

## **Styresak 17/2010: Omstillingstiltak ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering**

Møtedato: 24.03.10

Møtested: Sandnessjøen

### **Bakgrunn**

Blant tiltak for å tilpasse driften i Helgelandssykehuset til økonomiske rammer vil det være nødvendig å omstille virksomheten i Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR-avdelingen). Arbeidet som nå er i gang må også ses i sammenheng med forslaget til samhandlingsreform (Stortingsmelding 47, 2008-2009). Her fokuseres det sterkere enn tidligere på de kommunale rehabiliteringsoppgavene. Samlet danner disse forholdene premisser for den planlagte omstillingen.

FMR-avdelingen driftes i dag med virksomhet inhospitalt i Sandnessjøen og ved Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS). Som ledd i omstillingsprosessen arbeides det med en ny driftsplattform for den inhospitale rehabiliteringsvirksomheten i Sandnessjøen, samtidig med at Helgelandssykehuset er i en prosess sammen med Sømna og Brønnøy kommuner for å etablere et nytt driftsgrunnlag for HRIS. Formålet med omstillingen er å etablere et bærekraftig og helhetlig tilbud for rehabilitering – fra behandling i sykehus til de pasienter som trenger dette, og til rehabilitering i kommunal regi. Dette vil bidra til å sikre den faglig kvaliteten i rehabiliteringstjenesten framover.

Rehabilitering i sykehus skjer mens pasienten er i en akutt sykdomsfase, har behov for avansert diagnostisk utstyr, trenger mye hjelp og er lite mobil. I denne fasen legges det en plan for videre rehabilitering fram mot et forventet funksjonsnivå. Dette betinger spesialisert kunnskap og en tverrfaglig kompetansesammensetning som oftest bare finnes i sykehus.

Det er i mange tilfeller gråsoner mellom spesialisthelsetjenestens rehabilitering i sykehus (primær rehabilitering), kommunenes rehabiliteringstjenester (sekundær rehabilitering) – og den spesialiserte rehabilitering/opptrening som utføres av private institusjoner for Helse Nord. Forslaget til samhandlingsreform vektlegger sterkere enn tidligere de kommunale rehabiliteringsoppgavene. I relasjon til framtidig kapasitetsvurdering i sykehuset – og sett i lys av intensjonene i reformen, er det derfor behov for å definere henholdsvis spesialisthelsetjenestens tilbud og det kommunale tilbudet innen rehabilitering og opptrening. Samtidig er det viktig å utvikle samhandlingstiltak som sikrer at pasienten opplever kontinuitet og koordinering på tvers av nivå. Helgelandssykehuset må i lys av dette revurdere organisering og bruk av egne innsatsmidler, men bør samtidig bidra til at kommunene ser seg bedre i stand til å ivareta sine oppgaver på dette fagområdet. I dialogen med kommunene er dette et tema.

Nordlandssykehusets rehabiliteringsvirksomhet har vært gjennom en tilsvarende prosess med omfattende omstillinger. Der er opptrenings- og rehabiliteringstilbud ved Vensmoen og psykiatrisk rehabilitering i Røssvik avvirket. Det er foreløpig opprettholdt 10 plasser ved Lødingen rehabiliteringssenter. Som en mellomløsning fram til nytt sykehusbygg er ferdigstilt i 2016, har Nlsh Bodø samordnet sengeposter og foretatt en betydelig sengetallsreduksjon for FMR-virksomhetens vedkommende. Samtidig styrkes dagtilbudet og det polikliniske tilbudet. En har dessuten inngått et samarbeid med kommunene for å forsterke ambulant rehabiliteringsteam for Saltenregionen.

### **Dagens situasjon**

Dagens rehabiliteringsvirksomhet har fram til nå foregått med en kapasitet på 6 senger i Sandnessjøen og 12 senger ved HRIS, og den samlede virksomheten er organisert innenfor FMR-avdelingen under en felles avdelingssjef. I akuttfasen har pasienten opphold i sykehuset og starter sitt rehabiliteringsforløp her, og blir så i etterkant overført til HRIS for videre utredning og behandling. HRIS gir i dag tilbud for pasienter fra hele Helgeland, men tilbudet er mest brukt av pasienter fra kommunene på Søndre og Ytre Helgeland.

Følgende regnskapstall for 2009 viser brutto driftskostnader, inntekter (basert på aktivitet) og netto kostnader for respektive HRIS, den inhospitale rehabiliteringsenheten – og FMR-avdelingen samlet:

	HRIS	Rehab S.sj.	FMR-avd. samlet
Andel lønn leger	1.515.000	1.668.500	3.183.500
Andel andre driftsutgifter	8.320.800	2.541.800	10.862.600
Husleie HRIS	1.200.000		1.200.000
Ambulant rehabiliteringsteam			712.800 *)
Lærings- og mestring			160.800 *)
<b>Brutto driftskostnader</b>	<b>11.035.800</b>	<b>4.210.300</b>	<b>16.119.700</b>
DRG-inntekter	3 878.000 **)	843.000 **)	4.721.000 **)
Eksterne tilskudd			873 600 *)
<b>Netto driftskostnader</b>	<b>7 157 800</b>	<b>3.367.300</b>	<b>10.525.100</b>

\*) Eksternt tilskudd, øremerkede midler fra Helse Nord. \*\*) De aktivitetstall som ligger til grunn for inntektsberegningen er h.h.v. 276 DRG-poeng for HRIS og 60 DRG for rehabiliterings-enheten i Sandnessjøen.

Både av hensyn til behandlingskvalitet og økonomi er det viktig at de pasienter som nå blir diagnostisert og behandlet på Helgeland, også har et framtidig rehabiliteringstilbud i Helgelandsregionen. I motsatt fall vil dette både kunne være i konflikt med de føringer som finnes i Oppdragsdokument 2010, og ha negative ringvirkninger for behandlingsskjeden for øvrig. De pasientene som nå får behandling i Helgelandssykehuset vil ikke forsvinne, og vil alternativt påføre foretaket gjestepasientutgifter.

### Omstilling

Flere forhold gjør det nødvendig å tenke nytt:

- Som ledd i tiltaksplanen er det vedtatt omstrukturering av sykehusets sengekapasitet. Det vises her til styresak 64/2009 Tiltaksplan Sandnessjøen. Det er her anført sengekapasitet på inntil 8 senger inhospitalt for heldøgns rehabilitering på 5-dagers basis. Dette vil være tilbud for pasienter som har passert akuttstadiet, og som trenger videre utredning og behandling. I akuttfasen vil pasienter få nødvendig heldøgnsbehandling tilpasset behov og situasjon (intensivavdeling, slagenhet eller i ordinær medisinsk/kirurgisk sengepost), og da med støtte fra FMR-spesialist og tverrfaglig behandlingsteam. Dette vil være en optimal utnyttning av sykehusets sengekapasitet.
- Det er generelt krav om nøye vurdering av behov for heldøgns innleggelse i sykehuset. For rehabiliteringen vil hovedalternativene være 5-døgnsenger, dagbehandling, poliklinikk og ambulant tjeneste. Dette vil påvirke pasientforløp både for rehabiliteringsvirksomheten i sykehuset og den desentraliserte aktiviteten i Sømna.
- De økonomiske rammebetingelsene gjør at det er nødvendig å treffe tiltak for å balansere driften.
- Samhandlingsreformens fokus på den kommunale rehabiliteringsinnsatsen gjør det naturlig å foreta en nyorientering i forhold til arbeidsdeling og ansvarsforhold mellom nivåene i behandlingsskjeden. Samtidig vil det være nødvendig at kommunene og spesialisthelsetjenesten arbeider tett sammen for å organisere framtidens tjenester på dette området. Her vil bl.a. ambulant rehabiliteringsteam være en støttende innsatsfaktor.
- Det vil være nødvendig å definere "sørge-for-ansvaret" (dimensjonering av spesialistinnsetningen innen diagnostikk, behandling og oppfølging) på grunnlag av forestående helsereform, oppdaterte behovsanslag – og de ressurser som Helgelandssykehuset samlet rår over.

### Organisering og framdrift

I dialogen mellom Helgelandssykehuset, Sømna kommune og Brønnøy kommune om etablering av ny driftsplattform for HRIS, forutsetter partene at det foreligger et beslutningsgrunnlag som kan behandles i respektive overordnede organer (sykehusstyre, kommunestyre) innen 01.09.2010. Den nye driftsplattformen vil kunne inneholde elementer av kommunal rehabilitering (på interkommunal basis) og oppgaver innen spesialisert rehabilitering/opptrening. Spesialisthelsetjenesten vil tilby faglig støtte og mulig avtale om tjenesteutveksling.

I omstillingsprosessen skal korrekt behandling i forhold til avtaleverket sikres. Ansatte, lokale tillitsvalgte, hovedverneombud og samarbeidspartnere informeres fortløpende og i henhold til plan.

For å holde fokus og progresjon fram mot beslutningsprosessen ser alle parter nødvendigheten av å prosjekteringsorganisere arbeidet, og man arbeider med å få prosjektleder på plass innen første halvdel av april. En detaljert prosjektplan bør foreligge primo mai. Helgelandssykehuset og kommunene vil dele prosjektkostnadene.

Parallelt med dette vil Helgelandssykehuset Sandnessjøen foreta egne faglige og organisatoriske avklaringene for å ivareta en større andel av sykehusets rehabiliteringsvirksomhet innsidende enn hittil. Dimensjonering av sykehusstilbudet må bl.a. skje ut fra en faglig vurdering av hvilke rehabiliteringstjenester som bør ivaretas i kommunene. Dette vil så gi grunnlag for å etablere gode pasientforløp, og bl.a. redefinere oppgaver for ambulant rehabiliteringsteam for å oppnå smidig oppgaveløsning mellom nivåene. Effektene for sykehuset av en driftsomlegging ved HRIS vil da også så langt mulig avklares. Behandlingsplaner, personellmessige disposisjoner og andre ressurs hensyn må ta hensyn til dette, og ny driftsplan forutsettes å kunne iverksettes innen 1. september. Tidspunktet følger av at sykehuset må være klar til å kompensere en kapasitetsreduksjon ved HRIS når en driften der legges om. For utarbeiding av ny driftsplan for sykehuset opprettes det en intern prosjektgruppe uavhengig av den interkommunale prosjektorganiseringen relatert til HRIS. Behov for eksterne bidrag inn i planprosessen må vurderes.

### **Oppsummering**

Helgelandssykehuset samarbeider med Sømna og Brønnøy kommune for å etablere en ny driftsplattform for HRIS. Bakgrunnen for dette er dels at behovet for fokusert innsats innen kommunal rehabilitering vil øke i årene framover, og på bakgrunn av Samhandlingsreformen har både Helgelandssykehuset og kommunene behov for å etablere en felles basis for samordning av rehabiliteringsinnsatsen på Sør-Helgeland.

Innenfor helseforetaket vil en omlegging ved HRIS bety at en ekstra kapasitetsbuffer fjernes, og at sykehusopphold kan bli forlenget. En må derfor finne fram til ordninger og driftsrutiner som gjør at den medisinske rehabiliteringskompetansen gir utredningsbidrag tidlig i sykdomsforløp. Dette betinger også et økt samarbeid mellom sykehusenhetene i helseforetaket for å oppnå bredere utnyttning av kompetanse og kapasitet innen fagområdet. Videre vil spesialisthelsetjenestens tilbud baseres på 5-døgns opphold, dagbehandling og poliklinikk, samt regionalt kjøp av tjenester innen spesialisert rehabilitering. I tillegg vil en kunne styrke det faglige samarbeidet med kommunene gjennom ambulant rehabiliteringsteam. Ytterligere konsekvenser og konkrete tiltak vil bli utredet underveis.

### **VEDTAKSFORSLAG:**

Oppstartet omstillingsarbeid ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering tas til orientering.

Jan Erik Furunes  
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Avd direktør Ivar J. Kirkfjell