

## Styresak 85/2017: Inhospital rehabilitering etter 2015

Møtedato: 30.08.2017

Møtested: Sandnessjøen

### Formål:

Redegjørelse for drift ved rehabiliteringsmedisinsk døgnpost fra oppstart i 2015.

### Bakgrunn:

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) er lokalisert ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, og har ansvaret for denne pasientgruppen i Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Det gis tilbud til pasienter som har behov for utredning, vurdering og rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten, både poliklinisk og i form av døgnbehandling.

FMR-avdelingen er per i dag organisert med en rehabiliteringsmedisinsk post og en fysikalsk medisinsk post.

Den rehabiliteringsmedisinske posten består av en inpatient rehabiliteringspost med fem senger og har i tillegg poliklinikk, samt et tilknyttet ambulant rehabiliteringsteam (ART). Målgruppen for posten er i hovedsak pasienter med behov for nevrologisk rehabilitering som hjerneslag i subakutt fase, traumatiske hodeskader og andre nevrologiske tilstander.

Ved den fysikalsk medisinske posten er målgruppen pasienter med muskel- og skjelettplager, der pasientene kan henvises til poliklinisk utredning og vurdering, enten hos lege eller et tverrfaglig team. Etter endt vurdering og utredning kan et mulig tiltak være et poliklinisk rehabiliteringsopphold.

Ved den fysikalsk medisinske posten har det i tillegg blitt gitt tilbud til pasienter som oppfyller kriteriene for Raskere tilbake-ordningen. Raskere tilbake-prosjektet har som mål å gi pasienter som enten går på sykepenge eller står i fare for sykmelding av helsemessige årsaker, et tilbud om raskere spesialistbehandling. Kriteriene, i tillegg til at pasienten er sykmeldt eller står i fare for sykmelding, er at pasienten sannsynligvis vil kunne komme raskere tilbake i arbeid om han eller hun får et tilbud gjennom denne ordningen. Ved den fysikalsk medisinske posten er tilbudene innen Raskere tilbake poliklinisk oppfølging av pasienter med skuldersmerter, rehabiliteringsopphold for pasienter med fibromyalgi og generaliserte smerter, samt utrednings- og behandlingsopphold for pasienter med utmattelsessyndrom (CFS/ME) med vesentlig funksjonsnedsettelse utover 6 mnd.

I 2011 – 2014 kjøpte Helgelandssykehuset døgnplasser for rehabilitering ved Helgeland rehabilitering i Sømna (HRIS). Denne institusjonen hadde imidlertid ikke mulighet til å gi et tilbud til de dårligste pasientene med behov for nærhet til blant annet akuttjenester i sykehus og et bredere faglig tilbud (kompleks rehabilitering). Det var derfor ønskelig med oppstart av inpatient rehabilitering i Helgelandssykehuset for å sikre tilbudet til denne pasientgruppen. Fra 01.01.2015 ble det etablert en døgnenhet for rehabilitering og slag som besto av fem senger for inpatient rehabilitering og tre senger for pasienter med akutt hjerneslag (slagenhet).

### **Finansiering/budsjett:**

Rehabiliteringssengene var planlagt finansiert gjennom en overføring av midlene som tidligere ble benyttet til å kjøpe tjenester ved HRIS som grunnlag for drift av den nye posten. Driften av døgnposten skulle sikres gjennom et samarbeid mellom avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) og medisinsk sengepost. FMR skulle være ansvarlig for de fem sengene og ha tilgjengelige lege- og terapeutressurser, mens medisinsk sengepost hadde ansvaret for pleiepersonalet. Pleiepersonalet ble samlet i en egen gruppe som skulle ivareta de fem rehabiliteringssengene samt tre akutte slagsenger, da mye av den samme arbeidsmetodikken og arbeidsverktøyene blir benyttet for pasientene. Det ble tatt utgangspunkt i at det måtte tilføres 4,5 årsverk for pleiepersonale til medisinsk avdeling, ansettes fysioterapeut og ergoterapeut i full stilling, logoped i 50 % stilling samt 30 % overlegestilling for å ha tilstrekkelig ressurser til å kunne drifte i samsvar med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Til sammen 7,3 årsverk ble tilført enheten i budsjettet 2015.

Med bakgrunn i at overlege tiltenkt i 30 % stilling på den rehabiliteringsmedisinske døgnposten sa opp sitt arbeidsforhold ved Helgelandssykehuset, ble det for å sikre stabil legedekning over tid besluttet å ansette ny lege i 100 % stilling. Den aktuelle legen ble ansatt som konstituert overlege.

Det lot seg ikke gjøre å rekruttere en logoped i kun 50 % stilling, og stillingsstørrelsen ble derfor økt til 100 % for å sikre tilgang til denne faggruppen. De tilgjengelige logopedressursene blir i tillegg benyttet inn mot akutt slagenhet og styrker i så måte tilbudet til pasientene i akuttfasen.

Gjennom de første driftsmånedene i 2015 fremkom det at samdriften medførte en konstant prioritering mellom akuttmedisinske pasienter og rehabiliteringsmedisinske pasienter, både når det gjelder bruk av personale og senger jf. senere avsnitt. Det ble derfor vedtatt en omorganisering av pleiepersonalet med virkning fra oktober 2015, hvorefter pleiebemanningen har vært organisert under FMR. Prosessen ble igangsatt allerede medio mai 2015 gjennom drøftingsmøter mellom FMR, medisinsk sengepost, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Om pleiebemanningen på FMR og medisinsk sengepost ses under ett, har det blitt overført 7,5 årsverk fra medisinsk sengepost til FMR. Det var turnusmessig utfordrende å skape en forsvarlig drift med de ressursene som lå til grunn før oppstart. Pleiebemanningen endte på 10,25 årsverk for å få en forsvarlig bemanningsplan, hvilket har medført en reell økning på 2,75 årsverk utover antatt behov initialt.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har fire overlegehjempler, samt inntil to stillinger for lege i spesialisering. Om legedekningen for hele avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ses under ett har det vært sårbart over lengre perioder de siste årene med kun en til to spesialister tilgjengelig. Per i dag er det en spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering ansatt ved avdelingen i tillegg til to leger i spesialisering. Det er ansatt en ny spesialist med oppstart primo oktober 2017.

### **Aktivitet:**

Ved planlegging av drift ved den nye døgnposten ble det tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig liggetid for de samme pasientgruppene ved andre sykehusenheter (UNN, Harstad og A-hus), og ut fra dette estimert forventet antall pasienter og liggedøgn. For subakutte slagpasienter var

gjennomsnittlig liggetid ca. 17 døgn. Med utgangspunkt i forventet gjennomsnittlig liggetid per pasient ble det estimert et måltall på 135 pasienter per år, totalt 1500 liggedøgn.

#### **Resultat 2015:**

I 2015 hadde den rehabiliteringsmedisinske døgnposten totalt 38 pasienter, med en gjennomsnittlig liggetid på 20,6 døgn.

Av disse ble 20 pasienter registrert med omsorgsnivå enkel rehabilitering, med en gjennomsnittlig liggetid på 18,6 døgn, med et spenn i liggetid fra 1 til 42 døgn.

18 pasienter ble registrert med omsorgsnivå kompleks rehabilitering, med en gjennomsnittlig liggetid på 22,8 døgn, og et spenn i liggetid fra 9 til 55 døgn.

I løpet av det første driftsåret måtte det i lengre perioder driftes med redusert sengeantall – bakgrunnen for driftsreduksjonen var dels en gradvis oppstart, dels utfordringer med samdrift mellom akuttmedisin og rehabilitering, deriblant omdisponering av rom til pasienter med behov for isolat. En konsekvens av dette var at det i oktober 2015 ble gjort en omorganisering av pleiepersonalet for å sikre at rehabiliteringsfokuset blir ivaretatt. I tillegg er avdelingen stengt i forbindelse med ferieavvikling fem uker årlig.

Beleggsprosenten fra oppstart i uke 3 og ut året er for 2015 50,2 %. Her er imidlertid ikke feriestengning medberegnet og heller ikke periodene med redusert sengeantall – om beleggsprosent blir beregnet i periodene frem til feriestengning har posten et belegg på 60,7 % i første halvdel av 2015 og 53,9 % i andre halvdel.

For 2015 var totalt antall liggedøgn 782.

#### **Resultat 2016:**

I 2016 hadde den rehabiliteringsmedisinske døgnposten totalt 46 pasienter, med en gjennomsnittlig liggetid på 21,8 døgn.

Av disse ble 24 pasienter registrert med omsorgsnivå enkel rehabilitering, med en gjennomsnittlig liggetid på 21,7 døgn, med et spenn i liggetid fra 3 til 53 døgn.

22 pasienter ble registrert med omsorgsnivå kompleks rehabilitering, med en gjennomsnittlig liggetid på 22,4 døgn, og et spenn i liggetid fra 1 til 53 døgn.

Døgnposten driftet med høyt belegg gjennom hele våren 2016 – i perioden frem til omlegging i DIPS 29.02.16 var beleggsprosenten 83,8 %. Etter dette og frem til stenging i forbindelse med sommerferieavvikling var beleggsprosenten 70,9 %, lavdrift i forbindelse med påske ble imidlertid ikke registrert inn. I denne perioden var det totalt 694 liggedøgn.

Fra sommeren 2016 og frem til dags dato har FMR driftet med en overlege mindre enn budsjettert grunnet fravær. Det lyktes ikke å rekruttere vikar, så for å sikre forsvarlig drift ble derfor legeressursene omdisponert. Dette medførte utfordringer og beleggsprosenten ble som følge markant redusert og var 48,2 % i perioden fra sommerferien og ut året.

For 2016 var totalt antall liggedøgn 1028.

### **Resultat 2017:**

Hittil i år, til og med mai, har døgnposten hatt 16 pasienter, et belegg på 66,3 % og totalt 474 liggedøgn.

### **Innhenting og tolking av resultater:**

Da det ble estimert plantall for den rehabiliteringsmedisinske døgnposten ble det tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig liggetid ved tre andre foretak. Etter to og et halvt års drift viser det seg at den gjennomsnittlige liggetiden er høyere enn det som ble estimert initialt, hvilket vil medføre at måltallet for antall pasienter ikke vil være oppnåelig selv med fullt belegg. Det vil imidlertid være mulig å vurdere måloppnåelse ut fra oppnådd antall liggedøgn – for første halvår i 2016 da døgnposten hadde en beleggsprosent som var opp mot forventet, var avviket fra estimert antall liggedøgn kun i overkant av 50 døgn. Den rehabiliteringsmedisinske døgnposten har imidlertid stengt fem uker årlig – måloppnåelse med 1500 liggedøgn vil være tilsvarende 85 % belegg for helårsdrift, tilsvarende ved fem uker feriestengning vil være ca. 1400 liggedøgn.

Etter oppstart i 2015 ser vi at heldøgnsopphold har stabilisert seg på et tydelige lavere antall enn opprinnelig forutsatt, men med lengere gjennomsnittlig liggetider, og mer komplekse sykdomsbilder.

Det behandles 60 -70 pasienter fra Helgeland innen rehabilitering utenfor helseforetaket, de fleste utenfor regionen. Noen av disse behandles ved spesialiserte enheter der Helgelandssykehuset ikke har tilbud. Hjemhenting av rehabiliteringspasienter med lidelser der FMR-avdelingen har tilbud, har vært på tiltaksplanen uten at dette hittil har gitt resultater. Dette vil vi jobbe målrettet med.

### **Økonomi:**

Dynamikken i beregning av DRG-vekt innen rehabiliteringsfeltet er basert på en basisvekt og pris pr. liggedøgn opptil et visst antall (se vedlegg 1). Det er derfor utfordrende å estimere pris inntjening på pasientoppholdene. Lengden på rehabiliteringsoppholdene avgjøres ut fra en faglig vurdering av pasientens behov og indikasjon for rehabilitering. Et avvik fra planlagt resultat vil dermed kunne forklares med at liggetiden til hver enkelt pasient ikke nødvendigvis kan forutsies eller planlegges, at gjennomsnittlig liggetid blir høyere enn forventet, og at flere av pasientene har en liggetid der en stor andel av innleggelsen havner innenfor en nullperiode for DRG-vekting. For 2016 er eksempelvis 33 % av det totale antallet liggedøgn innenfor nullperioden der det ikke genereres DRG-poeng. Når gjennomsnittlig liggetid benyttes for å estimere forventet inntjening vil dette med andre ord kunne gi en forventning om høyere inntjening enn det som er reelt.

Ved gjennomgang av omsorgsnivå for pasientgrunlaget i 2015 ble 53 % av pasientene registrert med omsorgsnivå enkel rehabilitering og 47 % med kompleks rehabilitering. For 2016 var 52 % av pasientene registrert med enkel rehabilitering og 48 % av pasientene med omsorgsnivå kompleks rehabilitering. HOD innførte i sin tid rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent enkel rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen til RHF-ene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

En annen utfordring for avdelingen er at avdelingen i det samme tidsrommet siden 2015 har hatt en økende aktivitet innen prosjektet Raskere tilbake, og at personalet tilknyttet dette har arbeidet noe på tvers. Dette prosjektet er under omstilling, men siden fremtidig aktivitet i Raskere tilbake-prosjektet ikke ennå er helt klarlagt fra nasjonalt og regionalt nivå, vil disse omstillingsutfordringene bli presentert for styret i en senere sak.

#### **Revisjon av døgnpstens faglige tilbud:**

Det ble i januar 2017 gjennomført en internrevisjon av avdelingens faglige tilbud, utført av eksterne revisorer, der blant annet tilbudet ved den rehabiliteringsmedisinske døgnposten ble revidert. I revisjonsrapporten (vedlegg 2) ble det anført at det er god faglig kvalitet på tilbudet som gis ved sengeposten FMR, at tilbudet basert på gjennomgåtte journaler ser ut til å være godt strukturert, godt dokumentert og planlagt, samt at behandlingen som gis evalueres. Det faglige innholdet ble vurdert til å ligge på et gjennomgående godt faglig nivå og at det tilfredsstillende alle krav til vanlig praksis i fagområdet. Det fremkom tydelig for revisjonsteamet at de fleste avvikene i revisjonen var mangler eller feil på en del områder innenfor administrative og helsejuridiske områder. Avvikene som omhandlet den rehabiliteringsmedisinske døgnposten omhandlet manglende prosedyrer og rutiner i foretakets kvalitetssystem Docmap, at det ikke var faste rutiner for supervisjon av lege i spesialisering og at det var manglende dokumentasjon av pasientkontakt fra spesialist. Oppdatering av prosedyrer og rutiner arbeides det jevnlig med i avdelingen, både i forkant av og etter gjennomført revisjon. De resterende avvikene oppstod i perioden der det var redusert legekapasitet i avdelingen, men det ble gjort en omdisponering av legeressursene samt utarbeidet rutiner for å sikre at de formelle kravene for supervisjon samt pasientkontakt fra spesialist blir ivaretatt.

Det er også iverksatt tiltak for de avvikene som gjaldt de øvrige deler av FMR-avdelingen.

#### **Vedtaksforslag:**

Styret i Helgelandssykehuset HF tar saken til orientering.

Fred A. Mürer  
Kst. administrerende direktør

Saksbehandler: Enhetsdirektør Rachel Berg/avdelingsledelse FMR-avdelingen.

#### **Vedlegg:**

- 1: Figur DRG-vekting rehabilitering
- 2: Revisjonsrapport 12.01.2017