

Helse Møre og Romsdal

Oslo, 24. august 2020

### Høring – Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil takke for muligheten til å komme med innspill til den utsendte rapporten om utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Møre og Romsdal.

Våre hovedinnspill er:

- Stor bekymring for rehabiliteringstjenesten; utfordringsbildet er kompleks og kapasiteten for liten.
- Akuttmedisinen redder liv. Men, rehabilitering er det som hindrer uførhet.
- Samlokalisering er ingen garanti for samarbeid. NFF savner fokus på holdningsskapende arbeid, kommunikasjon, hospitering og kunnskap om, og forståelse for hverandres utfordringer og hverdag.
- For å øke samarbeidet og sømløse pasientforløp må de koordinerende enhetene på begge forvaltningsnivå ha et utstrakt samarbeid og felles kontaktflater for å sikre innbyggernes behov for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå.
- NFF er enig i viktigheten av å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i rehabiliteringstjenesten, og støtter opprettelsen av interkommunale enheter dedikert til rehabilitering dersom dette er beste organisatoriske løsning.
- NFF er enig i nødvendigheten av at rehabilitering skjer i egne dedikerte enheter. Det er svært viktig å differensiere mellom rehabiliteringstjenestene på den ene siden og pleie- og omsorgstjenestene på den andre.
- NFF er enig i viktigheten av at rehabiliteringsenheter har stort nok volum til å sikre kompetente og robuste fagmiljø. Vi ønsker imidlertid større bevissthet rundt dette også i kommunene, der fysioterapeutene har en naturlig og stor rolle.
- NFF påpeker at det særlig i små kommuner kan være vanskelig å rekruttere helsepersonell med rehabiliteringskompetanse, og at det i det videre kan være utfordrende å beholde kompetent personell.
- NFF vil peke på at å opprette et interkommunalt rehabiliteringstilbud på ingen måte sikrer tilstrekkelig kapasitet.
- Det er viktig å avklare hvilke pasienter som skal behandles på hvilket tjenestenivå. NFF har derfor fremmet forslag om at det nedsettes et partssammensatt, offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud, samt utarbeider forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling som er tilpasset ulike kommunetyper.



- NFF støtter argumentene som tilsier anbefalingen om å satse på alternativ 2.

Innledningsvis vil NFF uttrykke stor bekymring for rehabiliteringstjenesten. Utfordringsbildet er stort og komplekst og kapasiteten for liten. Pasient- og brukerombudet skriver i sin årsrapport for 2018 at: «Ombudene hører ofte om at det er for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er dessuten vanskelig for pasienter å forstå hvorfor noen får til dels omfattende rehabilitering etter sykdom og skade i spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner, mens andre henvises til det kommunale tilbudet. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Vi får henvendelser der pasienter mener de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering har vært for lang». Akuttmedisinen redder liv. Men, tidlig innsats fra spesialister som fysioterapeuter er det som forebygger uførhet.

NFF hilser samhandlingsprosjektet om rehabiliteringstjenestene i Helse Møre- og Romsdal velkommen. Dette er et viktig prosjekt. Vi opplever det som et paradoks at det brukes enorme ressurser på å redde alvorlig syke og skadde pasienter i spesialisthelsetjenesten, men at det ikke prioriteres å gi de samme menneskene funksjon, mestring og verdighet tilbake. Mange mennesker må vente lenge på å få plass i rehabiliteringsinstitusjoner etter utskrivning. I denne tiden vil mange oppleve funksjonsfall, og noen vil miste funksjon for alltid. Når forskning samtidig viser at riktig rehabilitering til riktig tid kan redusere behov for kirurgiske inngrep og medikamentbruk, er det rett og rimelig at det settes fokus på rehabiliteringstjenestene.

Dersom helsetjenesten skal innrettes etter hva som er viktig for pasientene, må rehabilitering styrkes. De fleste pasienter som har opplevd alvorlig sykdom eller skade, holder fram at det viktigste for dem er å kunne gå igjen, å kunne stå, å kunne gå på toalettet, å kunne klare seg selv. Altså å mestre hverdagen. I slik mestring ligger både god samfunnsøkonomi og stor verdi for enkeltindividet.

I forordet til denne rapporten står det at dette er leveransen fra et utviklings- og samhandlingsprosjekt der man ønsker å utvikle gode *samarbeidsmodeller* på tvers av tjenestenivå innenfor døgnbasert rehabilitering. NFF vil starte med å si at vi ikke leser denne rapporten som en utvikling av samarbeidsmodeller. Hovedvekten av rapporten kretser rundt fysisk plassering og organisering av tjenesten. Samarbeid oppstår når helsepersonell og pasienter og pårørende snakker sammen. Samlokalisering er på ingen måte en garanti for samarbeid. Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har hatt stor suksess og et av suksesskriteriene er nettopp utstrakt kommunikasjon og samarbeid mellom det tverrfaglige oppfølgingsteamet, tildelingskontorene og koordinerende enheter, fastlege, NAV og andre aktører. Organisering og lokalisering er kun en ramme. Samarbeid og gode overganger fordrer kommunikasjon.

NFF er enig i viktigheten av å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i rehabiliteringstjenesten, og støtter opprettelse av interkommunale enheter dedikert til rehabilitering dersom dette er beste organisatoriske løsning. Vi vil imidlertid påpeke at dersom formålet er sømløse pasientforløp og samarbeid på tvers av tjenestenivåene, er det nødvendig å fokusere på kommunikasjon, samhandling og koordinering mellom sykehus, rehabiliteringsinstitusjon og kommune. Her er det nødvendig med holdningsskapende arbeid, kommunikasjon, hospitering, kunnskap om, og forståelse for hverandres utfordringer og hverdag. Dette er i liten grad diskutert i rapporten.



For å utvikle samarbeidsmodeller er det nødvendig å se på hvordan samhandlingen fungerer i dag. Rapporten peker på at det er krevende for henvisere å holde seg oppdaterte på eksisterende tilbud, og at det ofte gjøres ulike vurderinger i enhetene som tar imot søknadene. Det er ingen enkel løsning på denne utfordringen og NFF etterlyser et større fokus på dette i rapporten. Gode IKT systemer letter dette arbeidet, men det forutsetter at det er kompetent personell i begge ender. NFF har ved flere anledninger trukket frem behovet for å styrke koordinerende enhet da alle kommuner er forpliktet til å ha en slik enhet. En utfordring er at i mange kommuner er enheten lite synlig, og ofte består av mindre enn et årsverk. NFF mener at koordinerende enhet i kommunen må være en faktisk enhet. For å øke samarbeidet og tilrettelegge for sømløse pasientforløp må de koordinerende enhetene på begge forvaltningsnivå ha et utstrakt samarbeid og felles kontaktflater for å sikre innbyggernes behov for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå. Disse enhetene må ha oversikt over tilbudet til rehabiliteringsinstitusjonene og enkeltkommunenes kompetanse og kapasitet. Uavhengig av organisering, må de koordinerende enhetene bemannes av personell med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse. Samtidig vil vi peke på at en styrking av de koordinerende enhetene alene ikke vil bidra til økt kvalitet eller bedre rehabilitering for den enkelte pasient.

Samlokalisering kan heller ikke løse to av de andre store utfordringene på rehabiliteringsfeltet; både rett og tilstrekkelig kompetanse blant de som jobber der, og tilstrekkelig kapasitet.

NFF er svært glad for at rapporten en rekke ganger trekker frem nødvendigheten av at rehabilitering skjer i egne dedikerte enheter. Vi har flere ganger påpekt at rehabiliteringstjenestene, herunder fysioterapi- og ergoterapitjenestene, ikke kan organiseres under pleie- og omsorgstjenestene. Det er nødvendig å differensiere mellom rehabiliteringstjenestene på den ene siden og pleie- og omsorgstjenestene på den andre. Det er nødvendig at denne forskjellen trekkes frem for å påpeke og anerkjenne behovet for spesialisert rehabiliteringskompetanse i tjenestene. Dersom målet er funksjonsforbedring, kreves rehabiliteringskompetanse. Kompenserende tjenester oppnår ikke de samme resultatene. Da NFF, i samarbeid med Ergoterapeutene, var pådrivere for prosjektet hverdagsrehabilitering, var det nettopp en intensiv, personsentrert, tverrfaglig, tidsavgrenset og målrettet intervensjon vi fremmet. Hovedfokus i hverdagsrehabilitering er å bedre mestring av aktiviteter som, for brukeren, oppleves som viktige og meningsfulle i dagliglivet. For å skape denne mestringen er det nødvendig med yrkesutøvere med rehabiliteringskompetanse. NFF vil imidlertid peke på viktigheten av å ansette dedikerte arbeidstakere som virkelig er interesserte i rehabilitering i rehabiliteringstjenestene. Dette gjelder ikke bare de yrkesgruppene man vanligvis tenker på når man snakker om rehabilitering, som fysioterapeuter og ergoterapeuter, men også pleiepersonell. For at man skal lykkes med rehabilitering, er det viktig at personalet «tenker» rehabilitering hele døgnet – og at de ikke må dele oppmerksomheten mellom pleie og rehabilitering.

Vi har uttrykt bekymring for nedskjæringene i fysioterapistillingene i både spesialisthelsetjenesten og kommunene, og særlig i sykehjemmene der vi opplever at rehabiliteringsfokus stadig taper grunn. NFF er derfor håpefulle, og forventer at rehabiliteringstilbudet i Møre og Romsdal organiseres som egne enheter og ikke legges under pleie- og omsorg, uavhengig av hvilket av alternativene som tilslutt velges.

NFF skulle naturlig nok gjerne ha lest mer om fysioterapeutens rolle og plass i denne rapporten som omhandler rehabiliteringstjenestene i fylket. Rapporten nevner flere steder at fysikalskmedisinere er



en viktig profesjon i sykehusets rehabiliteringsavdeling. NFF vil peke på at det, både i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og i kommunene, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og andre yrkesgrupper som gjennomfører de faktiske rehabiliteringstiltakene. I kommunene, der brorparten av rehabiliteringen foregår, er det ingen fysikalskmedisinere. Vi er svært fornøyde med at denne rapporten trekker frem viktigheten av at rehabiliteringsenheter har stort nok volum til å sikre kompetente og robuste fagmiljø. Vi har likevel notert at dette ofte nevnes i forbindelse med spesialisert rehabilitering, og ikke i forbindelse med rehabiliteringen som skjer i kommunene.

NFF ser det som svært positivt at prosjektgruppen har undersøkt rehabiliteringstilbudet i kommunene, selv om vi må innrømme at resultatet er nedslående. Bare 14 av 34 kommuner har øremerkede rehabiliteringsplasser. Dessverre understreker dette noe vi lenge har visst, nemlig at rehabilitering nedprioriteres på bekostning av pleie- og omsorg, på tross av mulige gevinster for både individet og samfunnet. Vi ønsker større oppmerksomhet på hvordan ulikhet i tilbudet i helseforetakene og knapphet på ressurser i fysioterapi- og ergoterapitjenesten i kommunene påvirker innbyggernes mulighet for å motta likeverdige rehabiliteringstjenester.

Møre- og Romsdal består av både store og små kommuner. På generelt grunnlag ser man at det, særlig i små kommuner, kan være vanskelig å rekruttere helsepersonell med rehabiliteringskompetanse, og at det i det videre kan være utfordrende å beholde kompetent personell. Dette kan bidra til utfordringer for små kommuner med å tilby et bredt spekter av tilbud og likeverdige helsetjenester. NFF er derfor enige i at interkommunale rehabiliteringstilbud kan være en løsning på slike utfordringer. Lite befolkningsgrunnlag i kommunen tilsier at noen vanlige sykdommer kan forekomme sjelden. Lavt folketall tilsier også få årsverk i helsetjenesten. Da kan fagmiljøet i små kommuner bli lite og sårbart – også med god kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Knapphet på ressurser i fysioterapi- og ergoterapitjenesten i kommunene er ikke uvanlig og mange kommuner fjerner nå faste stillinger og avtalehjemler for fysioterapeuter, noe NFF finner svært bekymringsverdig.

Videre etterlyser NFF flere betraktninger rundt småskalautfordringene i kommunene, hvordan dette påvirker rehabiliteringspyramiden og forslag til løsninger som sikrer innbyggernes behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester. At et tilbud er interkommunalt sikrer på ingen måte tilstrekkelig kapasitet. Her vil vi også peke på noe som er hovedutfordringen ved slike regionale planer: Helseforetakene har lettere for å avgrense sitt ansvarsområde, og en stor del av befolkningen er innforstått med at det er nødvendig at fagmiljøene samlokaliseres i større enheter og at vi som pasienter må reise. Kommunene derimot, skal tilby rehabilitering til alle som ikke mottar denne i spesialisthelsetjenesten, og det er skapt forventninger om at vi skal motta disse tjenestene i eget lokalmiljø. Det er naturlig at man i en slik rapport ikke kan gå inn på hva hver enkelt kommune har kapasitet til å tilby av tjenester. Resultatet blir imidlertid en anbefaling, i dette tilfellet om interkommunale rehabiliteringsenheter, uten at vi får noen kunnskap om kommunene ønsker eller vil prioritere dette.

NFF har ved flere anledninger pekt på at rehabiliteringstilbudet er ulikt mellom helseforetakene og, i enda større grad, mellom kommunene. Dette påvirker i stor grad innbyggernes muligheter til å motta et likeverdig tilbud. Det har ikke skjedd noe de senere årene som utjevner disse forskjellene, snarere tvert imot. Når en reduksjon i antall døgnopphold blir kompensert med økt dag- og poliklinikktilbud i sykehusene, forsterkes forskjellene fordi tilbudene stort sett kun blir aktuelle for de som bor nær



sykehusene. NFF har også påpekt at rehabiliteringstilbudet i regionen i for stor grad svekkes i tilknytning til ferier og høytider på grunn av små, sårbare fagmiljø. Det er mange eksempler på at pasienter må vente i flere uker før rehabiliteringen starter, særlig om sommeren. Dette er spesielt uheldig da det er viktig med rask tilgang til rehabilitering der det er av stor betydning for gjenvinning av funksjon og muligheten til å leve et selvstendig liv.

Det er positivt at rapporten problematiserer spørsmålet rundt hvilke pasienter som skal behandles i spesialisttjenesten og hvem som skal behandles i kommunene. Vi opplever imidlertid ikke at dette spørsmålet blir avklart, og som nevnt etterlyser vi et fokus på samhandlingssystemer og rutiner. Det refereres i rapporten fra Helsedirektoratets rapport IS-1947 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» der det står at spesialisthelsetjenesten har ansvar for brukeren når: Behovet for spesialisert kompetanse overstiger det som er naturlig å bygge opp i kommunene. NFF har tatt til orde for at hva som er *naturlig* å bygge opp i kommunene er svært varierende. Vi har derfor fremmet forslag om at det nedsettes et partssammensatt offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Utvalget må bestå av profesjoner med spesifikk habiliterings- og rehabiliteringskompetanse slik som fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger. Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling som er tilpasset ulike kommunetyper. Bare slik kan organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet dekke befolkningens behov for slike tjenester.

NFF ser at interkommunale tilbud dekker flere behov enn hva en liten kommune kan klare på egenhånd. Interkommunalt samarbeid kan derfor ivareta pasientens interesse. Vi ønsker imidlertid flere refleksjoner rundt hva som er hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene, nettopp fordi kompetanse og kompetansemiljø må veies mot hensynet til nærhet til der pasienten bor. NFF er opptatt av at innbyggerne skal få et rehabiliteringstilbud av høy kvalitet, med god kompetanse og som er likeverdig, uavhengig av bosted og alder. For å oppnå dette må lokale forutsetninger tas med i betraktningen når tilbudet skal organiseres og ansvarsområder fordeles. Organiseringen av helsetjenesten i flere nivå med ulik finansiering bør ikke begrense enkeltindividets mulighet for å gjenvinne funksjon, mestring og selvstendighet.

Til slutt ønsker NFF å uttrykke bekymring over anbudsordningen flere rehabiliteringsinstitusjoner i regionen er omfattet av. Vi ser at ordningen med at tjenester settes ut på anbud kan medføre dårligere tilbud til pasientene da det kan være utfordrende å bygge opp sterke fagmiljø i løpet av den relativt korte tida de fleste anbudene varer. NFF stiller seg undrende til at Helse Midt tilsynelatende setter likhetstegn mellom lav pris og god kvalitet på rehabiliteringstjenester og tillater at sterke fagmiljøer oppløses når velfungerende institusjoner taper anbud etter flere år med gode tilbud til regionens pasienter. Dette stemmer i liten grad overens med rapportens utsagn om at tjenestene skal være samordnet, og preget av kontinuitet og kvalitet.

## Konklusjon

NFF støtter argumentene som tilsier anbefalingen om å satse på alternativ 2. Vi er enige i argumentene om at interkommunale samarbeid vil kunne føre til større kompetansemiljø og en kvalitativt bedre tjeneste til innbyggerne. Vi vil imidlertid å peke på at kompetanse hos helsepersonell, tilstrekkelig antall ansatte og kapasitet i tjenesten er helt nødvendig, uavhengig av organisasjonsform. Videre at fokus på samarbeid og kommunikasjon er en forutsetning for sømløse

pasientforløp. NFF støtter også vurderingen at alternativ 3 per i dag kan være for innovativ og visjonær, men at dette kan være den beste løsningen på sikt.

Med hilsen



Ann-Elin Myklebust  
Regionleder, Region Midt



Christine Thokle Martens  
Seniorrådgiver