

## Høringsinnspill til Strategisk utviklingsplan fra Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Vi ønsker å gi følgende innspill :

Det er gjort et grundig og systematisk arbeid. Samtidig er planen omfattende, og framstår derfor som litt lite tilgjengelig for praktisk bruk. Kunne det siste kapitlet vært strammet opp og konkretisert mer? Viser til slik det er løst i Strategisk utviklingsplan, kapittel 6, for St.Olav, som nå er ute på høring for 2.gang.

Vi foreslår et eget delkapittel om rehabilitering der strategi for en helhetlig tenkning om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i HNT beskrives, og sett i sammenheng med utvikling av helhetlige forløp sammen med kommunene. Alternativt at fokus på rehabilitering og mestring som strategisk virkemiddel for å møte fremtidens helseutfordringer kommer tydeligere fram i planen. St.Olav har tatt inn følgende som ett av flere tiltak under satsningsområdet «Vi øker kapasitet og kvalitet på utredning og behandling gjennom kontinuerlig forbedring»: «Vi utvikler våre rehabiliteringstjenester i takt med behov for å legge til rette for optimal mestring hos våre pasienter i et nært samarbeid med kommunene i vårt nedslagsfelt» (Høringsnotat Strategisk utviklingsplan St.Olav, 2. høringsrunde, side 39). Denne formuleringen kunne også vært tatt inn i Strategisk utviklingsplan for HNT.

For øvrig har vi følgende kommentarer og forslag til endringer/tilføyelser på konkrete formuleringer i Strategisk utviklingsplan HNT:

### **Kap. 2.3. Oppgavedeling og samhandling**

#### **Samarbeid med avtalespesialister og private**

I dette avsnittet står det:

« ... Helse Nord-Trøndelag har en egen rehabiliteringsenhet, men med begrenset kapasitet. Det er derfor behov for samarbeid med andre rehabiliteringsinstitusjoner...»

Dette er en upresis fremstilling av fakta, og den ovennevnte setningen bør strykes. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan foregå i spesialavdelinger i sykehus- som tverrfaglig spesialisert rehabilitering, i moderavdeling i tidlig fase, med ambulante tjenester og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Hvor helsehjelpen bør ytes avhenger av hvor kompleks funksjonsnedsettelse den aktuelle pasient har- medisinsk, kognitivt, sosialt, psykisk. Dette handler om en omforent forståelse om rett pasient på rett sted til rett tid, og fordrer tett dialog mellom fagmiljøer internt i sykehusene, med de private rehabiliteringsinstitusjonene og ikke minst med kommunene.

Dersom det skal stå noe spesifikt om de private rehabiliteringsinstitusjonene i dette avsnittet foreslår vi følgende: **HNT skal samhandle med de private rehabiliteringsinstitusjonene og bidra til at de inngår som en naturlig del av helhetlige pasientforløp.**

#### **Konkrete forslag til endringer i teksten (satt inn med rød skrift):**

#### **Kap. 4.3. Bemannings- og kompetansebehov - tilføyelse mellom avsnitt 3 og 4:**

.... Rapport fra Helsedirektoratet (2014)<sup>62</sup> skriver at Statistisk sentralbyrås (SSB) framskrivninger viser at det i 2035 kan mangle nærmere 80 000 personer med helsefaglig utdanning. Antall eldre i befolkningen vil øke drastisk. Nærmere én million vil være over 67 år i 2025, og en kvart million over 80 år. Færre yrkesaktive vil jobbe, betale skatt og finansiere velferdsstaten. Antall trygde- og

velferdsmottakere vil øke. Økning i antall eldre vil føre til at flere rammes av de store diagnosegruppene kreft, hjerneslag, hjertesykdom og lungesykdom. En del av disse pasientene vil trenge store helseressurser grunnet blant annet reinleggelser i sykehus. Der det anses nødvendig er det viktig å møte disse pasientgruppene med tidlig spesialisert rehabilitering for å skape gode pasientforløp og mestring.

Sammenlignet med andre land har Norge god personelldekning. Likevel viser framskrivninger at vi står overfor mangel på personell og kompetanse i helse- og omsorgssektoren...

#### **Kap 5. Analyse og veivalg – tilføyelse etter avsnitt 3:**

... Det vil bli endring i helsetjenesten på grunn av medisinsk fagutvikling, nye IKT- og e-helsesystemer, nye samarbeidsformer, sykdomsutvikling, livsstilsendringer og endret brukerrolle. Det er viktig å sikre fleksibilitet og riktig dimensjonering av tilbudet til den kritisk syke pasienten, samtidig som vi må ha gode pasientforløp for store pasientgrupper og pasienter komplekse, kroniske lidelser. **Tverrfaglig spesialisert rehabilitering med sin kompetanse på nettopp mestring, samarbeid og forløp må inkluderes i tidlig fase til de som trenger det.**

#### **Kap. 5.4.2. Satsningsområder – tilføyelse i avsnitt 4:**

... Det satses på pasientlogistikk og *standardiserte pasientforløp*, og dette skal være med på å sikre effektiv pasientbehandling med god *kvalitet* og god samhandling. **I den forbindelse må rehabilitering inngå som en naturlig del av pasientforløpet til de kronisk syke.** Samhandlingen med kommunene er helt essensiell for å kunne møte de utfordringer som beskrives fremover. Vi må samhandle godt på systemnivå, og det må være en god dialog og samhandling rundt den enkelte pasient...

#### **Kap. 5.4.2.1. Samhandling med kommunene – tilføyelse i avsnitt 2:**

... Kontinuitet og nærhet er kvaliteter mange pasienter med kronisk sykdom etterspør. Hjemmebehandling og ambulerende tilbud vil kunne styrke oppfølgingen av kronikerne. **Dette er pasientgrupper med stort behov for oppfølging, både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og her trengs gode og trygge forløp. Rehabiliteringsfaglig kompetanse må trekkes inn i dette arbeidet.**

Samhandlingsreformens formål er vanskelig å oppfylle. Helse Nord-Trøndelag og kommunene må fortsatt ha fokus på oppgavedeling og samarbeid...

For øvrig registrerer vi at det ikke er tatt inn noe om strategier knyttet til det å yte likeverdige helsetjenester opp mot minoriteter og migranter. Vi foreslår igjen å se til St.Olav, se s. 34 kap 5.20 – Gode tilbud til fremmedkulturelle – likeverdige helsetjenester.

På vegne av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering HNT

Elin Marita Segtnan Ytterstad  
Avdelingsoverlege

Nancy Haugan  
Avdelingsleder

28.01.2018