrert i pasientforløpet.

Tilrådinga om oppretting av tverrfaglege vurderingsteam (TVT), kan vere særskilt viktig for å sikre betre kommunikasjon og kunnskapsdeling mellom tenestenivåa.

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

Dette kan vere mogleg å få til med god planlegging og samhandling. Vi meiner at det er viktig at slike avtalar/kontraktar må vere langsiktige og forutsigbare.

### **Korleis kan helseføretak og kommune i fellesskap nytte kompetansen ved Aure og Mork rehabiliteringssenter?**

Klinikk Volda har i alle år hatt eit godt samarbeid med Mork rehabiliteringssenter. Klinikken vår har minimale ressursar når det gjeld kliniske støttefunksjonar dersom ein samanliknar med dei andre sjukehusa i føretaket. Vi manglar t.d. både ergoterapeut, sosionom og logoped, som er særskilt viktig i høve til fleire pasientgrupper. Såleis har vi sidan 2002 hatt eit godt samarbeid med Mork rehabiliteringssenter i høve til slageininga der vi får tenester frå ergoterapeut og logoped ein gong pr. veke etter behov, og vi yter vakttenester frå tertiærvakta på medisin til Mork som gjenyting.

Kompetansen på rehabilitering som er ved Mork rehabiliteringssenter burde kunne nyttast i langt større grad integrert i pasientforløpet ved sjukehusa. Dette både i høve til ambulant verksemd, lærings- og meistring tilbod og oppfølging/styrke samhandlinga med utvida multidisiplinære saman med Klinikk Volda i høve til ulike diagnosegrupper. I denne samheng tenkjer vi spesielt på diagnosegruppene lunge, kreft, hjerte og multisjuka eldre i høve til rehabilitering. I tillegg er det behov for ei styrking av samarbeidet med slagpasientar til å gjelde minst tre dagar pr. veke og ikkje ein dag som no.

Det kan sjå ut som opplistinga av diagnosegruppe frå Helsedirektoratet i 2015 er noko utgått på dato. Det er såleis viktig å merke seg at under opplistinga av diagnosar så står det at spesialisthelsetenesta bør gi tilbod om utgreiing og nødvendig oppfølging i akutte fasar, og ved store endringar i funksjonsnivå til pasientar med kronisk sjukdom. Det er såleis eit stort behov for at den spesialiserte rehabiliteringstenesta etablerer tilbod til desse pasientgruppene vi har lista opp. Her må rehabiliteringstenesta i større grad tenkje litt utanfor «boksen». Med Covid 19 har vi også fått ei ny pasientgruppe som har behov for rehabilitering.

Mork rehabiliteringssenter kunne også vore ein nyttig aktør i prehabilitering knytt til Klinikk Volda. Nye typar samarbeid mellom ulike spesialistar: Kirurg, anestesilege, indremedisinar, geriater, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og involvering av mulitdisiplinært team (fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, sjukepleiar, psykolog) i perioden rundt operasjon. Prehabilitering er ein prosess for å betre fysisk og mental kapasitet i høve til å minske risikoen for negativ effekt med store problem etter ulike operasjonar.

Tilbodet om rehabilitering til kreftpasientar er fragmentert og tilfeldig. Vi meiner det bør i langt større grad vere integrert som ein del av behandlingsforløpet. Kreftpasientar landet over rapporterer eit stort behov for rehabilitering og har t.d. følgjande utfordringar:

- Kreftpasientar som har fått kjemoterapi med t.d. fatigue osv.

- Bur åleine
- Rapporterer dårlig funksjon og har symptom
- Komorbiditet
- Endra arbeidsstatus

Både internasjonale og nasjonale forskning viser positive resultat av tverrfagleg rehabilitering til kreftpasientar (12 randomiserte kliniske studiar). T.d. kan eit tverrfagleg spesialisert rehabiliteringsprogram som pasientar får ved Oslo universitetssjukehus vere modell for den spesialiserte rehabiliteringstenesta integrert i pasientforløpet i HMR:

- 1 dag i veka over 7 veker ved Oslo universitetssjukehus
- Undervisning (brystkreftbehandling, seineffekt, mestring av seineffekt, ernæring, fysisk aktivitet, arbeid og sosial støtte)
- Trening (stavgang, sirkeltrening, yoga)
- Gruppesamtaler
- I forkant og etterkant:
- Samtale med sosionom om individuelle mål for rehabiliteringa
- Fysiske testar med fysioterapeut/idrettspedagog

Slike tilbod er også viktig at den spesialiserte rehabiliteringstenesta saman med kreftavdeling etablerer fordi fleire overlever og lever lenger med kreftsjukdom. Ikkje minst er fysiske, mentale og kjenslemessige seinfølgjer etter behandlinga sær vanleg. Pakkeforløp heim etter kreft skal m.a. sikre at rehabilitering og psykososial støtte blir ein del av tilbodet der du bur.

Dei multisjuka eldre som er ei stor å veksande gruppe og vanlegvis ei gruppe som får store endringar i funksjonsnivå. Såleis vil det vere stor behov for å styrke tilbodet til desse gjennom ambulant verksemd både når det gjeld tenester til pasientar og samhandling med kommunane. Dei multisjuka eldre pasientane er særskild sårbare for immobilisering. Ein kort periode utan aktivitet kan medføre stort funksjonstap som kan vere vanskeleg å gjenvinne. Tidleg mobilisering i akutte sjukdomsperiodar er difor svært viktig for å unngå dårlegare livskvalitet for den einskilde, og for å forhindre auka behov for helsetenester og forlenga behandlingsforløp både i spesialisthelsetenesta og i kommunen. For dei multisjuka er det også viktig å identifisere om og når det er behov for tidsavgrensa og planlagde rehabiliteringstiltak. Forsking viser følgjande effekt av rehabilitering:

- Blir buande lenger heime
- Mindre behov for institusjonsplassar
- Mindre innlegging på sjukehus
- Auka evne til bevegelse og vert mindre ustø
- Reduksjon i kommunale utgifter

Forskinga seier vidare at det som verkar godt, er den tverrfaglege tilnærminga, samansette tiltak, progressiv styrketrening og funksjon-/ferdigheitstrening. Rehabilitering må difor vere eit prioritert tiltak for den multisjuka eldre pasient. Mork Rehabiliteringssenter har hatt fellesprosjekt med Sju-stjerna både når det gjeld utvikling av kvardagsrehabilitering og rehabilitering etter hjerneslag. På grunn av nedskjeringar av tilbodet er det ikkje tilrettelagt for at senteret skal drive ambulant verksemd.

Dersom desse tilboda skal vidareutviklast må ein styrke ressursane i den spesialiserte rehabiliteringstenesta og integrere dei i langt større grad i pasientforløpet. Tverrfagleg vurderingsteam på tvers av tenestenivå (TVT) vil vere sær nyttig i høve til desse pasientane.

## **Kor mange spesialiserte døgnplasser innan rehabilitering helseføretaket å ha behov for i egen regi?**

Døgntilbodet er i rapporten estimert til 38 plassar. Dette kan synes for lågt i høve til dei pasientgruppene som har eit manglande tilbod, som vi har vist til her i høyringssvaret. I tillegg må ein gjere ei framskriving spesielt med tanke på veksande pasientgrupper.

Rehabiliteringstilbodet må integrerast i pasientforløpa, lærings- meistringstilbod, andre polikliniske tilbod, prehabilitering, ambulant verksemd og tverrfaglege vurderingsteam. Såleis må dette bety at det er behov for ei styrking av rehabiliteringstenestene, også endringar frå døgnplassar til andre arbeidsformer som skissert.

Det er elles berre to av seksjonane som er under ordninga med innsatsstyrt finansiering, Mork rehabiliteringssenter og FYR. Mork er fylkesdekkande og er vel den seksjonen som tek i mot pasientar frå flest kommunar i Møre og Romsdal, også frå fleire kommunar enn FYR.

Det er underleg at ein samanliknar Mork rehabiliteringssenter og Aure i høve til spesialisert rehabilitering, spesielt med omsyn til at Aure ikkje er ein del av ISF - ordninga. Kvaliteten på dei ulike tilboda burde kome sterkare fram i rapporten.

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

Klinikk Volda meiner ikkje alternativ 3 er den mest innovative modellen, men samd i at den samla sett er den mest ytterleggående modellen. Kompetansen til Mork rehabiliteringssenter med modell 2 vil kunne nyttast i større grad både til kommunane, til Klinikk Volda og andre klinikkar i HMR fordi rehabiliteringa vert integrert i pasientforløpet. Modellen vil sikre ei betre rehabiliteringsteneste som vil gi pasientane større gevinst med raskare gjenvinning av helse, funksjon, livskvalitet og verdigheit.

Såleis kan vi ikkje støtte modell 3 på litt lengre sikt, og meiner at modell 2 er den mest innovative og framtidsretta modellen.

Med venleg helsing  
Klinikk Volda

Ved  
Palma Hånes  
Klinikksjef