

*Til Den Norske Legeforeningen
Fra Norsk Forening for Fysikalsk medisin og Rehabilitering (NFFR)*

Kommentarer til Høring-revidert nasjonal traumeplan-traumesystem i Norge 2015

Norsk Forening for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering ønsker å berømme arbeidsgruppen bak revidert nasjonal traumeplan for et grundig arbeid. Fra vårt fagfelts ståsted synes vi det er svært positivt at det kommer tydelig frem at spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering skal tidlig inn i et traumeforløp, og at spesialisert rehabilitering er en del av akuttforløpet hos traumepasienter. Det ble også i Traumeplan fra 2007 gitt anbefalinger for tidlig rehabilitering og overflyttinger som i liten grad ble gjennomført. Norsk forening for Fysikalsk medisin og Rehabilitering håper at det nå vil bli en forbedring i forhold til dette.

Tidlig spesialisert rehabilitering

Den tidlige rehabiliteringen skal være en del av et sammenhengende pasientforløp for pasienter som har alvorlige skader og sykdommer. For at dette skal fungere så bra som mulig, er man avhengig av et systematisk samarbeid mellom akuttavdelingen og den spesialiserte rehabiliteringsavdelingen i helseforetaket.

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten ved tidlig rehabilitering er så spesialisert, komplekst og intensivt at det ikke kan bli gitt i kommunen alene. (Helsedirektoratets rapport om ansvars- og oppgavedeling mellom nivå (IS-1947). Rehabilitering er en del av det akutte pasientforløpet og pasienten vil ikke bli meldt ferdigbehandlet før han eller hun er klar for utskriving fra rehabiliteringsavdelingen.

Ambulante team

Pasienter som trenger spesialisert rehabilitering i sykehus bør så tidlig som mulig bli overflyttet til rehabiliteringsavdelingen. Det er positivt at det nå er kommet inn i veilederen at spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering skal vurdere traumepasienten innen 3 døgn. Dette kan man løse ved mer bruk av interne ambulante tjenester, f.eks. ambulant spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller ambulante team fra rehabiliteringsavdelingen.

Man kan også se for seg en løsning der man har tilknyttet en spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering til traumesenteret. En slik fortløpende vurdering av pasienten kan gjøre det lettere å finne et gunstig tidspunkt for når pasienten skal overflyttes til en spesialisert avdeling for tidlig intensiv rehabilitering.

Arbeidsoppgaver for spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering

Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil være en naturlig leder av det tverrfaglige teamet rundt pasienten fra starten. I tillegg kan spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering være den i legeteamet som har ansvaret for å se "totalbildet" av den skadde pasienten og ha en koordinatorfunksjon ift når det etter hvert er aktuelt for videre overføring til kommunen. Det er angitt i rapporten at det bør opprettes dedikerte senger for observasjon og tverrfaglig oppfølging etter intensiv; dette er positivt! Så langt det lar seg gjøre bør disse sengene ligge i; eller være tilknyttet en spesialisert rehabiliteringsavdeling. Intermediærenheter for tidlig og intensiv rehabilitering bør

være lagt til alle traumesentre; som det er sterke anbefalinger for i "revidert nasjonal traumeplan".

Hvis man klarer å få implementert disse endringene i fremtidens traumeforløp er Norsk forening for Fysikalsk medisin og Rehabilitering enig i det som står angitt i rapporten; at den skadde vil få en optimal medisinsk behandling og i tillegg vil en få på plass tverrfaglige tiltak som vil øke pasientenes mestring og funksjonsevne.

Senfaserehabilitering

Forskning viser at tverrfaglig rehabilitering har effekt selv mange år etter at skaden eller sykdommen har oppstått. Det er blant annet dokumentert effekt av tverrfaglig spesialisert rehabilitering i sen fase etter traumatisk hodeskade. (Geurtsen et al. 2010; Turner-Stokes L et al. 2008; Cicerone KD et al. 2005). Det er derfor positivt at "revidert nasjonal traumeplan" også tar for seg mangler i rehabiliteringstilbudet i senere faser. Norsk forening for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering er enig i at det er nødvendig med tilstrekkelig kapasitet for:

- - Oppfølginger med reinnleggelser og kontroller
- - Lærings- og mestringstilbud for skadde og deres familie
- - Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Rehabiliteringstilbud skal være likeverdig uavhengig av bosted.

På vegne av Norsk forening for Fysikalsk medisin og Rehabilitering

Bergen 31.05.15

Marianne Wesnes

Leder i styret NFFR