

Grunnlagsoppsummering

- regional prosess med utviklingsplan rehabilitering og ny inntektsmodell/finansiering av Sunnaas sykehus HF

Premissutvalg, juni 2017

Innhold

1	Bakgrunn	5
1.1	Bakgrunnsdokumenter	5
1.2	Bestillingen til SunHF - oppdragsdokumentet 2017:	5
1.3	Delprosjekt rehabilitering.....	5
1.4	Regional prosess med oppdatering av gjeldende inntektsmodell.....	6
1.5	Premissutvalg - deltakere	6
1.6	Premissutvalg – mandat	6
1.7	Premissutvalg – fremdrift	7
2	Dagens kliniske tilbud/kapasitet - Sunnas sykehus HF	7
2.1	Rehabiliteringsprogrammene – regionale og nasjonale.....	7
3	Organisering av det kliniske tilbudet	9
3.1	Avdeling for kognitiv rehabilitering	10
3.1.1	Rehabiliteringsprogram	10
3.1.2	Målgruppe	10
3.1.3	Nøkkeltall for avdeling for kognitiv rehabilitering (2016).....	10
3.2	Avdeling for oppfølging	10
3.2.1	Rehabiliteringsprogram	10
3.2.2	Målgruppe	10
3.2.3	Nøkkeltall for avdeling for oppfølging (2016).....	11
3.3	Avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade.....	11
3.3.1	Rehabiliteringsprogram	11
3.3.2	Målgruppe	11
3.3.3	Nøkkeltall for avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade (2016)	11
3.4	Avdeling for ryggmargsskade med enhet for barn og unge	11
3.4.1	Rehabiliteringsprogram	11
3.4.2	Målgruppe	12
3.4.3	Nøkkeltall for avdeling for ryggmargsskade inkludert enhet for barn og unge (2016) .	12
3.5	Avdeling for traumatisk hjerneskade	12
3.5.1	Rehabiliteringsprogram	12
3.5.2	Målgruppe	12
3.5.3	Nøkkeltall for avdeling for traumatisk hjerneskade (2016).....	12
3.6	Avdeling for hjerneslag.....	13

3.6.1	Rehabiliteringsprogram	13
3.6.2	Målgruppe	13
3.6.3	Nøkkeltall for avdeling for hjerneslag (2016)	13
3.7	Avdeling for vurdering	13
3.7.1	Rehabiliteringsprogram	13
3.7.2	Målgruppe	14
3.7.3	Nøkkeltall for avdeling for vurdering (2016)	14
3.8	Avdeling for poliklinikk, inntak og ambulante tjenester	14
3.8.1	Avdelingens tjenester	14
3.8.2	Nøkkeltall for avdeling for poliklinikk, inntak og ambulante tjenester (2016)	14
3.9	Raskere tilbake poliklinikk Aker	15
3.9.1	Tilbud	15
3.9.2	Vurdering	15
3.9.3	Behandling	15
3.9.4	Målgruppe	15
3.9.5	Nøkkeltall	15
4	Aktivitet ved SunHF første tertial 2017	16
4.1	Tall pr. rehabiliteringsprogram 1. tertial 2017	16
4.2	Tall pr sykehusområde 2010-2016	17
5	Utvikling av det kliniske tilbudet	17
5.1	Hvilke målgrupper skal sykehuset ha i fremtiden?	18
5.2	Hva kan overføres til sykehusområdene/rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med HSØ.	21
6	Hva sier «Nasjonal traumeplan»?	22
6.1	Utdrag - anbefalinger i Ny Nasjonal Traumeplan:	22
7	Finansiering av rehabiliteringstilbudet – SunHF	23
7.1	Finansiering av SunHF i dag	23
7.1.1	Alle inntekter i SunHF 2017	23
7.1.2	Basis	23
7.1.3	Andre HF (konserninterne gjestepasienter) i HSØ sine betalinger av bruk av Sunnaas	24
7.2	Kort om DRG-systemet i rehabilitering	24
7.3	Finansiering av rehabilitering fra Helsedirektoratet	25
7.4	Kostnad pr pasient (KPP) 2016	26
7.5	Utfordringer med DRG-finansiering, organiseringen og måling av kvalitet	27

7.5.1	Spesialisert fysikalsk rehabilitering i alle sykehusområder?	27
7.5.2	Casemix.....	27
7.5.3	Kompleks rehabilitering er en stor DRG-gruppe.....	28
7.5.4	Hvordan måle kvalitet på tjenesten?.....	28
7.5.5	Finansiering av poliklinikk.....	28
7.5.6	Finansieringen av de ulike rehabiliteringsprogrammene	29
7.5.7	«Subsidierer gjestepasienter»	32
7.6	Mulige finansieringsløsninger.....	33
7.7	Videre anbefalinger	33
8	Utviklingsplan Sunnaas – 2018	33
9	Anbefaling	34

1 Bakgrunn

I mars 2017 besluttet foretaksledelsen i Sunnaas sykehus HF(Sun HF) å nedsette et parts sammensatt utvalg med mandat å utforme et innspill til Helse Sør-Øst (HSØ) vedrørende regionale prosesser igangsatt 1. tertial 2017.

1.1 Bakgrunnsdokumenter

- St.meld. 11 Nasjonal helse og sykehusplan(2016-2019)
- HSØ-vedtak - gjennomføre regional prosess med utarbeidelse av lokale utviklingsplaner i sykehusområdene hvor rehabilitering er et av fokusområdene
- Delprosjekt rehabilitering (2016) legger føringer for utviklingen av rehabiliteringstjenestene i de lokale utviklingsplanene
- Styrevedtak i HSØ mars 2017 vedr. ny finansieringsmodell for SunHF
- Nasjonal Traumeplan

1.2 Bestillingen til SunHF - oppdragsdokumentet 2017:

Sunnaas sykehus skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føringer. Det vises til sak 008-2017 Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.

Videre står det i oppdragsdokumentet at sykehusområdene skal oversende sine styrebehandlete utviklingsplaner til HSØ innen 01.03.18. Deretter skal HSØ gjennom 2018 samordne og harmonisere de ulike utviklingsplanene til en regional utviklingsplan for rehabilitering. Resultatet vil medføre endringer i rehabiliteringstilbudet i regionen, og målet er et styrket tilbud med likeverdige tjenester uavhengig av hvor en bor.

1.3 Delprosjekt rehabilitering

Det ble gitt føringer for arbeidet med rehabiliteringsutviklingen i det enkelte sykehusområde gjennom en regional prosess – delprosjekt rehabilitering.

Delprosjekt rehabilitering konkluderer med følgende anbefalinger i rapport av januar 2017:

- 1 Tilbud for døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet - organisering og prioritering: *Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen sitt tilbud for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet. Beskrivelsen inkluderer organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden.*
- 2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt - synlig og tydelig som «En dør inn» til tjenesten: *Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver. Planen beskriver hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden.*
- 3 System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene: *Helseforetaket tar initiativ til å formalisere struktur for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene. Arbeidet forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene.*

For SunHF er de aktuelle regionale føringene allerede implementert. Sykehuset vil kunne være en sterk bidragsyter både faglig og organisatorisk opp mot områdesykehusenes arbeid med den interne

rehabiliteringssatsningen, samt med tanke på en regional og flerregional oppgave – og funksjonsfordeling til beste for pasientene.

1.4 Regional prosess med oppdatering av gjeldende inntektsmodell

Parallelt med prosess igangsatt med utarbeidelse av utviklingsplan, har HSØ igangsatt regional prosess oppdatering av gjeldende inntektsmodell, hvor det vil bli rettet spesiell oppmerksomhet mot finansieringen av SunHF fremover. Eventuelle endringer ble varslet som mulig allerede f.o.m. budsjettåret 2018. Sykehuset har stilt spørsmål ved logikken i å utarbeide og implementere en ny finansieringsordning for SunHF før prosessen med regional kapasitetsutredning og en oppgave- og funksjonsfordeling innen rehabilitering i HSØ er gjennomført.

Det ble fra HSØ sin side ikke gitt noen signaler på hvordan SunHF skulle medvirke i disse to viktige prosessene for sykehusets utvikling, og av den grunn ble premissprosessen igangsatt.

1.5 Premissutvalg - deltakere

FTL medlem og leder	Kathi Sørvig
FTL medlem	Sveinung Tornås
2 representanter TV	Anne Birgitte Flaaten
	Linn Næsland
Representant fra Brukerutvalget	Pernille Villekjær
Representant fra verneombud	Siri Amundstad Eiken
2 representanter fra klinikk	Aina Emaus og Thomas Glott
2 representanter fra fagsjefer	Grethe Månnum og Anne-Kristine Schanke
Representant fra HR enheten	Kristine Uddå
Representant fra Økonomi	Toril Stensrud
Sekretær	Trude Gjeldvik

1.6 Premissutvalg – mandat

Pasienttilbudet:

1. Foreslå hvilke pasienttilbud som kan overføres til sykehusområdene/rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med HSØ.
2. Hvilke krav/kriterier skal legges til grunn for en slik eventuell overføring. (Sikre at endringen gir et minst like bra kvalitativt pasienttilbud som det var på SunHF)
3. Hvilken konsekvens vil en slik overføring få for SunHF mht. endret kapasitet. (Antall senger, lab, ansatte, aktivitet/inntekter, forsknings- og innovasjonsaktivitet)
4. Som en konsekvens av pkt. 1. – 3, hvordan kan frigjort kapasitet konverteres mot et utvidet ansvar for SunHF på nasjonalt og regionalt nivå. (Økt sørge-for ansvar/samfunnsoppdrag – Behandlingslinje regionalt/Behandlingstjeneste nasjonalt)
5. Hvordan kan SunHF alternativt til overføring av oppgaver avlaste sykehusområdene/rehabiliteringsinstitusjonene. (SO/RI) (Videreføre og videreutvikle dagens tilbud slik at SO/RI slipper å bygge opp egne tilbud)
 - Hvilke tilbud bør da prioriteres?

Ny inntektsmodell/finansiering av SunHF:

6. Med utgangspunkt i dagens finansieringsmodell av SunHF:
- Hva er de kritiske områdene mht. dagens finansiering av kjernevirksomheten, samt nødvendig forutsigbarhet relatert til langsiktig planlegging.
 - Hvilke endringer til dagens finansieringsmodell er ønskelig for å sikre en trygg og langsiktig finansiering av kjernevirksomheten ved SunHF.
(Konkret forslag til ny finansieringsmodell av SunHF)

1.7 Premissutvalg – fremdrift

Dato og tid	Agenda	Merknad
27. mars 2017 1500 -1700 Pingvinrommet	Konstituere gruppen Fremdriftsplan Oppgavedefinisjon Disposisjon av oppgaven Oppgavefordeling Frister for leveranse	Leveranse mandag 3. april klokken 0900
3. april 2017 1400-1700 Pingvinrommet	Presisering av oppdraget Oppgavefordeling Frister for leveranse	Leveranse fredag 7. april klokken 1200
19. april 2017 1500-1700 Pingvinrommet	Status Oppgavefordeling Frister for leveranse	
26. april 2017	Ferdigstille utkast prosessnotat	
8. mai 2017	Prosessnotat behandles i premissutvalget	
10.mai 2017	Møte med prosjektleder ny finansieringsmodell Sunnaas sykehus HF	
12.mai 2017	Møte i mindre arbeidsgruppe ad klinisk tilbud	
22.mai 2017	Gruppen ferdigstiller	Et kort notat med anbefalinger oversendes adm. dir
31. mai 2017 1200-1300	Utkast forelegges en utvalgt gruppe av leger og psykologer for innspill	
Innen 12.juni	Arbeidsrapport ferdigstilt	Til videre arbeid med utviklingsplanen Sunnaas sykehus HF

Premissutvalget har hatt tre møter, i tillegg har en mindre møttes en gang for å sammenfatte innspillene som har kommet i prosessen. Det er også avholdt to samlinger med et større utvalg av ressurspersoner innen faggruppene medisin og psykologi.

2 Dagens kliniske tilbud/kapasitet - Sunnas sykehus HF

2.1 Rehabiliteringsprogrammene – regionale og nasjonale

SunHF tilbyr i dag et høyspesialisert klinisk tilbud til mange ulike diagnosegrupper. Pasienter med betydelig funksjonsnedsettelse og rehabiliteringsbehov pga. følgetilstand etter skade/sykdom i

sentralnervesystemet (hjerne, ryggmarg) og/eller det perifere nervesystemet, multitraumer inkludert amputasjoner, kronifiserte og komplekse muskel-/skjelettilstander betinget av ulike årsaker, inkludert sjeldne tilstander.

Tilbudet omfatter både subakutt rehabilitering kort tid etter nyoppstått sykdom/skade, og tiltak i senere faser. Den kliniske virksomheten inkluderer langvarige og kortere rehabiliteringsopphold, polikliniske vurderinger på sykehuset og ambulante tilbud. Målgruppene spenner fra komplekse og lavfrekvente pasientgrupper til enklere og vanlige tilstander. Tilbud til barn og ungdom er prioritert, og flere av rehabiliteringsprogrammene har et livsløpsperspektiv i tilbudet. Sykehuset legger til rette for og hjelper pasientene på veien videre, noe som for de fleste betyr å flytte hjem, mestre arbeidslivet og delta i samfunnet før øvrig.

Generelt tar henvisningsvurdering og inntak av pasienter hensyn til sykehusets forpliktelser gjennom oppdragsdokumentet og avtaler med andre helseforetak, samt til relevante nasjonale dokumenter, herunder pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering. SunHF er på grunnlag av disse overordnede føringene, spesielt oppdragsdokumentet, forpliktet å gi et tilbud til visse pasientgrupper ("sørge-for" ansvar). Pasienter fra andre helseregioner som ønsker rehabilitering ved sykehuset kan tas inn ved ledig kapasitet.

Tilbudet er organisert i rehabiliteringsprogrammer. For hvert rehabiliteringsprogram er det utarbeidet beskrivelse av tilbudet. Beskrivelsene inkluderer definisjon av de respektive målgruppene, inkludert inntakskriterier, dvs. hvilke pasienter det enkelte programmet er rettet mot med tanke på diagnose og funksjonsnedsettelse, samt ev. andre relevante kriterier som f.eks. funksjonsnivå før aktuell sykdom/skade, faktorer som utelukker innleggelse, fysisk og/eller mental evne til deltakelse i programmet mm. Det skal i tillegg alltid inngå en beskrivelse av hvilket geografisk område programmet primært er rettet mot (ut fra pasientens bosted).

Sykehuset tilbyr pt følgende rehabiliteringsprogrammer:

Programområde - Ryggmargsskade & multitraume	Geografisk ansvarsområde
Primærrehabilitering ved alvorlig perifer nervesykdom (G. Barre)	Regionalt
Kontroll ved alvorlig perifer nervesykdom	Regionalt
Oppfølging/vurdering ved alvorlig perifer nervesykdom	Regionalt
Primærrehabilitering ved brannskade	Regionalt
Kontroll ved brannskade	Regionalt
Oppfølging/vurdering ved brannskade	Regionalt
Primærrehabilitering ved multitraume/amputasjon	Regionalt
Kontroll ved multitraume/amputasjon	Regionalt
Oppfølging/vurdering ved multitraume/amputasjon	Regionalt
Primærrehabilitering ved ryggmargsskade	Regionalt
Kontroll ved ryggmargsskade	Regionalt
Oppfølging/vurdering ved ryggmargsskade	Regionalt
Gruppeopphold Aktivitet og mestring	Regionalt/nasjonalt (her er det flere ulike tilbud)
Barn med ryggmargsskader/traumer	Regionalt/nasjonalt
Polikliniske og ambulante tilbud	Tilbudet er regionalt og nasjonalt avhengig av målgruppe/diagnosegruppe

Programområde - Hjerneskade	Geografisk ansvarsområde
Primærrehabilitering ved hjerneslag	Regionalt (gjelder en del av pasientene)
Primærrehabilitering ved lette til moderate kognitive følgevirkninger	Nasjonalt
Primærrehabilitering ved traumatisk hjerneskade	Flerområde (regionen er delt opp med rehabilitering ved SunHF og på Sørlandet sykehusHF)
Kontroll ved ervervet hjerneskade	Regionalt (gjelder en del av pasientene)
Oppfølging/vurdering ved hjerneskade	Regionalt (gjelder en del av pasientene)
Gruppeopphold Hukommelse	Regionalt/nasjonalt
Gruppeopphold Intensiv håndtrening	Regionalt
Gruppeopphold Intensiv språktrening	Regionalt
Gruppeopphold Mestre kognitive følgevirkninger	Regionalt/nasjonalt
Gruppeopphold Aktivitet og mestring	Regionalt/nasjonalt (her er det flere ulike tilbud)
Rehabilitering ved locked-in syndrom	Nasjonalt
Barn med alvorlig ervervet hjerneskade	Regionalt/nasjonalt
Polikliniske og ambulante tilbud	Tilbudet er regionalt og nasjonalt avhengig av målgruppe/diagnosegruppe
Programområde Vurdering & smerterehabilitering	Geografisk ansvarsområde
Individuell smerterehabilitering	Regionalt
Gruppeopphold Cerebral Parese	Regionalt/nasjonalt
Gruppeopphold Hypermobilitet	Nasjonalt
Gruppeopphold Smerte	Regionalt
Vurdering Arbeidsevne	Regionalt
Vurdering Cerebral Parese	Regionalt
Vurdering Transport	Regionalt – våre målgrupper
Vurdering Nevrologiske tilstander	Regionalt
Vurdering Poliomyelitt	Regionalt/nasjonalt
Vurdering Rehabiliteringspotensial	Regionalt
Vurdering Smerte	Regionalt
Vurdering Spastisitet	Regionalt
Polikliniske og ambulante tilbud	Tilbudet er regionalt og nasjonalt avhengig av målgruppe/diagnosegruppe

3 Organisering av det kliniske tilbudet

Dagens kliniske tilbud er organisert i 8 avdelinger, total sengekapasitet er 159.

3.1 Avdeling for kognitiv rehabilitering

3.1.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for kognitiv rehabilitering tilbyr rehabiliteringsprogram for pasienter med kognitive følger virkninger etter ervervet hjerneskade.

- *Primærrehabilitering ved lette til moderate kognitive følger virkninger.*

3.1.2 Målgruppe

- Pasienter med kognitive følger virkninger etter ervervet hjerneskade (hjerneslag, traumatisk hjerneskade, encefalitt, anoksisk hjerneskade, hjernetumor)
- Hovedsakelig pasienter fra region Helse Sør-Øst, de fleste fra sykehusområdene OUS, Ahus, Vestre Viken og Østfold.

3.1.3 Nøkkeltall for avdeling for kognitiv rehabilitering (2016)

	Antall
Senger	20
Månedsværk	23
Utskrivelser	294
Gjennomsnittlig liggetid – dager	21,5
Gjennomsnittlig alder	45,4 år
Andel menn	60 %
Andel kvinner	40 %

3.2 Avdeling for oppfølging

3.2.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for oppfølging tilbyr korte kontroll-, vurderings- og problemløsningsprogram rettet mot avgrensede problemstillinger for pasienter med ryggmargsskader, brannskader og multitraumer.

Avdeling for oppfølging tilbyr følgende program:

- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering ryggmargsskade*
- *Oppfølgings- og vurderingsprogram etter ryggmargsskade*
- *Kontrollopphold ved alvorlig perifer nervesykdom*
- *Oppfølgings- og vurderingsprogram etter alvorlig perifer nervesykdom*
- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering alvorlig brannskade*
- *Oppfølgings- og vurderingsprogram etter alvorlig brannskade*
- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering multitraume/amputasjon*
- *Oppfølgings- og vurderingsprogram etter multitraume/amputasjon*
- *Gruppeopphold aktivitet og mestring*
- *Vurderingsprogram spise-/svelgefunksjon (dysfagi)*

3.2.2 Målgruppe

- Pasienter med ryggmargsskade, alvorlig brannskade, multitraume og amputasjoner
- Hovedsakelig pasienter fra region Helse Sør-Øst.

3.2.3 Nøkkeltall for avdeling for oppfølging (2016)

	Antall
Senger	17
Månedsværk	30
Utskrivelser	651
Gjennomsnittlig liggetid – dager	6
Gjennomsnittlig alder	49 år
Andel menn	65 %
Andel kvinner	35 %

3.3 Avdeling for multitraume, neurologi og brannskade

3.3.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for multitraume, neurologi og brannskade tilbyr rehabiliteringsprogram for pasienter med følgetilstander etter multitraume, alvorlig brannskade og ulike neurologiske sykdommer.

- *Primærrehabilitering ved alvorlig perifer nervesykdom (Guillain-Barré syndrom, akutte polynevropatier, polyradikulitt eller Critical Illness Disease).*
- *Primærrehabilitering ved alvorlig brannskade*
- *Primærrehabilitering ved multitraume/amputasjon*

3.3.2 Målgruppe

- Pasienter med følgetilstander etter multitraume, alvorlig brannskade og alvorlig perifer nervesykdom.
- Hovedsakelig pasienter fra region Helse Sør-Øst

3.3.3 Nøkkeltall for avdeling for multitraume, neurologi og brannskade (2016)

	Antall
Senger	17
Månedsværk	36
Utskrivelser	175
Gjennomsnittlig liggetid – dager	39
Gjennomsnittlig alder	49,5 år
Andel menn	68 %
Andel kvinner	32 %

3.4 Avdeling for ryggmargsskade med enhet for barn og unge

3.4.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for ryggmargsskade tilbyr rehabiliteringsprogram for voksne pasienter med traumatiske og atraumatiske skader i ryggmargen. Avdelingen har også en egen enhet for barn og unge pasienter med traumatiske hjerneskader, ryggmargsskader, multitraumer eller neurologiske sykdommer.

- Primærrehabilitering ved ryggmargsskade
- Primærrehabilitering ved traumatiske hjerneskader (6-18 år)
- Primærrehabilitering ved ryggmargsskade, multitraume eller neurologisk sykdom (0-18 år)

3.4.2 Målgruppe

- Voksne pasienter med ryggmargsskade
- Barn og unge pasienter med traumatisk hjerneskade, ryggmargsskade, multitraume eller neurologisk sykdom
- Pasienter i hovedsak fra region Helse Sør-Øst

3.4.3 Nøkkeltall for avdeling for ryggmargsskade inkludert enhet for barn og unge (2016)

	Antall
Senger	21
Månedsværk	23
Utskrivelser	254
Gjennomsnittlig liggetid – dager	26
Gjennomsnittlig alder	34 år
Andel menn	58 %
Andel kvinner	42 %

3.5 Avdeling for traumatisk hjerneskade

3.5.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for traumatisk hjerneskade tilbyr rehabiliteringsprogram for pasienter med traumatisk hjerneskade, og har landsfunksjon for pasienter med locked-in syndrom.

- Primærrehabilitering ved traumatisk hjerneskade
- Kontrollopphold etter primærrehabilitering ved traumatisk hjerneskade
- Oppfølgings- og vurderingsprogram ved traumatisk hjerneskade
- Rehabilitering ved locked-in syndrom

3.5.2 Målgruppe

- Pasienter med moderat eller alvorlig traumatisk hjerneskade med bevissthetsforstyrrelser, post-traumatisk forvirringstilstand (PTF), forbigående forvirringstilstand etter hjerneskade, eller store kognitive følger virkninger etter hjerneskade.
- Hovedsakelig pasienter fra HSØ (pasienter fra Telemark, Aust- og Vest Agder har tilsvarende tilbud ved Sykehuset Sørlandet).
- Nasjonalt ansvar for pasienter med locked-in syndrom.

3.5.3 Nøkkeltall for avdeling for traumatisk hjerneskade (2016)

	Antall
Senger	16
Månedsværk	45
Utskrivelser	159
Gjennomsnittlig liggetid – dager	33

Gjennomsnittlig alder	43 år
Andel menn	65 %
Andel kvinner	35 %

3.6 Avdeling for hjerneslag

3.6.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for hjerneslag tilbyr rehabiliteringsprogram for pasienter med hjerneslag (hjerneblødning og hjerneinfarkt).

- *Primærrehabilitering ved hjerneslag*
- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering hjerneslag*
- *Oppfølgings- og vurderingsprogram ved hjerneslag*

3.6.2 Målgruppe

- Pasienter med store eller moderate motoriske og kognitive følgerknninger etter hjerneslag.
- Hovedsakelig pasienter fra region Helse Sør-Øst

3.6.3 Nøkkeltall for avdeling for hjerneslag (2016)

	Antall
Senger	16
Månedsværk	35
Utskrivelser	158
Gjennomsnittlig liggetid - dager	34
Gjennomsnittlig alder	50 år
Andel menn	62 %
Andel kvinner	38 %

3.7 Avdeling for vurdering

3.7.1 Rehabiliteringsprogram

Avdeling for vurdering tilbyr korte kontrollopphold, funksjonsvurderinger og gruppeopphold rettet mot avgrensede problemstillinger for personer med langvarige smertetilstander, nevrologiske sykdommer og skader, og ervervede hjerneskader.

- *Rehabiliteringsprogram smerte*
- *Vurderingsprogram arbeidsevne*
- *Vurderingsprogram cerebral parese*
- *Vurderingsprogram transport*
- *Vurderingsprogram nevrologiske tilstander*
- *Vurderingsprogram poliomyelitt*
- *Vurderingsprogram rehabiliteringspotensial*
- *Vurderingsprogram smerte*
- *Vurderingsprogram spastisitet*

- *Gruppeopphold smerte*
- *Gruppeopphold cerebral parese*
- *Gruppeopphold hypermobilitet*
- *Gruppeopphold intensiv håndtrening*
- *Gruppeopphold intensiv språktrening*
- *Gruppeopphold mestre kognitive følgevirksomheter*
- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering traumatisk hjerneskade*
- *Kontrollopphold etter primærrehabilitering hjerneslag*

3.7.2 Målgruppe

- Pasienter med ervervede og medfødte sykdommer/skader og komplekse muskel-/skjelettlidelser.
- Hovedsakelig pasienter fra region Helse Sør-Øst

3.7.3 Nøkkeltall for avdeling for vurdering (2016)

	Antall
Senger	50
Månedverk	53
Utskrivelser	1450
Gjennomsnittlig liggetid - dager	7
Gjennomsnittlig alder	44,5 år
Andel menn	39 %
Andel kvinner	61 %

3.8 Avdeling for poliklinikk, inntak og ambulante tjenester

3.8.1 Avdelingens tjenester

Avdelingen har ansvar for de polikliniske tjenestene til sykehusets målgrupper, koordinering av inntak til de kliniske avdelingene, og ambulante tjenester før og etter innleggelse.

Poliklinikken er lokalisert på Nesodden og i Oslo, og tilbyr undersøkelser, behandling, oppfølging, rådgivning og veiledning. Ambulant rehabiliteringsteam (ART) foretar tilsyn for å innhente aktuell medisinsk informasjon for innsøkende pasienter, og gir informasjon til pasient og pårørende om rehabiliteringstilbudet i sykehuset. Etter utskrivning fra SunHF tilbyr ART undervisning, veiledning og rådgivning til pasienter og pårørende, samt til kommunehelsetjenesten, andre helseinstitusjoner, NAV og arbeidsgivere.

Inntakskoordinatorerne følger opp henvisninger til sykehuset, og planlegger og koordinerer inntaket slik at pasientene tilbys relevant behandlingsprogram. Dette skjer i samarbeid med lege, ambulant team og avdelingenes koordinatører.

3.8.2 Nøkkeltall for avdeling for poliklinikk, inntak og ambulante tjenester (2016)

	Antall
Polikliniske konsultasjoner	3600
Månedverk	10

Gjennomsnittlig vurderingstid – primærhenvisninger	5 dager
Gjennomsnittlig ventetid – behandling	52 dager
Gjennomsnittlig alder	
Andel menn	55 %
Andel kvinner	45%

3.9 Raskere tilbake poliklinikk Aker

3.9.1 Tilbud

Raskere tilbake, tverrfaglig poliklinikk i Oslo, er et tilbud til pasienter med sammensatte og/eller kroniske tilstander innenfor muskel- og skjelettlidelser, eventuelt med psykiske problemer i tillegg. Poliklinikken er etablert av Sunnaas sykehus som en del av "Raskere tilbake"-satsningen. Ordningen vil etter all sannsynlighet bli permanent fra 2018.

3.9.2 Vurdering

Bred spesialisert og tverrfaglig utredning, hvor man sammen med pasienten får en samlet oversikt over de ulike kroppslige, emosjonelle og sosiale sidene ved situasjonen. I konklusjonen kan inngå råd vedrørende videre medisinsk utredning og behandling, eller forhold som bør ivaretas på arbeidsplassen, deriblant spørsmål om friskmelding.

3.9.3 Behandling

Der det er relevant kan det gis tilbud om behandling i poliklinikken, enten individuelt eller på gruppebasis (stressmestring, gruppe for innvandrerkvinner).

3.9.4 Målgruppe

- Personer som har vært sykmeldte i løpet av de siste 52, uker eller personer som er på ordninger/oppfølging når sykmeldingsperioden opphører.
- Personer som står i fare for å bli sykmeldt.
- Personer med muskel- skjelettlidelser kjennetegnet av sammensatte årsaker og subjektive plager, f.eks. smerter og tretthet.
- Personer med lettere psykiske lidelser.
- Personer bosatt Oslo, Akershus eller Østfold (fritt sykehusvalg gjelder).

3.9.5 Nøkkeltall

	Antall
Polikliniske konsultasjoner	1234
Månedverk	10
Unike pasienter	280
Gjennomsnittlig ventetid – behandling	dager
Gjennomsnittlig alder	42,2 år
Andel menn	23 %
Andel kvinner	77 %

4 Aktivitet ved SunHF første tertial 2017

4.1 Tall pr. rehabiliteringsprogram 1. tertial 2017

Fra midten av 2016 har SunHF lagt til rette for å registrere rehabiliteringsprogram i pasientjournalen (DIPS) på en strukturert måte, noe som gjør at det er enkelt å ta ut og benytte informasjon i ulike analyser. Kvaliteten på data registrert i 2016 har ikke tilfredsstillende kvalitet, og kan derfor ikke benyttes i til analyseformål. Derfor presenteres kun 1. tertial 2017; fordeling pr. rehabiliteringsprogram:

Tabell 1 viser:

- 1) gjennomsnittlig alder
- 2) gjennomsnittlig liggetid
- 3) antall liggedøgn
- 4) antall utskrivelser
- 5) antall DRG
- 6) antall DRG pr liggedøgn

Programgruppe	Gj.sn alder	Gj.sn liggetid	Ant. Liggedøgn	Ant. Utskrivelser	Ant. DRG	DRG pr liggedøgn	Andel bruk av senger
RM - Ryggmargsskade	49,2	12,5	2898	232	422,6	0,15	20 %
HS - Lette til moderate kognitive følgerknninger	48,4	20,3	2168	107	258,9	0,12	15 %
HS - Hjerneslag	53,4	23,4	1989	85	230,6	0,12	14 %
HS - Traumatisk hjerneskade	43,9	28,0	1767	63	193,9	0,11	12 %
VS - Hypermobilitet	36,7	7,6	1095	144	188,2	0,17	8 %
VS - Arbeidsevne	46,4	9,1	947	104	166,5	0,18	7 %
RM - Multitraume/amputasjon	39,4	22,5	810	36	95,0	0,12	6 %
RM - Alvorlig perifer nervesykdom	47,9	25,6	486	19	53,4	0,11	3 %
VS - Smerte	45,6	5,9	463	78	96,4	0,21	3 %
BA - Barn	14,5	13,8	414	30	59,2	0,14	3 %
VS - Nevrologiske tilstander	52,6	8,0	216	27	42,7	0,20	2 %
Feil kodeverk	42,6	26,0	208	1	9,1	0,04	1 %
VS - Transport	42,3	2,5	144	57	35,8	0,25	1 %
VS - Poliomyelitt	65,3	8,1	129	16	20,9	0,16	1 %
VS - Cerebral Parese	35,9	4,2	114	27	31,9	0,28	1 %
VS - Rehabiliteringspotensial	45,3	9,9	99	10	15,7	0,16	1 %
RM - Brannskade	28,8	23,5	94	4	10,7	0,11	1 %
HS - Locked-in syndrom	54,3	15,3	46	3	5,6	0,12	0 %
VS - Spastisitet	45,8	3,4	44	13	8,1	0,18	0 %
VS - Spise og Svelgefunksjon	39,1	1,2	42	35	8,7	0,21	0 %
Totalsum	44,8	12,9	14173	1091	1 953,8	0,14	100 %

4.2 Tall pr sykehusområde 2010-2016

Oversikt over pasienter innlagt i SunHF fordelt på sykehusområder og andre regioner for årene 2010 - 2016

DRG Heldøgn pr sykehusområde								
Områder	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalsu
A-Hus	17 %	18 %	21 %	19 %	15 %	20 %	19 %	18 %
Innlandet	9 %	10 %	8 %	10 %	9 %	7 %	9 %	9 %
Oslo	22 %	21 %	21 %	22 %	22 %	21 %	20 %	21 %
Sørlandet	3 %	2 %	2 %	3 %	5 %	5 %	3 %	3 %
Telemark	3 %	4 %	5 %	4 %	2 %	4 %	3 %	4 %
Vestfold	4 %	5 %	4 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %
Vestre Viken	15 %	14 %	14 %	17 %	15 %	14 %	14 %	15 %
Østfold	21 %	21 %	18 %	12 %	19 %	16 %	16 %	18 %
Gjest	6 %	7 %	6 %	8 %	9 %	10 %	12 %	8 %
Totalsum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Antall Heldøgn pr sykehusområde								
Områder	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalsu
A-Hus	18 %	20 %	21 %	19 %	16 %	19 %	18 %	19 %
Innlandet	8 %	9 %	9 %	10 %	9 %	8 %	9 %	9 %
Oslo	19 %	18 %	19 %	20 %	19 %	18 %	19 %	19 %
Sørlandet	3 %	2 %	3 %	3 %	5 %	4 %	3 %	3 %
Telemark	3 %	4 %	4 %	5 %	3 %	3 %	3 %	4 %
Vestfold	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Vestre Viken	13 %	13 %	13 %	17 %	14 %	14 %	13 %	14 %
Østfold	24 %	22 %	20 %	12 %	19 %	17 %	16 %	19 %
Gjest	7 %	7 %	7 %	10 %	11 %	12 %	14 %	10 %
Totalsum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Liggedøgn pr sykehusområde								
Områder	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalsu
A-Hus	17 %	18 %	22 %	20 %	15 %	21 %	20 %	19 %
Innlandet	10 %	10 %	8 %	9 %	8 %	6 %	10 %	9 %
Oslo	24 %	22 %	23 %	22 %	23 %	22 %	21 %	22 %
Sørlandet	3 %	1 %	2 %	2 %	5 %	5 %	2 %	3 %
Telemark	3 %	4 %	5 %	4 %	2 %	4 %	3 %	4 %
Vestfold	4 %	5 %	3 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %
Vestre Viken	15 %	14 %	13 %	18 %	16 %	14 %	14 %	15 %
Østfold	18 %	19 %	18 %	13 %	19 %	15 %	15 %	17 %
Gjest	5 %	7 %	6 %	7 %	8 %	8 %	10 %	7 %
Totalsum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

5 Utvikling av det kliniske tilbudet

SunHF leverte i desember 2015, etter anmodning fra HSØ, et innspillsnotat vedrørende utvikling av rehabiliteringsfeltet i regionen.. Arbeidsgruppen som vurderte det kliniske tilbudet konkluderte med at det var et redusert eller manglende tilbud for følgende pasientgrupper, og da for de spesielt komplekse og lavfrekvente:

- 1) Tilbudet til traumepasienter (ryggmargsskader, traumatiske hjerneskader og multitraumer):
 - Sikre direkteforløp fra akuttsykehus til subakutt rehabilitering for alle pasienter

- Sikre tilbud om livslang oppfølging i spesialisert rehabilitering for pasientgrupper med komplekse funksjonsutfall etter hjerneskader og multitraumer

2) Barn med ervervede funksjonsnedsettelse og behov for institusjonsbasert rehabilitering (bl.a. ryggmargsskader, multitraumer, traumatiske hjerneskader, hjerneslag, visse kreftformer)

3) Voksne med medfødt funksjonsnedsettelse, f.eks. cerebral parese

4) Voksne med sjeldne nevromuskulære tilstander eller bindevevssykdommer

Gjennom arbeidet i premissutvalget har behovet som ble kommunisert i 2015 blitt bekreftet og noe utvidet.

5.1 Hvilke målgrupper skal sykehuset ha i fremtiden?

- Alvorlige skader/følgetilstander i sømløs linje fra akutt sykehus (primærrehabiliteringsopphold)
- Traumatisk og atraumatisk ryggmargsskade (alle – «sørge for ansvar» sammen med de andre spinalenhetene)
 - Tilstrekkelig kapasitet dersom en større del av tilbudet gis poliklinisk
- Moderat/alvorlig traumatisk og atraumatisk hjerneskade
 - Eks atraumatiske hjerneskader: Anoksisk hjerneskade, encefalitter
- Ryggmargs- og hjernesvulster etter individuell vurdering i samarbeid med ansvarlig nevroonkolog
 - Tilbakemelding fra samlet lege- og psykologgruppe er at det foreligger flere ulike dilemmaer med denne pasientgruppen og at det bør gås opp noen generelle føringer samtidig som hver enkelt søknad vurderes individuelt
- Hjerneslag (blødning, infarkt), for eksempel:
 - unge med kombinert motorisk og kognitive vansker (f.eks. under 40 eller 50 år), dvs komplekse pasienter med sensomotoriske- og kognitive utfall som skal tilbake til et aktivt liv hvor det er tverrfaglig fokus på tilpasning til skole/utdanning/arbeidsliv eller familieliv med ansvar for barn.
 - alvorlige hjernestammeslag (som ikke er locked-in)
 - slagpasienter med spesiell tilleggsproblematikk (f.eks. amputerte, ryggmargsskade eller TBI fra tidl., annen alvorlig nevrologisk sykdoms om f.eks. MS)
 - områdefunksjon for å sikre nødvendig kapasitet i HSØ
- Locked-in syndrom (nasjonal tjeneste)
- Moderat/alvorlig multitraume med/uten nevrologiske utfall/amputasjoner og moderat/alvorlig perifer nervesykdom som Gullain Barre-syndrom og Critical illness nevropati
 - Tilstrekkelig kapasitet
- Brannskader – prosess om søknad nasjonal behandlingstjeneste - Haukeland
- Rehab-potensiale/vurderingsopphold(kortere opphold) for kartlegging/rådgiving og planlegging av videre behandlings-/omsorgstilbud andre steder for diagnosegruppene nevnt over, evt områdefunksjon utvalgte diagnosegrupper?

- Barn: Moderate/alvorlige traumatiske og atraumatiske hjerneskader og ryggmargsskader, inkludert svulster. Moderate/alvorlige multitraumer.

Klinisk tilbud til pasientgruppene nevnt over:

- Tilsyn/tidlig rehabilitering akutt sykehus
- Primærrehabilitering
- Livslangt oppfølgingstilbud: Kontroll, senfase oppfølging og/eller vurdering (poliklinisk/ambulant/sengepost)

Kjernevirksomheten bør utvikle og organisere robuste faglige enheter som sørger for at flere ansatte arbeider «case mix», dvs. primærrehabilitering og oppfølging på senere tidspunkt i pasient forløp. Lege og psykologgruppen er samstemte i at første kontroll opphold etter primærrehabilitering av faglige hensyn bør være på primæravdelingen. Senere oppfølgingstidspunkter kan/bør foregå på egne avdelinger. For da å få til «case mix» tankegangen må det ses på hvordan man arbeider innenfor et fagområde (dagens programforum).

Tre vurderings- og oppfølgingsenheter (sengepost, poliklinikk og ambulant):

- RMS, multitraume – skal sees nærmere på i utviklingsplanen
- Hjerneskade – skal sees nærmere på i utviklingsplanen
- Utvalgte nevrologiske- og sjelden diagnoser – skal sees nærmere på i utviklingsplanen:
 - Nevrologiske sykdommer: CP voksen, Friedrich ataxi, hereditær spastisk parese, arvelige muskelsykdommer -mer skeptiske til MS og Parkinson da allerede et tilbud.
 - Sjelden diagnoser: Ryggmargsbrokk, Osteogenesis imperfecta, akondroplasi.

Koordinerte opphold(tidligere gruppeopphold):

- Deltagelse forutsetter individuell vurdering i forkant
- Muligheter for synergier hva angår tilbud til pasientene og hvordan tverrfaglig team kan forberede seg og/eller arbeider (felles og individuelle opplegg)
- Muliggjør at definerte diagnosegrupper kan tas inn etter en plan

Det er ulik oppfatning i fagmiljøet om sykehuset skal fortsette med gruppeopphold, være seg intensive treningsopphold eller «aktivitet og mestring». Se for eksempel til hvordan Beitostølen har blandede diagnosegrupper ved sine gruppeopphold, og har god erfaring med inntak fra samme geografiske område, samtidig lokalmiljøarbeid. Gruppeoppholdene kan på denne måten tilrettelegges som en arena for samhandling mot kommunene.

Tverrfaglig poliklinikk

Gjelder alle diagnosegrupper nevnt over:

- Smertetilstander hos pasientgruppene følges opp/behandles av fagpersoner med kunnskap om pasientgruppen, for eksempel RMS, CP.

- Langvarige uspesifikke smertetilstander og hypermobilitetssyndrom skal ikke ha et sengebasert tilbud ved SunHF, og kanskje heller ikke et tilbud på poliklinikken – det må gis en individuell vurdering basert på kompleksitetsnivå

Andre temaer som er belyst/diskutert i premissutvalget:

- Forskning og fagutvikling må ikke salderes, men prioriteres og forankres i klinisk tilbud for at vi skal være en attraktiv arbeidsplass og kunne gi det beste tilbudet
- Pasientpopulasjonen bør defineres ut i fra «avhengigheter», f.eks utstyr – kompetanse – karakteristika pasientpopulasjon
- Betydningen av å øke kapasiteten på opphold for vurdering av rehabiliteringspotensiale og planlegging av videre rehab-forløp for spesielt komplekse pasienter med sammensatte utfall innenfor områdene hvor vi har spisskompetanse – vil gjelde både pasienter i tidlig fase (fra akutt sykehus) og pasienter senere i forløp
- Vurderings-/senfaseprogrammer - hvilken organisering og hvilken profil må vi ha for å sikre ønsket faglige standard?
 - Bestemme kapasitet (antall senger) for vurderingsopphold ut i fra faglige behov, ikke økonomiske
- Funksjonsområder hvor vi har, eller kan ha, potensiale for spesialisert funksjon – «lab-organisering»:
 - Dysfagi/ernæring
 - Naturlige funksjoner (urinveier, tarm, seksualitet)
 - Søvn, nevrofysiologi
 - Smerte (smertetralle, ultralyd - fys med, speil, VR)
 - Kognisjon/oppmerksomhet
 - Arm-/hånd- og benfunksjon/mobilitet (relatert til bevegelseslaboratoriet, robotics, spastisitet, ortopediske hjelpemidler, sitteklubb, balanse, treningsfasiliteter)
 - Kommunikasjon og relasjoner (sosialt samspill, relatert til språkfunksjoner, kommunikasjonshjelpemidler)
 - Trykksår – telemedisin
- Funksjonsområder - del av programmene til våre målgrupper?
 - Diagnose (og prognose) er vanskelig å se bort fra, både med tanke på samarbeid med andre spesialiteter (traume- og nevrokirurgi, anestesi, indremedisin, nevrologi), klar definisjon av målgrupper og tilbud. Til tross for samme funksjon kan pasienter med forskjellige diagnoser kreve forskjellig tilnærming – vi kan t.o.m. påføre pasienten nocebo-effekt ved å integrere ham/henne i gruppe med samme funksjonsutfall, men andre diagnoser
 - Lege- og psykologgruppen mener Sunnaas må ha en kombinasjon av diagnosebaserte og funksjonsbaserte kliniske programmer. Hva angår diagnosegruppene som har et livsløpstilbud, bør de tilhøre diagnosebaserte avdelinger. Funksjonsbaserte laboratorier/enheter kunne vært et tilbud til spesifikke problemstillinger, kan være et «lim»/kjerne både mellom avdelingene og mellom klinikk og forskning
- Deltagelsesaspektet – livsfaser – aldring – yrkesvurdering - for hvem? Skal det være endel av programmene til våre målgrupper?

- Voksne med Cerebral Parese (CP). Behov for CPOP (oppfølging) for voksne om 3 år – Sverige er allerede i gang. Skal Sunnaas ta denne oppgaven tilsvarende den Rikshospitalet har for barna? Sunnaas p.t. fagmiljø på høyt internasjonalt nivå hva angår CP voksen. Potensial for forskning med utg.pkt. i register.
- Rehabiliteringspoliklinikken må bygges opp med høy kompetanse og den må være godt organisert – viktig å ikke undervurdere ressursbehovet.
- Betydningen av robuste tverrfaglige team (ikke for store/ikke for små) må hensyn tas når det jobbes med komplekse pasienter
Hvordan løse at kompleksitet og geografiske avstander kan vanskeliggjøre poliklinisk organisert tilbud for pasienter som ikke har behov for pleie 24/7(sykehotell/telemedisin/ambulant team)?.
- Hva kan vi si noe om nå?
 - Det er behov for flere senger til primærrehabilitering og vurdering av rehabiliteringspotensiale - komplekse pasienter ut ifra indikasjon i alle faser – størst underkapasitet for hjerneskade
 - Det er behov for flere «traumesenger» jfr føringer Nasjonal traumeplan
 - Vi har en kompetanseprofil og fasiliteter som gjør at vi bør ta pasienter med komplekse funksjonsutfall. Fra et faglig ståsted mener vi det er uheldig om sykehuset får områdefunksjoner som vil favne pasientgrupper som ikke utløser «avhengigheter» (dvs. behov for flere av våre høyspesialiserte funksjoner) – flere mener at her har 2. linje (private rehabiliteringsinstitusjoner)tilstrekkelig kompetanse og kapasitet
- Hva skal til for at en faglig anbefaling skal kunne gis?
 - Involvering av sentrale fagpersoner samt se til hvordan våre utfordringer er løst i andre land (for eksempel Sverige, Nederland, Australia, Canada, USA, England, Skottland)
 - Alliere oss med andre legespesialiteter/fagmiljøer for å styrke faglig profil
- Hvordan skal vi utvikle oss?
 - Balansere bredde og spiss (Rikshospitalet i rehabilitering)
 - «Bakvakta i rehabilitering»
 - Alle kliniske programmer skal være tilknyttet fagutvikling og forskning
- Hva skal til for at vi skal kunne utvikle oss?
 - Finansiering for det vi gjør (primærrehabilitering, fagutvikling/undervisning, forskning)

Hvordan skal Sunnaas være beredt til å ta på seg flere nasjonale og regionale oppgaver når alle HFene har utarbeidet sine utviklingsplaner? Det anbefales at denne problemstillingen belyses grundig i arbeidet med utviklingsplan for Sun HF som skal igangsettes høsten 2017 .

5.2 Hva kan overføres til sykehusområdene/rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med HSØ.

- Smertetilbud – koordinere i poliklinikk, på sikt etablere poliklinisk satellitt-tilbud i regionen

6 Hva sier «Nasjonal traumeplan»?

Nasjonal traumeplan er vedtatt av RHFene Sør-Øst, Midt og Nord.

I HSØ vedtok styret:

1. Styret tar saken om «*Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016*» til orientering og ber om at planen legges til grunn for videreutvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Sør-Øst.
2. Styret understreker betydningen av at oppfølgingen av traumeplanen skjer i et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet størst mulig likhet i spesialisthelsetjenestetilbudet.

Planen inkluderer rehabilitering av hjerneskader, ryggmargsskader og av multitraumer/traumatiske amputasjoner. Anbefalingene vedr. rehabilitering i traumerapporten er å oppfatte som et oppdrag til SunHF som HF, men også for RHFet som helhet og dermed relevant for arbeidet med regional utviklingsplan.

6.1 Utdrag - anbefalinger i Ny Nasjonal Traumeplan:

- Pasientene skal overføres direkte fra akuttavdeling på traumesenter til rehabilitering – ikke via venteopphold på lokalsykehus uten tilbud om spesialisert rehabilitering
- Det skal defineres regionale rehabiliteringsavdelinger med ansvar for ulike skader. Få avdelinger skal ha ansvar for pasienter med alvorlige skader
- Traumesentrene bør, i samarbeid med kommunene, definere standardiserte pasientforløp som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion. Det skal etableres gode og forutsigbare systemer for oppfølging og samhandling:
 - Tilgjengelige senger/dagplasser for vurdering og rehabilitering
 - Senfasetilbud med tverrfaglig rehabilitering, tilbys uavhengig av bosted
 - Mestringstilbud for familien (også barn)
 - Tverrfaglig poliklinikk ledet av rehabiliteringsrelevant spesialist.
 - Ambulante rehabiliteringsteam
- Organisere spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger (Fysikalsk medisin og rehabilitering): Kapasitet 1 seng per 100 000 innbyggere for pasienter med traumatisk hjerneskade og 0,5 seng per 100 000 innbyggere for pasienter med multitraume.
 - For HSØ vil det utgjøre 28 senger for TBI og 14 for multitraume/traumatiske amputasjoner.
- For senfase-rehabilitering og lærings- og mestringstilbud (TBI og multitraume/traumatiske amputasjoner) skal det beregnes 2 senger/dagplass i spesialisert enhet per 100.000 innbyggere.
 - For HSØ vil det utgjøre 56 senger/dagplasser.
- Det anbefales videreføring av dagens spinalenheter ved St.Olavs Hospital, Haukeland Universitetssykehus og OUS Ullevål/Sunnaas, livstidsoppfølging og det nasjonale kvalitetsregisteret NorSCIR.
- Det anbefales en prosess med sikte på å etablere et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering av barn med alvorlige skader. For barn med alvorlig traumatisk hjerneskade bør det drøftes behov for flerregionale behandlingstjenester.
- Rehabiliteringsenheter innen HF skal sikres likeverdig finansiering som enheter beliggende i egne HF.

- Det skal etableres prosesser for rehabiliteringsforløp for brannskadde og sjeldne skader.

7 Finansiering av rehabiliteringstilbudet – SunHF

7.1 Finansiering av SunHF i dag

7.1.1 Alle inntekter i SunHF 2017

Alle inntekter	I 1000 kr
Basis	375 722
ISF egne	122 308
ISF gjester	16 348
TRS	33 066
RATI	13 968
HSØ øremerket forskning	2 042
Annen inntekt	12 723
Inntekter 2017	576 176,3

7.1.2 Basis

Tabellen under viser utvikling av basisfinansieringen og hvilke endringer som har vært gjort siden 2002. Det er imidlertid uklart hvilke komponenter de 85,3 millionene fra 2002 består av. Helse Sør-Øst RHF kunne heller ikke (i møte 10.5.2017) gi svar på dette.

Revidert basis 2002	Årlige endringer knyttet til														Sum endringer	Basisramme	
	Pris/lønnsvekst	Økt aktivitet	Justering ISF refusjonsatts og utvidelse helsepersonell	Kapital	Pensjon	Tilskudd til infrastruktur, tidligere regionsykehus-tilskudd	TRS	Struktur/ org. messige forhold	Oppgjørsordning/gjestepas. oppgjør	Prosjekt traumatisk hjerneskade	Nasjonal behandlings tjeneste	Regional kompetanse-tjeneste rehabilitering	Koordinerings-funksjon rehab/SER	MVA-reform			Andre endringer
85 258																	
2003	3 532	398	-5 504					5 297							1 144	4 867	90 125
2004			19 811			28 000	22 700	10 500	-5 937						-1 447	73 627	163 752
2005	5 678		-27 969				1 780	1 475							1 099	-17 937	145 815
2006	4 124		29 402		494				5 000			2 500			1 457	42 977	188 792
2007	6 190				5 643		-25 900					2 000			-23	-12 090	176 702
2008	7 598	2 860										1500			-1011	10 947	187 649
2009	8 341	3 131			21 797				7 300						-1 490	39 079	226 728
2010	7 025	2 206		11 701											2 409	23 341	250 069
2011	8 092	1 191		27 537				13 500		1 755		3 500			2 740	58 315	308 384
2012	9 558			1 683	6 443										1 720	19 404	327 788
2013	10 741	4 323			9 372										-2 369	22 067	349 855
2014	10 897	2 640	-23 265								5 000				1 326	-3 402	346 453
2015	10 739	2 398			10 945						2 500				259	26 841	373 294
2016	8 345	5 403	-742		11 466										-549	23 923	397 217
2017	8 314	4 877			-24 000									-11 388	202	-21 995	375 222
Ialt 2002-2017	109 174	29 427	-8 267	40 921	42 160	28 000	-1 420	17 272	7 563	12 300	1 755	7 500	9 500	-11 388	5 467	289 964	
Andel av endringer	37,7 %	10,1 %	-2,9 %	14,1 %	14,5 %	9,7 %	-0,5 %	6,0 %	2,6 %	4,2 %	0,6 %	2,6 %	3,3 %	-3,9 %	1,9 %	100,0 %	

Basisinntektene utgjør 375,7 millioner. Denne er forsøkt splittet i kjente komponenter:

Basis	I 1000 kr
Avregning faktisk bruk andre HF *	216 980
Konserninternt gjestepasient *	69 129
RKR/RKE *	18 875
Rehabkonferansen *	500
"Annet"	70 238
Basis 2017	375 722

7.1.3 Andre HF (konserninterne gjestepasienter) i HSØ sine betalinger av bruk av Sunnaas

HSØ bruker i sin finansieringsmodell for SunHF en konstant (286, 1 millioner) til ISF aktivitet. Vi er pr 1.6.2017 usikker på hvordan tallet er beregnet. Kan det være på følgende måte?

Hvis vi tar 100 % ISF blir tallet 265 millioner.

Antall DRG	6 200
DRG pris	42 753
100 % DRG-inntekt	265 millioner

Midlene fra finansieringsordningen fordeles slik:

1. Konserninternt gjestepasientoppgjør:

Fordelt etter gjennomsnitt av aktivitet 2012-14 og videre ganget med 30 % av DRG-pris.

Dette er for å dekke opp tapet Sunnaas har mellom 50 % ISF egne og 80 % ISF gjester.

Det er HSØ som fakturerer Sunnaas sitt gjestepasientoppgjør. Sunnaas har allerede fått dette igjennom basis (69,1 millioner).

2. Avregning for bruk av SunHF:

Denne delen fordeles ved gjennomsnittlig bruk gjennom 3 år.

For 2017 er bruk i perioden 2012-14 lagt til grunn.

Konstanten – konserninternt gjestepasientoppgjør = følgende avregning:

286,1 millioner - 69,1 millioner = 217 millioner.

Dette fordeles etter den andel av helseforetakenes faktiske bruk.

5. Sunnaas

Avregning St	286 109
GP-oppgjør	30 %
ISF pris	42 081

	DRG poeng 2012	DRG poeng 2013	DRG poeng 2014	Gj.snitt DRG-poeng 12-14	Andeler gj.snitt DRG-poeng	GP-oppgjør	Avregning	Sum avregning GP	Pris pr DRG-poeng
Akershus	1 167	1 018	918	1 035	18,9 %	-13 061	-40 996	-54 057	-52
Innlandet	463	519	527	503	9,2 %	-6 350	-19 932	-26 283	-52
Oslo	1 177	1 202	1 334	1 238	22,6 %	-15 625	-49 043	-64 668	-52
Sørlandet	129	150	282	187	3,4 %	-2 361	-7 412	-9 773	-52
Telemark	270	217	137	208	3,8 %	-2 625	-8 240	-10 865	-52
Vestfold	198	276	278	251	4,6 %	-3 169	-9 946	-13 115	-52
Vestre Viken	749	931	911	864	15,8 %	-10 903	-34 223	-45 126	-52
Østfold	1 221	1 191	1 160	1 191	21,7 %	-15 034	-47 188	-62 222	-52
Sum	5 373	5 505	5 549	5 476	100,0 %	-69 129	-216 980	-286 109	

7.2 Kort om DRG-systemet i rehabilitering

Rehabilitering har vært i DRG systemet i mange år. Det har vært små endringer, blant annet hvor stor andel som har vært innsatsstyrt. Dette har variert fra 30-50 %. Selve modellen for heldøgn har imidlertid vært uendret siden oppstart. Det har vært grenser på finansiering av inntil 99 liggedager en periode.

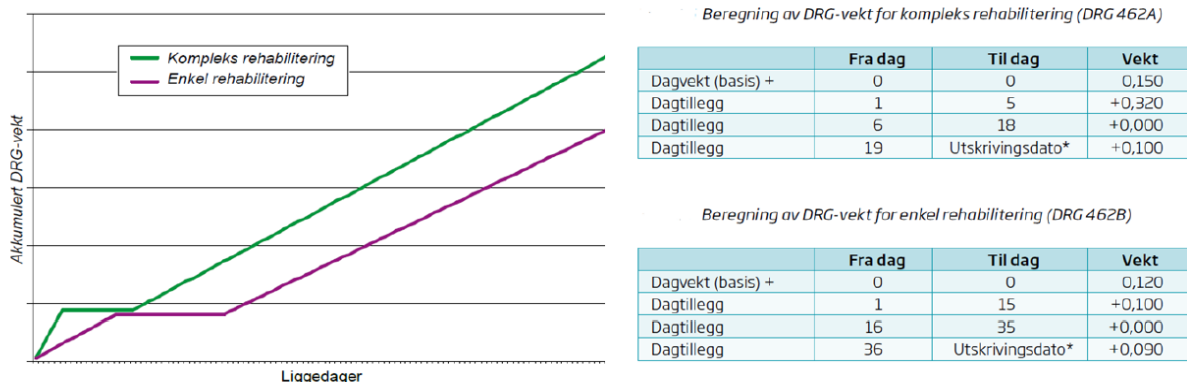
ISF ordningen er knyttet til finansiering av de regionale helseforetakene. HSØ blir årlig avkortet i finansiering fordi andel kompleks rehabilitering overstiger 40 % av all rehabilitering. Dette medførte et inntektstap på 34 millioner i 2016, hvorav Sunnaas sykehus HF sto for 28,6 millioner.

I 2011 publiserte Helsedirektoratet en analyse «Enhetskostnad og enhetsrefusjon

i somatisk spesialisthelsetjeneste: IS-1866 Rapport, april 2011». Denne er gjennomført på 2009-tall, og beskriver blant annet at prisvekst på DRG ikke har fulgt kostnadsveksten. Dette innebærer at basis dekker en stadig større andel av kostnadene. Fra 2010 kom poliklinikken med i DRG systemet, poliklinikk for rehabilitering har lav DRG inntjening.

7.3 Finansiering av rehabilitering fra Helsedirektoratet

Finansieringen av rehabilitering har vært tilnærmet uendret siden oppstart. Finansieringsprofilen på rehabilitering sees i bildet under. Bildet er hentet fra ISF-regelverket.



Det er uklart for SunHF hvorfor profilen på DRG-kurven ble valgt. SunHF har forespurt Helsedirektoratet om dette, men ikke fått nødvendige avklaringer. Rehabilitering har endret seg de siste 20 årene, og foretaket mener dette bør gjenspeiles i finansieringsmodellen. Foretaket oppfordrer derfor til at det blir gjennomført ulike simuleringer av endringsbildet.

I tabellen under vises kostnad pr. liggedøgn fra kostnadsvekstarbeidet (KVA) 2015. For alle foretak som har levert både aktivitetstall og kostnadstall er gjennomsnittspris pr liggedøgn på 9.428 kr. Sunnaas sykehus HF er omtrent på gjennomsnitt. Årsaken er at foretaket har levert i underkant av 50 % av koden kompleks rehabilitering.

Sykehus som leveret KVA/KPP 2015	462A	462A	462A	462A	462B	462B	462B	462B
	Kompleks	Kompleks	Kompleks	Kompleks	Enkel	Enkel	Enkel	Enkel
	Antall	Liggetid	Kost Pr Opphold	Kost pr liggedøgn	Antall	Liggetid	Kost Pr Opphold	Kost pr liggedøgn
Private ideelle Sør-Øst	6	8,00		0	584	12,12		0
Private ideelle Vest	72	5,49		0	229	11,53		0
Private sykehus	368	21,87		0	243	12,01		0
Helse Stavanger HF	66	24,45	150 134	6 140	25	13,00	97 297	7 484
Sykehuset Innlandet HF	774	12,42	84 740	6 823	278	9,86	85 527	8 674
Helse Fonna HF	10	23,00	162 071	7 047	56	15,89	119 147	7 498
Helse Førde HF	28	21,43	156 386	7 298	5	13,60	108 984	8 014
Helse Møre og Romsdal HF	202	28,09	209 426	7 456	185	15,05	96 724	6 427
Sykehuset i Vestfold HF	800	9,07	71 133	7 843	524	4,88	43 206	8 854
Vestre Viken HF	3	17,00	139 570	8 210	3	8,00	54 554	6 819
Sykehuset Telemark HF	8	13,38	112 630	8 418	1	16,00	135 450	8 466
Helse Bergen HF	300	20,74	179 259	8 643	282	11,33	99 494	8 781
Helse Nord-Trøndelag HF	121	16,22	141 577	8 729	3	6,67	55 096	8 260
St. Olavs Hospital HF	144	20,78	188 478	9 070	34	4,47	40 670	9 098
Akershus universitetssykehus HF	46	19,02	180 408	9 485	19	14,79	128 788	8 708
Sunnaas sykehus HF	2742	15,50	155 068	10 004	151	2,62	26 062	9 947
Helgelandsykehuset HF	54	9,06	93 961	10 371	38	15,82	137 268	8 677
Diakonhjemmet sykehus (Helse Sør)	103	13,02	161 893	12 434	1	2,00	19 000	9 500
Sørlandet sykehus HF	46	12,87	193 776	15 056	154	11,17	142 680	12 773
Oslo universitetssykehus HF	48	27,50	517 830	18 830	13	18,00	291 966	16 220
Nordlandssykehuset HF	96	1,55	35 573	22 950	14	13,00	119 587	9 199
Universitetssykehuset i Nord-Norge	32	20,75	500 957	24 143	156	15,34	316 245	20 616
Finnmarkssykehuset HF	9	25,11	881 914	35 122	45	18,96	544 812	28 735

«ISF-bevilgningen er ment å dekke om lag 50 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste». (ISF-regelverk 2017 s 11.)

«ISF er derfor rettet mot RHF-ene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til RHF-ene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling.» (ISF-regelverk 2017 s 11).

I tabellen under er KVA fra siste tre år sammenstilt. Den viser at for SunHF dekker ISF ca. 30 % av kostnadene, ikke 50 % som er hensikten.

KVA levert av Sunnaas sykehus HF			
	2014	2015	2016
Sum kostnader til pasientbehandling etter spesifikasjon	402 146 130	444 042 000	439 892 416
Antall DRG	6 067	6 084	6 142
DRG pris i kroner	40 772	41 494	42 081
ISF finansiert (antall DRG X 50 % av DRG pris)	123 677 724	126 227 653	129 231 740
Andel som dekkes av ISF	31 %	28 %	29 %

7.4 Kostnad pr pasient (KPP) 2016

Beregninger fra KPP 2016 viser at liggedøgns kostnaden varierer fra 5.521 kr 13.552 kr. (bilde under). Dette er reflektert pr. avdeling og ikke pr. rehabiliteringsprogram, da data ikke er mulig å hente ut pr. rehabiliteringsprogram. Det gir allikevel et godt bilde av forskjellen på kompleksitet på pasientgruppene mellom avdelingene.

Navn	Kost til pasientbehandling inklusiv MVA	Liggedøgn for utskrevne	Kost pr Liggedøgn basert på utskrevne
Avdeling for traumatisk hjerneskade	71 217 457	5 255	13 552
Avdeling for hjerneslag	52 303 986	5 342	9 791
Avdeling for vurdering	85 521 868	10 048	8 511
Avdeling for multitraume, neurologi og brannskade	52 143 342	5 915	8 815
Avdeling for oppfølging	50 102 290	3 934	12 736
Avdeling for ryggmargsskade med enhet for barn og	79 806 576	6 766	11 795
Avdeling for kognitiv rehabilitering (KReSS)	34 200 866	6 195	5 521
Sunnaas	425 296 385	43 455	9 787

Kostnad pr. DRG poeng viser en forskjell fra 124 467 kr for de traumatiske hjerneskadene, til 43 929 kr for vurderingspasientene.

Navn	Kost til pasientbehandling inklusiv MVA	Antall DRG	Kostnad pr DRG
Avdeling for traumatisk hjerneskade	71 217 457	572	124 467
Avdeling for hjerneslag	52 303 986	569	91 992
Avdeling for vurdering	85 521 868	1 947	43 929
Avdeling for multitraume, neurologi og brannskade	52 143 342	638	81 676
Avdeling for oppfølging	50 102 290	821	61 022
Avdeling for ryggmargsskade med enhet for barn og	79 806 576	760	105 036
Avdeling for kognitiv rehabilitering (KReSS)	34 200 866	700	48 878
Sunnaas	425 296 385	6 007	70 805

KVA levert av Sunnaas sykehus HF			
	2014	2015	2016
Heldøgnskostnad	390 059 507	429 235 000	425 296 385
Heldøgns DRG	5 919	5 941	6 007
Heldøgnskost pr DRG	65 895	72 244	70 805
Poliklinisk kostnad	12 086 623	14 807 000	14 596 031
Poliklinisk DRG	147	143	135
Poliklinisk kost pr DRG	81 989	103 778	107 746
Sum kostnader til pasientbehandling etter spesifikasjon	402 146 130	444 042 000	439 892 416
Antall DRG	6 067	6 084	6 142
Kostnad pr DRG	66 286	72 984	71 620

*Obs: I 2015 var pensjonskostnaden høy

7.5 utfordringer med DRG-finansiering, organiseringen og måling av kvalitet

Slik SunHF ser det, så hemmer dagens finansieringsordning trolig en videreutvikling av tjenestene til beste for pasientene, basert på kunnskapsutviklingen og i tråd med det som er ønskelig i et samfunnsperspektiv, jf. samhandlingsreformen. Det er en generell utfordring at majoriteten av sykehusets inntekter er knyttet til sengebasert rehabilitering, mens det av interessentene etterspørres en økning i ikke-sengebaserte tilbud som polikliniske og ambulante tjenester.

7.5.1 Spesialisert fysikalsk rehabilitering i alle sykehusområder?

Det er en overordnet politisk føring at alle sykehusområdene skal bygge opp spesialisert rehabilitering. Hvordan kan vi sikre at pasientene får likeverdige tilbud? Hvordan kan vi sammenligne kvalitet til tjenestene? Er det mer kostnadseffektivt å spre den spesialiserte fysikalske rehabiliteringen på mange institusjoner?

7.5.2 Casemix

Aktivitet første tertial 2017 viser at andel bruk av senger og andel DRG-inntjening ikke harmonerer. Dette er en kjent problematikk for SunHF. I dag har sykehuset ca. 50 % av DRG kompleks rehabilitering i Norge. Dette krever en driftsmodell som sikrer en nasjonal casemix i det kliniske tilbudet til pasientgruppene.

Utfordring:

- Usikker på om dagens DRG-systemet passer for rehabilitering
- SunHF blir, som alle andre helseforetak, utfordret til å øke produktivitet. Det er utfordrende med lav DRG på poliklinikk og «store» skader. Dette påvirker, til en vis grad, hvordan foretaket velger å organisere tilbudet på pasienter/program.
- Når SunHF er en så stor aktør i fysikalsk medisin og rehabilitering, betyr det at HSØ blir trukket for andel kompleks rehabilitering.
- Hvis Sunnaas endrer program, vil HSØ sin inntekt påvirkes.



Type opphold	Gj.sn alder	Gj.sn. Liggetid	Ant. liggedgn	Ant. Utskrivels	DRG pr Ant. DRG liggedøg	Andel liggedøgn	Andel DRG
⊕ I-Primærrehabilitering	48,4	39,7	6557	165	650,6	0,10	46 %
⊕ Vurdering og oppfølging	44,0	7,1	4527	635	824,7	0,18	32 %
⊕ Kontroll	45,0	4,3	623	144	184,1	0,30	4 %
⊕ Gruppeopphold	45,4	9,5	648	68	100,7	0,16	5 %
⊕ P-Bevegelseslab	23,0	1,0	1	1	0,2	0,22	0 %
⊕ Ikke registrert kode	43,5	22,2	1817	78	193,4	0,11	13 %
Totalsum	44,8	12,9	14173	1091	1 953,8	0,14	100 %

DRG systemet er basert på casemix. Casemix betyr at det er benyttet gjennomsnittsberegninger og det forutsetter et pasientbelegg som gjenspeiler et gjennomsnitt. SunHF er avhengig av en casemix av pasienter med ulik kompleksitet innen kompleks rehabilitering. Sykehuset skal ta inn og behandle pasienter uavhengig av finansieringsordningen. De store forskjellene på inntekter og kostnader knyttet til de ulike rehabiliteringsprogrammene kan i ytterste konsekvens medføre at videreutvikling av tjenestene kan reduseres.

7.5.3 Kompleks rehabilitering er en stor DRG-gruppe

DRG for kompleks rehabilitering er den niende største DRG (i kroner) av over 700 DRG-koder. DRG 462A (kompleks rehabilitering) beregnes til 719 millioner av totalt 54,7 milliarder for heldøgn i KVA/KPP. Er det hensiktsmessig med bare to DRG? Sett i lys av at flere sykehusområder skal levere rehabilitering, og at det blir flere private tjenesteaktører, frykter SunHF å bli stående igjen med bare de mest kompliserte og kostbare pasientforløpene. Hvordan skal vi da være konkurransedyktige?

7.5.4 Hvordan måle kvalitet på tjenesten?

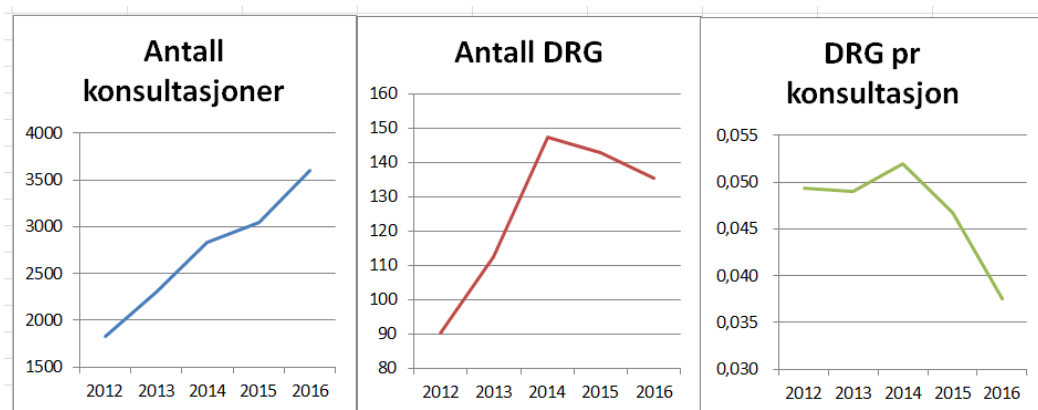
Hvordan måle kvalitet på tjenesten andre og vi yter? Måler vi epler og pærer? Kan vi ha en visjon for en god indikator for kompleks rehabilitering/fysisk medisin? Skal man ha faglig begrunnede mål blir det fort veldig komplekst – og dermed krevende å få gjennomført i praksis.

- Har ikke «harde» /«myke» endepunkter (for eksempel død/frisk)
- Behandling gir ikke umiddelbar effekt
- Pasienter er veldig forskjellige – ulike diagnoser, rehabiliteringsfaser og mål
- Mange ulike effektmål/måleverktøy (over 1000)- vanskelig å enes da de måler/er sensitive for ulike faktorer
- Vanskelig å bruke komplikasjoner som kvalitetsindikator
- Stor ulikhet når det gjelder pasientsammensetning.

Tilbyr det offentlige rehabiliteringsfeltets/SunHF det som etterspørres fra pasienter og eier? Når det blir stadig flere tilbydere hvordan kvalitetssikres at tjenestene har riktig kvalitet og pris?

7.5.5 Finansiering av poliklinikk

Antall konsultasjoner går opp, og DRG pr konsultasjon er redusert drastisk i samme periode. Dette er lite stimulerende for å fortsette videre satsning på poliklinikk.



Benyttede midler til poliklinikk samsvarer ikke med finansieringen:

	2014	2015	2016
Poliklinisk kostnad	12 086 623	14 807 000	14 596 031
Poliklinisk DRG	147	143	135
Poliklinisk kost pr DRG	81 989	103 778	107 746

7.5.6 Finansieringen av de ulike rehabiliteringsprogrammene

I tabellen på de neste sidene vises DRG pr liggedøgn pr rehabiliteringsprogram i høyre kolonne. Denne viser at primærrehabilitering kommer lavt ut. Samtidig vet vi at det er de store primærskadene som har høyest kostnad.

Tabellen under viser pr rehabiliteringsprogram:

- 1) gjennomsnittlig alder
- 2) gjennomsnittlig liggetid
- 3) antall liggedøgn
- 4) antall utskrivelser
- 5) antall DRG
- 6) antall DRG pr liggedøgn

Radetiketter	Gj.sn alder	Gj.sn liggetid	Ant. Liggedøgn	Ant. Utskrivelser	Ant. DRG	DRG pr liggedøgn
BA - Barn	14,5	13,8	414	30	59,2	0,14
I-Primærrehabilitering	11,2	33,6	168	5	17,6	0,10
Vurdering og oppfølging	15,4	12,4	87	7	10,9	0,13
Kontroll	15,0	5,5	82	15	21,8	0,27
(tom)	15,3	25,7	77	3	9,0	0,12
HS - Hjerneslag	53,4	23,4	1989	85	230,6	0,12
I-Primærrehabilitering	57,8	40,1	1244	31	122,4	0,10
Vurdering og oppfølging	52,0	8,0	225	28	44,5	0,20
Kontroll	38,6	4,1	29	7	8,4	0,29
Gruppeopphold	58,3	15,6	140	9	16,0	0,11
(tom)	49,9	35,1	351	10	39,3	0,11
HS - Lette til moderate kognitive følgerknninger	48,4	20,3	2168	107	258,9	0,12
I-Primærrehabilitering	47,2	31,5	1321	42	133,1	0,10
Vurdering og oppfølging	50,0	9,1	390	43	73,5	0,19
Gruppeopphold	51,3	11,4	103	9	14,9	0,14
(tom)	44,9	27,2	354	13	37,5	0,11
HS - Locked-in syndrom	54,3	15,3	46	3	5,6	0,12
I-Primærrehabilitering	54,0	15,5	31	2	3,8	0,12
Kontroll	55,0	15,0	15	1	1,8	0,12
HS - Traumatisk hjerneskade	43,9	28,0	1767	63	193,9	0,11
I-Primærrehabilitering	46,0	50,5	1061	21	103,3	0,10
Vurdering og oppfølging	36,6	9,8	127	13	17,5	0,14
Kontroll	40,2	4,7	47	10	12,1	0,26
Gruppeopphold	33,8	10,8	54	5	8,8	0,16
(tom)	53,5	34,1	478	14	52,3	0,11
RM - Alvorlig perifer nervesykdom	47,9	25,6	486	19	53,4	0,11
I-Primærrehabilitering	52,1	40,8	449	11	43,9	0,10
Vurdering og oppfølging	52,3	7,3	29	4	6,4	0,22
Kontroll	32,3	2,0	8	4	3,2	0,40
RM - Brannskade	28,8	23,5	94	4	10,7	0,11
I-Primærrehabilitering	18,0	74,0	74	1	7,4	0,10
Vurdering og oppfølging	18,0	8,5	17	2	2,2	0,13
Kontroll	61,0	3,0	3	1	1,1	0,37
RM - Multitraume/amputasjon	39,4	22,5	810	36	95,0	0,12
I-Primærrehabilitering	39,4	42,3	592	14	58,0	0,10
Vurdering og oppfølging	40,2	9,8	59	6	9,3	0,16
Kontroll	40,4	4,3	64	15	18,2	0,28
(tom)	18,0	95,0	95	1	9,5	0,10
RM - Ryggmargsskade	49,2	12,5	2898	232	422,6	0,15
I-Primærrehabilitering	51,6	42,2	1520	36	149,4	0,10
Vurdering og oppfølging	46,8	9,2	933	101	141,6	0,15
Kontroll	52,2	4,1	333	81	107,5	0,32
Gruppeopphold	39,6	4,8	58	12	18,1	0,31
(tom)	63,5	27,0	54	2	5,9	0,11
VS - Arbeidsevne	46,4	9,1	947	104	166,5	0,18
Vurdering og oppfølging	46,3	9,1	869	95	154,1	0,18
Kontroll	52,5	7,5	15	2	1,4	0,10
(tom)	45,1	9,0	63	7	11,0	0,17

Radetiketter	Gj.sn alder	Gj.sn liggetid	Ant. Liggedøgn	Ant. Utskrivelser	Ant. DRG	DRG pr liggedøgn
VS - Cerebral Parese	35,9	4,2	114	27	31,9	0,28
Vurdering og oppfølging	36,2	4,4	106	24	29,2	0,28
Kontroll	38,5	3,5	7	2	2,5	0,36
P-Bevegelseslab	23,0	1,0	1	1	0,2	0,22
VS - Hypermobilitet	36,7	7,6	1095	144	188,2	0,17
Vurdering og oppfølging	36,0	6,7	686	103	137,9	0,20
Kontroll	23,0	3,0	3	1	0,4	0,14
Gruppeopphold	42,3	10,4	260	25	31,2	0,12
(tom)	32,9	9,7	146	15	18,7	0,13
VS - Nevrologiske tilstander	52,6	8,0	216	27	42,7	0,20
I-Primærrehabilitering	36,5	48,5	97	2	11,7	0,12
Vurdering og oppfølging	52,4	4,9	102	21	24,9	0,24
Kontroll	65,3	4,0	12	3	4,3	0,36
Gruppeopphold	51,0	5,0	5	1	1,8	0,35
VS - Poliomyelitt	65,3	8,1	129	16	20,9	0,16
Vurdering og oppfølging	66,0	9,6	115	12	17,6	0,15
Kontroll	68,0	3,0	3	1	1,1	0,37
(tom)	61,7	3,7	11	3	2,2	0,20
VS - Rehabiliteringspotensial	45,3	9,9	99	10	15,7	0,16
Vurdering og oppfølging	45,3	9,9	99	10	15,7	0,16
VS - Smerte	45,6	5,9	463	78	96,4	0,21
Vurdering og oppfølging	45,8	6,1	411	67	82,8	0,20
Gruppeopphold	49,4	4,0	28	7	10,0	0,36
(tom)	35,8	6,0	24	4	3,6	0,15
VS - Spastisitet	45,8	3,4	44	13	8,1	0,18
Vurdering og oppfølging	45,8	3,4	44	13	8,1	0,18
VS - Spise og Svelgefunksjon	39,1	1,2	42	35	8,7	0,21
Vurdering og oppfølging	39,1	1,2	42	35	8,7	0,21
VS - Transport	42,3	2,5	144	57	35,8	0,25
Vurdering og oppfølging	41,9	2,5	128	51	33,0	0,26
Kontroll	43,0	2,0	2	1	0,3	0,16
(tom)	46,4	2,8	14	5	2,5	0,18
Feil kodeverk	42,6	26,0	208	1	9,1	0,04
Vurdering og oppfølging	55,7	19,3	58	58	6,9	0,12
(tom)	34,8	30,0	150	1	2,2	0,01
Totalsum	44,8	12,9	14173	1091	1 953,8	

Tabellen under viser pr programgruppe:

- 1) gjennomsnittlig alder 2)gjennomsnittlig liggetid 3) antall liggedøgn 4) antall utskrivelser
5) antall DRG 6) antall DRG pr liggedøgn 7)sengebruk

Programgruppe	Gj.sn alder	Gj.sn liggetid	Ant. Liggedøgn	Ant. Utskrivelser	Ant. DRG	DRG pr liggedøgn	Andel bruk av senger
RM - Ryggmargsskade	49,2	12,5	2898	232	422,6	0,15	20 %
HS - Lette til moderate kognitive følgerknninger	48,4	20,3	2168	107	258,9	0,12	15 %
HS - Hjerneslag	53,4	23,4	1989	85	230,6	0,12	14 %
HS - Traumatisk hjerneskade	43,9	28,0	1767	63	193,9	0,11	12 %
VS - Hypermobilitet	36,7	7,6	1095	144	188,2	0,17	8 %
VS - Arbeidsevne	46,4	9,1	947	104	166,5	0,18	7 %
RM - Multitraume/amputasjon	39,4	22,5	810	36	95,0	0,12	6 %
RM - Alvorlig perifer nervesykdom	47,9	25,6	486	19	53,4	0,11	3 %
VS - Smerte	45,6	5,9	463	78	96,4	0,21	3 %
BA - Barn	14,5	13,8	414	30	59,2	0,14	3 %
VS - Nevrologiske tilstander	52,6	8,0	216	27	42,7	0,20	2 %
Feil kodeverk	42,6	26,0	208	1	9,1	0,04	1 %
VS - Transport	42,3	2,5	144	57	35,8	0,25	1 %
VS - Poliomyelitt	65,3	8,1	129	16	20,9	0,16	1 %
VS - Cerebral Parese	35,9	4,2	114	27	31,9	0,28	1 %
VS - Rehabiliteringspotensial	45,3	9,9	99	10	15,7	0,16	1 %
RM - Brannskade	28,8	23,5	94	4	10,7	0,11	1 %
HS - Locked-in syndrom	54,3	15,3	46	3	5,6	0,12	0 %
VS - Spastisitet	45,8	3,4	44	13	8,1	0,18	0 %
VS - Spise og Svelgefunksjon	39,1	1,2	42	35	8,7	0,21	0 %
Totalsum	44,8	12,9	14173	1091	1 953,8	0,14	100 %

Tabellen under viser fordeling mellom bruk av senger og DRG-inntekter til primærrehabilitering, vurdering og kontroll.

Type opphold	Gj.sn alder	Gj.sn. Liggetid	Ant. liggedgn	Ant. Utskrivels	Ant. DRG	DRG pr liggedøg	Andel liggedøgn	Andel DRG
⊕ I-Primærrehabilitering	48,4	39,7	6557	165	650,6	0,10	46 %	33 %
⊕ Vurdering og oppfølging	44,0	7,1	4527	635	824,7	0,18	32 %	42 %
⊕ Kontroll	45,0	4,3	623	144	184,1	0,30	4 %	9 %
⊕ Gruppeopphold	45,4	9,5	648	68	100,7	0,16	5 %	5 %
⊕ P-Bevegelseslab	23,0	1,0	1	1	0,2	0,22	0 %	0 %
⊕ Ikke registrert kode	43,5	22,2	1817	78	193,4	0,11	13 %	10 %
Totalsum	44,8	12,9	14173	1091	1 953,8	0,14	100 %	100 %

ISF-finansieringen står bare for ca. 30 % av finansiering av pasientaktiviteten i foretaket. Den resterende finansieringen kommer fra basis. Innad i foretaket er det stor variasjon på kompleksitet på behandlingen, og dermed også på kostnadene knyttet til et DRG-poeng og et liggedøgn. Dette presenteres i avsnittet «Utfordringer som SunHF ser med DRG-finansiering».

7.5.7 «Subsidierer gjestepasienter»

SunHF sine DRG koster over 70 000 kr eksklusiv avskrivninger, husleie og finans. Når HSØ kun mottar 50 % av 42 753 kr fra Helsedirektoratet betyr det at HØS «subsidierer» de andre regionene.

Sunnaas sykehus HF	2014	2015	2016
Kostnad pr DRG	66 286	72 984	71 620

7.6 Mulige finansieringsløsninger

Foretaket har ikke kompetanse til å kunne gjøre en fullverdig vurdering av mulige finansieringsløsninger, men tillater seg å skissere noen ulike alternativer:

1. Som i dag
2. Rammefinansiering
3. Fast liggedøgnpris med ulike priser knyttet til rehabiliteringsprogram og alder
4. HSØ kan være pådriver mot HOD slik at det på sikt kan utarbeides en «riktigere» finansiering av rehabilitering tilpasset dagens behov og tjenestetilbud. Dette innebærer også å jobbe videre med bedre finansiering poliklinikk og dagbehandling. Denne løsningen ligger langt frem i tid. Et tiltak kan være å dele opp i flere DRG -koder for rehabilitering.
5. Foretaket får betalt for det det gjør – kvalitetsbasert finansiering- Denne løsningen ligger evt. langt frem i tid

7.7 Videre anbefalinger

I det videre arbeidet blir det viktig å se begge prosessene (utviklingsplan og inntektsmodell) i sammenheng, da det foreligger gjensidige avhengigheter.

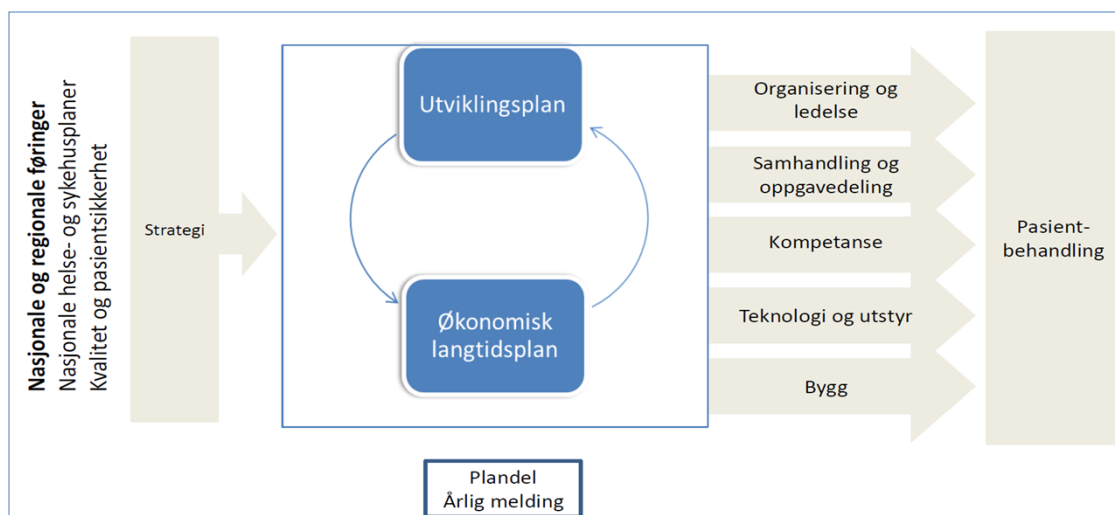
Arbeidet med å påvirke Helse- og omsorgsdepartementet, HSØ og Helsedirektoratet ved å delta i ulike fora og levere aktuelle data om rehabilitering og finansiering må fortsette.

8 Utviklingsplan Sunnaas – 2018

Foretaksledelsen i Sunnaas besluttet i juni 2017 at arbeidet med utviklingsplan 2035 skal prosjektorganiseres. Problemstillinger og anbefalinger fra premissutvalget skal legges til grunn for arbeidet med utviklingsplan. Utviklingsplanen skal oversendes HSØ 1. mars 2018, og i forkant av dette skal planutkast styrebehandles i to omganger. 2030-strategi, utviklingsplan bygg samt kompetanseplan legges inn i utviklingsplanen.

Arbeidet bør organiseres etter følgende fremdriftsplan:

- | | |
|---------------------|---|
| - 22. august | Oppstart prosjektorganisasjon |
| - 26. september | Vedtak styringsgruppen virksomhetsalternativer |
| - September/oktober | Møter med utvalgte kommuner og fastleger |
| - September/oktober | Møter med helseforetakene i regionen |
| - 11. oktober | Seminar i regi av fagråd rehabilitering HSØ |
| - 16. november | Første styrebehandling av skisse til utviklingsplan |
| - Desember/januar | Høring – utvalgte interessenter |
| - 22. februar | Styrebehandling av utviklingsplan |
| - 1. mars | Oversending til HSØ |



9 Anbefaling

Gruppens hovedkonklusjon er at det er for tidlig i utviklingsplanprosessen å besvare mandatets punkt 1-3 til fulle. Det er derfor gitt en skisse for scenarier som bør sees nærmere på i utviklingsplanarbeidet, da det må legges tyngre faglige begrunnelser til grunn dersom foretakets virksomhet skal endres.

Fagråd rehabilitering i HSØ har fått i oppdrag å se på regionale og nasjonale funksjoner innenfor rehabiliteringsfeltet. Sunnaas har flere medlemmer i fagrådet, og vil være sentrale aktører i det arbeidet som skal gjøres der.

Vedrørende finansieringsmodell for rehabilitering så er det iverksatt prosess fra HSØ. SunHF er trukket aktivt inn i dette arbeidet, og det ligger per nå ikke an til at det blir vesentlige endringer før 2019.

Det har ikke vært mulig å beregne kostnad per seng/døgn før nå, og rehabiliteringsprogrammene er oversendt HSØ for gjennomgang med tanke på dette.

Premissutvalgets anbefaling er at det arbeidet som er nedlagt våren 2017 videreføres inn i arbeidet med utviklingsplanen for Sun HF, og at gruppens medlemmer stilles til disposisjon for dette arbeidet.

Nesodden, juni 2017

Kathi Sørvig

Klinikkjef