

Endurhæfing: Tillögur að endurhæfingarstefnu

Skýrsla starfshóps um stefnu í endurhæfingu, gefin út af Heilbrigðisráðuneytinu í apríl 2020
Starfshópin skipaðu Guðrún Sigurjónsdóttir og Hans Jakob Beck

Umsögn sálfræðinga Reykjalundar

Ella Björt Teague, Gunnhildur L. Marteinsdóttir, Helma Rut Einarsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir, Jórunn Edda Óskarsdóttir, Klara Bragadóttir, Rúnar Helgi Andrason og Smári Pálsson.

Í heildina áhugaverð og mjög þörf skýrsla. Við bindum vonir við að tillögurnar leiði til enn betri endurhæfingarþjónustu til hagsbóta fyrir einstaklingana sem á henni þurfa að halda sama á hvaða þjónustustigi þeir eru.

Almennar vangaveltur

1. Í skýrslunni er gert mikið úr líf-sál-félagslegri nálgun í endurhæfingu og talað um að sálfræðingar séu samkvæmt WHO ein af 7 lykil stéttum sem sinna endurhæfingu. Fram kemur í skýrslunni að það eru um 833 sálfræðingar með starfsleyfi, en ásamt sjúkraþjálfurum eru þetta þá lang fjölmennustu starfsstéttirnar innan endurhæfingar. Það er því mikilvægt jafna stöðu þessara mikilvægu heilbrigðisstétta og setja meðferð og greiningu sálfræðinga undir niðurgreiðslu SÍ eins og er með flesta aðra heilbrigðisþjónustu.
2. Talað er um að WHO telji félagsráðgjafa ekki til endurhæfingarstétta. Þar sem opnað er á þessa umræðu í skýrslunni þykir sálfræðingum vert að benda á nauðsyn aðkomu félagsráðgjafa að þverfaglegri endurhæfingu og ekki síst þegar kemur að eftirfylgni og að árangur endurhæfingar haldist þegar endurhæfingu inni á stofnun lýkur. Víða í skýrslunni er talað um mikilvægi þess að tryggja framfærslu einstaklings sem og mikilvægi þess að fjölskylda sé höfð með í ráðum varðandi endurhæfingu. Félagsráðgjafar eru mikilvægir í þverfaglegri endurhæfingu og ættu því störf félagsráðgjafa innan endurhæfingar að teljast með hinum lykil heilbrigðisstéttunum. Það sama gildir um næringarfræðinga, þeir eru mjög mikilvægir í þverfaglegri endurhæfingu.
3. Í kaflanum um fólkið í forgrunni er m.a. fjallað um mikilvægi viðeigandi fagmenntunar og sérhæfingar í endurhæfingu. Við fögnum þessari umræðu og teljum mikilvægt að mönnun endurhæfingarstofnana taki mið af þessum áherslum enda er endurhæfing á margan hátt ólík almennri sjúkráhusstarfsemi. Mönnun og stjórnun endurhæfingardeilda og stofnana þurfa að endurspegla þá sérstöðu sem og lög um heilbrigðisþjónustu. Einnig þarf að efla nám og starfsþjálfun á sviði endurhæfingar og er Reykjalundur í góðri aðstöðu varðandi starfsþjálfun þessara heilbrigðisstétta. Við sálfræðingar höfum mjög góða reynslu af því að vera með meistaranema í sálfræði í starfsþjálfun á Reykjalundi. Við styðjum einnig heilshugar þá framtíðarsýn sem kemur fram um mikilvægi þess að huga vel að faglegum grunni endurhæfingar og styðja rannsóknir, þróun og kennslu í endurhæfingu enda fyrirsjáanleg aukin eftirspurn eftir þekkingu á þessu sviði og að efla þurfi vísindarannsóknir og tengsl við háskóla landsins.
4. Oft er minnst á í skýrslunni að fólk falli á milli kerfa og flækjustigið af því að hafa heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytið aðskilin. Talað er um mikilvægi ýmissa stofnana á sviði endurhæfingar eins og LSH, Reykjalund, VMS, VIRK o.fl. sem tilheyra ýmist félags- eða heilbrigðisráðuneyti. Við teljum mikilvægt að eitt ráðuneyti fari með þennan mjög svo mikilvæga málaflokk og yrði þannig leiðandi í að hafa þjónustu við einstaklinginn viðeigandi og samfellda á hverjum tíma. Í skýrslunni er einnig lýst þeim vanda sem af hlýst að hafa framfærslu á einni hendi og endurhæfingu á annarri án þess að samvinna sé á milli þessara kerfa eða skýr viðmið hvað endurhæfing þurfi að innibera hjá einstaklingi svo hann fái

framfærslu eins og endurhæfingarlífeyri. Þar sem framfærsla spilar stórt hlutverk varðandi mögulegan árangur af endurhæfingunni þá þarf verklagið að vera skýrt og gagnsætt. Skortur á samfelli í þjónustu var viðmælendum skýrsluhöfunda ofarlega í huga sem endurspeglast í ummælunum „Oft verið að búa til plat endurhæfingarúrræði til að uppfylla kröfur Tryggingarstofnunar“. Þetta er mikill áfellisdomur yfir núverandi kerfi og því miður tilfinning margra sem að máli endurhæfingar koma.

5. Í kaflanum um Endurhæfingu og heilbrigðiskerfið er tafla sem er tillaga að stigskiptingu endurhæfingarþjónustu á Íslandi byggð á skilgreiningu WHO en þar vantar að nefna Sálfræðistofur í lið II í töflunni á eftir Sjúkrapjálfunarstöðvar.
6. Þegar talað er um tvær starfsendurhæfingarstöðvar á höfuðborgarsvæðinu virðist Hringsjá hafa gleymst.
7. Okkur finnst vanta inn í umræðuna að endurhæfingarstofnanir eins og Reykjalundur, Grensás o.fl. sem fara með 3-5 stigs endurhæfingu ættu að vera skyldugar til að taka afstöðu til mögulegrar vinnufærni við útskrift einstaklinga. Minnst er á að endurhæfingarteymi heilsugæslunnar hafi þetta verkefni en spurning hvort það eigi ekki einnig að vera hjá meira sérhæfðu stofnunum. Eftir þverfaglega íhlutun upp á jafnvel margar vikur ætti að liggja fyrir góð og ítarleg þekking hvað mögulega starfsgetu varðar.
8. Sérstaklega er tekið fram að það er skortur á skilningi á þörf m.a. fólks með heilaskaða á endurtekinni endurhæfingu. Því er fagnað að þessi hópur sé sérstaklega nefndur því virkilegur misbrestur er á bæði greiningu og meðferð þessa hóps hér á landi. Því er einnig fagnað að út frá skýrslunni megi túlka sem svo að gert sé ráð fyrir að starfsemi Reykjalundar inniberi endurhæfingu fólks með heilaskaða í framtíðinni.

Aðgerðaráætlun 2020-2025

9. Varðandi lið 2 um að sett yrði á fót þverfaglegt teymi heilbrigðisstarfsfólks í hverju heilbrigðisumdæmi þá virkar þetta sem áhugaverð og góð tillaga. Mætti skýra aðeins betur fyrirkomulag þessa teymis og hvernig það kæmi til með að starfa. Ættu beiðnir lækna um endurhæfingu á t.d. Reykjalundi eða VIRK alltaf að fara í gegnum þessi teymi eða yrði þetta enn eitt kerfið sem læknar senda samhliða beiðni til? Einnig er farið inn á þetta í lið 6 en það mætti skýra betur valdsvið slíks teymis sem og hvort þar gæti verið möguleiki á svokölluðum „málástjóra“ sem talað er um annarsstaðar í skýrslunni að sé m.a. kostur við kerfið í Noregi. Svona málsstjóri gæti því borið ábyrgð á að koma málunum áfram og tengist því lið 10 þar sem talað er um kröfu um heildstætt endurhæfingarferli.
10. Varðandi lið 3 um að sameina rekstur Reykjalundar og Grensásdeildar undir eina stjórn þá er þetta óljóst orðað og hugsanlega er það meðvituð ákvörðun. Hins vegar verður það til þess að erfiðara er að taka afstöðu til þessarar tillögu. Okkur hugnast ekki að Reykjalundur verði deild innan LSH en við styðjum að Reykjalundur verði hluti af sterkri endurhæfingarstofnun með breiðan hóp sjúklinga og að þessi endurhæfingarstofnun verði einnig „miðstöð þróunar, þekkingar og þjálfunar starfsfólks í endurhæfingu og bakhjarl endurhæfingar í landinu“.
11. Varðandi lið 4 um innleiðingu ICF sem staðlaðs matstækis þá er öllum sem kynnt hafa sér ICF kerfið, vel kunnugt um ýmsa annmarka þess, eins og vöntun á þeim fjölmörgu flokkum er tengjast einstaklingsbundnum þáttum (personal factors) en á einum stað í skýrslunni eru þeir taldir með sem nauðsynlegir þættir. Það vekur því vissulega upp spurningar að ekki sé áætlaður neinn kostnaður við innleiðingu á þessu kerfi. ICF kerfið er ekki fullmótað af hendi WHO og ef þverfaglegar endurhæfingarstofnanir eiga að nota þetta kerfi þá þarf augljóslega að eiga sér stað talsverð þróunarvinna hjá þessum sömu stofnunum, þannig að kerfið verði nýtilegt sem slíkt. Það vantar inn í kerfið ýmsa mjög mikilvæga þætti er spila stórt hlutverk í

endurhæfingu. Í íslensku ICF bókinni frá 2001 kemur fram: „Einstaklingsbundnir þættir mynda hinn sérstæða bakgrunn í lífi hvers manns og standa fyrir þá eiginleika einstaklings sem tilheyra ekki heilsufari eða heilbrigðisástandi hans. Hér er meðal annars átt við kyn, kynþátt, aldur, önnur heilsufarsatriði, hreysti, lífsstíl, venjur, uppeldi, spjörunarstíl, félagslegan bakgrunn, menntun, fagsvið og reynslu bæði fyrir og nú (liðnir atburðir og atburðir líðandi stundar). Almennt atferlismunstur, persónuleiki, sálrænir eiginleikar og aðrir eiginleikar eiga líka við hér en allir þessir þættir geta haft áhrif á fötun á hvaða stigi sem er.

Einstaklingsbundnir þættir eru ekki flokkaðir í ICF en eru samt sýndir á mynd 1 [sem sýnir samspil ICF þáttanna] til að draga fram áhrif á þeirra. Einstaklingsbundnir þættir geta haft veruleg áhrif á árangur ólíkra íhlutunarleiða.“ Bent hefur verið á að án einstaklingsbundinna þátta sé ICF kerfið ófullkomið og að það sé jafnvel siðferðislegt álitamál hvort réttlæt看legt sé að nota kerfið án þeirra (t.d. Sabine Grotkamp og fél., 2012; Szilvia Geyh og fél., 2011).

Einnig er mjög takmarkað fjallað um tilfinningalíf í ICF kerfinu. Ef innleiða á ICF í endurhæfingu á landsvísu þá yrði Ísland væntanlega eitt af leiðandi afli í þróun þessa kerfis á heimsvísu. Það er í senn áhugaverð og spennandi verkefni en að sama skapi tímafrekt og mun kosta mannafla og fjármagn. Án fjármagns og viðurkenningar á því að kerfið þarfnist þróunar mun það ekki standa undir því að vera þverfaglegt og heildrænt kerfi.

12. Varðandi lið 8 um að sett verði í reglugerðir um heilbrigðisstarfsmenn að þeir verði skyldugir til að leggja mat á hvort sjúklingar þeirra hafi þörf fyrir endurhæfingu til að hún verði sjálfsagður hluti heildstæðrar meðferðar. Ágæt hugmynd en án þess að breyta núverandi fyrirkomulagi þar sem eingöngu er tekið við beiðnum frá læknum eins og t.d. inn á Reykjalund og VIRK þá er þessi lagabreyting sett talsverðum takmörkunum. Það kemur víða fram í skýrslunni að í dag sé einn liður af stóra vanda endurhæfingarinnar lélegar og illa ígrundaðar læknisbeiðnir, sbr. 40% beiðna vísað frá hjá VIRK. Það að útiloka aðrar heilbrigðisfagstéttir frá því að mega senda beiðnir er því varla vegna þess að menn óttist að gæði beiðna rýrni. Hinsvegar væri vel til fallið að herða reglur varðandi hvernig beiðnir skulu vera útfylltar sem og að aðrar fagstéttir eigi helst að senda beiðnir í samráði við heimilislækni viðkomandi eða endurhæfingarteymi heilsugæslunnar sem væri enn betra sbr. umræðu í 9. lið hér að ofan eða a.m.k. að þangað yrði sent afrit svo þessi kerfi væru upplýst og gætu brugðist við með athugasemdum.
13. Varðandi lið 9 um að kaupendur endurhæfingarpjónustu beri ábyrgð á fjölbreyttu framboði þjónustu þá fögnum við því að þessi þáttur komi fram. Að mati sálfræðinga þá er einmitt mjög mikilvægt í endurhæfingu að aukin sé fjölbreytni í dag- og göngudeildarþjónustu og að mun meiri áhersla sé lögð á eftirfylgni.
14. Varðandi lið 11 um að einstaklingsbundin endurhæfingaráætlun eigi að liggja fyrir innan 30 daga af hendi þess sem fær tilvísunina. Þarna veltum við því fyrir okkur hvort ekki væri eðlilegra að þetta yrði í höndunum á endurhæfingarteymi heilsugæslunnar og málastjóra þess (sjá 9. lið hér að ofan) sem gæti svo í samráði við meðhöndlandi aðila sett þetta í hans hendur þegar endurhæfing hefst. Þetta myndi auka líkur á að liður 16 í skýrslunni yrði að veruleika um miðlægan biðlista. Þannig gæti sýnileiki biðlista og hver endurhæfingarpörfin er hverju seinni orðið sýnilegri sem og hver það er sem fer með ábyrgð á endurhæfingu einstaklingsins hverju sinni.

Mosfellsbæ, 19. maí, 2020

f.h. sálfræðinga Reykjalundar

Inga Hrefna Jónsdóttir, forstöðusálfræðingur