

Hørings svar ad utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal

Viser til høringsbrev datert 11.06.20, hvor det oppfordres til å uttale seg om prosjektrapporten sine anbefalinger og styringsgruppen sin foreløpige innstilling, med en del tilleggs-punkter. Seksjonene Sengepost rehabilitering og revmatologi og Poliklinikk for fysikalsk medisin og nevropsykologi ved Ålesund sjukehus ønsker med dette å gi sin uttalelse.

Den mest komplekse rehabiliteringen i Møre og Romsdal HF foregår her ved Ålesund sjukehus, hvor den medisinske hovedspesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering er etablert. Her har vi bygget opp et kompetent og robust tverrfaglig fagmiljø med alle nødvendige faggrupper for å drive døgnbasert kompleks spesialisert rehabilitering, samt tilgang til andre aktuelle spesialiteter som ofte involveres i disse rehabiliteringsforløpene (somatikk, psykiatri og diagnostikk). I tillegg drives utdanning av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering og spesialister i klinisk nevropsykologi. Forskning og fagutvikling er også viktige fokusområder. Det er viktig for oss å presisere nødvendigheten av et visst volum og «utvalg» i pasientgrupper for å kunne opprettholde kompetente og robuste fagmiljø, samt utdanning av lege- og psykologspesialister. I vår uttalelse videre legger vi vekt på rehabiliteringsfaglig vurderinger, da vi ikke innehar nødvendig kompetanse til fagtunge vurderinger vedrørende økonomi/finansieringsordninger.

Foreliggende prosjekt for utvikling av rehabiliteringstjenestene i fylket vårt er svært viktig, og vi mener tiden er overmoden for en avklaring av tjenestetilbudet videre, og da særlig videre fremtid for Mork og Aure rehabiliteringssenter. Vi støtter styringsgruppa i at det er viktig at fagmiljø/kompetansemiljøet ved Mork og Aure opprettholdes. Disse institusjonene har god kompetanse innenfor sine pasientgrupper (funksjonsfordeling mellom rehabiliterings-seksjonene). Slik kompetanse har tatt (og tar) lang tid å bygge opp, og de negative konsekvensene ved nedleggelse av fagmiljø vil være store. Jamfør overstående avsnitt om kompetanse og robusthet i fagmiljøene, så er det ved disse institusjonene også viktig at en viss størrelse/sengetall opprettholdes. I de presenterte alternative samarbeidsmodellene er jo også dette i hensyntatt.

Sett fra vår side i rehabiliteringstjenesten er det særlig det kommunale rehabiliteringstilbudet som er en utfordring i forbindelse med utskrivelse fra døgnopphold. Det er svært variabelt hva de ulike kommunene kan tilby av videre rehabiliteringstilbud (faglig kvalitet og kapasitet), det gjelder både døgnbasert og dagbasert/hjemmebasert tilbud. Dette medfører ikke rent sjelden at pasienter blir inneliggende hos oss lenger enn nødvendig, da pasienten ikke skal få sin helsehjelp forringet som følge av dette. Særlig derfor er det alternativ 2 vi mener er en arbeidsmodell det bør satses på videre, altså med fokus på utvikling av rene rehabiliteringsenheter kommunalt eller interkommunalt, som det jo er faglig gode grunner som ligger bak.

Alternativ 3 er spennende og nok den modellen som holder brukerperspektivet høyest, men er en modell som er vanskelig å se for seg i et kort tidsperspektiv. Vi vil støtte forslaget om et pilotprosjekt for utprøving av en slik modell, men må samtidig presisere viktigheten av at en eventuell gjennomføring av modellen ikke innebærer reduksjon i sengeantall ved vår seksjon (av årsaker det er redegjort for i andre avsnitt).

Både alternativ 2 og 3 vil kunne benytte kompetansen som allerede eksisterer ved Aure og Mork rehabiliteringssenter.

Når det gjelder behovet for spesialiserte døgnbaserte rehabiliteringsplasser er dette som kjent vanskelig å anslå eksakt, og i prosjektrapporten fremkommer god grunnngivelse av årsakene til det. Vi jobber kontinuerlig med endring fra døgn til ambulant og poliklinisk/dagtilbud. I tillegg er det kontinuerlig fokus på å effektivisere døgnforløpene i form av kortere liggetid og redusere antall reopphold. Dette må imidlertid ses i sammenheng med det kommunale tilbudet som, i mange tilfeller, ikke er optimalt med tanke på pasient/brukers behov. I tillegg bor vi i en region med store avstander, som også gjør døgntilbud nødvendig av praktiske årsaker for en del pasienter/brukere. Her i Ålesund, samt på Mork rehabiliteringssenter, er det en stor andel pasienter som innlegges til rehabilitering i sub-akuttforløp etter nyoppstått skade/sykdom, hvor en driver døgnbasert rehabilitering med > 4 faggrupper involvert (altså kompleks rehabilitering etter definisjonen i ISF-regelverket) og det er moderat til betydelig behov for lege og sykepleier. Det er vesentlig å opprettholde kapasitet slik at disse pasientene ikke må ligge lenge og vente i moderavdeling med risiko for forringelse av sin rehabiliteringsprognose. Pr i dag klarer vi stort sett å «ta unna» nye pasienter uten for lang ventetid, men i perioder har vår sengepost utfordringer med kapasiteten når det gjelder de mest komplekse pasientene som må få sitt rehabiliteringstilbud her (for eksempel pasienter med traumatisk hjerneskade hvor kompetansen her er best inkludert tilgang til nødvendige faggrupper, pasienter med rehabiliteringsbehov etter langvarige og alvorlige intensivforløp som må være i sykehus og hvor en kan starte spesialisert rehabilitering parallelt til pågående medisinsk/kirurgisk oppfølging/behandling, underekstremitetsamputerte som ideelt sett bør komme i gang med proteseforløp i direkte forlengelse av kirurgisk forløp). I tillegg er det behov for innleggelse i en del tilfeller hos pasienter i seinfase av skade/sykdom, både for tverrfaglig kartlegging hvor en må bruke litt tid, samt treningsopphold for å bedre funksjon fysisk og kognitivt. Basert på informasjon tilgjengelig i aktuelle prosjektrapport og våre faglige vurderinger/erfaringer, vil et anslag fra vårt fagmiljø vil være at det foreligger behov for 34-38 spesialiserte døgnplasser for rehabilitering i vårt helseforetak (ekskl. ARR).

Vi ser nå frem mot en avklaring av rehabiliteringstjenestene i vår helseregion, og særlig ser vi frem mot avklaring av tilbudet på spesialisthelsetjenestenivå (Mork og Aure), da dette også er viktig for at vi i Ålesund kan videreutvikle ikke-døgnbaserte rehabiliteringstilbud optimalt.

På vegne av seksjonene Sengepost rehabilitering og revmatologi og Poliklinikk for fysikalsk medisin og nevropsykologi ved Ålesund sjukehus:

Hanne Elde, seksjonsleder Poliklinikk for fysikalsk medisin og nevropsykologi

Gro Lindin, seksjonsleder Sengepost rehabilitering og revmatologi

Hilde Christin Rognsø Furstrand, assisterende seksjonsleder/koordinator ambulant team

Ingvild Kjeldberg, seksjonsoverlege Sengepost rehabilitering og revmatologi/med.faglig rådgiver

Tonja Judith Pantelatos, seksjonsoverlege Poliklinikk for fysikalsk medisin og nevropsykologi

Johan Pettersen, spesialist i klinisk nevropsykologi

Eldrid Husevåg, spesialfysioterapeut

Audhild Farstad, spesialergoterapeut, plass-TV

Marit Borhaug, spesialfysioterapeut og verneombud