

Høringssvar.

Utviklingen av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal Nordmørslista i Aure

Det er vel liten tvil om at dagens organisering, særlig av den spesialiserte rehabilitering, har som hovedhensikt å bygge ned/privatisere virksomheten. Og da særlig heldøgns-aktiviteten. Vi har to rehabiliterings sentra i HMR: Mork-(MRS) og Aure rehabiliteringssenter (ARS), og nedbyggingen har vært særlig merkbar i Aure.

Til tross for korte tidsfrister, har man kommet frem til et forslag som er et mulig grunnlag for videre arbeid. Man må under ingen omstendigheter, neglisjere den nedbygging av heldøgns rehabilitering som åpenbart foregår.

For dette dokumentet er langt fra ferdig. Mangler i mandatet er allerede påpekt av andre, hvor kanskje de viktigste er manglende helhetsvurdering og at begrepet samfunns nytte er helt utelatt. Av de alternativer som arbeidsgruppen har lagt frem, vil vi poengtere – Alternativ 3 som det beste. Vi vil peke på en del ting som, etter vår mening mangler i rapporten:

- 1) Etter vår mening bør man **skille mellom den kommunale og den spesialorienterte rehabilitering**. Sistnevnte er knyttet til spesialiserte sentra. Disse utnyttes i dag i liten grad. Det kjøpes bl.a. plasser for arbeidsrettet rehabilitering utenfor regionen og ved private sentra (Selli i Trøndelag og Muri-tunet i Valldal). Opplysninger vi har mottatt ved sykehuset i Kristiansund, tyder på at disse enhetene «godtar» de opplysninger de får fra sykehusene, og tar inn pasienten på kort varsel. Søkes det pasienter til Mork eller Aure, skal dette vurderes ved klinikken i Ålesund – 1 gang per uke. Etter vårt syn, er dette en tungvint og lite faglig rettet praksis. Det samme gjelder mulighetene for fastleger/kommunehelsetjenesten til å søke plass direkte. Vi vet ikke om dette gjelder Mork, men det er svært merkbart ved ARS
- 2) **Arbeidsrettet rehabilitering**, for eksempel etter protesekirurgi, kreftbehandling, nevrologiske sykdommer, hjertesykdommer m.fl., benyttes det kun private sentra.
 - a. Man får rask behandling (Tilbake i Arbeid- prinsippet).
 - b. Kort ventetid.
 - c. Fullverdig behandling.
 - d. Godtar de medisinske indikasjonene som presenteres.
 - e. Ingen «inntaksmøter».

Dette gjelder også pasienter med sammensatte problemstillinger. Det vil oftest dreie seg om heldøgns opphold. Så vidt vi kan bringe på det rene kan man oppnå samme, om ikke bedre, resultat ved avdelingene på Mork og i Aure. De benyttes bare ikke.

Spesialisert heldøgns rehabilitering er særdeles viktig. Det må organiseres på en god måte. Kvalitetssikring både av prosedyrer og tjenester må på plass. Så vidt vites, er ikke disse systemene risikovurdert. Vi tenker da særlig på lange reiseavstander og deltaking av pårørende i prosessen, noe som fra faglig hold, understrekes som svært viktig. Hensikten må være, å få pasientene tilbake i arbeid så raskt som overhodet mulig.

Et moment som er lite vurdert, er kommunenes «døgnmulkt» ved forsinket utskrivning fra sykehus. Heldøgns rehabilitering bør være et insitamant i så henseende.

3) Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er vanskelig, da de **Ambulante tjenester kan muligens organiseres og samkjøres**. I større kommuner med kort reiseavstand, kan slike systemer kanskje forsøkes, men det understrekes at dette dreier seg om to ulike scenarier.

Faglig sett, så er det den spesialiserte tjenesten som blir viktigst. Både rehabilitering etter behandling/ utskrivning fra sykehus. Dette gjelder både medisinske og kirurgiske problemstillinger. Slik det er i dag, så blir søknader om rehabilitering samkjørt via en sentral enhet i Ålesund (tirsdagsmøtene). I altfor stor grad blir pasienter kanalisert til private institusjoner både i, og utenfor området til HMR. Dette til tross for at vi har både ekspertise og bemanning til å ta oss av disse i våre to egne institusjoner på Mork og i Aure. Ifølge opplysninger fra sykehuset, så ender disse møtene i altfor stor grad, med avslag på heldøgns opphold. Etter vårt syn, bør man, i større grad, benytte seg av Mork og Aure, av flere grunner:

- Utnyttning av egen kapasitet.
- Behandling/rehabilitering nært hjemmet. Involvering av pårørende
- Økonomiske insitamenter som ISF-finansiering.
- Utvikling av egne miljøer med høy faglig standard
- Systematisering av behandlingen (f.eks. 5-døgns behandling)
- Nær kontakt med behandlende sykehus.

Flere og flere pasienter blir behandlet med protesekirurgi. Rehabilitering (heldøgns) er viktig med tanke på resultatet av behandlingen. Spesielt gjelder dette pasienter med høy alder (75+), og med sammensatt helsetilstander i tillegg. Studier har vist at det langsiktige resultatet blir bedre etter en systematisert rehabilitering særlig hos pasienter med tilleggs utfordringer.

Vi vet også at en del alvorlige sykdommer innen ulike fagområder kan ha behov for spesialisert rehabilitering. Det være seg nevrologiske lidelser, skader, hjertesykdom og infeksjonssykdommer m.fl.

Vi må ikke glemme pasientenes psykiske helse i dette komplekset, noe som kan ha alvorlige innvirkning på den videre prosess i tilbakeføring til et normalt liv.

Så kan man spørre seg: dersom det tilstrebes ambulant rehabilitering, hvem skal reise? Behandlere eller pasientene? Dette i vårt langstrakte «fergefylke». Vi vet vel egentlig svaret på det. Sentralisering av legevakt i mange kommuner, gir vel egentlig svaret: pasienten reiser! Etter vårt syn, er dette et håpløst forslag. Heldøgns opphold er langt å foretrekke både medisinsk og samfunnsmessig.

4) Det er all grunn til å **ta i betraktning at befolkningen blir eldre**. Sammensatt helsetilstand krever ofte spesialisert rehabilitering etter sykdom.

Innen protesekirurgi har man i HMR benyttet «direkte henvisning» til Muri-tunet og Selli rehabilitering i Klæbu i Trøndelag. Dette til tross for at vi har fullgode tilbud både på MRS og ARS. Man bør derfor se nærmere på de rutiner som kan spille en avgjørende rolle i hvordan vi organiserer den spesialiserte heldøgns rehabilitering. Her må de ansattes ideer og innspill veie tungt. Vi ser ingen grunn for at man ikke kan benytte de tjenester Mork og Aure kan tilby.

5) Flere har tatt til orde for en utredning av den fremtidige rehabiliteringen, via et **Pilot Prosjekt**. Dette vil vi gjerne slutte oss til, men det er prosjekter som må planlegges nøye og de må være forskningsbaserte.

Prosjektet bør inneholde:

- Finansiering, organisering og drift av spesialisert heldøgns rehabilitering.

- Hvilke pasientgrupper skal behandles – hvor, når og hvor lenge
- Oppfølging av pasienter etter utskrivning.
- Etablering av ambulante tjenester etter endt heldøgns rehabilitering
- Samarbeid med andre faggrupper under og etter oppholdet.
- Oppfølging av risiko og tilsyn.
- Offentlige prosjekter. Involvering av regionale strukturer.

Det er mange momenter som man må ta hensyn til når slik rehabilitering skal planlegges. Kanskje bør vi begynne å «tenke utenfor boksen». Ta hele mennesket på alvor, og sørg for at et rehabiliteringsopphold blir så fullstendig som mulig.

Dette krever en videreutvikling av de institusjoner vi allerede har, og kanskje skape en rehabilitering i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Vi er av den oppfatning, at rehabilitering etter medisinsk behandling, er helt avgjørende for gode resultater både faglig og for pasienten.

6) Hvor skal så den **kommunale rehabilitering inn**? Dette er et viktig spørsmål som bør drøftes inngående. Tilknytning til fagmiljøene på Mork og i Aure, blir avgjørende. Særlig for mindre kommuner. I byene er det etablert slike tjenester (det gamle sykehjemmet i Kristiansund), men kapasiteten er begrenset til egen kommune.

Modellen kan man imidlertid, se nærmere på i flere kommuner.

Her vil det også være et spørsmål om:

- Økonomi
- Reiseavstand
- Personalressurser
- Fagmiljø
- Organisering
- Samhandling

Vi beklager at denne høringsuttalelsen kommer litt forsinket, men håper den kan tas med i det videre arbeidet.

Terje Hals
gruppeleder
Nordmørslita i Aure.