

Høringsinnspill til Strategisk utviklingsplan fra Avdeling for fysio- og ergoterapi NA og LE

Vi ønsker å gi innspill til følgende:

2.1. Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

2.1.2. Pasientforløp

Nasjonale pakkeforløp

Bør ta med at også pakkeforløp hjerneslag skal implementeres i 2018, forslag:

Nye nasjonale pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus og **pakkeforløp hjerneslag** er planlagt implementert i 2018.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

Samarbeid med avtalespesialister og private:

Helse Nord-Trøndelag har en egen rehabiliteringsenhet, men med begrenset kapasitet. Det er derfor behov for samarbeid med andre rehabiliteringsinstitusjoner. (s. 24)

Rehabilitering foregår i spesialisthelsetjenesten, i rehabiliteringsinstitusjoner og i kommunene. Det blir feil å knytte behovet for avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner kun opp mot begrenset kapasitet i sykehuset; det handler om rett behandling på rett sted til rett tid. Tidlig spesialisert rehabilitering kan være aktuelt for medisinsk stabile pasienter med mindre komplekse funksjonstap der det fortsatt er behov for spesialistvurdering og høy intensitet i rehabiliteringsforløpet.

Tidlig spesialisert rehabilitering i sykehus er karakterisert av høy medisinsk faglig kompetanse kombinert med rehabiliteringskompetanse, høyspesialiserte team, høy diagnosespesifikk kompetanse og bruk av strukturerte verktøy. Rehabiliterende tiltak iverksettes ved akuttavdelinger med tverrfaglig tilnærming kort tid etter sykdom og/eller skade, som i slagenheter. Nasjonal traumeplan sier at det skal fokuseres på å *koordinere tverrfaglig engasjement som tilstrebes under opphold på intensivavdeling og videre under oppholdet på sykehuset i henhold til kompetanse og tilgjengelige ressurser. Fysioterapi, fysikalsk medisin og rehabilitering skal kobles tidlig inn. Vurdering gjøres i løpet av 72 timer etter ankomst traumesenter. Pasienter skal vurderes mht behov for psykososialt tilsyn.*

Pasienter med komplekse utfall og behov for videre spesialisert rehabilitering i sykehus kan overflyttes til avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i HNT som tilbyr døgnbasert spesialisert tverrfaglig rehabilitering.

Forslag til endret formulering:

Fra 1. januar 2018 er det inngått avtaler med 11 rehabiliteringsinstitusjoner. Tidlig spesialisert rehabilitering kan være aktuelt i private rehabiliteringsinstitusjoner for medisinsk stabile pasienter med mindre komplekse funksjonstap som fortsatt har behov for en spesialistvurdering og en høyere intensitet i starten av rehabiliteringsforløpet. Helse Nord-Trøndelag har en egen fysikalsk-medisinsk rehabiliteringsavdeling for pasienter som har behov for høy medisinsk-faglig kompetanse kombinert med rehabiliteringskompetanse og tverrfaglig tilnærming.

Fra 1.7.2017 kan alle pasienter som har rett til rehabilitering fritt velge mellom offentlig og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Midt-Norge. For å systematisere datagrunnlag tilknyttet nasjonale kvalitetsmål for rehabiliteringsfeltet skal det utvikles minst ett generisk funksjonskartleggingsverktøy som kan innføres i rehabiliteringstjenestene i helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Helsedirektoratet har ansvar for å arbeide med å

finne et felles funksjonskartleggingsverktøy som vil gi pasienter et grunnlag for å ta et informert valg mellom ulike behandlingssteder som tilbyr spesialisert rehabilitering.

Spørsmål til utviklingsplanen:

Tiltaksområdene i kapittel 6 er overordnet formulert, de er ikke ansvarliggjort eller målbare. Går det an å være mer konkret for å gjøre det videre arbeidet mer forpliktende? Kan det i innledningene til de ulike områdene legges forventninger til hvem som har ansvar for å bidra til at tiltakene følges opp samtidig som man holder det åpent siden mange områder er et felles ansvar? Hvordan skal vi klare å evaluere tiltakene i 2022?

Eksempler:

6.1 Pasientenes helsetjeneste – brukertilfredshet

Skjønner ikke hvorfor brukertilfredshet er med i overskriften, men det ligger kanskje i malen? Pasientenes helsetjeneste handler om å legge til rette for en aktiv og deltakende rolle for pasienter og pårørende. Helsetjenesten må tilby forutsigbarhet, kvalitet og redusert ventetid blant annet.

Vi har oppdrag fra nasjonalt hold om å ta i bruk samvalgsverktøy og pasientrapporterte data (PROM/PREM) skal inkluderes for å danne grunnlag for evaluering og utvikling av helsetjenestene.

Forslag:

Kan man under punkt **A) Informerte valg** legge til at vi skal ta i bruk samvalgsverktøy der det er aktuelt. Dette kan i tillegg måles.

Under punkt **B) Brukerundersøkelser**: Kan vi være konkret og si at vi aktivt skal benytte pasientrapporterte data for å evaluere og utvikle helsetjenestene?

Avdeling for fag og teknologi vil være en viktig støttespiller for de kliniske miljøene for å komme i gang med dette.

6.2. Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring,

A) Aldrende befolkning

Savner ambulant virksomhet her selv om det i Handlingsplan for samhandling mellom kommunene i Nordre del av Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF 2018 – 2021 sies at ambulante tjenester skal kartlegges. Innen somatikken er ambulant virksomhet nedprioritert, mens man innen psykiatrien, habiliteringstjenesten og alderspsykiatriske tilbud benytter dette og hjemmesykehus beskrives som svært pasientorientert (s. 74). Kan ambulante tjenester ses på som gevinst da det ikke krever areal ved sykehusene?

Helsetjenesten bruker store ressurser på en prosentvis liten gruppe pasienter. Noen av disse er skrøpelige eldre med hyppige innleggelser. Viser til Strategisk utviklingsplan St. Olavs hospital (16.1.18) som har med en beskrivelse av risikogrupper og tilnærming (gjelder ikke bare eldre):
«Høyrisiko-gruppe»: 1-5 %, krever oppfølging av team på tvers av 1. og 2. linjetjenesten.
»Pasienter med økende risiko»: 15 – 35 %, har 2 eller flere sykdommer samtidig, følges av 1. og 2. linjetjenesten.

Gruppe med lav risiko for sykehusinnleggelse støttes med læring og mestring for egenomsorg.

Et slikt tankesett medfører at vi planlegger ulik tilnærming ut fra risikovurdering. Vi strever med å få til forebygging. Kan vi i perioden for utviklingsplanen se om vi kan endre tilnærming til «høyrisikogruppen», evt. om vi kan identifisere pasienter som tilhører denne gruppen (hyppige innleggelser f eks.).

- **Opprettet tverrfaglig samarbeid der det er hensiktsmessig.**

Tverrfaglig samarbeid er gjennom planen trukket frem som gunstig, eksempler:

5.1.5. Aktivitetsvekst og poliklinikk

Økt tverrfaglighet i poliklinisk utredning bør vurderes som en framtidig arbeidsform der det kan gi god effekt.

5.4.2. Satsingsområder

For å kunne drive god behandling, er vi helt avhengig av gode *fagmiljø* og *tverrfaglighet*.

Innspill:

Kan man i utviklingsplanen si noe om hvor det er ønskelig med tverrfaglig innsats? Hvem definerer når det er «hensiktsmessig»? Mange tilbud er allerede tverrfaglig. Ønsker man i tillegg at spesialister på tvers av fagområde skal samarbeide mer strukturert? Ønsker man at det jobbes mer i tverrfaglige team, gjerne på tvers av avdelinger og tjenestenivå? Hva med tverrfaglige ambulante tjenester?

Ett av de 5 satsingsområdene som beskrives for HNT i perioden 2018 – 2022 omhandler **Rekruttering – kompetanse**; *Det er viktig at det opprettholdes robuste fagmiljø, rett person på rett plass og tilstrekkelig og god kompetanse.*

Jobbglidning er nevnt under **2.5 Bemanning og kompetanse**:

For å sikre effektiv drift og rett kompetanse på rett plass gjennomføres det fortløpende tiltak som innebærer endret oppgavefordeling mellom yrkesgrupper. Eksempler på dette er jobbglidning mellom leder og sekretær og fra lege til sykepleier.

Innspill:

Vi mener det ligger et potensiale i å benytte flere faggrupper inn ved utredning, eksempelvis ved muskel- og skjelettlidelser som vi vet fører til stort helsetap. En oppgaveglidning mellom lege og fysioterapeuter/ergoterapeuter bør også vurderes når man skal se på aktuelle områder for jobbglidning og nye måter å drive kontroll og oppfølging av polikliniske pasienter (6.2). Vi er nære samarbeidsparter i kirurgisk poliklinikk både i Namsos og Levanger, ved fysikalsk-medisinsk poliklinikk, barnepoliklinikken og revmapoliklinikken. Denne kompetansen kan benyttes i større utstrekning enn idag.

Ved flere tilstander kan det være hensiktsmessig å prøve ut konservativ tilnærming før man går for kirurgi, som ved ulike typer leddproblematikk (eks. skulder, hoft, kne). Dette er ikke nevnt i utviklingsplanen. Fysioterapeuter/ergoterapeuter samarbeider tett med førstelinjetjenesten og kan samarbeide om å kvalitetssikre konservative tiltak som man ønsker å prøve ut før kirurgi.

På vegne av avd. for fysio- og ergoterapi,

Tove Vannes Sundby