

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP 0030 Oslo

Deres ref.: 23/1237. Deres dato 27.03.23

Oslo, 29. juni 2023

Høring – NOU 2023:8 Felleskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) høringsbrev og Sykehusutvalgets rapport NOU 2023:8 Felleskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse. NFF vil først knytte noen generelle kommentarer til rapporten, for deretter å komme med innspill og kommentarer til enkelte av utvalgets vurderinger og forslag.

Oppsummering

- NFF er enig med beskrivelsen av dagens situasjon og støtter mange av forslagene fra Sykehusutvalget.
- NFF mener at det i tilfeller der kommunene av klare årsaker ikke har ressurser til å tilby fullverdig rehabilitering, er naturlig at spesialisthelsetjenesten bør overta ansvaret. Dette kan nedfelles i avtalene som inngås mellom helseforetak og aktuelle kommuner.
- Vi savner omtale og vurdering av de private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene. Vår erfaring er at disse tilbyr spesialisert tverrfaglig rehabilitering, som mange kommuner ikke har mulighet til å tilby. Dermed bidrar de til at befolkningen kan få tilbud om likeverdige tjenester. Avtalene som inngås mellom det regionale helseforetaket og rehabiliteringsinstitusjonene må være av slik varighet og omfang at de bidrar til å bygge og beholde sterke fagmiljøer.
- Utskriving av pasienter fra sykehus må ikke gå raskere enn at deres funksjon og rehabiliteringsbehov er grundig undersøkt og vurdert. Skal overføring fra sykehus til kommune foregå så smidig som mulig, er det viktig at aktuelt sykehuspersonell får tid til å ivareta ansvaret for kompetanseoverføring og kommunikasjonsbehovet som dette medfører.
- Verken prehabilitering eller rehabilitering gir nok finansiell uttelling. Det må utvikles koder og finansiering som bidrar til at dette prioriteres høyere.
- NFF foreslår at det igangsettes piloter for utprøving av gjennomgående finansiering av enkelte pasientforløp.
- Rehabiliteringskompetanse må være representert i alle nivåer i helsefelleskapene og framover bør mer oppmerksomhet og ressurser kanaliseres til det laveste nivået i helsefelleskapene – til de faglige samarbeidsutvalgene, der selvsagt fysioterapeuter bør være representert.
- IKT-systemene i sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste må understøtte samhandling.
- Kompetansen i spesialisthelsetjenesten bør være lettere tilgjengelig for rådgivning av personell i kommunehelsetjenesten gjennom flere kanaler.
- Spesialisthelsetjenesten må kunne investere i bygg og utstyr som legger til rette for effektiv drift, oppgavedeling, arealer egnet for opptrening og et godt arbeidsmiljø for ansatte.

- For de mindre profesjonene som f.eks. fysioterapeutene, er det viktig at profesjonen er samlet som en enhet i sykehusene med egen leder på tvers av sykehuset.

Generelle kommentarer

Norsk Fysioterapeutforbund mener utvalget treffer godt med beskrivelsen av dagens situasjon og utfordringsbilde. Det er positivt at utvalget vier mye plass til samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og i tillegg kommer med konkrete forslag til tiltak.

Ifølge mandatet skulle utvalget «Gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet». NFF savner en diskusjon om størrelsen på dagens regionale administrasjoner og de enkelte helseforetakenes administrasjoner. Vi savner også en diskusjon om de er kostnadseffektive og bidrar til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet.

Norsk Fysioterapeutforbund savner omtale og vurdering av de private ideelle og helprivate rehabiliteringsinstitusjonens plass i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering er et sort hull i dagens helsetjeneste. Noen kaller det «de hemmelige tjenestene». NFF er bekymret for det vi oppfatter som nedbygging av rehabilitering i sykehusene som følge av samhandlingsreformen samtidig som kommunene ikke har klart å øke sin kapasitet og kompetanse til å overta ansvaret for rehabiliteringen i det omfanget som man kan få inntrykk av at samhandlingsreformen la opp til. I dag inngår de regionale helseforetakene avtaler om kjøp av plasser ved rehabiliteringsinstitusjonene.

Styringsformen med avtaleinngåelse med rehabiliteringsinstitusjoner gjør styringsformen uforutsigbar både med hensyn til ressurser og kapasitet. Med dagens relativt korte horisont på avtalene mellom de regionale helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjonene, er det vanskelig å skape sterke fagmiljøer og sikre kontinuitet og stabilitet med hensyn til personell og kompetanse. Rehabiliteringsinstitusjonene utgjør en samlet rehabiliteringskompetanse som vi trenger mer og ikke mindre av. Flertallet av norske kommuner er for små til å kunne gi et fullverdig rehabiliteringstilbud til sine innbyggere. Skal vi ha et likeverdig tilbud til befolkningen uansett hvor de bor, er rehabiliteringsinstitusjonene et godt virkemiddel.

Verdigrunnlag

NFF støtter utvalgets vektlegging på at styringsmodellen må utformes og praktiseres på en måte som anerkjenner dilemmaene og verdikonfliktene som kan oppstå i møtet mellom helsepersonellens hverdag og overordnede føringer.

Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen

NFF er opptatt av at utvalget kunne ha viet mer plass til å stille spørsmål nedenfra og opp – hva skal til for å levere best mulig helsetjeneste til flest mulig? Hvordan kanalisere mest mulig av tilgjengelige ressurser til der pasientbehandlingen faktisk skjer? Hvor mye av de samlede ressursene går til administrasjoner i de regionale helseforetakene og i helseforetakene? NFF er glad for at utvalget mener at helseforetakene og de regionale helseforetakene må spille en aktiv rolle i å beskrive utfordringsbildet i spesialisthelsetjenesten, også i de tilfellene dette måtte kreve økt ressursinnsats. Det oppleves ofte som vanskelig å nå frem oppover i systemet for å formidle behov for økte ressurser i de tilfellene dette kan begrunnes godt som premiss for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret.

NFF støtter forslaget om å fjerne begrepet «helseforetak» fra navn knyttet til sykehus. Videre støtter vi forslag om å vri mer av finansieringen over fra ISF til rammebevilgning. ISF-refusjon ved polikliniske konsultasjoner må fortsatt være profesjonsnøytrale.

Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten

Overføre ansvar til spesialisthelsetjenesten

NFF støtter utvalgets vurdering om at kvaliteten på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten varierer, og at den i flere tilfeller er for dårlig. Det er stor variasjon blant landets 356 kommuner med hensyn til hvor godt de er rigget til å ta imot til dels dårlige pasienter med stort rehabiliteringsbehov. NFF støtter derfor utvalgets forslag til alternativt virkemiddel for bedre samhandling, s. 25, der det pekes på muligheten for at deler av kommunenes ansvar for blant annet rehabilitering kan overføres til spesialisthelsetjenesten.

Utskriving, ansvar og fysioterapeuters rolle

Fra kommuners synspunkt er utskrivningstidspunktet litt for tidlig, noe som er ugunstig og kan resultere i reinnleggelser. Før en pasient skal utskrives skal pasientens samlede funksjonsnivå og fremtidig utvikling være vurdert. Videre plan for oppfølging av pasienten skal foreligge.

Sykehusene har ansvar for overføringene fra sykehus til kommune/hjem. For at overgangene skal foregå så sømløst som mulig, er det viktig at personellet ved sykehusene har tid nok til å ivareta kompetanseoverføringsansvaret og kommunikasjonsbehovet som dette medfører. Med stadig høyere turnover på pasienter i sykehusene, ser vi at fysioterapeutene får stadig kortere tid til å vurdere funksjon og rehabiliteringspotensiale fordi det blir stadig flere og mer kompliserte pasienter som skal overføres til kommunene. Selv om vi ser en knapp økning i antall fysioterapeutårsverk i somatiske sykehus, er det nedgang i antall fysioterapeuter både innen psykiatri og i rehabiliteringsinstitusjoner.

Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten ser at det er et stort behov for styrking av samhandlingsmuligheter. Fysioterapeuter har en nøkkelrolle, både i å gjøre pasienter i stand til å delta på rehabilitering, vurdere rehabiliteringsbehov og kunne klare seg hjemme. Det er et gap mellom når pasient regnes som medisinsk ferdigbehandlet og når man kan tilby et godt opptreningsstilbud på neste tjenestenivå i etterkant. Konsekvensen er at flere blir liggende lengre på sykehus for å få oppfølging av fysioterapeut der. Alternativt blir pasienten utskrevet og blir ikke fulgt godt nok opp i kommunen på grunn av mangel på ressurser, noe som betyr at rehabiliteringspotensialet reduseres. For en pasient kan det innebære et liv i rullestol med pleiebehov framfor et selvstendig liv uten behov for pleietjenester.

Vi er enig i at god samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene som en forutsetning for god pasientbehandling. I en hverdag med økende antall arbeidsoppgaver ønsker fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten at det i større grad ble prioritert ressurser til å drive pasient/pårørendeundervisning, gruppetrening og tid til å kunne gi informasjon til ny-diagnostiserte pasienter i tidlig fase. Vi har god erfaring med at undervisning og motivering bidrar til økt aktivitetsnivå blant personer med for eksempel Parkinson i tidlig fase og gruppetrening for pasienter med ryggprolaps eller artrose som skal behandles konservativt. Dette er eksempler på tiltak som sparer helseforetaket for betydelige ressurser for eksempel til kirurgi eller innleggelser pga. smerter og redusert funksjon.

Oppgavedeling

Fysioterapeuter ser at det i fremtiden vil være nødvendig og et stort behov for å utnytte vår kompetanse i enda større grad, da andre yrkesgruppe - blant annet leger og sykepleiere - vil være en mindre tilgjengelig ressurs.

Fysioterapeuter kan være tidligere inne og vurdere funksjon, forebygge funksjonsfall, opptrening i forkant av/alternativ til eventuell operasjon.

Fysioterapeuter deltar pr. i dag i preoperative vurderinger, Det er potensiale til å utvide med flere pasientgrupper og arbeidsoppgaver slik at ventelistene kortes ned. Som eksempel har fysioterapeuter som gjør preoperative vurderinger bedre kompetanse på å veilede pasientene videre når det gjelder trening, fysisk aktivitet og smertemestring enn andre yrkesgrupper. Fysioterapeuter vil dersom tilgjengelige ressurser økes og tilbudet om fysioterapi forsterkes være med å bidra til at pasienter, der det er aktuelt, kan tilbys mindre kostnadskrevenende alternativer til kirurgi.

Det finnes mange gode eksempler på oppgavedeling med formål om å benytte kompetanse best mulig: [St. Olav hospital](#), [Haraldsplass](#), [Martina Hansen](#), [Lovisenberg](#) og [Tromsø](#).

Finansiering

Som nevnt innledningsvis, savner NFF en vurdering av de private ideelle og kommersielle rehabiliteringsinstitusjonenes plass og rolle i gråsonen mellom sykehusene og kommunene. Det er mulig at et samhandlingsbudsjett vil kunne bidra til at pasientene får et bedre og mer likeverdig rehabiliteringstilbud enn det vi ser er tilfelle i dag.

Det må også bemerkes at finansiering gir ikke nok uttelling for rehabilitering. For at rehabilitering i sykehusene skal få større tyngde og prioriteres høyere, må dette komme til syne i hvordan den innsatsstyrte finansieringen også "belønner" dette. Dette gjelder også prehabilitering. Det må utvikles koder og finansiering som gir uttelling for å satse på dette.

Utvalget peker på muligheten for lokale pilotprosjekter som kan bedre samhandlingen. NFF har ved flere anledninger spilt inn til HOD forslag om gjennomgående finansiering av enkelte pasientforløp. Vi foreslår at det eventuelt piloteres i noen ulike områder i landet, som for eksempel Finnmarksykehuset og kommuner i Finnmark, Vestre Viken ved Bærum sykehus og kommunene Asker og Bærum, Sørlandet sykehus og kommunene i Agder.

Helsefelleskap

NFF erfarer at helsefelleskapene ikke fungerer optimalt. Det som avtales på de to høyeste nivåene, kanaliseres ikke godt nok ut til tjenestene, samtidig som vi erfarer at samhandlingsutfordringene på tjenestenivå ikke formidles godt nok oppover i helsefelleskapshierarkiet.

Det er viktig at det ikke bindes opp mye ressurser på de overordnede nivåene i helsefelleskapene. Ressursene må kanaliseres dit hvor samhandlingene faktisk foregår – det vil si de som faktisk behandler pasientene. Så langt NFF erfarer, er det tredje nivået i helsefelleskapet – faglige samarbeidsutvalg – til dels lite satt i system. I hvert fall opplever fysioterapeutene at de blir lite brukt i innhenting av erfaringer og de har få muligheter til å komme med innspill. NFF mener at rehabiliteringskompetanse må finnes i alle tre nivåene, noe vi har etterlyst fra den dagen helsefelleskapene ble lansert.

En stor del av jobben som gjenstår når pasientene skrives ut fra sykehus, er rehabilitering. Å få løftet pasientens funksjonsnivå så høyt som mulig for at pasienten skal kunne ta ut sitt potensial for egen mestring og et selvstendig liv, burde være en menneskerett. Her har fysioterapeutene en særdeles viktig rolle. Samarbeid mellom fysioterapeuter i sykehusene og de kommunalt ansatte fysioterapeutene og de kommunale avtalefysioterapeutene må settes mer i system, og fysioterapeutene må få sin plass i helsefelleskapenes organisatoriske struktur.

Kommunikasjonsverktøy

Kommunikasjonen mellom sykehusene og den kommunale helsetjenesten (inkludert avtalefysioterapeutene som er en del av den offentlige helsetjenesten) må være enkel og lett tilgjengelig. Det er en forutsetning for gode pasientforløp at IKT-systemene i kommuner og sykehus understøtter, ikke står i veien for, samhandling. Det er en gjennomgangsmelodi at det er så vanskelig å komme i kontakt med riktig instans i sykehusene for fastleger og avtalefysioterapeuter.

I tillegg til IKT-systemer, kan det i mange tilfelle også være behov for å raskt avklare eller veilede en kollega. Ortopedisk avdeling ved Bærum sykehus er eksemplarisk i så måte og er til etterfølgelse for flere disipliner. De har innført en konfereringstelefon, som overlegene har ansvar for. Alle fastlegene og mange fysioterapeuter i de tilhørende kommunene har tilgang til tjenesten.

Finansiering av sykehusbygg

NFF erfarer at nye sykehusbygg bygges for små. Trangboddhet går utover effektiv drift og kan være til hinder for god oppgavedeling. Fysioterapeuter benyttes i økende grad til poliklinisk aktivitet ved undersøkelse og oppfølging av pasienter der det tidligere var lege som utførte oppgavene. Spesielt gjelder dette innenfor ortopedi, men vi ser at det skjer tilsvarende oppgavedeling innenfor andre medisinske fagfelt. Dette er en gledelig og god utvikling. Det som dessverre ofte er en utfordring, er å ha nok tilgang til rom i poliklinikkene. Det ideelle er oftest at lege og fysioterapeut jobber vegg i vegg.

Det er også viktig at det settes av tilstrekkelig med areal for tidlig rehabilitering i sykehusene. Selv om liggetiden nå begynner å bli kort ved norske sykehus, er det fortsatt en god del pasienter som fortsatt skal og bør ha en god oppstart av rehabiliteringen i sykehusene. Videre er det også viktig å ha nok areal til å få utført gode funksjonsvurderinger av pasientene.

Ledelse

Det er viktig at lederspennet ikke er for stort og at foretakets størrelse og organisering i flere lokalisasjoner vil måtte ha betydning. For de mindre profesjonene som f.eks. fysioterapeutene, er det viktig at profesjonen er samlet som en enhet i sykehusene med egen leder på tvers av sykehuset. Dette for å sørge for en robust tjeneste med tanke på bredde i kompetanse, fagutvikling, vaktordninger og omprioriteringer ved fravær med mer.

Med vennlig hilsen

Gerty Lund
forbundsleder

Kari Bente Sørli
seniorrådgiver

Brevet er elektronisk signert 29. juni 2023.