



Styret
HMN-RHF
Høringssvar på Strategi 2020.

Deres ref.: K.Almlid

Vår ref.: tomto

Dato: 19.mai 2010

Strategi 2020-Høring

1. NFFR er enige i de fire hovedutfordringene Strategien bruker. Noen utfordringer oppfattes som viktige i samme prosess, dette fremgår under
2. NFFR er i utgangspunktet enige i de skisserte forbedringsområdene Strategien har.
3. NFFR ber om å være høringsinstans når prinsippene for oppgavefordeling innen rehabiliteringsfeltet kommer opp. Vi har innspill til måter å organisere tjenestene på. Se vedlegg.
4. Konkrete forslag til innretning mot Samhandlingsreformen ligger vedlagt.

NFFR er fornøyd med at prosessen inn i Strategi 2020 er såpass åpen og vi er takknemlige for å bli hørt. Vi imøteser at Styret gjør en anstendig og fokusert gjennomgang av vårt høringssvar.

Forutsetninger sett fra vårt ståsted:

Hvilke hensyn vil sykehus med presset økonomi komme til å ta? Vil det være etiske hensyn, vil det være faglige, eller vil det være økonomiske? Hvordan tenker Styret sikre at de nasjonale mål som er satt for rehabiliteringsfeltet også gis mulighet for en gjennomføring?

Vi ønsker Strategi 2020 velkommen, men vil samtidig formidle vår bekymring for rehabiliteringsfaget plass i HMN-RHF og St. Olavs Hospital HF

Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering ved St OH hadde i utgangspunktet 24 senger i vår sengeavdeling på Munkvoll rehabiliteringssenter. Dette skulle dekke behovet for spesialisert, tverrfaglig institusjons- rehabilitering overfor mennesker i yrkesaktiv alder med hjerneslag, traumatiske hjerneskader (hodeskader), skader som følge av surstoffmangel, MS, hjernesvulst m.fl. De siste årene har vært preget av en trist prosess med nedlegging av seks senger for døgnbasert rehabilitering av yngre personer med ervervet hjerneskade og omgjøring av ytterligere seks senger til 5-døgnssenger.

Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering ved St OH hadde i utgangspunktet 12 senger i sengeavdeling på avdeling for ryggmargsskader. Avdelingen er satt til å dekke helseregion IV og V. Sengekapasitet er nå redusert til 10.

Nå er Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering ved St OH tvunget til å avslå søknader om rehabilitering til mange yngre pasienter med blant annet hjerneslag og håpe at de får tilbud andre steder. Unge pasienter med komplikasjoner etter ryggmargskade trenger også en spesialisert oppfølging med store krav til ryggmargskade relatert kompetanse. Man har gjennom årene hatt flere pasienter som utskrives med behov for blant annet hjemmerespirator. Disse pasientene krever store ressurser både personellmessig samt i tidsbruk og ligger gjerne inne i > 3 mnd. Klinikken har valgt å ta dette ansvaret, men innrømmer at den nåværende situasjonen med pågående omstillinger stiller krav til forsvarlig medisinsk behandling på en skikkelig prøve. Ingen andre enn denne avdeling har slik kompetanse og ingen andre kan håndtere disse pasientene skikkelig. Dette gjelder helseregion IV og V. Se forøvrig HMN-RHF Sak 112/08; Orientering om rehabilitering.

Traumerapporten

NFFR ønsker å kommentere sentrale punkter i Traumerapporten som vi i utgangspunktet er glade for at kommer til anvendelse i Strategien.

I rapporten ”Traumesystem i Norge” som er utarbeidet av blant annet kirurger og anestesileger går det tydelig frem at rehabiliteringsenheten ved komplekse skader bør være samlokalisert i traumesenteret (akuttstusykehuset) ved universitetssykehusene - samlokaliseringen letter tverrfaglig samarbeid og kan sikre adekvate intervensjoner (kirurgiske inngrep for å effektivisere rehabiliteringen) på et optimalt tidspunkt. Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering ved St OH hadde intensjoner om å drive en ekstra 8 sengs intermediær post med plass for særlig kompliserte skader vel vitende om at tidlig kontakt mellom rehabiliteringsdoktor, kirurger og anestesileger vil kunne gi et smidigere pasientforløp og ikke minst et bedre utkomme for pasienten. Leger ”på huset”, øvrig helsepersonell og klinikkledelse var begeistret, men ikke øvrig administrasjon og ledelse ved sykehuset. Man pekte på økonomi og omstilling og den lenge planlagte enheten ble aldri noe av.

Status: NFFR er kjent med at det til enhver tid ligger hardt skadde / syke unge mennesker på St OH som ikke mottar et verdig rehabiliteringsfaglig tilbud. Noen må flyttes til intensivavdelinger ved lokalsykehus i påvente av plass på riktig kvalitetsmessige kompetansenivå.

Det er godt dokumentert at utkomme etter utsatt spesialisert rehabilitering er svært mye dårligere enn om man gir rehabiliterende behandling på rett sted til rett tid.

Rehabiliteringsmedisinens tilknytning til det akademiske miljø.

Spesialiteten trengs ved universitetssykehusene for å holde kontakten med det akademiske miljø slik at det kan gjøres seriøs forskning innen fagfeltet. Dette er den eneste måten som muliggjør et øket fokus på evidensbasert faglig aktivitet som ledd i en kontinuerlig vitenskapelig basert tenkning i utøvelsen av faget. Dersom rehabilitering fases ut fra det medisinskfaglige miljø ved universitetsklinikken og over til private opptreningsinstitusjoner og kommuner, så vil også faget som akademisk disiplin råtne på rot. Alle rehabiliteringsinstitusjoner skal ha tilknyttet en spesialist for å kunne drive og uten dette er man like langt. Man kan altså opprette så mange lokale rehabiliteringsenheter man vil, uten kvalifiserte spesialister kan de naturligvis ikke drives. Disse fullfører sin utdanning ved de rehabiliteringsavdelingene i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg er det faktisk et lovregulert ansvar at spesialisthelsetjenesten også skal bedrive og sikre lokal kompetanseheving i den enkelte kommune eller rehabiliteringsinstitusjon, dette har vi ingen mulighet til å kunne håndtere under dagens situasjon! Dette rapporteres å være et daglig opplevd press hos alle grupper helsepersonell.

Mørketall

Det finnes også pasientgrupper som ikke har et godt etablert rehabiliteringstilbud i vår region i dag: voksne med cerebral parese, mennesker med epilepsi, MS, Parkinsons sykdom, ALS og andre nevrologiske tilstander som medfører langvarig funksjonshemming. Vårt fagfelt trenger altså en styrking i bredden også, ikke nedleggelse av virksomhet!

Styret har et ansvar for hvilke verdier Strategi 2020 skal bygges på.

Styret må ta stilling til hvilke verdier vårt samfunn skal tuftes på: de rent pekuniære eller verdier som også holder i hevd enkeltmenneskes livskvalitet og retten til et verdig liv. Helsevesenet har de senere år i stadig større grad fått seg forelagt bedriftsøkonomiske modeller for sin "produksjon" hvor økonomisk balanse er målet, og ikke midlet. Regnskapsloven står dermed over helselovgivningen. Rehabiliteringsmedisinens "produksjon" har ikke som sitt primære mål å oppfylle samfunnets behov for inntektsbringende individer men har tvert imot verdighet som ett av de største målene.

Oppdrags og styringsdokumentene de siste 6 årene

Man skal lete lenge etter større saksportefølje over demokratisk vedtatte "oppdrag" enn den man finner for rehabiliteringsfeltet. Det foreligger en sjelden tydelig tverrpolitisk enighet om det. De regionale helseforetakene har krav om "*styringsmessig oppmerksomhet mot pasienter som trenger rehabilitering og habilitering*". Dette er også framhevet i St.Prp nr 1. De politiske signalene er altså tydelige.

NFFR er glade for at man i Strategi 2020 holder liv i Styrets vedtatte handlingsplaner og ønsker at disse skal innlemmes i den nye Strategien. Et anstendig Styret bør da ta seg til å lese sitt egen vedtatte Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge 2005-2008

Vi hadde store forventninger til å kunne videreutvikle vårt faglige tilbud da styret for Helse Midt-Norge i desember 2004 tildelte opptrappingsmidler for rehabilitering, med definerte beløp for en flere-års periode. Imidlertid vedtok det samme styret i desember 2005 å kanalisere dette tilbake til rammefinansieringen for foretakene. Riktignok med en henstilling om å videreføre opptrappingsplanen for rehabilitering, men det synes ikke å være avsatt konkrete midler slik at vårt helseforetak ikke har sett seg i stand til å tilføre oss disse opptrappingsmidlene.

Det ble i 2009 innført en skjerpet halvårlig rapportering til HOD der RHFenes aktuelle eller planlagte aktivitetsøkning på feltet skulle framgå. NFFR kunne ikke lese eller forstå at intensjonene er fulgt. **Ingenting har skjedd.**

NFFR hadde i april 2010 et møte med Spesialisthelsetjeneste avdelingen, HOD der HMN – RHF ble brukt som aktivt eksempel på situasjonen i feltet.

Vi møtes ofte fra avdelings- og sykehusledelse med økonomiske argumenter hentet fra DRG systemets insitamenter. Det var derfor svært betryggende å se at statsråden er klar i sin uttalelse til oss om at *”de aktivitetsbaserte tilskuddene ikke skal være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys behandling”*. På nasjonalt nivå er HMN-RHF på laveste nivå når det gjelder totalt forbruk av rehabiliteringstjenester, målt som opphold pr. 1000 innbygger. Se HMN-RHF Sak 112/08; ”Orientering om rehabilitering”

Helse Midt-Norge forventes å prioritere rehabilitering ut i fra faglige vurderinger og politiske føringer. At spesialisert rehabilitering for alvorlige hjerneskader eller ryggmargskader har en mangelfull finansieringsmodell, skal egentlig ikke være relevant i denne sammenhengen.

Tidligere direktør ved St. Olavs Hospital, Gunnar Bovim, hadde i sin tid et viktig poeng når han forsøkte å motivere ansatte for å gjennomføre tøffe økonomiske innstramminger: ”Det er vedtatt av demokratiet at aktiviteten i norsk helsevesen skal litt ned, vår oppgave er å gjennomføre dette så godt som mulig”

NFFRs poeng er like godt: Det er også vedtatt av demokratiet at rehabilitering skal styrkes, og vi kan ikke annet enn å ha tillit til at Styret administrativt ansvarlige ser til at dette blir fulgt opp.

Det er feil å tro at spesialisert rehabilitering av komplekse skader kan foregå utenom universitetssykehusene !

Det må være kontinuitet i tjenestene og pasienter med komplekse skader etter for eksempel traumatisk hjerne eller ryggmargskade og andre ortopediske multitraumer må rehabiliteres i det samme traumesenteret de ble mottatt i og hvor den livreddende kirurgien ble gjort !

Uten en akademisk og forskningmessig forankring i et styrket spesialisert rehabiliteringsfelt sammenholdt med økt utdanningskapasitet faller all distriktspolitisk rehabiliteringssatsning på stengrunn !

Med hilsen
Styret
Norsk Forening for Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisin

