

Til:

- Helsedirektoratet



Oslo, 30. april 2019

Ref.: 91/19/STE/ph

Pakkeforløp hjerneslag» - «Fase 2 – Rehabilitering og oppfølging»

Overordnet fremstår dette som et godt dokument og forløp. Et forløp som vil bidra til å redusere varians og bedre kvaliteten i oppfølging av pasienter med de største hovedgruppene av hjerneslag og pasienter med fokalnevrologiske funksjonsutfall.

Samtidig mener vi forløpet i for liten grad sikrer:

- 1. En bio-psykososial tilnærming med tilgang på psykologfaglig kompetanse. En tilnærming vi vet kan ha stor betydning for forløpet for slagrammede som for andre pasientgrupper som har vært gjennom alvorlig sykdom og som kanskje skal leve videre med kronisk sykdom og plager.**
- 2. Oppdagelse, diagnostikk og oppfølging av pasienter med såkalte «usynlige plager» etter hjerneslag. «Usynlige plager» som lettere kognitive utfordringer, fatigue, følelsesmessige reaksjoner og andre tilpasningsreaksjoner.**
- 3. Tydeliggjøring både med hensyn til pasientens alder og pårørendes behov. Yngre- og eldre pasienter sitt utgangspunkt og sine behov bør klarere fremkomme i forløpet. Og ulike pårørende, de utfordringer de kan møte og stå i over tid bør i større grad adresseres.**

Utdypet:

En bio-psykososial tilnærming med tilgang på psykologfaglig kompetanse. En tilnærming vi vet kan ha stor betydning for forløpet for slagrammede som for andre pasientgrupper som har vært gjennom alvorlig sykdom og som kanskje skal leve videre med kronisk sykdom og plager.

Det psykologiske perspektivet på mestring og håndtering av psykososiale utfordringer i forløpene blir borte og det blir for lite ivaretagelse av de helsepsykologiske og rehabiliteringspsykologiske utfordringene. Det trengs gjennomgående å sikre tilgang på psykologfaglig kompetanse som vi vet kan ha betydning for forløpet for alle slagrammede. Vi forslår som et eksempel at det under Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten nivå 1 legges til «*psykologspesialist og spesialist i nevropsykologi*» etter «*som for eksempel ..*» på første kulepunkt under kompetanse. På nivå 2 anbefaler vi at «*nevropsykolog*» tas med som «*annen spesialist*» på første kulepunkt under kompetanse.

Vi ser også at tverrfaglig kompetanse ikke gjennomgående er eksemplifisert til å omfatte psykologfaglig kompetanse. Det vil øke risikoen for større varians på dette kontrollpunktet. Videre blir psykologkompetanse i liten grad trukket inn på kommunalt nivå. Vi minner om at psykolog er lovfestet i kommunene fra 2020, samt at psykologer også blir nevnt som en sentral profesjon under «*habilitering – og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunen*» i veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. En veileder som ligger til grunn for foreslåtte pakkeforløp.

Oppdagelse, diagnostikk og oppfølging av pasienter med såkalte «usynlige plager» etter hjerneslag. «Usynlige plager» som lettere kognitive utfordringer, fatigue, følelsesmessige reaksjoner og andre tilpasningsreaksjoner. Psykologiske og rehabiliteringspsykologiske utfordringene vil kunne opptre i alle faser men arte seg noe ulikt gjennom de ulike fasene, ikke sjelden debuterer plager først senere i forløpet. De «usynlige plagene» kan ha store konsekvenser. Som det skrives i forslaget til dette pakkeforløpet kan indikasjoner på «usynlige plager» være vansker som rapporteres av pasienten eller pårørende, som problemer med å vende tilbake til sosiale aktiviteter som arbeidslivet eller problemer i familielivet. Ettersom vi får stadig bedre prehospitale tjenester og akuttmedisinsk behandling, vil flere «hjerner berges» og overleve hjerneslaget med minimale symptomer og sykdomsbyrden domineres av plager innen det usynlige spekteret. Derfor må høy kompetanse på diagnostikk og behandling av disse «usynlige plagene» sikres bedre i forløpet. Av forslag til pakkeforløp følger at pasienter med ingen eller minimale utfall etter hjerneslaget og samme funksjonsnivå som før slaget (mRS 0-1), bedømmes til ikke å ha behov for initial rehabilitering. Disse pasientene henvises ikke til rehabilitering, men følges opp av fastlege og den polikliniske kontrollen i spesialisthelsetjenesten. Vi er særlig bekymret for at disse pasientens «usynlige plager» herunder de psykiske, emosjonelle og atferdsmessige endringene ikke i tilstrekkelig grad blir fanget opp og relevante og aktuelle hjelpetiltak ikke blir iverksatt. Vi oppfatter at pasientene som initialt vurderes til ikke å ha rehabiliteringsbehov kan være i en særskilt faresone for å «falle mellom stoler». Dette i tillegg til at vurderingsverktøyene som benyttes i starten av forløpet er relativt «grove».

Tydeliggjøring både med hensyn til pasientens alder og pårørendes behov. Yngre- og eldre sitt utgangspunkt og sine behov bør klarere fremkomme i forløpet. Og ulike pårørende, de utfordringer de kan møte og stå i over tid bør i større grad adresseres. Den typiske slagpasient er i midten av 70-årene. Flere får ved aktivitet og ikke passivitet en spontan bedring, men erfaringsmessig blir ikke eldre alltid prioritert i tjenestetilbud eller innenfor optimalt tidsrom. Da får de kanskje ikke den bedringen de kunne fått noe som kan medføre økte omsorgs- og boligbehov. I tillegg vet vi at forekomsten av depressive symptomer, depresjon og ikke minst demens er høy hos eldre personer som har gjennomgått hjerneslag. Det må sikres at disse eldre følges opp. Et annet eksempel er behov for en nyansering i foreslåtte pakkeforløp hva gjelder hjerneslag hos yngre. Eksempelvis hva som skrives om sykehjemsplass, og bruk av betegnelsen «*sykehjemsplass*» og ikke «*bolig med heldøgns omsorg eksempelvis sykehjem*». Ulike pårørende, de utfordringer de møter og vil stå i over tid bør også i større grad fremkomme. Forløpet bør tydelig adressere deres situasjon, utfordringer, behov og ønsket hjelp og legge til rette for å ivareta ulike pårørende som yngre barn, voksne barn, partner og foreldre.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening



Tor Levin Hofgaard
President