

2) Fremstår pakkeforløpet som nyttig for brukere/pasienter, pårørende og tjenestene?

Ja

3) Bidrar pakkeforløpet til god forløpskoordinering?

Teksten henviser til veilederen om individuell plan og koordinator, men lite annet. Det er ikke en tydelig ansvarsdeling der det fremkommer eksplisitt og konkret hvem som har avsender og mottakeransvar. NFF er bekymret for en lite eksplisitt ansvarsfordeling i dokumentet. Enkelte steder er ansvarsforholdene såpass vagt formulert at vi ser tendenser til en ansvarspulverisering. Det er ekstremt viktig å ha gode rutiner for overføring av stafettpinnen i slike pakkeforløp. Da må både avsender og mottaker av informasjon og oppfølgingsansvar nøye beskrives og det må være et overlappende vekslingsfelt, det er ikke tilstrekkelig at nødvendig informasjon *bør* sendes ved utskrivning. Det fremmer ikke god samhandling.

NFF stiller også spørsmålstegn ved en rekke av måltallene i dokumentet. Vi undres om ikke 80% er en kvantifisering av uttrykket «flertallet» eller «de fleste» og at dette tallet gjennomgående ikke er basert på evidens og forskning men heller et noe vilkårlig tall.

NFF mener at kravene til tjenesten flere steder er senket, noe som senker forventningene til en god koordinering av gode sømløse pasientforløp og god samhandling. Formuleringer som at «bør være sendt», «7 dager», «i 80% av tilfellene» er ikke krav som påpeker viktigheten av informasjonsflyt, noe som er essensielt for god forløpskoordinering. De som skal sende dokumentasjonen vet hva som står i den, men de som skal motta vet ikke om det er viktig informasjon de går glipp av. Uten informasjon om pasienten er det ikke mulig å tilby rette tjenester til rett tid i rett omfang. NFF mener at lista bør legges høyt, ikke tilpasses hvilke måltall som er innen rekkevidde i nåværende ressursituasjon. Kravene til informasjonsflyt bør ikke være lavere i dette dokumentet enn hva som står i samhandlingsavtalene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Brukere/pasienter og pårørende er ganske fraværende i teksten. Det er lite konsekvent beskrivelse av når pasient/bruker og pårørende skal informeres om hva.

NFF mener at det må foretas en vurdering av målepunktene der det sees på hvorvidt de er relevante for å få et kvalitativt godt forløp, eller om de kun er der for kontroll og statistikkensyn. Vi er bekymret for tids- og ressursbruk til registrering av alle målepunktene. Veldig mange må læres opp og bruke innloggingssystemet for å loggføre alle målepunktene. Det kommer ikke tydelig frem hvem som til enhver tid har ansvar for å gjennomføre registreringene. Som det i høringsdokumentet påpekes, så må ressurser tas fra pasientbehandlingen for å registrere. Vi forutsetter derfor at registreringen av målepunktene evalueres etter kort tid.

4) Har pakkeforløpet målepunkter og forløpstider som er relevante og nyttige?

Ja

5) Er målepunktene tydelige nok og er det andre temaer som burde vært inkludert?

Ja

6) Kan noen av målepunktene tenkes å ha uheldige konsekvenser?

Ja

7) Ivaretar endringsforslagene for "Pakkeforløp fase 1" (vedlagt PDF) målsettingen med pakkeforløp?

Ja

8) Er den skjematisk fremstillingen av pakkeforløpet forståelig og tydelig?

Ja

9) Er skjemaet med "Kriterier for valg av videre forløp etter utskrivning fra slagenheten" forståelig og tydelig? Se i den digitale visning under kapittel "Slagenhet - vurderinger av pasientforløp og kriterier for rehabilitering".

Ja

10) Er "Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenhet" forståelig og tydelig?

Ja

11) Er den foreslåtte nivådelingen av rehabilitering under spesialisthelsetjenesten (nivå 1, 2, 3) og kommunehelsetjenesten (dag, hjemme, døgn) hensiktsmessig?

Ja

12) Har du kommentarer til noen av punktene over?

5) kontakt med bruker og pårørende må understrekes. Dessuten, rehabilitering er ikke utelukkende tiltak som kommer etter behandling. Tverrfaglige tiltak der blant annet fysioterapeuter kommer inn, i tillegg til leger og sykepleiere, er viktig for å unngå ytterligere funksjonsnedsettelse allerede i akuttinntakene, fra første time.

6) det er stort fokus på leger og medisinsk behandling, det mangler et større tverrfaglig fokus som understreker viktigheten av tjenestene rundt. Man leverer på det man blir målt på, andre yrkesgrupper som fysioterapeuter må derfor fremheves for ikke å nedprioriteres.

10) ja, men noe kaotisk. Bør understreke oppfølging av fastlegen i siste linje selv om fastlegen er en del av kommunehelsetjenesten.

Generelt: det er ikke alle formuleringer i dokumentet som er i overensstemmelse med prioriteringsmeldingen og prioriteringsreglene for spesialisthelsetjenesten eller avtaleverket mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

[Denne siden omhandler høringssvar til foreslåtte endringer i FASE 1](#)
[Kapittel akutt](#)

13) Introduksjon pakkeforløp hjerneslag

Bra at det blir påpekt at det er i overgangen mellom forvaltningsnivåene at det ofte er mangler. NFF vil derfor påpeke at heller ikke i dette dokumentet blir det fremsatt en tydelig ansvarsdeling med eksplisitt og konkret benevnelse av hvem som har avsender og mottakeransvar, et hinder for bedre samhandling.

14) Målepunkt 1) Debut symptomer

15) Målepunkt 2) Varsling AMK

Det er ingen konsekvent bruk av AMK og 113 i pkt 15, 16 og 17

16) Målepunkt 2a) AMK – ambulanse fremme hos pasient

17) Målepunkt 2b) AMK – ambulanse avreise med pasient til sykehus

18) Målepunkt 3) Ankomst akuttmottak

19) Målepunkt 4) Bildediagnostikk

20) Målepunkt 5) Trombolytisk behandling

21) Målepunkt 6) Trombektomi – innlagt intervensjonscenter direkte

22) Målepunkt 6a) Trombektomi – innlagt intervensjonscenter overflyttet fra primær-sykehus

23) Målepunkt 6b) Trombektomi – start trombektomi

24) Målepunkt 6c) Trombektomi – rekanalisering

25) Målepunkt 7) Innlagt slagenhet

Det bør her trekkes frem hvilke profesjoner som bør være involvert i behandlingen av pasienter på slagavdelingen jf. nasjonal retningslinje. Må påpekes at et tverrfaglig team må etableres rundt hver pasient for å fremme funksjon og hindre ytterligere funksjonstap. Dette er tidligrehabilitering som for mange er avgjørende for senere funksjonsgjenvinning.

26) Målepunkt 8) Vurdering av behov for carotis operasjon

Carotisoperasjon i et ord med liten forbokstav.

27) Målepunkt 8a) Carotis operasjon

28) Målepunkt 9) Tverrfaglig funksjonsvurdering i slagenhet for å avgjøre/beslutte videre forløp

NFF støtter at det må foretas en tverrfaglig funksjonsvurdering for å beslutte videre forløp. Fysioterapeuter er en selvsagt profesjon i slike tverrfaglige vurderingsteam. Vi er bekymret for at et

målepunkt der en tverrfaglig funksjonsvurdering skal være utført innen 5 dager kan bli normen heller enn en minstestandard. Vi ønsker derfor to presiseringer av dette punktet.

Under «mål» at det tilføyes slik at setningen blir «80% av pasientene har fått en tverrfaglig funksjonsvurdering for å avgjøre/beslutte videre forløp innen 5 dager...» for å understreke at dette ikke er første funksjonsvurdering.

Vi ønsker også at det presiseres at nasjonale retningslinjer skal følges, der det står utførlig beskrevet at rehabiliteringen begynner i det pasienten blir innlagt i sykehus og at funksjonsvurderinger dermed gjøres kontinuerlig fra innleggelse basert på endringer i pasientens situasjon.

29) Målepunkt 9a) Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon inkludert TSU

Ordlyden varsling/henvisning må være gjennomført (ikke informasjon/henvisning)

Under punkt 9a) i høringsutkastet for rehabilitering (fase 2) er det en fylligere beskrivelse enn punkt 9a) i fase 1.

«Målepunktet gjelder der det etter tverrfaglig vurdering fra relevante fagpersoner» Det må presiseres hvem som er relevante fagpersoner; minimum lege og fysioterapeut.

«...skjer ut fra lokale muligheter og praksis» denne formuleringen legger til rette for og åpner for regionale, lokale og avdelingsvise forskjeller basert på kapasitet og kompetanse – det motsatte av likeverdige helsetjenester. NFF ser at det er forskjell i lokale muligheter og at det til en viss grad vil påvirke behandlingstilbudet. Lokal praksis derimot er slik vi forstår det noe pakkeforløpene skal komme til livs. Heller enn lokal praksis skal pakkeforløpene sørge for kunnskapsbasert praksis og større likhet. Kommunene er ansvarlig for å tilby alle innbyggere nødvendige helsetjenester. De kommunene som ikke har tilstrekkelig tilbud eller kompetanse må sørge for at sine innbyggere likevel får nødvendige helsetjenester.

«kommunal oppfølgingsinstans» er upresist, varslingen skal skje til koordinerende enhet i kommunen.

30) Målepunkt 10) Klar for overføring fra slagenhet

«Aktuell rehabiliteringsinstans skal motta pasienten innen 7 kalenderdager fra definert utskrivningsklar. I denne perioden bør pasienten være i videre behandling og rehabilitering i slagenheten.» NFF mener at denne formuleringen for det første er i konflikt med gjeldende avtaleverk der kommunehelsetjenesten er forpliktet til å motta USK pasienter allerede fra dag 1. Det er uklart for oss hva som ligger i at en pasient i 7 dager BØR forbli i slagenheten i påvente av annet tilbud. Er det en rettighet eller forventning? Uansett er det lite trolig i samsvar med praksis. For det andre er dette problematisk for pasientene. Flere blir utskrevet fra slagenheten til ulike korttidstilbud i kommunene i påvente av plass eller i påvente av å bli friske nok til å kunne motta rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. NFF stiller spørsmålsteget ved hvorvidt det er hensiktsmessig å skrive at en pasient bør bli i spesialisthelsetjenesten all den tid det er i konflikt med gjeldende føringer, selv om det er i pasientens interesse.

NFF etterlyser for øvrig et målepunkt for hvor mange ganger en pasient blir flyttet mellom avdelinger og mellom forvaltningsnivå i løpet av pakkeforløpet.

I høringsutkastet til fase 2, s 15 står også MP 10. Her er imidlertid teksten mer utfyllende og det påpekes hvilken informasjon som skal gis til pasienten. Det må videreføres i endelig versjon.

31) Målepunkt 16) 1 – 3 måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten

NFF mener at det bør understrekes at epikrise fra oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten må sendes pasientens fastlege og at fastlegen er ansvarlig for å følge opp pasienten.

FASE 2 - oppfølging og rehabilitering. Kapittel slagenhet

32) Generelle kommentarer

NFF kan ikke se at det noe sted i dokumentet fremkommer en definisjon av hva som legges i begrepet rehabilitering. Vår oppfatning er at det kan leses som om rehabilitering er en egen innsats som kommer adskilt etter medisinsk behandling og som ikke alle slagpasienter trenger eller kan nyttiggjøre seg. Det bekymrer oss.

Gjeldende definisjon er slik: «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Som følge av nåværende definisjonen mener NFF å kunne hevde at forebyggende tiltak som har til hensikt å hindre ytterligere funksjonstap hos alle slagpasienter kan defineres som rehabilitering. Som vi har skrevet på tidligere punkter så må/skal fysioterapeuter og andre profesjoner tidlig inn, helst allerede i akutt fase for å starte tidligrehabilitering. Dette fordi forskningsbasert kunnskap tilsier at det er til beste for pasientene.

NFF ser behovet for å skille mellom tidligrehabilitering og spesialisert rehabilitering. Skillet må påpekes og eksplisitt behandles i dokumentet.

Nødvendigheten av å definere rehabilitering blir ytterligere aktualisert på s 40 der det står at «konkluderer med at det kun er behov for oppfølging hos fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped, så kan det kommunale rehabiliteringstilbudet begrense seg til en eller flere av disse.» - oppfølging av en profesjonsgruppe er vanligvis ikke karakterisert som rehabilitering. NFF vil understreke at vi ikke er uenige i at oppfølging bare hos f.eks. fysioterapeut kan være rett tiltak for noen pasienter, men er altså ifølge definisjonen ikke rehabilitering.

33) Kriterier for valg av videre forløp etter utskrivning fra slagenheten

NFF mener at det er viktig med klare kriterier for å sikre et likeverdig behandlingstilbud. Likevel er det viktig at alle kriterier vurderes individuelt for hver pasient.

Under overskriften «God funksjon før hjerneslaget» mener vi at innholdet kan tolkes dit hen at personer som ikke var selvhjulpne før slaget ikke skal få rehabiliteringstilbud på linje med personer som var selvhjulpne før slaget. Dette mener vi ikke er likeverdige helsetjenester, og er i motsetning til hva som står i prioriteringsmeldingen og prioriteringsreglene for spesialisthelsetjenesten.

Under overskriften Rask bedring av utfall/funksjon vil vi påpeke viktigheten av tidligrehabilitering for å få en rask bedring som igjen er med å påvirke utfall av senere rehabiliteringstiltak. Det er derfor viktig at alle pasienter får tilbud om tidligrehabilitering allerede i akuttavdelingene.

34) Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenheten

I Norge skal vi ha likeverdige helsetjenester. Det er understreket senest i prioriteringsmeldingen. Alvorlighet, nytte og ressurser skal vektlegges. I den skjematiske oversikten kan det se ut som om alder og arbeid er to selvstendige faktorer som veier tungt ved prioritering av hvem som skal få og ikke få hvilke typer rehabilitering. Det mener vi er uheldig. Alder og arbeid skal ikke være selvstendige faktorer, men skal vurderes under punktene nytte og pasientens egen målsetting og forutsetning.

I listen over faktorer som spiller inn står det «behov for kompetanse: legespesialist(er), faggrupper, særfaglig spesialkompetanse, spesialtester og utredninger, håndtering av sjeldne tilstander og komorbiditet». NFF mener/synes det er uheldig at leger er den eneste profesjonen som trekkes frem når det gjelder rehabilitering, mens viktige profesjoner som fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopedier gjemmes under generiske termer slik som faggrupper og særfaglig spesialkompetanse

Fase 2 – rehabilitering og oppfølging. Kapittel 11 - spesialisert rehabilitering

35) Generelle kommentarer

Dokumentet har en logisk inndeling basert på gode indikatorer.

Også her vil vi trekke frem likeverdige helsetjenester og påpeke at det er uheldig at «alle pasienter med yrkesfremtid og tegn på kognitive funksjonsnedsettelse bør bli vurdert tverrfaglig». Hva med alle de andre pasientene? Skal ikke de ha en tverrfaglig vurdering? Denne teksten forekommer både her og under kommunehelsetjenesten.

Teksten «helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess» er gjennomgående. NFF forstår at hvem dette helsepersonellet er vil variere fra pasient til pasient og sted til sted. Dette rører imidlertid ved sakens kjerne. I et forløp må det konkret beskrives hvem som skal sende hva til hvem og hvem som dermed er ansvarlig for at stafettspinnen sendes videre OG MOTTAS i den andre enden. Ellers åpner vi nok en gang for lokale forskjeller basert på praksis, ikke fastsatte samhandlingsprosedyrer.

36) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 1 – anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

37) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 2 – anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

38) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 3 – anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

39) Målepunkt 11 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår

Som påpekt i pkt 35 er det ikke konkret beskrevet hvem som skal sende hva til hvem. I dette tilfellet er det etter det NFF forstår slagenheten som skal sende relevant og nødvendig informasjon til avtalt rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, evt til RKE eller tilsvarende koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. Dette må presiseres i dokumentet.

Det bør videre spesifiseres at kontakt og overføringsmøter forut for utskriving bør være normen.

40) Målepunkt 11 b) Epikrise til fastlege

41) Målepunkt 11 c) Mottak rehabilitering

42) Målepunkt 11 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering

NFF mener at tverrfaglig funksjonsvurdering bør utføres før det har gått 5 dager. Gjennomsnittlig liggetid i primær kompleks døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten er på 15,7 dager, døgnrehabilitering i private institusjoner på 20,6. Flere vil derfor knapt rekke å få en funksjonsvurdering før de blir utskrevet. Tiden er verdifull i denne fasen av et rehabiliteringsforløp. Vi mener derfor at det bør presiseres at allerede påbegynt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fortsetter samtidig med at videre utredning gjennomføres. Pasienter som blir utskrevet til spesialisert rehabilitering er grundig vurdert før utskrivelse fra sykehus, og det er uheldig dersom det blir unødig stopp i rehabiliteringsforløpet på grunn av mange nye utredninger.

43) Målepunkt 11 e) Etablering av rehabiliteringsplan

Se punkt 11d)

44) Målepunkt 11 f) Rehabiliteringsplan evaluert

Å evaluere etter 4 uker vil for mange sammenfalle med utskriving, jf. MP 11g.

NFF mener derfor at det vil være mer hensiktsmessig med en ukentlig evaluering av rehabiliteringsplanen for å justere mål og tiltak mens pasienten er i spesialisert rehabilitering.

45) Målepunkt 11 g) Utskrivning fra spesialisert rehabilitering

NFF mener at det må understrekes hvor viktig det er å kontakte neste ledd i kjeden før utskriving, i dette tilfellet mest sannsynlig kommunen. Det er også viktig at dette punktet ikke strider mot varslingsrutinene mm i avtaleverket mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Under målepunkt må «kommunen» legges til.

Målsettingen er at «50% av pasientene er skrevet ut til hjemmet eller kommunalt rehabiliteringstiltak innen 4 uker.» NFF vil understreke behovet for at en slik praksis er i samsvar med kunnskapsbasert praksis og gjeldende forskning. Vi mener at det kan være uheldig å sette et måltall som kan oppfattes som en norm eller minimumskrav. Lengden på rehabiliteringsoppholdet må alltid baseres på og vurderes ihht forsvarlig praksis og faglig vurdering.

Vi vil også påpeke at det for mange ikke er en motsetning mellom hjemmet eller kommunalt rehabiliteringstiltak da et flertall av kommunale rehabiliteringstiltak foregår i hjemmet.

46) Målepunkt 11 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden

NFF er bekymret for helheten i behandlingsskjeden når målsettingen bare er at spesialisthelsetjenesten *bør* videresende informasjon om pasienten på utskrivingsdagen.

Dette punktet kan ikke stride med bestemmelsene i avtalene mellom helseforetak og kommune om varslingstider.

Vi vil også påpeke at spesialisthelsetjenesten ikke kan informere pasienten om plan for videre forløp uten at dette er diskutert og vedtatt av kommunehelsetjenesten– noe som fordrer tidligere varsling og samarbeid.

47) Målepunkt 11 i) Oppfølging hos fastlege

Vi er bekymret for at ikke alle pasienter får den oppfølgingen de trenger ettersom de selv er ansvarlige for å bestille time jf. MP 11b.

NFF mener at det her bør stå oppfølging 2-4 uker etter utskrivelse fra rehabilitering (og ikke etter 4-8 uker etter innleggelse i slagenhet). Det er ulik lengde på rehabiliteringsforløpene og mange pasienter er på dette tidspunktet fortsatt på institusjon.

Under punkt 4 i sjekklisten hos fastlegen bør det spesifiseres at det vurderes for skjulte utfall, da dette er utfall som ofte ikke blir avdekket i akuttfasen. Mange pasienter setter heller ikke dette i sammenheng med hjerneslaget. Skrivefeil i dette punktet: følgetilstander.

NFF støtter at det er et eget punkt i sjekklisten for vurdering av om det har tilkommet et rehabiliteringsbehov. Ikke alle utfordringer i hverdagen kan avdekkes tidlig i forløpet.

48) Målepunkt 11 k) Tidspunkt for mottatt henvisning om ny rehabiliteringsvurdering fra den kommunale helse og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten

Dette er en viktig presisering.

49) Målepunkt 11 l) Fornyet henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringsvurdering

NFF ønsker at det understrekes at pasienten må få oppfølging og et rehabiliteringstilbud i kommunen i påvente av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fristen for ny vurdering for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten på 4 uker i senfase vurderes som god.

50) Målepunkt 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

Fase 2 - oppfølging og rehabilitering. Kapittel 12 - tidlig støttet utskrivning

51) Anbefalte kriterier for henvisning til tidlig støttet utskrivning

NFF synes at TSU og ambulante team er dårlig beskrevet idet det ikke klart fremkommer hvilket nivå og hvem som har ansvar for hvilken del av oppfølgingen av pasienten. Det eksisterer i dag få ambulante team i spesialisthelsetjenesten. NFF er derfor bekymret for at TSU derfor i praksis er å overlate pasienten til kommunen uten et godt etablert oppfølgingstilbud og en trygg ansvars plassering.

52) Målepunkt 12 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

Hvem er det som aktivt bistår pasienten»? Er det spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten eller begge? Her kan det ikke være en generisk beskrivelse av hvem som sender noe til hvem, men det må spesifiseres hvem som er mottakere av hva.

NFF stiller også spørsmålstegn ved hvorfor målformuleringen her er vagere enn i MP 11a; hvorfor nødvendig informasjon bare bør være overført ved utskriving og ikke må være overført. Disse målene bør formuleres likt.

53) Målepunkt 12 b) Epikrise til fastlege

«Epikrise til fastlegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskriving for 100% av pasientene, eller ved utskriving hvis samtidige behov for kommunale helse, og omsorgstjenester.» For det første: hvorfor ikke samme krav om at den skal være utsendt ila 7 dager som i MP 11b? For det andre: NFF undrer seg over formuleringen «hvis samtidige behov», se neste pkt.

54) Målepunkt 12 c) Mottak rehabilitering

Trygghet og forutsigbarhet er essensielle elementer i et rehabiliteringsforløp. Det står under MP 12c) både at pasienter med TSU må «være mottatt/ha etablert kontakt med det tidlig støttede utskrivningsteam senest ved utskriving.» og at «80% av pasientene som henvises til tidlig støttet utskriving bør være mottatt/etablert kontakt med tidlig støttet utskrivningsteam innen utskrivningstidspunkt.» Disse setningene er motstridende. NFF går ut fra at første formulering er den korrekte og at dette blir ryddet opp i i den endelige versjonen. Dette får også NFF til å lure på om tallet 80% er basert på evidens og forskning eller om tallet er en kvantifisering av uttrykket «flertallet». Det er en prosentandel som er gjennomgående for hele dokumentet.

Det står videre at «Målepunktet er det tidspunktet pasienten har møtt tidlig støttet utskrivningsteam og kommunalt rehabiliteringsteam i hjemmet etter utskriving.» Slik vi leser dette er at pasienten både skal ha et utskrivningsteam fra spesialisthelsetjenesten og et kommunalt rehabiliteringsteam. Dette understreker tidligere påpekt behov for å plassere ansvaret for disse pasientene på et av forvaltningsnivåene. Det understreker også hvorfor vi spør om formuleringen «hvis samtidige behov» i MP 12b).

Her er det behov for begrepsavklaring med gode definisjoner for hva «tidlig støtte utskrivningsteam», «ambulerende team» og «rehabiliteringsteam» er. Tidlig støttet utskrivning team/ ambulerende team i spesialisthelsetjenesten er noe annet enn rehabiliteringsteam i den kommunale heletjenesten. Oppgavene vil være ulike.

55) Målepunkt 12 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering,

Dersom det menes at TSU-teamet skal ha foretatt en ny tverrfaglig vurdering av pasienten innen 5 dager undrer NFF om det ikke hadde vært mer hensiktsmessig at det er TSU-teamet som gjør den første evalueringen (MP 9) som slår fast om TSU er rett tiltak. Se for øvrig kommentarer til MP 11d.

56) Målepunkt 12 e) Etablering av rehabiliteringsplan

Se forrige punkt.

57) Målepunkt 12 f) Rehabiliteringsplan evaluert

Ok for pasienter som er så oppegående at de blir skrevet ut til hjemmet, men ikke for pasienter inneliggende på en rehabiliteringsinstitusjon.

58) Målepunkt 12 g) Overføring til annet rehabiliteringstiltak

Pasienten er allerede i eget hjem og mottar rehabilitering der. Hvordan kan da halvparten av pasientene skrives ut til eget hjem? Menes det her registrert som ferdigbehandlet? Eller menes det kanskje at i enkelte tilfeller følger det ambulerende teamet pasienten gjennom

rehabiliteringsforløpet via et opphold på institusjon, men at endemålet er om pasienten kommer seg tilbake til egen bolig? Dette punktet er uklart.

59) Målepunkt 12 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden

Teksten under forløpstid er ryddigere enn under MP 11h). Se forøvrig kommentarer der.

60) Målepunkt 12 i) Oppfølging hos fastlege

Se MP 11i.

61) Målepunkt 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

Det er bra med fokus på tverrfaglig poliklinikk etter tre måneder. Gjelder alle pasienter.

Fase 2 - oppfølging og rehabilitering. Kapittel 13 - kommunal rehabilitering

62) Generelle kommentarer

Det er et lite konsekvent språkbruk med begreper som ambulant rehabilitering, rehabiliteringsteam, hjemmebasert- og dagrehabilitering, hjemmehabilitering, døgnrehabilitering. Dette forsterkes ved at det tidligere i dokumentet er skrevet om bla. ambulant tverrfaglig team. Det er nyttig med en begrepsavklaring og konsekvent språkbruk for å oppnå nøyaktighet og presisjon. Dette også da det på landsbasis brukes ulike begrep på de samme tilbudene.

NFF synes for øvrig det er unødig mye gjentakelse av informasjon, som gjør at det essensielle for akkurat gjeldende punkt «druknar» i det andre. Det gjør det ekstra utfordrende å finne den relevante informasjonen. Kanskje det generelle om valg av rehabiliteringsnivå heller kan stå som en introduksjon

63) Dagrehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

NFF har vansker med å se store forskjeller mellom 5.1 dagrehabilitering og 5.2 hjemme- og/eller dagrehabilitering. For øvrig må overskriftene på tabellene gjennomføres – begge er vel i kommune.

64) Hjemme- og/eller dagrehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

NFF mener at rehabilitering 1-3 timer i uken 1-3 ganger i uken for mange ikke er et tilstrekkelig rehabiliteringsopplegg. Spesielt blant dem med moderat funksjonssvikt vil ofte et mer omfattende opplegg være nødvendig. Vi er redd for at flere pasienter ikke vil bli tilbudt mer omfattende behandling enn dette som vi anser som et minimum. Vi ønsker at en slik begrensning på tilbudet ikke skal stå i dette dokumentet. Hvor mange timer og hvor ofte rehabiliteringstiltak skal gis må bygge på profesjonelt skjønn og kravene til faglig forsvarlighet må innfris i hvert enkelt tilfelle.

65) Døgnbasert rehabilitering i kommune - anbefalte kriterier for henvisning og beskrivelse av tilbudet

NFF stiller spørsmålsteget ved formuleringen «Et tverrfaglig rehabiliteringsteam følger opp pasientens rehabilitering i døgnheten». I motsetning til de to foregående formene (dag- og hjemmebasert rehabilitering) er ikke kompetansesammensetningen her nevnt. Det må skrives at det bør som minimum ytes tjenester av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt tilgang til logoped

og sosionom her som i de dag- og hjemmebaserte tjenestene. Dessuten mener vi at tverrfaglig rehabiliteringskompetanse bør være normen i døgnbasert rehabilitering, dvs institusjon. Vi ser ikke relevansen av team med mindre det her menes at de ansatte profesjonene må jobbe sammen, noe vi mener er en forutsetning i all rehabilitering og ikke trengs å presiseres spesifikt i denne sammenhengen.

NFF mener det er bra med en oppfordring om å foreta hjemmebesøk i løpet av rehabiliteringsperioden, da dette ofte er viktig for å avdekke aktuelle treningsmål som mål oppnås før utskrivelse til egen bolig.

66) Målepunkt 13 a) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til helsepersonell som aktivt bistår pasienten i dens videre rehabiliteringsprosess

Som påpekt mange ganger er ansvaret for hvem som sender og hvem som mottar informasjon vagt formulert. Dette blir understreket ved at sykehjem er eksplisitt nevnt. Kommunens koordinerende enhet er en mer nærliggende adressat, som for øvrig kun er nevnt en gang på side 8 til tross for at det er en lovpålagt enhet på begge forvaltningsnivå.

Nødvendig informasjon må følge pasienten, ikke bare bør ankomme.

67) Målepunkt 13 b) Epikrise til fastlege

Se 12b

68) Målepunkt 13 c) Mottak rehabilitering

Se bl.a. MP 10 – det må være en plan for hvor pasienten skal være de 7 dagene han eller hun venter på rehabilitering.

Det bør videre presiseres at for pasienter som venter hjemme på rehabiliteringen må den igangsettes før det har gått 7 dager.

De som skal på institusjon for kommunal rehabilitering venter på plassen på sykehuset, fortrinnsvis på en slagenhet, for fortsatt videre rehabilitering i påvente av plass. For øvrig gjelder samhandlingsavtalene mellom HF og kommunene.

69) Målepunkt 13 d) Utført tverrfaglig funksjonsvurdering blant annet av fysioterapeut

Se MP 11d

70) Målepunkt 13 e) Etablering av rehabiliteringsplan

Se MP 11d

71) Målepunkt 13 f) Rehabiliteringsplan evaluert

Se MP 11f

72) Målepunkt 13 g) Avslutning av kommunal rehabilitering

Se MP 11g

«Pakkeforløpet legger opp til en kartlegging før det settes opp en målsetting med dette målepunktet.» NFF spør om hvem som skal kartlegge hva og hvorfor? Dette er ikke tydelig.

NFF vil påpeke at noen pasienter vil trenge livslang oppfølging av fysioterapeut og ivaretagelse av funksjonsnivået. Hva er kriteriet for at disse skal fortsette å være i eller skrives ut av pakkeforløpet?

73) Målepunkt 13 h) Overføring av relevant og nødvendig informasjon til neste rehabiliteringsinstans eller neste ledd i behandlingsskjeden

Se MP 11h

74) Målepunkt 13 i) Oppfølging hos fastlege

Se MP 11i

75) Målepunkt 13 j) Oppfølging hos fastlegen for pasienter som er utskrevet fra slagenheten direkte til kommunal rehabilitering

Det bør presiseres hvorvidt det er fastlegen som har ansvar for innkalling eller om det er pasienten som er ansvarlig for å bestille time.

76) Målepunkt 13 k) Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

77) Målepunkt 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten

Fase 2 - oppfølging og rehabilitering. Kapittel 14 og 15 som gjelder pasienter med hjerneslag vurdert til "uten behov for initial rehabilitering" og "uten initial effekt av rehabilitering"

78) Generelle kommentarer

«Initial» er ikke et ord som benyttes i dagligtalen. Kan det kanskje erstattes med «nåværende».

Det fremkommer ikke hvorvidt personer som er «friske» etter sykehusoppholdet fortsatt er i pakkeforløpet eller om de blir skrevet ut av forløpet.

Under pkt/overskrift 6 står det først at det gjelder personer uten initialt behov og som er utskrevet direkte til hjemmet. Likevel er det mange steder skrevet hjemmet/sykehjemmet. Det er flere som får slag som hadde sykehjemmet som sin bolig før sykehusinnleggelsen, men majoriteten av disse menneskene vil falle inn under gruppen som ikke har forventet effekt av rehabilitering gitt kunnskap om populasjonen i sykehjemmene. NFF vil imidlertid understreke at også disse pasientene vil ha effekt av trening med terapeut for å vedlikeholde funksjonsnivå.

Under pkt/overskrift 7 er det ikke gjennomført om det er personer uten forventet effekt, uten initial forventet effekt eller hvor rehabilitering ikke er beste alternativet slik det står over tabellen. Begrepsbruken må være gjennomført. Videre står det at disse pasientene blir utskrevet til sykehjem. Dette er lite nyansert da mange vil bli utskrevet til andre tilbud i kommunen slik som Helsehus, USK-plasser, KAD, ØHD, ol. Det er en målsetting at ingen yngre enn 67 år skal i sykehjem.

NFF vil gjerne trekke frem at det er pasienter i gruppen uten initial effekt av rehabilitering som gjerne er de som blir kasteballer i systemet. Dette er personer som får en stor funksjonssvikt av slaget, som

er svært syke og som trenger tid før de kan starte spesialisert rehabilitering. Flere av disse blir utskrevet fra sykehuset til kommunens helse- og omsorgstjeneste og ligger der i påvente av å bli friske nok til å kunne nyttiggjøre seg rehabilitering og dermed returnere til spesialisthelsetjenesten. NFF ønsker at det skal være et målepunkt der disse pasientene får en tverrfaglig vurdering av hvordan de kan få behandling for å opprettholde funksjon og forebygge ytterligere funksjonsfall, altså rehabilitering, i påvente av rehabilitering. Det er viktig at disse pasientene ikke mister sin mobilitetsfunksjon og får opprettholdt lungefunksjon mv selv om flere er sengeliggende. Som et minimum må dette eksplisitt inn i tabellen på side 58.

79) 14 og 15 b) Epikrise fastlege

14b) se MP 12b). I tillegg forstår vi ikke hvorfor sykehjem er nevnt her siden disse pasientene er utskrevet til hjemmet

15b) I tillegg til fastlege og sykehjemslege må også nevnes kommunale helsetilbud slik som omsorgssenter, helsehus ol. «Epikrise til fastlegen/sykehjemslegen bør være utsendt innen 7 dager etter utskriving for 100% av pasientene, men for pasienter som overføres til sykehjem, skal epikrisen følge pasienten.» Her er det to motstridende krav til når epikrisen skal sendes sykehjemmet. Det er en motsetning som bidrar til dårlig koordinering.

80) 14 i) Oppfølging hos fastlege for pasienter utskrevet direkte til hjemmet

Hvorfor nevnes sykehjem?

Bør presiseres at fastlegen kan henviser til rehabilitering i kommunen ikke bare til spesialisthelsetjenesten.

81) 15 j) Oppfølging hos sykehjemslegen for pasienter utskrevet direkte til sykehjem

NFF mener at denne delen må utvides fra kun å gjelde sykehjem til gjelde alle helsetilbud i kommunen. Da dette generelt vil gjelde personer med store helse- og omsorgsbehov mener vi at dette punktet må endres fra å gjelde oppfølging av lege «innen 4-8 uker fra innlagt slagenhet» til «vurdering av et tverrfaglig team bestående av minimum lege og fysioterapeut innen få dager etter ankomst». En vanlig sykehjemsavdeling vil ikke være bemannet eller ha kompetanse til å ta seg av pasienter med så store medisinske behov.

82) 11 k) Fornytt henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten om rehabiliteringsvurdering

83) 11 l) Fornytt rehabiliteringsvurdering i spesialisthelsetjenesten

84) 16) Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten for pasienter utskrevet direkte til hjemmet uten behov for initial rehabilitering

Punkter i pakkeforløpet som har vært under diskusjon

85) Hvilke krav vil vi stille til legekompentanse i nivå 1 spesialisthelsetjeneste?

NFF har ikke kompetanse til å uttale seg om legekompentansen. Det vi nok en gang vil understreke er viktigheten av at det på alle tidspunkt i forløpet må være fokus på tidligrehabilitering og tiltak som

hindrer ytterligere funksjonsfall. Fysioterapeuter er en av yrkesgruppene som er eksperter på dette og som vil kunne komplementere legen med medisinske behandling på områder som å opprettholde og trene opp lungefunksjon.

86) Slagenheten er gitt en sentral rolle i vurderingen av de videre pasientforløp for å hindre unødige forsinkelser. Er denne rollen hensiktsmessig?

For å vurdere videre pasientforløp er det viktig med en tverrfaglig vurdering hvor profesjonene som inngår som minimum er fysioterapeut, lege og sykepleier. Å foreta funksjonsvurderinger er fysioterapeutens kjernekompetanse. Det er viktig med et tverrfaglig fokus på dette tidspunktet også for å unngå at vurderingen kun er basert på medisinsk behandling og diagnose. Helheten er viktig.

Det er viktig at pakkeforløpene legges opp på en måte som sikrer et helhetlig, sømløst forløp for pasienten. Funksjonsvurderingene som gjennomføres mens pasienten er inneliggende på en slagenhet og som kommer frem til mål og tiltak bør være en viktig rådgivende informasjon til neste behandlingsledd, uansett forvaltningsnivå. Det kan se ut til at pakkeforløpene på mange områder stadig legger opp til nye funksjonsvurderinger noe som kan føre til at pasienten mister mye av sin verdifulle rehabiliteringstid. Samtidig må det søkes å opprette samhandling mellom enheter og forvaltningsnivå så tidlig som mulig slik at det unngås friksjoner mellom forvaltningsnivåene. Nivåenes innflytelse på pasientforløpet kan ikke bryte med bestemmelsene i samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Når det gjelder slagenhetens rolle, så må selve vurderingen av funksjon gjøres av fagpersoner som kjenner pasienten, altså i dette tilfellet fysioterapeuter, leger og sykepleiere ved slagenheten. Når det gjelder å opprette kontakt med kommunene og rehabiliteringsavdelingene derimot lurer NFF på om det er hensiktsmessig at denne oppgaven ligger til de ulike enhetene på sykehuset. Å ha oversikt over hva som er mulig i hver av kommunene i nedslagsfeltet er en stor jobb, det kan være mer effektivt om slik kunnskap heller ligger hos en sentral koordinerende enhet.

87) Er bruk av begrepet "forventet effekt av rehabilitering" et godt og dekkende begrep?

Uttrykket er ikke lett tilgjengelig for ikke-helsepersonell. Det ville være klargjørende å forklare begrepet f.eks. med teksten som er overskrift på tabellen på s 58.

88) Koordinatorrollen: hvordan kan denne rollen integreres best mulig i eksisterende lovpålagte tjenester?

Begge forvaltningsnivå har lovpålagte koordinatorfunksjoner. NFF mener at det er viktig at de som trenger koordinator får en koordinator. Noe som uansett ville kunne øke koordineringen er å legge inn tydeligere ansvarsforhold i dette dokumentet for pakkeforløpet, noe vi har presisert gjentatte ganger i dette høringssvaret.

89) Har dere forslag til implementering og hvordan vi kan bidra til at "Pakkeforløp hjerneslag" kan føre til gode og likeverdige helsetjenester for mennesker rammet av hjerneslag?

Pakkeforløpet må stille krav til tjenesten og til best practice. NFF mener at dette ikke gjøres ved at «bør» og «80%» gjennomgående ser ut til å være godt nok i dette dokumentet. For å få gode og likeverdige tjenester trengs det strengere kriterier slik at kvalitetskravet leses og tolkes likt i hele helsetjenesten. Vi har allerede påpekt noen steder der vi lurer på om anbefalingene fra prioriteringsmeldingen og prioriteringsreglene for spesialisthelsetjenesten er oppfylt i dokumentet.

For øvrig mener NFF at en forutsetning for gode og likeverdige helsetjenester forutsetter kompetanse og kapasitet i tjenestene.

I spesialisthelsetjenesten innebærer det at funksjonsvurderinger og tidligrehabilitering settes inn allerede i akuttavdelingene der dette er en forskningsbasert anbefaling. Kunnskapsbasert praksis må følges når det gjelder liggetider i sykehus og liggetider og intensitet i behandlingen i spesialisthelsetjenesten Jf. de Nasjonale retningslinjene. Det bør presiseres ytterligere i dette pakkeforløpet. SamData viser at det er alt for store forskjeller både når det gjelder antall mennesker som blir tilbudt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og private institusjoner og liggetiden og antall polikliniske konsultasjoner mellom opptaksområder. Forskjellene er for store til at dette er tilfeldig variasjon. Videre vil vi påpeke at rehabiliteringstilbudet i mange kommuner ikke er tilstrekkelig bygget opp ift nedbygging i spesialisthelsetjenesten. Svært ulik kapasitet, ulik kompetanse og ulik bemanning fører til at tilbudet ikke er likeverdig.