NASJONAL KOMPETANSETJENESTE
for revmatologisk rehabilitering

Diakonhjemmet Sykehus

Innspill til "Høringsutkast 17.04.2023 Helse Sør-Øst RHF - Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst"

Avsender: Nasjonal komperansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), Diakonhjemmet sykehus

Vi takker for muligheten til å gi innspill på Helse Sør-Øst RHF sitt høringsutkast til fagplanen.

Overordnet innspill

Høringsutkastet sammenfatter utfordringer i rehabiliteringsfeltet som fra tidligere er godt kjent gjennom offentlige rapporter og forskning. Vi ser det som positivt at prioriterte satsningsområder inkluderer helhetlige og sammenhengende pasientforløp, kompetanse-hevende tiltak i og utenfor utdanningssystemet, og forskning og fagutvikling innen rehabilitering. Det er også positivt at pasientenes tilknytning til utdanning og arbeidsliv skal prioriteres, og at pasientforløp for pasienter med langvarige muskel- /skjelettplager og smertetilstander er et eksplisitt satsningsområde.

Vi etterlyser imidlertid en tydeligere operasjonalisering av tiltak og evalueringskriterier, og en konkretisering av hvem som skal gjøre hva, i hvilken rekkefølge og med hvilke tidsfrister utover i planperioden. Vi etterlyser også en mer eksplisitt beskrivelse av spesialisthelsetjenestens ansvar for å samarbeide med kommunehelsetjenesten, og bidra til helhetlige rehabiliteringsforløp på tvers av tjenestenivåer.

Høringsutkastet kan fremstå som uferdig, fordi kapittel 6 *Fra plan til gjennomføring og oppfølging* som skal sammenstille tiltak, satsningsområder og ansvarsfordeling består av en tom tabell. Vi etterlyser også en språklig gjennomgang av dokumentet, fordi vi ved gjennomlesing flere steder blir usikre på hva som menes.

Videre i dette innspillet legger NKRR vekt på:

- Rehabiliteringsbehov i subakutt og senere faser
- Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt og kompetansekrav
- Helsekompetanse og brukermedvirkning
- Sammenhengende pasientforløp
- Digitale samarbeidsplattformer
- Språklige presiseringer

Rehabiliteringsbehov i subakutt og senere faser

Det er positivt at tidlig rehabilitering er et eget prioritert satsningsområde. Samtidig utgjør pasienter med langvarig sykdom en høy andel av pasienter med behov for spesialisert rehabilitering i senere faser (1). Rehabiliteringsbehovet kan skyldes at de står i fare for eller erfarer redusert funksjon, komorbiditet med tilleggsutfordringer, progresjon av sykdomsaktiviteten, aktivitetsbegrensninger eller innskrenket deltakelse sosialt og i samfunnet (2). Flere av disse pasientene har et mangelfullt rehabiliteringstilbud i senere faser (3).

NKRR mener at:

- Figur 2 i høringsutkastet (side 10) kan modifiseres slik at inngangen til rehabilitering ikke bare er akutte hendelser, men i tillegg inkluderer risiko for eller erfaring med endret funksjonsnivå ved langvarige sykdomstilstander.
- Formuleringen «overforbruk i subakutt og senere faser» (høringsutkastet, side 5) kan skape et skjevt bilde av rehabiliteringsbehovet for pasienter med langvarig sykdom. Avsnittet kan gjerne fortsettes med en målsetting om «riktig bruk av spesialiserte rehabiliteringstjenester i subakutt og senere faser».
- Formuleringer om rehabiliteringsforløp (høringsutkastet, side 25) adresserer dem som starter med akuttfase og elektive pasienter. Formuleringen «elektive pasienter» bør redigeres, slik at man forstår at dette ikke bare gjelder forløp for elektive operasjoner men likeså avtalte rehabiliteringstjenester for pasienter med langvarige sykdommer som har eller står i fare for funksjonsnedsettelse eller progredierende forløp.

Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt og kompetansekrav

Det er positivt at fagplanen vektlegger etablering av et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i helseforetakene, og at det er definert hva et slikt tyngdepunkt innebærer. Samtidig står det at en spesialist i Fysikalsk medisin og rehabilitering må ha det faglige ansvaret for enhetens tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering (høringsutkastet, side 18).

Kravet om en spesifikk spesialitet er problematisk. Det kommer fram andre steder i høringsutkastet at det å rekruttere spesialist i Fysikalsk medisin og rehabilitering er vanskelig å gjennomføre i praksis:

- *mangel på legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering* (høringsutkastet, side 14)
- *mangel på tilgang på spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering* [mulig årsak til at egne rehabiliteringssenger i akuttsykehuset ikke er etablert ved flere enn 3/10 foretak] (høringsutkastet, side 23)
- *Syv av ni helseforetak har utfordringer knyttet til rekruttering av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, de private rehabiliteringsinstitusjonene har også gitt tilsvarende tilbakemeldinger* (høringsutkastet, side 31)

Som beskrevet andre steder i høringsutkastet (kapittel 5.5), kan andre yrkesgrupper tilegne seg relevant kompetanse og videreutdanning som adresserer bredden, kompleksiteten og særtrekkene ved rehabilitering som spesialisert fagfelt.

NKRR mener at:

- Helseforetakets enhet med overordnet faglig ansvar for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering kan ha en faglig ansvarlig som er spesialist i Fysikalsk medisin og rehabilitering, men at også andre yrkesgrupper med relevant kompetanse og videreutdanning kan ha rollen som faglig ansvarlig.

Helsekompetanse og brukermedvirkning

Det er positivt at fagplanen i kapittel 4.3 vektlegger involvering av pasienter og pårørende, samt betydningen av helsekompetanse som en viktig faktor i den enkeltes rehabiliteringsprosess.

Vi etterlyser en større oppmerksomhet mot helsepersonell og helsesystemer og deres ansvar for å tilpasse sine tjenester, kommunikasjon og samarbeidsferdigheter til ulike grader av helsekompetanse blant sine pasienter (4, 5).

Vi etterlyser også at pasientrepresentanter er inkludert i utforming av tjenester og pasientforløp (5, 6).

NKRR mener at:

- Opplæring av helsepersonell når det gjelder å tilpasse sine tjenester til pasientenes ulike grader av helsekompetanse, bør inngå i obligatoriske kompetanseplaner for spesialisert rehabilitering.
- Det bør legges til en kolonne for ansvar og medvirkning tillagt pasientrepresentanter, som for eksempel helseforetakets pasientutvalg eller pasientorganisasjoner, i tabellen som skal sammenstille fagplanens mål, tiltak og ansvarsfordeling (høringsutkastet, kapittel 6).

Sammenhengende pasientforløp

Det er positivt at Mål 2 (høringsutkastet, side 26) handler om gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi savner en konkretisering av tiltak og vi foreslår at eksisterende kvalitetsindikatorer for rehabilitering (7) inngår som evalueringskriterier.

Bruk av et sett med kvalitetsindikatorer som er utviklet for bruk i rehabilitering har vist at det største forbedringspotensialet for rehabiliteringstjenester i Norge angår involvering av pårørende og involvering av eksterne tjenester (som fastlege, kommunale rehabiliteringstjenester, pasientens arbeids- eller utdanningssted, og NAV) (7, 8).

Kvalitetsindikatorene kan brukes internt av kommuner, helseforetak og private aktører for å evaluere og bedre kvaliteten på egne tjenester. Indikatorene kan også brukes på tvers av tjenestenivåer for å bedre kontinuitet og koordinasjon i pasientforløpene. Dessuten kan rapportering av indikator-skåringer brukes av styringsmyndigheter for å identifisere regionale og nasjonale forbedringspunkter og iverksette og evaluere forbedringstiltak (7, 8, 9).

NKRR mener at:

- Følgende formulering bør erstattes av noe mer konkret: «Helseforetakene/sykehusene arbeider for at rehabilitering kommer på dagsorden i Helsefellesskapene» (Tiltak 1, til Mål 2, side 26)
- En eller flere indikatorer fra et eksisterende kvalitetsindikatorsett for rehabilitering (9) kan inngå som evalueringskriterier for sammenhengende pasientforløp. For eksempel svarer helsepersonell og pasienter ja eller nei, på hvert sitt skjema, om pårørende og relevante eksterne tjenester er involvert i planlegging og utforming av skriftlige rehabiliterings- og oppfølgingsplaner (9).
- I tabellen som skal sammenstille fagplanens mål, tiltak og ansvarsfordeling (kapittel 6 i høringsutkastet) bør det legges til en kolonne for ansvar og medvirkning tillagt primærhelsetjenesten, NAV eller andre relevante aktører.
- Formulering på side 23, Mål 1, Tiltak 2 (-) *rehabiliteringsplan som følger pasienten gjennom hele forløpet* bør redigeres, slik at det kommer fram at et rehabiliteringsforløp forstås av alle involverte parter som noe som går hele veien fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten inntil prioriterte mål for rehabiliteringsprosessen er oppnådd.

Digitale samarbeidsplattformer

Det er positivt at samarbeidsarenaer er nevnt i fagplanen når det gjelder pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager og smertetilstander (kapittel 5.3). Ulike formål er oppgitt for slike arenaer: bedre forløp mellom tjenestenivåene, og felles tilnærming til pasientgruppen mellom ulike fagområder eller internt i regionen. Det er også positivt at digitale løsninger er nevnt flere steder i fagplanen.

Satsning på teknologi for tjenestelevering og samhandling er allerede anbefalt som et prioritert område innen rehabilitering (10). Vi etterlyser at fagplanens avsnitt om digitale løsninger kobles til behovet for digitale samarbeidsarenaer, og at tiltak som fremmer felles digitale plattformer initieres av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med nasjonale myndigheter.

NKRR mener at:

- Konkrete planer for å identifisere og implementere elektroniske løsninger som fungerer på tvers av enheter, nivåer og sektorer bør inngå i fagplanen. Ansvaret bør tillegges regionale og nasjonale myndigheter.
- Digitale plattformer kan inneholde anbefalte ressurser og faglige prosedyrer.
- Implementering av felles kartleggingsverktøy som kan brukes for test-retest og til å følge konkrete forløp på tvers av enheter, sektorer og nivåer vil i seg selv definere enighet om hva ulike tjenesteytere skal bidra med når. Dette vil redusere behovet for adhoc-møter om samarbeidet. Arbeid for å få kartleggingsverktøy og forløp på plass bør derfor prioriteres.

Språklige presiseringer

Det er positivt at høringsutkastet er bygget på eksisterende kunnskap og informasjon fra offentlige rapporter.

Noen steder i høringsutkastet er det skrivefeil, uklart språk eller manglende referering, slik at vi ved gjennomlesing blir usikre på hva som menes eller hvor en påstand kommer fra. På samme måte kan vi ved gjennomlesing bli usikre på hvem som skal gjøre hva, i hvilken rekkefølge, og hva konkret som skal gjøres for å oppfylle intensjoner i fagplanen.

NKRR mener at:

- en generell gjennomgang av språket i fagplanen vil øke dokumentets lesbarhet.
- en gjennomgang av spesifikke ord kan redusere risikoen for at leseren misoppfatter hva som er ment. Noen eksempler:
    - side 27, tredje avsnitt: *Det ble blant annet stilt spørsmål om det var etablert en for høy terskel for å gi avslag.* Avslag på hva? På retten til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten? Kan det i så fall presiseres?
    - Side 28, flere steder: Kan begrepene *invasiv / invasive* defineres så leseren lettere forstår hva som menes med begrepet i forbindelse med denne fagplanen?
    - side 28, Mål 1, Tiltak 3: *Helse Sør-Øst RHF arbeider for at pasientgruppen i større grad mottar poliklinisk helsehjelp fremfor døgnbaserte tilbud.* Hva menes med «pasientgruppen»? Alle med langvarige muskel-/skjelett-plager eller smertetilstander? Eller en spesifikk undergruppe som kan defineres bedre?
    - side 34, Mål 1: *Økt forskningsaktivitet på behandling og pasientforløp* Her skal det vel stå rehabilitering og pasientforløp?
- en gjennomgang av forankring av påstander vil gjøre det lettere for lesere å bruke fagplanen i arbeidet sitt
    - side 12: Referanse til setning om Aktiv A-modellen mangler.
    - Side 23, Mål 1, Tiltak 3: *Helse Sør-Øst RHF igangsetter et arbeid som definerer hvilke felles standardiserte kartleggingsverktøy som skal benyttes for vurdering av rehabiliteringsbehov.* Helsedirektoratet har allerede jobbet med dette i forbindelse med nasjonalt rehabiliteringsregister (11). Kan den regionale fagplanen bygge videre på det, så man unngår å starte en prosess på nytt?
- en presisering og konkretisering av formuleringer i foreslåtte tiltak vil gjøre det lettere for lesere å forstå hvem som skal gjøre hva. Noen eksempler.
    - Side 28, Mål 2, Tiltak 1: *Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det opprettes….* Kan denne type formuleringer gjennom hele dokumentet forenkles og gjøres mer målbart, så det blir lettere å evaluere? For eksempel bytte til: *Helse Sør-Øst RHF oppretter…*
    - Side 34, Mål 1, Tiltak 2: *Helse Sør-Øst RHF stimulerer til økt forskning og innovasjon*. Kan «stimulerer til» erstattes med noe mer konkret? Hvordan skal det gjøres? Øremerkede midler?
    - Side 34, Mål 2, Tiltak 1: *Helse Sør-Øst RHF bidrar til å understøtte et nasjonalt rehabiliteringsregister.* Kan «bidra til å understøtte» erstattes med noe mer

konkret? Kan man også sette inn referanse til arbeidet som er gjort så langt med det nasjonale rehabiliteringsregisteret, slik at man ikke starter på noe nytt, men bygger videre på igangsatte prosjekter?

Med vennlig hilsen

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR)
v/ Hanne Solveig Dagfinrud, Ingvild Kjeken og Anne-Lene Sand-Svartrud

Oslo 26.juni 2023

Referanser:

1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017.
2. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):765-9.
3. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action." Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Apr;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3
4. Cesar FCR, Moraes KL, Brasil VV, Alves AG, Barbosa MA, Oliveira LMAC. Professional Responsiveness to Health Literacy: A Scoping Review. Health Lit Res Pract. 2022 Apr;6(2):e96-e103. doi: 10.3928/24748307-20220418-02. Epub 2022 May 6. PMID: 35522856; PMCID: PMC9126054.
5. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, Jacobson J, Buchbinder R, Osborne RH. Systematic development and implementation of interventions to OPtimise Health Literacy and Access (Ophelia). BMC Public Health. 2017 Mar 3;17(1):230. doi: 10.1186/s12889-017-4147-5. PMID: 28253883; PMCID: PMC5335493.
6. World Health Organization, website: OPHELIA – Optimising Health Literacy and Access (healthliteracydevelopment.com) [sist nedlastet 25.06.2023]
7. Johansen I, Klokkerud M, Anke A, Børke JB, Glott T, Hauglie U, Høyem A, Klovning A, Lande KA, Larsen M, Nordvik JE, Wigers SH, Øyeflaten I, Hagen KB, Kjeken I. A quality indicator set for use in rehabilitation team care of people with rheumatic and musculoskeletal diseases; development and pilot testing. BMC Health Serv Res. 2019 Apr 29;19(1):265. doi: 10.1186/s12913-019-4091-4. PMID: 31036000; PMCID: PMC6489243.
8. Sand-Svartrud AL, Berdal G, Azimi M, Bø I, Dager TN, Eppeland SG, Fredheim GO, Hagland AS, Klokkeide Å, Linge AD, Tennebø K, Valaas HL, Aasvold AM, Dagfinrud H, Kjeken I. A quality indicator set for rehabilitation services for people with rheumatic and musculoskeletal diseases demonstrates adequate responsiveness in a pre-post evaluation. BMC Health Serv Res. 2021 Feb 20;21(1):164. doi: 10.1186/s12913-021-06164-2. PMID: 33610174; PMCID: PMC7896401.
9. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, nettside «Klinisk Verktøykasse»: Kvalitetsindikatorer for rehabilitering - Diakonhjemmet sykehus [sist nedlastet 25.06.2023]
10. Prp IS-2975. Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) 2020. KPMG på oppdrag fra Helsedirektoratet
11. Bouvet (2018) Funksjonsvurderingsverktøy i spesialisthelsetjenesten. Vurdering av og forslag til felles, nasjonale verktøy. På oppdrag fra Helsedirektoratet.