

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no

Deres ref:
16/3741-77

Vår ref:
2018/12020

Saksbehandler:
Kjersti Erdal

Dato:
18.10.2018

Høringsvar – innfasing av rehabilitering i godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg

Helse Bergen HF sitt høringsvar er basert for tverrfaglige innspill fra Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og Regional vurderingseining for rehabilitering. Videre har Nevrologisk avdeling gitt innspill.

Helse Bergen HF sine innspill - oppsummert

Man bør være forsiktig med nærmest å likestille tilbudet på sykehus med tilbudet på privat institusjoner. Helse Bergen HF stiller spørsmål ved om grad av kompleksitet og behov for spesialkompetanse i denne type tidlig rehabilitering er godt nok utredet. Slik virksomheten krever høyere medisinsk kompetanse hos alt involvert helsepersonell, enn det som kommer frem i høringsbrevet. Rehabilitering for tidlig amputerte er en høyspesialisert virksomhet, der det tar lang tid og stort volum for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse. Det er uheldig for pasientene om denne virksomheten blir spredd på mange mindre enheter, især når det gjelder tidlig rehabilitering.

Et tilbud for nyamputerte bør flettes inn som del av forløpet til pasienten fra rehabiliteringsavdeling på sykehus og videre til privat rehabiliteringsinstitusjon og/eller kommunal rehabilitering. Risiko for «venteopphold» uten/med begrenset aktiv oppfølging/rehabilitering, vurderes som stor om dette anses som to separate tilbud.

Det bør stilles høyere krav til ergoterapeutenes kompetanse.

Tilbud om oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog anses som et gode for alle pasientgrupper, men må være individuelt tilpasset. Ikke spesielt i forhold til amputasjoner.

Ortopediingeniør bør være del av teamet, eller det bør være obligatorisk med tett samarbeid med ortopediingeniør som et minimum, hvor de ikke er en del av et fast team. Barthel skår bør endres. Formulering av krav i forhold til testbatteri bør formuleres mer likt for amputasjoner og parkinson.

Når det gjelder parkinsonpasienter ser ReHabiliteringsklinikken at det er behov for diagnosespesifikke tilbud også til denne gruppen i spesialisthelsetjenesten. Det noen tilbud i Helse Vest. Nevrologisk avdeling har spilt inn at det er behov for noe flere spesifikke rehabiliteringstilbud til parkinsonpasienter. AFMR vurderer at denne

gruppen i større grad enn det som er tilfellet i dag, har behov for tilbud om poliklinikk og dagtilbud.

Vi vurderer det riktig at det er understreket at legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering skal være knyttet til teamet for amputasjoner, og at det er riktig at fysikalsk medisin og rehabilitering eller nevrologi er ansvarlige for rehabilitering av parkinsonpasienter i spesialisthelsetjenesten.

Vi synes det er noe utfordrende å forstå selve prosessen bak de foreslåtte diagnosene. Vi stiller noen spørsmål rundt håndtering av hvilke institusjoner som skal få denne ordningen i tillegg til ytelsene de har med Helseforetakene og hvordan dette skal balanseres tanke på ventetider.

Konkrete tilbakemeldinger til høringsutkastet

- Det er grunn til å være forsiktig med nærmest å likestille tilbudet på sykehus med tilbudet på privat institusjoner. Det vil være en bedre ordening med en sømløs overgang mellom sykehusenes rehabiliteringsavdeling og privat institusjoner, eventuelt kommunal døgnrehabilitering, da mange nyamputerte vil være i behov av sykehusavdeling i tidlig fase. Vi støtter formuleringen i tilbud 3 om at pasienten skal være i et forløp og komme rett fra sykehusrehabilitering til aktuell rehabiliteringsinstitusjon.

Per i dag er det praksis med et «venteopphold» ved sykehjem i påvente av sårtilheling før videre amputasjonsrehabilitering. Dette er ugunstig praksis. Vi vurderer det faglig bedre at pasientene får tilbud med spesialisert rehabilitering postoperativt i sykehusenes rehabiliteringsavdelinger. Imidlertid kunne man kortet ned på inneliggende tid på sykehus om man hadde hatt gode overganger til private rehabiliteringsinstitusjoner eller rehabiliteringstjenester i kommunene.

- Det fremgår av høringsnotatet at det er interimprotese som er anbefalt. Testhylse er ikke nevnt. Vi vurderer det dit at en testhylse i de fleste tilfeller er et bedre alternativ for pasienten. Interimprotese kan være et supplement for enkeltpasienter.
- Barthel ned mot 30; Her bør det endres til Barthel ned mot 6, da det er dette Barthel skjemaet som nå brukes.
- For amputasjonsprogrammet: Det bør understrekes sterkere at ortopediingeniør bør være en del av teamet. Bør stå som en av faggruppene hvor blant annet psykolog og sosionom er nevnt. Det står at det må foreligge et tett samarbeid med ortopediingeniør – her bør det kommenteres «obligatorisk». Det er vanskelig å se for seg spesialisert rehabilitering for amputasjonspasienter uten ortopediingeniør.
- Det er angitt at det skal sendes epikrise til nevrolog etter endt opphold, vi regner med at det her dreier seg om epikrise til operatør (kirurg) i tillegg til fastlege. Dette bør rettes opp.
- Testingen som er foreslått har vi vanskelig for å se kan gjennomføres hos en nyamputert rett fra sykehus. Ville det være mer hensiktsmessig å angi strukturert testing etter enhver tid gjeldende praksis? Gjennomføre samme praksis som angitt hos parkinsonpasienter, ved at det «gjennomføres strukturert testing», men ikke

spesifikt angitt hvilke da testbatteriet vil kunne endre seg over tid basert på hva som er «best practice».

- Om ergoterapeuters rolle i rehabilitering etter amputasjon:
 - Det stilles for lave krav til ergoterapeuters kompetanse innen amputasjon. Amputasjonsrehabilitering er så spesialisert at generell rehabiliteringskompetanse ikke vil være tilstrekkelig, og krav til ergoterapeuters rehabiliteringskompetanse bør være på linje med fysioterapeuters.
 - Under spesifikke innholdskomponenter synes ergoterapeuters arbeid med hjelpemidler å få for mye vekt. Dette er en viktig oppgave, men det er viktigere at ergoterapeuters spesialkompetanse innen aktivitet, brukes for funksjonell trening i daglige aktiviteter både med og uten protese. Vurdering og trening i P-ADL kan være viktig for noen i starten. Seinere vil trening i andre aktiviteter, som for eksempel kjøkkenaktiviteter, være sentrale for at pasienten skal kunne leve et aktivt hverdagsliv etter amputasjonen.
- Klinisk ernæringsfysiolog; det er vanskelig å forstå at man under amputasjoner har understreket dette. Mange tilbud til rehabiliteringspasienter kunne med fordel ha involvert klinisk ernæringsfysiolog, men dette vil i stor grad være uavhengig av diagnose og mer avhengig av medisinsk kompleksitet og multimorbiditet. Mulig at det her er tenkt på at mange har diabetes og ugunstig/ikke-helsefremmende livsstil, men det gjelder mange pasienter. Vi synes at dette punktet heller bør stå på lik linje som under Parkinson.
- Krav til utstyr: Det bør være et treningskjøkken tilgjengelig for funksjonell trening med amputasjonspasienter.
- Vi vurderer det riktig at det er understreket at fysikalsk medisin og rehabilitering skal være knyttet til teamet for amputasjoner. Videre tenker vi at det er riktig at fysikalsk medisin og rehabilitering eller nevrologi er ansvarlige for rehabilitering av parkinsonpasienter.
- Regional vurderingseining i Helse Vest opplever tilbudet til parkinsonpasienter er ivaretatt i Helse Vest. RKHR (Sogn og Fjordane) tilbyr dag og døgntilbud, samme med Åstveit (Hordaland). PTØ (Rogaland) tilbyr dagtilbud til parkinsonpasienter. Maks ventetid på Helse Norge er 18 uker, det vil si innenfor frist som er anbefalt i prioriteringsveiler.

Vennlig hilsen

Clara Gram Gjesdal
Fagdirektør

Kopi: bjornar.alexander.andreassen@helsedir.no, post@helse-vest.no, hilde.rudlang@helse-vest.no