

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 03. november 2020

Høring om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) takker for muligheten for å komme med innspill til høringen om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven – innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester. NFF slutter seg i hovedsak til vurderingene i høringsnotatet, og håper dette vil medføre bedre pasientforløp.

Det er imidlertid to ting vi ønsker å trekke frem. Det ene er at det å planlegge hvordan man skal planlegge er et godt første skritt på veien mot bedre samhandling. Det løser imidlertid ikke utfordringene som trekkes frem i høringsnotatet – at samarbeidsavtalene ofte er mer preget av et ønske om å dele opp ansvaret enn av behovet for å ta et felles ansvar for pasientforløp og at det er stor variasjon i hvorvidt og i hvilken grad de ansatte kjenner til innholdet i avtalene. Det andre vi ønsker å trekke frem er problemene på habiliterings- og rehabiliteringsområdet, som kan fungere som en eksemplifisering av utfordringene i helsetjenesten slik vi ser dem.

Det står i høringsnotatet at «formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene». I tillegg vises det til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 og minimumskravene til avtalene, der «Nummer 1 forutsetter at avtalepartene blir enige om hvilke tjenester henholdsvis kommuner og foretak er pålagt å sørge for etter loven, slik at de har en felles oppfatning av partenes ansvar. Denne felles oppfatningen vil danne grunnlag for å vurdere hvilke oppgaver den enkelte avtalepart har som det er aktuelt å samarbeide om. Partene må uttrykkelig avtale i de tilfellene hvor oppgaveutførelsen vil fravike den lovpålagte ansvars plasseringen».

Nødvendig med samarbeidsavtaler om rehabilitering og habilitering

La oss se på rehabiliterings- og habiliteringsområdet. I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 er ikke samarbeid om habilitering og rehabilitering med på listen over minimumskrav. Følgelig har vi ikke funnet noen opptaksområder som har egne samarbeidsavtaler som omhandler habilitering og rehabilitering. Riktignok er dette et tema som skal inn i det de fleste kaller tjenesteavtale 2: Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. I den nasjonale veilederen står at avtale *bør* beskrive blant annet a) samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak. b) ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator. c) habiliterings-/ rehabiliteringstilbud herunder tilrettelegging av hjelpemidler og lærings- og mestringstilbud, m.m.

NFF har ikke sett eksempler på samarbeidsavtaler som går ut over å påpeke nødvendig samhandling mellom de koordinerende enhetene, og ansvar for koordinator og individuell plan – de elementene som er omtalt i lovverket. Vi har ikke sett noen avtaler som avklarer ansvaret for habiliterings- og rehabiliteringstilbudet.

Vi vet at blant annet Helse Møre og Romsdal og Helse Nord RHF har hatt planer for rehabilitering på høring. Disse inngår ikke i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Felles for begge planer er at det tilsynelatende er klart at spesialisthelsetjenesten har ansvar for spesialisert rehabilitering, kommunen har ansvar for all annen rehabilitering. Ingen av planene inneholdt en konkretisering av hva som menes med spesialisert rehabilitering. NFF vil påpeke at det som er rutine og hyppig forekommende tilstander i spesialisthelsetjenesten, kan være både sjelden og kreve stor kompetanseheving i kommunene. Ved å se på sakene som tidlig var behandlet i tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren illustreres denne utfordringen. Kommunen hadde ikke kompetanse og kunne ikke ta imot pasienter med store helseutfordringer, men helseforetaket krevde likevel betaling fordi de definerte pasienten som utskrivningsklar.

NFF vil med dette understreke at det er store forskjeller mellom norske kommuner. Følgforskningen ved innføringen av samhandlingsreformen viste at helseforetakene så godt som uten unntak har identiske samarbeidsavtaler med alle kommunene i sitt opptaksområde. Det er derfor tydelig at kommunenes ulike kompetanse, forutsetninger og behov ikke er ivaretatt i dagens samarbeidsavtaler. Å lovfeste at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester kan være et skritt på veien, men løser ikke utfordringene på habiliterings- or rehabiliteringsområdet, eller andre områder der pasienter har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Avtalene er på et for overordnet nivå.

Nødvendig med nye styringssignaler for samarbeid om habilitering og rehabilitering

NFF har en rekke ganger spilt inn at det er nødvendig å nedsette et offentlig utvalg som skal kartlegge og vurdere kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder dimensjonering, organisering og hvilke pasientgrupper som prioriteres ned og ut av tjenesten. Vi mener at habilitering og rehabilitering må trekkes frem og behandles særskilt. I dag får ikke dette fagområdet den nødvendige oppmerksomheten. Når vi ser på de fire befolkningsgruppene som trekkes frem i nasjonal helse- og sykehusplan – barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, og personer med flere kroniske lidelser, så er dette fire befolkningsgrupper som er i kjerneområdet for habiliterende og rehabiliterende tiltak. Barn og unge med kroniske sykdommer og skader mottar som regel tiltak fra HABU – habilitering for barn og unge. Voksne med kroniske lidelser mottar tilsvarende tjenester fra HAVO – habiliteringstjenesten for voksne. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser vil aldri bli helt friske. De kan få økt mestring og leve godt med helseutfordringene sine, dersom de får rett rehabilitering. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer trenger også rehabilitering. Alle fire befolkningsgruppers behandling består av 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. Dette er den offisielle definisjonen på habilitering og rehabilitering i Norge.

Utvalget som NFF anbefaler nedsatt, må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten, som er tilpasset ulike kommuner og kommunetyper. Dette fordi vi anser at det er behov for nye styringssignaler på dette området, styringssignaler som understøtter partnerskap heller enn parter. I dag er styringssignalene på området at flest mulig skal motta helsetjenester i kommunene. Senest i oktober måned kunne vi lese i Helsedirektoratets rapport *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2015-2019* at utviklingen går feil vei. Spesialisthelsetjenesten bygger ned sitt tilbud. Vi vet at kommunene ikke har bygget opp tilsvarende. De som taper på dette er barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, kreftpasienter, slagpasienter, personer som har vært i større ulykker, personer som har skiftet hofter og andre ledd, covid-19 pasientene. Kort sagt befolkningen.

Det står i høringsnotatet at «Departementets inntrykk er at prosessene knyttet til inngåelse av samarbeidsavtalene ofte er mer preget av et ønske om å dele opp ansvaret enn av behovet for å ta et felles ansvar for pasientforløp som i sin natur går på tvers av helseforetak og kommuner». Dette inntrykket formidles også i deler av følgeforskningen ved innføringen av samhandlingsreformen, og det er inntrykket til NFF. Her mener imidlertid NFF at mye av forklaringen kan finnes i eksisterende oppgavefordeling. Spesialisthelsetjenesten definerer når en person er utskrivningsklar. Kommunehelsetjenesten plikter å ta imot. Når kommunens helsetjeneste ikke er tilstrekkelig utbygget vil det gå ut over pasienter og innbyggere som har mindre presserende og mindre livstruende behov. Vi er av den formening at departementet i større grad må understreke begge nivåers ansvar for samfunnsøkonomien, og hele befolkningens helse.

Nødvendig med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse i helsefelleskapene

NFF mener videre at fysioterapeuter, eventuelt annet helsepersonell med rehabiliteringskompetanse som jobber praksisnært, må være representert på alle nivåene i helsefelleskapene og tilsvarende beslutningsorgan. I dag består disse som regel av direktører, ledere, leger, fastleger og brukerrepresentanter. Dersom rehabiliteringstankegangen og helhetlige tjenester skal gjennomsyre systemet så er det helt nødvendig at personer med mer spesifikk rehabiliteringskompetanse blir representert. Habilitering og rehabilitering er tverrfaglige områder der flere tjenester og profesjoner er inne samtidig. NFF mener at helsetjenesten kan lære mye av hvordan det jobbes på dette området.

NFF er helt enig i at spesialisthelsetjenesten og kommunene må samarbeide og involvere hverandre i sine planer. Men, vi mener at dette ikke er tilstrekkelig. Det trengs nye tydelige styringssignaler på dette området, styringssignaler og antakelig økonomiske insentiv som sier at hele helsetjenesten samlet har ansvar for hele befolkningens helse. Styringssignaler som ser helheten og som ivaretar befolkningens helhetlige behov.

Med hilsen



Gerty Lund
Forbundsleder



Christine Thokle Martens
Seniorrådgiver