



Til Helse Nord

Tynset 15.september 2019

## Høring - Rapport Rehabilitering i Nord-Norge

På oppdrag fra Helse Nord RHF og regionens OSO-er har prosjektgruppen utarbeidet en rapport som peker på utfordringer og mulige løsninger for et likeverdig, mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge.

Rapporten vil danne grunnlaget for en handlingsplan som har som mål å utvikle en tydeligere og bedre rehabiliteringstjeneste for befolkningen i nord.

Arbeidet har vært gjennomført gjennom åtte dialogmøter, to for hvert foretaksområde. På møtene har fagpersonell og ledere i spesialist- og kommunehelsetjeneste, samt brukere vært representert.

NFA synes det er positivt at Helse Nord tar initiativ til å avklare ansvars og oppgavefordeling på hvilket tjenestenivå ulike pasientgrupper skal få sin rehabilitering. Det er viktig for pasientene med en likeverdig rehabiliteringstjeneste av god kvalitet. Det har dessverre ikke vært noen fastleger eller sykehjemsleger med i utarbeidelsen av rapporten. Fastlegene utgjør det viktigste «navet» i samhandlingen rundt pasientene, både i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de andre helseaktørene i kommunehelsetjenesten. NFA håper fastlegene og sykehjemslegene inkluderes i det vider arbeidet med en handlingsplan.

NFA vil i dette høringssvaret kommentere på deler av rapporten som angår fastlegenes arbeid.

Kommunene er ulike i størrelse og tjenestetilbud. Folketetthet, organisering av helsetjenesten og geografi gjør det ofte uhensiktsmessig å sette samme krav til alle kommuner. Det må være rom for tilpasninger av egne løsninger, allikevel slik at likeverdige helsetjenester sikres. Interkommunale løsninger kan for noen kommuner være det som sikrer et likeverdig rehabiliteringstilbud best. Rekruttering og stabilisering av kvalifisert helsepersonell er viktige oppgaver for kommunene.

NFA støtter rapportens anbefaling om hvilke tilbud som bør være i alle kommuner med følgende kommentarer:

### 1) Frisklivsentral med/og Læring og Mestringskurs

I noen kommuner (f.eks Tromsø) fungerer Frisklivsentral og modellen med læringsmestringskurs svært godt. Det er geografiske variasjoner i hvor godt Frisklivssentraler fungerer og hvilken kvalifikasjon hos personell ansatt i Frisklivsentralene har. Noen kommuner har ikke etablert Frisklivsentral. I mange kommuner har man nå forsøkt med primærhelseteam (PHT) på

fastlegekontor. Legekontor med PHT stimuleres til å starte gruppebehandlinger og kan tilknytte seg helsepersonell med ulik kompetanse. Dette er en modell som i noen kommuner kan erstatte Frisklivsentral. Gruppebasert trening er bedre ressursutnyttelse og bedre dokumentert for en rekke muskel/skjelett lidelser enn individuell behandling hos fysioterapeut. Det er viktig med forebyggende kommunale lavterskeltilbud som kan bidra til livsstilsendringer, men rehabilitering kan være langt mer komplekst og kreve andre ressurser enn det som kan tilbys på Frisklivsentral.

## **2) Lavterskel tverrfaglig hverdagsrehabilitering**

## **3) Tverrfaglige rehabiliteringsteam som inkluderer fastlege for pasientene med størst rehabiliteringsbehov**

## **4) Tilgang til øremerkede senger til tverrfaglig rehabilitering for pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene**

## **5) Kommunen bør innta en offensiv holdning i forhold til innføring av velferdsteknologi slik at brukere med funksjonsnedsettelse kan oppleve mer selvstendighet**

Rehabiliteringspyramiden i figur 2 og 3 er en god illustrasjon på hvilket nivå de ulike pasientgruppene skal få sin rehabilitering. Det største volumet er i kommunen, men det er viktig at de komplekse rehabiliteringsoppgavene ivaretas på riktig nivå hvor kompetansen og ressursene for slik rehabilitering foreligger.

I rapporten står følgende om rehabiliteringstilbudene i kommunene:

*«Dialogmøtene beskriver at brukere synes det er vanskelig å få oversikt over rehabiliteringstilbudene som tilbys. Tilbudene er dårlig kjent og markedsført. Når brukerne etterspør tilbud opplever de at heller ikke fastlege eller annet fagpersonell innad i kommunene kjenner til egne tilbud.»*

Dette stemmer med NFA virkelighetsoppfatning. Tilbudene i en kommune kan være mange, men organisert på en slik måte at det er uoversiktlig og det er lite tilrettelagt for samarbeid. Man arbeider i for stor grad ved siden av hverandre, slik blir tjenestene fragmenterte og det ressursutnyttelsen dårlig. Dette gjelder nok spesielt de store kommunene.

NFA vil peke på to tiltak som kan bedre dette:

1) Kommunens hjemmesider bør organiseres slik at også helseaktører kan finne informasjon om tilbudene og hvilke rutiner og avtaler som foreligger mellom samarbeidspartene. Per idag er de fleste kommunale hjemmesider innrettet til bruk for innbyggerne, i dette tilfelle pasienten.

2) Alle aktører rundt pasienten må kunne kommunisere elektronisk med hverandre, feks fastlege må kunne kommunisere med fysio- og ergoterapeuter, både fastlønnede fysioterapeuter og de som har driftsavtale med kommunen.

Rapporten berører ikke utfordringen med forskjellige driftsmodeller for fysioterapitjenesten i kommunene og hvordan ansvarsfordelingen mellom disse bør være. Fysioterapeuter med driftsavtale har ikke populasjonsansvar slik fastlegene har eller geografisk ansvar slik de fastlønnede fysioterapeutene har.

Et foreslått tiltak for å bedre samarbeid mellom fysioterapeut og fastlege er å bredde «Knutepunktmodellen» som Fysioterapiforbundet og Norsk allmenmedisinsk forening (NFA) har utarbeidet. «Knutepunktmodellen», baserer seg på tett kontakt og personlig kjennskap mellom en fastlege og en fysioterapeut. Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter må delta i et oppstartprogram med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samarbeidsformer. Det bør legges opp til kurs hvor begge yrkesgrupper deltar, og det må legges til rette for felles konsultasjoner mellom pasient, fysioterapeut og lege. Fysioterapeut og lege må ha jevnlig møter om felles pasienter.

NFA er også enig i at det er for lite koordinering av tilbud til de som har behov for tjenester fra pleie og omsorgstjenesten. I mange kommuner er tjenestene fragmenterte med egne «siloer» for fysio- og ergoterapitjenesten, for bruker er det en stor fordel om rehabiliteringstjenestene er organisert sammen med pleie og omsorgstjenesten slik at hverdagsrehabilitering blir tilgjengelig tidlig i pasientforløpene f.eks til skrøpelige eldre. Modellen med hverdagsrehabilitering som prosjekt har fungert svært bra i noen kommuner. Det er viktig med godt samarbeid mellom de ulike aktørene i hverdagsrehabiliteringen og rapport etter gjennomført hverdagsrehabilitering må sendes fastlegen.

Velferdsteknologi er også ofte organisert som en egen «silo», noe som er uheldig. Velferdsteknologi kan være til stor nytte og hjelp brukt på riktig måte, men det krever riktige indikasjonsvurderinger, oversikt og koordinering. Velferdsteknologi er et av mange hjelpemiddel i pasientens rehabilitering og kan ikke organiseres som egen enhet.

Rapporten mener koordinerende enhet er for lite kjent, dette kan bekreftes.

NFA støtter hovedtrekkene for bedre samhandling og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten. Det er viktig å ta utgangspunkt i brukeren. Kommunene som skal overta rehabiliteringsansvaret bør kunne delta i planlegging og utskrivningssamtaler ved overføring fra spesialisthelsetjenesten, videomøter/konsultasjoner kan løse noe av utfordringene ved lang reiseveg.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen

Sirin Johansen

Leder

Styremedlem

Norsk forening for allmenmedisin • Fagmedisinsk forening i Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • 0107 Oslo

Telefon 23 10 90 00 • e-post: [nfa@nfa.legeforeningen.no](mailto:nfa@nfa.legeforeningen.no) • [www.legeforeningen.no/nfa](http://www.legeforeningen.no/nfa)