



Skibotn helse og rehabilitering



Opptreningscenteret i Finnmark

Helse Nord
postmotak@helse-nord.no

Tlf.: +47 777 15 900
Faks: +47 77 71 55 60

Besøks- og postadresse:
Gammelveien 29
9143 Skibotn

post@skibotnhr.no
www.skibotnhr.no

Org.nr.: 922 047 847

Vår ref:

Deres ref: 2019/1094

Skibotn, 15.09.2019

Svar på høring

Viser til e-post av 5. juni 2019 med invitasjon til å komme med høringssvar innen 15. september 2019. Høringssvaret sendes samlet fra Opptreningscenteret i Finnmark AS (OiF) og Skibotn Helse og rehabilitering (SHR), tidligere LHL-klinikkene Skibotn. Begge virksomheter eies av Helsepartner Nord-Norge.

Vi har først lyst til å uttrykke støtte til arbeidet som er gjort i rapporten. Det er gjort et grundig arbeid hvor rehabiliteringsfeltet innen regionen er godt belyst. Rehabilitering som fagfelt er stort og divergerer fra hverdagsrehabilitering i kommunehelsetjenesten til høyspesialisert rehabilitering ved universitetssykehusene, noe som gjør feltet bredt og komplekst.

Både OiF og SHR representerer tverrfaglig spesialisert rehabilitering innenfor flere ytelser. For OiF gjelder det områdene ortopedi, muskel- og skjelettlidelser, vestibulære lidelser, sykkelig overvekt, hjerneslag og arbeidsrettet rehabilitering. SHR har p.t. ytelsene, hjertesykdommer, kols og andre lungesykdommer, lungekreft og sykkelig overvekt. På bakgrunn av inneværende avtale og samarbeid med Helse Nord, samt mange års erfaring med rehabiliteringsfaget ønsker vi å inngi høringssvar.

I høringsbrevet etterspørres også hvordan utdanningsinstitusjonene kan involveres i kompetansebygging. Vi anser det som viktig at aktører fra rehabiliteringsfaget (kommunene, private og sykehusene) samarbeider med utdanningsinstitusjonene både hva gjelder utdanning av helsepersonell på alle nivå, men også ved systematisk samarbeid som gjerne kan nedfelles i konkrete samarbeidsavtaler eller hjemles i avtaler der hvor det er aktuelt. Eksempelvis kan aktører fra rehabiliteringsfeltet tas inn som forelesere i utdanningsinstitusjonene for å spre kompetanse om og interesse for rehabiliteringsfeltet på ulike utdanningsnivå, fra helsefagarbeider til medisinstudent, samt videreutdanninger innenfor nevnte fag.

2. Ansvarsfordeling mellom nivåene

Som rapporten også beskriver, er ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten et utfordrende område. Til tross for beskrivelser og presiseringer, opplever dessverre alt for ofte pasienter å «falle mellom to stoler». Vi er derfor veldig glade for at prosjektgruppen anerkjenner at enkeltpasienter sjelden lar seg kategorisere slik en ønsker det, og at plassen hvor den enkelte pasient skal få rehabilitering



Skibotn helse og rehabilitering



Opptreningsssenteret i Finnmark

ikke kan besluttes etter verken matrisen i tabell 1 eller 2. Som et eksempel på dette nevnes store pasientgrupper som muskel- og skjelettsykdommer og kols og lungesykdommer. Dette er grupper hvor mange kan ha nytte av rehabilitering i kommunehelsetjenesten, men der andre, for å få adekvat behandling, er avhengig av tilsvarende innenfor spesialisthelsetjenesten enten i sykehusene eller ved private virksomheter.

Vår erfaring fra rehabiliteringen som ytes fra våre virksomheter, er at de aller fleste pasientene innenfor eks. muskel- og skjelettsykdommer og kols og andre lungesykdommer er på riktig nivå når de kommer til oss. Noen er ikke det, og systemer for å kunne «sile» pasienter etter innsøking og påfølgende behandling av RVE vil kunne sikre at riktige pasienter kommer til riktig plass.

I så måte støtter vi opp under tabellen i figur 3 – «utkast til nivåinndeling i spesialisthelsetjenesten». Dette er særlig viktig i Helse Nord-området hvor avstandene er store, som i seg skaper logistiske utfordringer knyttet til både ambulerende team og dagrehabilitering.

Det er imidlertid svært viktig for oss, at man ikke utelukkende ser på diagnosens navn (jf. tidligere beskrivelse knyttet til muskel- og skjelettsykdommer og kols og andre lungesykdommer), men heller ser på konsekvensene av sykdommen for den enkelte pasient. En pasient med kols vil for eksempel i noen tilfeller kunne få god bistand i kommunehelsetjenesten, men avhengig av kolsgrad, hjemmesituasjon, bosted og andre variabler vil dette i andre tilfeller ikke være tilstrekkelig og vedkommende må oppover i nivåene. Vår bekymring er at man i for stor grad ser på diagnose-navn og ikke på enkeltindivider, noe som vil føre til at pasienter havner på «gal» plass i pyramiden.

3 – Beskrivelse av dagens rehabiliteringstilbud

Vi noterer oss at beskrivelsene av kommunehelsetjenestens tilbud ikke er dekkende for de muligheter og utfordringer den enkelte kommune står ovenfor. Figurene 4-7 viser tilbakemeldinger fra kommunene om hvilke stillinger og tjenestetilbud de har. Vi ønsker å understreke at det å ha flere ulike faggrupper ikke er det samme som at de yter rehabilitering. Det er vår erfaring at alt for mange kommuner har stillinger som fysioterapeuter, psykologer, leger og ergoterapeuter i økende grad jf innføring av lovkrav på området, men at disse ikke jobber slik at resultatet blir tverrfaglig rehabilitering, men snarere at det blir enkeltstående faggrupper som jobber innenfor hvert sitt felt.

Tabell 5 – oppsummering av diaglogmøtenes innspill vdr. pasienter med udekkede rehabiliteringstilbud

Vi slutter oss til listen slik den er forelagt, men ønsker å legge til følgende gruppe:

Mennesker som ikke har norsk som morsmål. Gjelder både mennesker med utenlandsk bakgrunn og norske minoritetsspråklige (samisk- og kvensktalende).

Vi ønsker også et bedre skåringsverktøy av «hjelpetrequende pasienter» enn barthel-skår som vi bruker i dag. Man kan eksempelvis se til IPLOS-registrering i kommunene som også hensyntar avhengighetsproblematikk, psykisk uhelse og kognitiv svikt som vi ser en del av ved rehabiliteringsinstitusjonene.



Skibotn helse og rehabilitering



Opptreningscenteret i Finnmark

4.1 Anbefalte fellestiltak

Vi ønsker å slutte oss til områdene som er beskrevet, men ønsker å legge til pasienter med sykkelig overvekt. Andelen som har BMI på +40 er fortsatt økende. Erfaringene våre fra ytelsene knyttet til mennesker med sykkelig overvekt er at det er en kompleks pasientgruppe. Tall fra de ca 130 pasientene med opphold ved SHR viser at knapt 50 % har psykiske problemer, og en betydelig andel har traumeproblematikk og erfaringer med overgrep i barndommen. Arbeidet med denne pasientgruppen er langt mer utfordrende og helhetlig enn å jobbe med fysisk aktivitet og redusert inntak av næringsrik kost. Samtidig ser vi også at pasientgruppen er ung og at en stor andel av pasientene står lenge utenfor arbeidslivet.

4.2 – anbefalinger og tiltak kommunehelsetjenesten

Vi ønsker å slutte oss til anbefalingene her, samtidig er det vår opplevelse at mange kommuner, også mindre kommuner har et etablert frisklivstilbud. Vi henviser mange av våre pasienter til disse etter endt rehabilitering, noe som forsterker rehabiliteringseffekten etter opphold. Pasienter med nedsatt fysisk funksjon og allmenntilstand, opplever vi imidlertid at i liten grad har anledning til å benytte tilbudene slik de i dag er lagt opp. Vi ser også at vi i enda større grad kan samarbeide, og bistå til at frisklivssentralene og kommunene får kompetanseoverføring.

I en del tilfeller avdekker vi som private rehabiliteringsinstitusjoner behov som må håndteres av kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Vi opplever imidlertid at det er utfordrende å få etablert slike tjenester for enkelte pasientgrupper. Et eksempel på dette er pasienter med sykkelig overvekt som etter vår opplevelse for ofte får avslag på oppfølging/egensøknad i kommunehelsetjenesten som er skrevet i samarbeid med oss. For å løse dette ser vi for oss at en aktør som eksempelvis OSO kan ha tematikken på et møte for å belyse utfordringene institusjonene og kommunene ser.

Når det gjelder ambulante team, støtter vi også oppunder dette, men vil gjerne tillegge at samarbeid mellom kommuner, og mellom kommuner og private rehabiliteringssentre kan være med på å gjøre rehabiliteringen mer tverrfaglig, robust og kvalitativt bedre.

Noen pasienter vil ha behov for omfattende tjenestetilbud fra kommunehelsetjenesten utover rehabilitering. Et økt fokus på samarbeidet mellom aktørene på tvers av nivåene, vil derfor være helt avgjørende for pasientene. Et eksempel på dette er pasienter med BPA-tjenester i hjemmet. Her vil også assistene kunne læres opp til å ivareta/videreføre rehabiliteringsaktivitet ihht rehabiliteringsplan etter endt opphold.

Vdr. Punkt 4:

Vi støtter også dette, og vil anbefale å benytte eksisterende rehabiliteringsinstitusjoner til å lage dette tilbudet. For å få dette til vil en anbefaling fra Helse Nord RHF, være svært positiv. Vi ser også for oss at de private rehabiliteringsinstitusjonene i større grad kan spille en rolle i forhold til ambulerende rehabiliteringsteam. Dette kan være hensiktsmessig også for å få større geografisk spredning på disse teamene, og dermed høyere dekningsgrad.



Skibotn helse og rehabilitering



Opptreningscenteret i Finnmark

5 – Anbefalinger for bedre samhandling og kompetanseoppbygging

Punkt 5.1

Vi støtter alle tiltak under punkt 5.1, men ønsker å bemerke at vår opplevelse er at individuell plan (IP) i liten grad fungerer etter hensikten. Vi har ved flere anledninger initiert IP på enkeltpasienter, hvor det ikke er blitt fulgt opp fra bokommune. Det fremstår som tydelig at det foreligger et kapasitetsproblem på IP, særlig hva gjelder koordinatorene hvor vi ofte opplever at denne er sykemeldt eller at koordinator ikke er tildelt.

Vi ønsker også å bemerke at det bør utarbeides en systematisert plan for å orientere fastleger om tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder alle ytelser, men særlig de nye fagområdene som HelseIArbeid og vestibulære sykdommer.

Et rehabiliteringsnettverk ønskes hjertelig velkommen!

Punkt 5.2:

Vi støtter alle tiltak under punkt 5.2

Punkt 5.3:

Vi støtter punktene under 5.3.

Med vennlig hilsen

Annie Abrahamsen Wik
direktør, Opptreningscenteret i Finnmark

Stine Jakobsson Strømsø
direktør, Skibotn helse og rehabilitering