

Til: Matthias Baaske

Utviklingsplan 2035, versjon 09 (Høringsutkast): Innspill fra Fagspesifikke nettverk for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer ved OUS

Vi opplever det fremlagte høringsforslaget som svært spennende og viktig i arbeidet med å planlegge fremtidens helsetjenester. Vi har imidlertid etter drøfting i våre fagmiljøer utarbeidet noen generelle innspill og kommentarer til dokumentet som vil belyses nedenfor:

Kommentarer til forarbeidet av planen

Høringsdokumentet synes å være lite bekjentgjort for de ansatte innenfor våre faggrupper til tross for et omfattende forarbeid. Det er tilfeldigheter som gjør at våre faggrupper har blitt kjent med dokumentet. Det er for oss ukjent om det har blitt sendt ut informasjon i linje eller til tillitsvalgte.

Ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer har så vidt vi vet i liten grad vært involvert i forarbeidet med Utviklingsplan 2035. Dette kan muligens forklare hvorfor de tverrfaglige støttefunksjonene i liten grad omtales i planen (se kommentar nedenfor), og vi stiller oss undrende til at våre profesjoner i stor grad er utelatt i dette arbeidet.

Kommentar til planens struktur og form

Dokumentet oppleves som lite leservennlig. Det er beskrevet et ulikt detaljnivå i kapitlene som gjør det utfordrende å lese. I noen kapitler gis det konkrete forslag på detaljnivå i forhold til hva som skal iverksettes av tiltak, og i andre kapitler beskrives mer visjonære tanker. Det savnes en tydeligere struktur på tekst, form og innhold.

- **Vi anbefaler** å samkjøre dokumentet til en mer helhetlig form.

Vår kjernekompetanse

Ergoterapeuter tar utgangspunkt i at meningsfull aktivitet og deltakelse er helsefremmende, og at helsen påvirkes av og skapes i omgivelsene og bidrar til opplevelse av sammenheng i livet. Helse er dermed langt mer enn fravær av sykdom. Ergoterapeuter bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom helse og kravene til ferdigheter i de daglige aktivitetene. Ergoterapeuter ser etter ressurser samt løsninger og arbeider for å muliggjøre deltakelse og inkludering i hverdagen tross sykdom eller skade. Metodisk og målrettet bruk av aktiviteter vektlegges i kartlegging og behandling med utgangspunkt i hver enkeltes ønsker og behov.

Fysioterapeuter jobber med kropp og bevegelse for å fremme god helse. En fysioterapeut forebygger og behandler skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Behandling er basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og bidra aktivt i å bedre egen helse. På somatiske institusjoner er fysioterapeuters kompetanse viktig både i den akutte fasen etter alvorlig sykdom og operative inngrep, og for å starte rehabiliteringsprosessen så tidlig som mulig, og fysioterapeuter vil kunne overta tradisjonelle legeoppgaver, som pre- og postoperative kontroller. Innenfor psykiatrien er fysioterapeuters spesialiserte kroppslige/kliniske innfallsvinkler og tilnæringsmåter et viktig bidrag i undersøkelse og behandling av pasientene, både individuelt og i gruppe.

Sosionomene arbeider utfra et biopsykososialt perspektiv og innehar kompetanse på kartlegging, vurdering og oppfølging av pasienters sosiale og psykososiale situasjon. De har kunnskap om sosiale og psykososiale forholds betydning for somatisk og psykisk helse. For mange pasienter/pårørende medfører det å leve med sykdom følelsesmessige reaksjoner, kan skape endringer i relasjonelle forhold, få konsekvenser for mulighet til utdanning og arbeid, innebære tap av inntekter og/eller økte utgifter og påvirke muligheten til sosialt liv og fritidsaktiviteter. Derfor vil mange pasienter/pårørende ha behov for hjelp i hverdagen, samt helhetlig oppfølging og koordinering av tjenester i hjemkommunen.

Kommentar om betydningen av tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper er generelt svært viktig for å ivareta en helhetlig oppfølging av pasienten.

Oslo universitetssykehus skal arbeide for å styrke pasientens mestringsevne i ulike faser av sykdommen og behandlingen slik det blir poengtert innledningsvis i planen. Dette vil kreve at ulike typer faggrupper medvirker med ulike typer kunnskap og kompetanse.

Vår spesialiserte kompetanse bidrar til å gi pasienten best mulig behandling under innleggelse, men også til å møte på best mulig måte de utfordringene som skal løses i

hverdagen etter utskrivelse. Dette er vesentlig for både dem som på grunn av sykdom eller skade har en forbigående redusert funksjon og skal tilbake til hverdag og skole/arbeidsliv, men også for de av våre pasienter som har kronisk/sammensatt sykdomsbilde og har behov for jevnlig oppfølging av helsevesenet. Felles for disse er at ergo- og fysioterapeuter, samt sosionomer har stor betydning for pasientenes totale fungering og det medisinske resultat, både som del av tverrfaglig/tverrprofesjonelle team og som spesialisert fagfunksjon.

I enkelte avsnitt i Utviklingsplanen er fagprofesjoner innenfor kliniske støttefag nevnt, men i hovedsak brukes benevnelsen «tverrfaglig» hvis det i det hele tatt blir nevnt, og det er uklart hva som menes med «tverrfaglighet»

Det nevnes i de ulike kapitlene en rekke utviklingsplaner; forbedret pasientforløp hjerneslag, tverrfaglig nevrologikklinikk og dagenhet, tidlig rehabilitering for nevropasienter, økt tverrfaglig tilnærming og konservativ behandling ved artroskopisk kirurgi, tverrfaglig tilnærming til protese kirurgi, bedret rehabiliteringsløype for spinale skader, økt operasjonskapasitet barneortopedi, økt antall rehabiliteringssenger på traumesenter – for å nevne noen. Det er i liten grad spesifisert hvilke faggrupper som er nødvendig i de ulike avdelinger og pasientforløp.

- **Vi foreslår** at det utarbeides et avsnitt innledningsvis i planen om viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid rundt pasienten. Det bør fremkomme at fremtidens pasientbehandling vil ha behov for forskjellige profesjonsgrupper med ulike typer kunnskap og kompetanse.
- **Vi foreslår** at det foretas en avklaring av begrepet «tverrfaglighet», og at det belyses i de ulike kapitlene hvilke profesjoner som inngår i benevnelsen, både for å gi bedre oversikt over hvilke profesjoner som er aktuelle, og for å unngå en innsnevring av begrepet.

Kommentar om nytenkning om funksjon og rolle-/jobbglidning/oppavedeling

Fremtiden kommer å påkrevne nye måter å jobbe og tenke på for å møte utfordringer skissert innledningsvis i utviklingsplanen. Årene fremover vil være preget av jobbglidning, ny tjenesteutvikling med nye arbeidsmetoder og utvikling av ny og banebrytende teknologi. Våre profesjoners unike kompetanse inne helsefremmende-, forebygging-, hab-/rehabiliteringsarbeid, kartlegging og behandling vil være medvirkende i denne prosessen og kan være med på å optimalisere behandlingsskjeden.

En god hab-/rehabilitering bidrar ikke kun til mindre lidelser for det enkelte individet. Det kan også gi store samfunnsøkonomiske gevinster gjennom å bidra til en bedre pasientflyt, et redusert behov for pleie og omsorg i hjemmet, samt bidra til en raskere tilbakegang til arbeid hos de som er i arbeidsfør alder.

Våre faggrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer vil også både nå og i fremtiden være viktige ressurser i samhandlingen og samarbeidet med det lokale hjelpe – og behandlingsapparatet på ulike nivåer. De vil kunne fungere som et bindeledd mellom OUS som spesialistfunksjon og lokale behandlings -og hjelpeinstanser, og være et viktig premiss i realiseringen av samhandlingsreformen med overføring av spesialisert kunnskap og

kompetanse om sjeldne, sammensatte og kompliserte sykdomstilstander.

- **Vi anbefaler** at det tydeligere kommer frem i Utviklingsplanen at kliniske støttefag må ha en sentral rolle i utvikling og nytenking av fremtidens helsetjenester

Kommentar til hab-/rehabilitering spesielt kapittel 4.6

Vi har valgt å kommentere dette kapitlet mer i detalj da det er et viktig fagområde for utøvelsen av våre tjenester, spesielt innenfor ergoterapi og fysioterapi.

Vi opplever det som en styrke at det er et eget kapittel som omhandler hab-/rehabilitering. Av og til, men ikke alltid (for eksempel kreft, håndkirurgi, epilepsi) er hab-/rehabilitering beskrevet under de ulike fagområdene.

Selve kapitlet om hab-/rehabilitering beskriver kun en liten del av det sammensatte feltet. Det er for eksempel ikke beskrevet noe om fremtidens habiliteringstjeneste, tross at det er overskriften til kapitlet.

Vi synes de foreslåtte tiltakene i hab-/rehabiliteringskapitlet er meget aktuelle og relevante. Det vi savner er en mer målrettet forankring mot sykehusets fremtidige utfordringer som er beskrevet under kapittel 2, Nåsituasjonen.

- Hvordan kan rehabiliteringsfeltet være med å løse utfordringer med flere eldre?
- Hvordan kan habilitering/rehabiliteringsfeltet være med å løse utfordringer med flere barn med psykiske utfordringer?
- Hvordan kan habilitering/rehabiliteringsfeltet være med å løse utfordringer med flere med livsstilssykdommer?

Det forespeiles en økning i dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. For å sikre at pasientene får tilstrekkelig tverrfaglig/tverrprofesjonelle tilbud i forhold til sin problemstilling og at ressursene er tilgjengelige, må de faggruppene som fra tidligere har vært involvert ved innleggelse av aktuelle pasientgrupper/diagnoser, delta i planleggingen av en slik overgang fra døgn- til dagbehandling. I planleggingen må også behov for areal og ressurser til tverrfaglig behandling tas hensyn til.

- Hvordan skal hab-/rehabilitering videreutvikle sine arbeidsmåter – når de fleste pasientene er polikliniske eller dagpasienter? Det opprettes hjemmesykehus? Det etterspørres flere ambulante team?
- Hvordan kan skal hab-/rehabilitering være med å forbedre samhandlingen med kommuner og sikre bedre pasientoverføringer til lokalt hjelpeapparat?

Fra forskning og trender rundt omkring i verden arbeider hab-/rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten (både innenfor somatikk og psykisk helse) med økt fokus på:

- Tverrprofesjonelle rehabiliteringsteam (bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom) i akuttmottak (raske kartlegginger og er med på å veilede hvor pasienten skal videre)
- Tidlig rehabilitering der iblant ved intensivenheter.

- Ambulante team /tidlig støttet utskrivelse/ rehabiliterings hjemmesykehus team
 - Aktiv rolle ved utskrivelse til andre instanser.
 - Økt fokus på kartlegging fremfor behandling.
 - Økt poliklinisk virksomhet.
 - Forebygging
 - Rådgivning/veiledning /samhandling med kommuner
 - Økt bruk av teknologi- innom kartlegging – behandling – oppfølging – trening
- **Vi anbefaler** å presisere dette kapittelet ytterligere med å fokusere på hab-/rehabiliterings tiltak opp mot de forventede utfordringene og nytenking innen området.

Kommentarer til de enkelte kapitlene:

Videre kommenterer vi noen mer spesifikke punkter i dokumentet som vi synes er særlig relevante for våre faggrupper.

Kapittel 2

Samhandlingsutfordringer – beskrives utefra et legeperspektiv. Det er flere faggrupper som samhandler ut mot kommune/førstelinjetjeneste/andre aktører for fortsatt oppfølging. Dette bør også drøftes som en utfordring.

Personell og- kompetansebehov - Vi savner en oversikt over behovene innen for de ulike profesjonene. Dette er også gjeldene for kapittel 4.2.7

Spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden stå i spissen for forskning og utvikling, innen alle faggrupper. Dette må komme frem. Vi skal ha ansvar for å veilede ut fra sykehuset, dette innebærer at vi til enhver til må være oppdatert på siste kunnskap.

Kapittel 4

4.3.2 Ny teknologi

Tabell på siden 56, hadde med fordel kunne ha en kort definisjon om hva som menes med de ulike teknologiene. Spesielt Velferdsteknologi der for eksempel ergoterapeuter arbeider tett opp mot synes vi ikke at det som er beskrevet i kategorien beskriver helheten det vi legger i begrepet. Definisjonen fra helsekompetanse.no definerer velferdsteknologi følgende:

«Teknologi som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.» (NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg")

Velferdsteknologiske løsninger

Velferdsteknologiske hjelpemidler kan deles inn i fire hovedkategorier.

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie

4.5

Psykisk helse

Det beskrives at aktiviteten innen psykisk helsevern skal flyttes fra sykehus og ut til DPS og primærhelsetjenesten. Det hevdes også at behandlingen skal være mestringsbasert – hva menes med dette? I denne sammenheng burde hverdagsperspektivet få mer plass. Vi vet godt at psykiske lidelser (depresjon, schizofreni, angst, psykoselidelser, bipolare lidelser etc.) påvirker livskvalitet og evnen til å leve det livet man ønsker. Det er godt beskrevet hvor viktig det er med arbeidsrehabilitering for pasienter med schizofreni/psykoselidelser, hva med alle de andre?

Det savnes fokuset på tverrfaglig innsats til denne pasientgruppen. Fokus på intervensjon for å støtte opp om ressurser, samt utfordringer knyttet til hverdagsliv (hverdagsmestring), ADL-ferdigheter, arbeid/dagaktivitet, økonomi, bolig (botrening, orientering i nærmiljøet) osv. Hab-/rehabilitering er viktig innen psykisk helsevern.

På vegne av fagspesifikke nettverk

Malin Mongs

Leder, fagspesifikt nettverk for ergoterapeuter ved OUS.

Hanne S. Skedsmo Nilsen

Leder, fagspesifikt nettverk for sosionomer ved OUS.

Stine Malerød

Leder, fagspesifikt nettverk for fysioterapeuter ved OUS.