

Høringsuttalelse fra Avd. Rehabilitering

Rehabilitering i Nord-Norge

Rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge

Rapporten beskriver kjente problemstillinger, og situasjonen slik den oppfattes å være i dag.

1. Anbefalinger og tiltak, og forslag til en realistisk tidsramme for disse

Det er vanskelig å gi noe generell tidsangivelse til tiltakene i en slik plan. Vi anbefaler at OSO, og at man i prosessen rundt evaluering av Tjenestavtalene, diskuterer når man i samarbeid kan klare å få tiltakene på plass.

2. Innspill til ansvarsfordelingen mellom nivåene i helsetjenesten som presentert i figur 2 og 3, og spesielt hvordan vi kan differensiere og tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens inndeling

Med mange små kommuner hvor tilbudet varierer må plassering av ansvaret for pasienten og dens behandling vurderes individuelt. Figurene skisserer en oppbygging og struktur. For å avklare hvilket nivå pasienter skal behandles på i aktuell tidsperiode, må man ta hensyn til flere faktorer som eks kommunens kompetanse og ressurser.

Vi kan som behandlingsansvarlige på alle nivå ikke la det gå ut over pasientene og deres pårørende at nivåene ikke har forventet tilbud, kapasitet og kompetanse. Det må et samarbeid til som gir rom for diskusjon mellom nivåene knyttet til dette. Diskusjonene må ha pasientens behov som utgangspunkt, ikke en diskusjon om hvem som skal dekke utgiftene.

For å få til et reelt samarbeid mellom nivåene (etter samhandlingsreformens intensjoner), må en vurdere dagens praksis rundt revidering av tjenesteavtalene. Pr i dag gjennomføres forhandlinger mellom de øverste nivåene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Muligheten for å inngå delavtaler mellom en enkelt kommune og en enkelt tjeneste i spesialisthelsetjenesten brukes ikke. I prosessen med å reforhandle avtalene må aktuelt fagmiljø på begge nivå delta aktivt, slik at de reelle behovene fremkommer, og hvor diskusjon om evt delavtale kommer frem. Eksempelvis kan man inngå delavtaler knyttet til Tjenesteavtale 2, dersom en har et behov for et forpliktende samarbeid rundt opprettelse av LMS-kurs, kompetanseheving og veiledning knyttet til spesielle tema/områder over en gitt periode. Da får vi forankret avtalene der tjenestene utøves, og et reelt samarbeid kommer i gang.

Andre kommentarer.

- Pasienter med milde og moderate hodeskader bør fanges opp tidlig, slik at forebyggende tiltak kan settes inn tidlig. Denne gruppen må løftes frem i handlingsplanen.
- Kvalitetsindikatorer knyttet til spesialisthelsetjenestens ansvarsområder innenfor rehabilitering er mangelfull i dag. Dette er særlig knyttet til senfase og ambulant oppfølging. Det bør også komme anbefalinger på kvalitetsindikatorer for generelle rehabiliteringstilbud etter skade på hjerne/sentralnervesystemet.
- Noen av de pas. som omhandles i rapporten har behov for at hjelpeapparatet møter dem med et «livsløpsperspektivtankegang», hvor ulike behov manifesterer seg til ulik tid i livet. Behov som dukker opp i senere faser i livet må kunne prioriteres, ikke bare behov som oppstår i akutfasen. Planen må si noe om hvilke kriterier som skal ligge til grunn her. Det bør utredes om tiltak knyttet

til disse prosessene bør inn i prioriteringsforskriftene. Vår erfaring er at tiltak her vil gjøre pasienter mer selvstendig og trygge på seg selv og sin egen funksjon, og mange vil etter en stund trenge mindre offentlig hjelp (nytte og ressurs), samt at mangelfull behandling vil gi disse pasientene flere helseutfordringer, eks utvikle psykiske diagnoser, i tillegg til de somatiske (alvorlighet). Vår erfaring er at pasienter med behov for råd og veiledning i prosessen med å finne seg selv etter store endringer pga somatisk sykdom/skade, i dag sjelden får hjelp på kommunalt nivå. Alle faggrupper har det travelt, og denne oppgaven faller utenfor stillingsinstruksene. Vår anbefaling er at denne oppgaven knyttes til personlig koordinatorrollen i kommunen. Men da må rollens innhold beskrives på en annen måte enn den er beskrevet i dag.

- Det er viktig at de praktiske løsningene ift IKT blir lettere tilgjengelige og enklere å bruke, sikrere i drift. Fortsatt er det slik at vi opplever tekniske problemer (som ikke bare skyldes brukerfeil). Oppstår dette nok ganger, mister en raskt tillitt til systemet. Finansieringen må støtte bruken av IKT-løsninger, ikke bare for bruk av leger.
- LMS-tilbud kan utvikles i samarbeid mellom nivåene. Planen kan gi anbefalinger om hvordan vi kan utveksle bruk av fagressurser for gjennomføring av LMS-kurs, drøfte de økonomiske virkemidlene som tilbudet baserer seg på i dag og vurdere om disse er tilstrekkelige og effektive. (se pkt over som omhandler bruk av delavtaler til Tjenesteavtalene)
- Ansvarsavklaring mellom helse, arbeidsgiver og NAV i forhold til tilbakeføring til jobb er ikke godt nok avklart i dag, og kan belyses i handlingsplanen
- Kompetanse og hjernehelse må inn i grunnutdanningene, parallelt med kompetanse innenfor rehabilitering og habilitering. Det må komme frem i strategier for å få en riktig geografisk fordeling av kompetanse og ressurser. Registrering av tiltak og aktivitet i pasientjournal i spesialisthelsetjenesten gir ikke er godt bilde av hvor mye ressurser spesialisthelsetjenesten bruker innenfor habilitering og rehabilitering i dag. Handlingsplanen må løfte dette frem og diskutere alternative måter å løse dette på. Mye aktivitet knyttet til ambulant virksomhet er indirekte pasientarbeid (kontakt med pårørende, hjelpeapparat, arbeidsgiver osv). Dette hentes ikke frem i de rapporter som hentes fra journalsystemet i dag. Med økt fokus på ambulant virksomhet er dette et viktig tema å løfte frem. Dersom virksomheten rammefinansieres, må dette komme tydelig frem og implementeres i oppdragsdokumentene til helseforetakene, og økonomiske rammer må låses til dette oppdraget.

På vegne av Avd. ReHabilitering
Finnmarkssykehuset HF
Berit Malmo
09.09.19