

Høringsuttalelse fra Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering; bidrag til Legeforeningens erfaringsrapport om covid-19

Innledning/bakgrunn

Mye av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten var våren 2020 er ute av drift som følge av koronavirusutbruddet. Styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering fikk i vår tilbakemelding fra flere medlemmer at rehabiliteringstilbudet i for høy grad var kuttet og som følge av det fikk ikke prioriterte pasientgrupper det tilbudet de har krav på. Dette skyldtes kraftige kutt i antall senger samt omdisponering av personell fra spesialiserte rehabiliteringsavdelinger til andre sengeposter.

Styret i NFFR påpekte ovenfor Legeforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet og media våren 2020 at rehabiliteringstilbudet i Norge var redusert mer enn hva som er forsvarlig og at man fryktet at dette igjen ville kunne føre til økt sykkelighet og dårligere funksjon hos disse pasientene på sikt, og økte kostnader for samfunnet som helhet.

Behandling og rehabilitering

Sykehus

Det oppsto en stor uønsket variasjon i rehabiliteringstilbudet nasjonalt da pandemien inntraff i mars 2020, både nasjonalt, men også innad i regionale helseforetak. Enkelte rehabiliteringsavdelinger ble nedstengt fullstendig i mars og april og personalet ble omplassert til andre avdelinger. Andre rehabiliteringssengeposter gikk med redusert drift, mens noen ble driftet som «normalt». Den polikliniske aktiviteten ble betydelig redusert, noen steder stoppet helt opp; og resterende aktivitet ble gjennomført via telefon og videokonsultasjoner frem mot sommeren 2020. En del av rehabiliteringsaktiviteten ble gjenopptatt nærmere sommeren 2020, men det har vært stor variasjon nasjonalt mtp når og i hvilken grad tilbudet har blitt gjenopptatt. Per desember 2020 er man fortsatt ikke tilbake til «normal» drift innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Gruppetilbud er redusert, poliklinisk aktivitet skjer ved en kombinasjon av videokonsultasjoner, telefonkonsultasjoner og fysiske konsultasjoner.

De private rehabiliteringsinstitusjonene nasjonalt utgjør en stor andel av rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten samt utgjør også læringsarenaer for leger i spesialisering innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Disse var stengt i månedsvis som følge av pandemien med store konsekvenser for pasienter og ansatte, samt betydelige økonomiske tap. Også ved disse arenaer er tilbudet pr des 2020 fortsatt redusert.

Pandemien har gitt oss ny kunnskap, også med tanke på rehabiliteringsbehov etter gjennomgått covid-19. De aller fleste covid-pasientene kommer gjennom forløpet uten behov for rehabilitering. En andel vil ha behov for noe rehabilitering i kommunen, f.eks oppfølging av fysioterapeut og ergoterapeut. Et enda mindre antall vil ha behov for å være innlagt i rehabiliteringsseng i kommunen, noe få i private rehabiliteringsinstitusjoner og ytterst få vil ha behov for sykehusrehabilitering i forløpet.

For pasientene som får et alvorlig covid-forløp vil det hos flere oppstå et videre rehabiliteringsbehov som bør dekkes ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering/i spesialisthelsetjenesten. Særlig gjelder dette pasienter som har hatt intensiv/respiratorbehandling. Hvilke funksjonstap og

grad av kompleksitet, både medisinsk og rehabiliteringsmessig etter akuttdelen av oppholdet vil være styrende mtp om pasienten har behov for videre rehabilitering og ved hvilket nivå. Rehabiliteringstilbudet bør dekke fysiske, kognitive og emosjonelle aspekter inkludert oppfølging av pårørende.

Primærhelsetjenesten

De aller fleste covid-pasientene kommer gjennom forløpet uten behov for rehabilitering. En andel vil som nevnt ha behov for noe rehabilitering i kommunen, f eks oppfølging av fysioterapeut og ergoterapeut og et enda mindre antall vil ha behov for å være innlagt i rehabiliteringsseng i kommunen. Det er fremkommet ila pandemien at flere pasienter ble utskrevet fra sykehusoppholdet uten å være kartlagt mtp videre rehabiliteringsbehov. Kommunalt har rehabiliteringstilbudet vært betydelig redusert som følge av restriksjoner. Dette har ikke bare affisert covid-pasienter, men også alle andre diagnosegrupper med behov for fysioterapi, ergoterapi, logopedi o.l for å bedre og opprettholde funksjon.

Prioritering

Med betydelig reduksjon av rehabiliteringstilbudet medfulgte det også et stort behov for strengere prioriteringer med tanke på hvilke pasienter som skulle få et rehabiliteringstilbud eller tilbud om spesialistvurdering hos spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette skjedde samtidig som det oppsto et rehabiliteringsbehov for en ny diagnosegruppe.

I henhold til [notat om prioritering fra Helsedirektoratet 25.3.20](#), skal pasienter i et forløp etter nyoppstått betydelig funksjonsnedsettelse og behov for rehabilitering prioriteres. Dette kan gjelde pasienter innlagt i sykehus på grunn av hjerneslag, hjerneskade, ryggmargsskade, multitraume, amputasjon, brannskade, nevrologiske tilstander og andre skade- og sykdomsforløp der manglende rehabilitering kan medføre alvorlig varig funksjonstap. Disse diagnosegruppene, og covid-19 pasienter med behov for videre spesialisert rehabilitering, får rehabiliteringstilbud i betydelig mindre grad enn det som det faglig var behov for. NFFR frykter at dette vil få store konsekvenser, både på individ-nivå, men også samfunnsnivå mtp økte utgifter og større hjelpebehov videre.

Digitalisering

Avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering var tidlig over på digital plattform både mtp utredning og behandling ved poliklinisk virksomhet. Døgnbasert spesialisert rehabilitering var ikke mulig å digitalisere, men oppfølging og samhandling med pårørende og primærhelsetjenesten ble i stor grad digitalisert. Enkelte avdelinger opprettet også digitale treningstilbud til pasienter med funksjonstap. Dette kunne til dels gjøre opp for noe av tapet av behandlingstilbud, men var ikke i nærheten av å dekke opp for hele omfanget.

Arbeidsvilkår; særlig om arbeidstid, overtid, beordring og endring i oppgaver

Ved flere av våre avdelinger ble både LIS og spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering omdisponert, eller planlagt omdisponert til andre avdelinger under pandemien, med den usikkerheten og belastningen det innebar. Flere medlemmer ble satt på «omdisponeringslister» og gjennomførte kursing i tilfelle behov for arbeid i f eks akuttmottak, pandemiposter eller intensivavdelinger.

Situasjonen for gjennomføring av spesialistutdanning

Gjennomføringen av spesialistutdanning ble satt på vent ved flere utdanningsinstitusjoner som følge av nedstenging av avdelinger. LIS ble omdisponert til andre avdelinger og fikk arbeidsoppgaver utenfor egen spesialisering; med påfølgende tap av tid for å oppfylle læringsmål innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Flere obligatoriske kurs innenfor spesialiteten ble utsatt, senest «ryggmargsskadekurset» november 2020 og «ultralydkurs» planlagt januar 2021 utsettes ½ år. «Kurs i administrasjon og ledelse» har vært utsatt og/eller redusert antall deltagere betydelig. Da dette kurset tas i slutten av spesialisering hos alle spesialiteter vil det bli en betydelig flaskehals i forhold til ferdig spesialisering hos alle.

NFFR observerer at det var færre godkjente spesialister i 2020 sammenlignet med tidligere år og stiller seg spørsmål hvorvidt dette har sammenheng med pandemien. Sannsynligvis vil en se større forsinkelser i utdanningsløp i 2021 enn 2020. NFFR er bekymret da det allerede foreligger en betydelig mangel på spesialister i faget og dette vil øke på de neste 10 årene da en stor andel medlemmer pensjoneres og tilveksten er svakere enn ved andre spesialiteter.

Digitalisering har vært et viktig virkemiddel mtp å videreføre så godt det lar seg gjøre internundervisning for LIS og spesialister, samtidig ser en at det gir en dårligere mulighet for faglige diskusjoner og utfordrende etiske refleksjoner. Pandemien har medført mindre uformelle møter mellom LIS og spesialister for viktige faglige og etiske refleksjoner.

Kommunikasjon, informasjon og samhandling innenfor og mellom ulike nivå

Samhandling med primærhelsetjenesten står sentralt i fysikalsk medisin og rehabilitering. Under pandemien har samhandlingsmøter i stor grad blitt digitalisert og hospitering og ambulant virksomhet har vært utfordrende å gjennomføre. Dette gjør overgang mellom tjenestene mer utfordrende og kan ha bidratt til økt usikkerhet hos pasienter og pårørende.

Helse, miljø og sikkerhet. Arbeidsgivers ivaretagelse av leger og annet personell

Pandemien har i stor grad medført stor grad av usikkerhet for alle, også for legene. Tidligere formelle og uformelle møteplasser er blitt avlyst, samtidig som behovet for informasjon kanskje aldri har vært større. Mange av medlemmene sto i situasjoner hvor man var utsatt for økt smitte og engstelse relatert til dette. Mange kollegaer har blitt omdisponert; eller blitt bedt om å være klar for omdisponering til andre avdelinger; med det usikkerhetsmomentet det medfører. Medlemmer har meldt tilbake at de ikke fikk lov til å ta ut omsorgsdager i forbindelse med stengte barnehager og skoler; selv om aktiviteten ved avdelingen var redusert. Medlemmer hvor partner/ektefelle ikke jobbet i «samfunnskritisk stilling» fikk ikke mulighet til å benytte seg av omsorgstilbudet i kommunen; noe som medførte forhøyet stress og belastning privat.

Legeforeningens arbeid med covid-19

Legeforeningen har jobbet godt med ulike aspekter relatert til covid-19 men NFFR opplever at behovet for rehabilitering fikk liten oppmerksomhet i starten av pandemien og var heller ikke tema på erfaringskonferansen; til tross for økende fokus på rehabiliteringsbehov etter covid-19 i mediene.

Oppsummering: forslag tiltak/hva som må til for å være forberedt til fremtidige helsekriser

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering mener at det ved senere helsekriser vil være viktig å ikke glemme behovet for rehabilitering; både for kjente diagnosegrupper og eventuelle nye diagnosegrupper. «Et reddet liv skal også leves»; gode rehabiliteringstilbud vil være samfunnsøkonomisk gunstig, i tillegg til svært betydningsfullt for hvert enkelt individ. Mye av fokuset i pandemien rettet seg mot covid-19, samtidig som man glemte litt «alle de andre» diagnosegruppene i samfunnet som også krevde videre behandling og rehabilitering. Det bør også være fokus på å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet nasjonalt og samkjøring av RHF-ene når helsekrisene inntreffer.

På vegne av styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering

22.12.20 Marianne Wesnes