Høring Fritt rehabiliterings valg

I Høringsnotatet, som har svarfrist 28. september, foreslår Helse- og Omsorgsdepartementet at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Det vil innebære at pasienter med rett til nødvendig behandling innen spesialisthelsetjenesten fritt kan velge rehabilitering innenfor det offentlige helsevesenet eller hos private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

Per i dag har de ulike helseregionene forskjellig grad av valgfrihet og praksis. På denne måten vil HOD sørge for at alle pasienter får samme rettigheter, uansett hvor i landet de bor.

Rehabilitering er pekt på som et satsingsområde i en rekke internasjonale, nasjonale og regionale utredninger de senere år (1).

**Fritt rehabiliteringsvalg**

*NFFR har allerede forfattet en særmerknad som er vedlagt høringsnotatet. Det vises til denne*.

Norsk Forening For Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (NFFR) aksepterer høringens anbefaling at ordningen med fritt valg mellom private rehabiliteringsinstitusjoner på tvers av helseregioner kan inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg. Men vi ønsker å påpeke noen potensielle konsekvenser av denne endringen.

Det kan medføre at en ytterligere forsterker pasientstrømmen fra andre helseregioner til Helse-Sør øst, som har det største antall (30 av totalt 50) institusjoner, og at tilbudet i andre helseregioner reduseres. Det bryter også med prinsippet om at rehabilitering bør skje så nært hjemkommunen som mulig. Vedtaket kan medføre at det ikke bygges opp tilbud lokalt. Det er viktig at en vurderer dette fortløpende og kartlegger om vedtaket får uheldige konsekvenser.

NFFR støtter modellen som ikke åpner for valg på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette er veldig viktig. Konsekvensen av et slikt vedtak ville være at allerede utsatte rehabiliteringsavdelinger innad i HF vil kunne bli ytterligere marginalisert og evt. nedlagt.

Det er samlet enighet, både politisk og faglig, at det offentlige har hovedansvaret for helsetjenesten og må være bærebjelken i det norske helsevesenet. Et privat helsetilbud bør fungere som ett supplement og korrektiv til det offentlige. Det er viktig at forholdet mellom det offentlige og det private ikke utvikles slik at det private blir dominerende. I forhold til faget fysikalsk medisin og rehabilitering er det en stor fare for dette da faget som medisinsk spesialitet er liten sammenlignet med andre somatiske spesialiteter. Allerede i dag utfører de private en svært stor andel av døgnbehandlinger innen spesialisert rehabilitering.

Tidlig rehabilitering i sykehus utføres av spesialiserte tverrfaglige team med både medisinsk faglig og rehabiliteringskompetanse. Ansvaret for tidlig spesialisert rehabilitering må ligge hos helseforetakene og må ikke overlates til andre aktører. Mange av disse pasientene har kommet inn i spesialisthelsetjenesten via øyeblikkelig hjelp eller elektiv innleggelse på andre avdelinger. De er i ett forløp og det er nødvendig med nærhet til øvrig medisinsk støtteapparat. Det vil ikke være medisinsk faglig forsvarlig å la denne typen pasienter velge seg over i en privat rehabiliteringsinstitusjon.

Primær rehabilitering av ryggmargskader, alvorlige hodeskader, hjerneslag, multitraume samt amputasjoner er oppgaver som naturlig bør være lokalisert i spesialiserte rehabiliteringsavdelinger i HF. Mange av disse pasientene har langvarige(livslange) rehabiliteringsforløp også etter overføring til kommunen. De vil trenge jevnlige kontakter med spesialisthelsetjenesten og kommunen trenger en fast samarbeidspartner over tid.

Utfordringen i rehabiliteringsfaget løses ikke med innføring av fritt rehabiliteringsvalg. Det er bestemt at kommunen i fremtiden skal ha større ansvar for rehabilitering.

Det krever ett økonomisk løft og faglig kompetanseheving. NFFR støtter dette. Imidlertid vil pasienter fremdeles trenge en spesialisthelsetjeneste som kan sikre tidlig primærrehabilitering, vurdere grunnlag for videre rehabilitering, vurderingsopphold, polikliniske dagtilbud, samt veilede kommunen.

Mange oppgaver som i dag utføres i private rehabiliteringsinstitusjoner vil være naturlig å overføre til kommunen. Utredning og kartlegging vil kunne foretas i spesialisthelsetjenesten (rehabiliteringsavdeling i HF) men den videre oppfølging må skje i kommunen.

Man må ikke underslå at kampen for de private rehabiliteringsinstitusjoner også dreier seg om distriktsarbeidsplasser. Det er legitimt men det er ikke gitt at dette styrker faget. Innenfor somatisk medisin ser en behov for sentralisering og samarbeid med ulike spesialister. Fysikalsk medisin og rehabilitering (Rehabiliteringsmedisin) er også spesialisert medisin og er avhengige av robuste fagmiljøer.

Et robust fagmiljø kjennetegnes av evnen til å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Fagmiljøet må bestå av et visst antall leger slik at kompetansen ikke er avhengig av enkeltpersoner, eller at miljøet blir sårbart ved fravær. Offentlige sykehus må ha robuste fagmiljøer med kapasitet til å utdanne spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Fremtidens kommuner vil trenge en spesialisert samarbeidspartner for å kunne utføre sine fremtidige forpliktelser. Styrking og sikring av spesialiserte rehabiliteringsavdelinger i HF er nødvendig for å sikre at faget fysikalsk medisin og rehabilitering forblir en spesialitet innen somatisk medisin. Dette er en nødvendig betingelse om en mener at rehabilitering skal være et satsningsområde.

21. september 2015

Mvh Marianne Wesnes Arild Kjetså

Leder NFFR Nestleder NFFR

1. Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering (våren 2015), Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (rapport IS-1947 Helsedirektoratet 2012) og NCD-strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (2013-2017).