

Vi ved Stiftelsen Hernes Institutt HI) er takknemlig for å få muligheten til å komme med innspill til Helsereformutvalget! Vi registrerer også med glede den tverrpolitiske enigheten om en nasjonal satsing på arbeidsrettet rehabilitering, som kom i stortingsvedtak 10 februar i år, om en ny og offensiv satsing på arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Vi registrerer også med glede at Helseministeren ved flere anledninger har omtalt dette vedtaket som et viktig grep for å få ned sykefraværet i landet, og motvirke ungt utenforskap i samfunnet.

HI er leverandør ARR til RHFénes sørge- for ansvar for tverrfaglig spesialisert rehabilitering (TSR). I tillegg til TSR feltet utgjør rus, psykiatri og psykisk helsevern de anbudsutsatte helsetjenestene i dagens spesialisthelsetjeneste. Vi er opptatt at også disse tjenestene blir grundig evaluert av helsereformutvalget, fordi de berører spesialisthelsetjenester som mange store brukergrupper er avhengig av.

Innen TSR leveres i dag over 60% av tjenestene av private og ideelle aktører. Mange ideelle aktører, deriblant på ARR- feltet, er derfor ikke supplement til tilbudene i sykehusene, siden sykehusene ikke har lignende tilbud. Vi er dermed både tjenesteleverandørene og premissleverandører for faglig utvikling som RHFéne er avhengig av for å ivareta sitt sørge- for ansvar for disse tjenestene. Hvordan disse tjenestene anskaffes, benyttes og prioriteres i dagens helseforetaksmodell berører derfor mange pasientgrupper, brukerorganisasjoner og helsefagmiljøer.

Som grunnlag for våre innspill er vår lange erfaring med TSR og især ARR.

- 1. Prioritering av spesialisert rehabilitering.** Rehabilitering er en rettighet i spesialisthelsetjenesten på lik linje med de somatiske tilbudene i sykehusene. Et prioritert mål i helsepolitikken er at reddede og «reparerte» liv også skal leves. Det målet er umulig å oppnå uten rehabiliteringstilbudene, uten de vil en stor del av befolkningen være avhengig av helse og velferdstjenester livet ut, og ikke være aktive i arbeidslivet. En stor del av den samfunnsøkonomiske gevinsten som helsesektoren bidrar med kommer fra innsatsen på rehabiliteringsfeltet. For de aller fleste som kommer til HI er tilbudet avgjørende for om de fortsatt kan være i arbeid eller om de ender opp med en uføretrygd. I behovsanalysene til RHFéne som lå til grunn for anskaffelsen av TSR, var ARR tatt bort som egen ytelse. Dette skjedde på tross av at det i mange år har vært tverrpolitisk enighet på Stortinget, og vært presisert av flere regjeringer om at dette fagfeltet skal styrkes. Pasienterfaringer, klinisk erfaring og forskning viser at ARR slik tilbudene rigges i spesialisthelsetjenesten, har effekt fordi mange pasienter returnerer til arbeidslivet eller til utdanning etter å gjennomført opphold. Når så tydelige politiske føringer og fagkompetanse settes til side i behovsanalysene til RHFéne, er det fare for at de helsepolitiske mål ikke nås, og at kvaliteten på helsetjenester befolkningen trenger blir for dårlig. Denne bekymringen var hovedbakgrunnen for at et flertall på Stortinget ønsket å annullere den siste anskaffelsen på TSR, som var gjennomført i regi HSØ og HMN.
- 2. Anskaffelser av spesialisthelsetjenester utenfor sykehus.** HSØ avsluttet nå på sensommeren en anskaffelsesprosess som hadde vart i drøyt to år. Det har vært gjennomført lignende anbudsprosesser i de andre RHFéne som også har tatt unormalt lang tid. Felles for de fleste er at de har vært preget av forsinkelser, rettsaker og politisk kaos. Resultatet blir langvarig usikkerhet for mange pasientgrupper, uro blant brukerorganisasjonene og engstelse for eksistensgrunnlaget i mange fagmiljøer. En annen utfordring dukker opp nå når det for mange ideelle tjenesteleverandører er behov for finansiering for å tilpasse driften etter de nye avtalene med RHFéne. Vi erfarer at finansinstitusjonene ser for stor risiko til å gi lån til nødvendig vedlikehold og ombygging/

nybygg som vi trenger for å tilfredsstille kravene som RHFéne stiller til oss ideelle i de nye avtalene. Grunnen er korte rammeavtaler og stor politisk uro knyttet til disse anskaffelsene. Oppsummert så gjør disse anskaffelsene, og måten de blir gjennomført på, noe med samfunnets tillit til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig å evaluere hvordan de konkurranseutsatte tjenestene i spesialisthelsetjenesten planlegges og gjennomføres i dagens helseforetaksmodell.

- 3. Vurderingspraksis, rett til nødvendig helsehjelp.** Et høyt langtidssykefravær slik vi har hatt lenge i landet, utløser vanligvis et økt behov for ARR- tjenester i spesialisthelsetjenesten. RHFénes vurderingsenheter mottar imidlertid færre henvisninger til ARR fra fastleger enn før, og sykehusene henviser nesten ikke pasienter til ARR. Det er ikke registrert mindre behov for disse tjenestene, eller at det er kommet andre tilbud som gjør behovet for de etablerte tilbudene mindre.

Vi ser at sykehusene gjennom sine koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering ønsker å få bedre kontroll på pasientstrømmen til private og ideelle avtaleleverandører av TSR. De har økonomiske motiver for å redusere antall henvisninger til TSR, grunnet finansieringsformen som benyttes for TSR tilbydne (Se pkt 6).

I 2024 opplevde vi at antall avslag til TSR økte, nesten over natten i alle RHFéne. Dette fikk etter hvert betydning for fastlegenes henvisningspraksis, fordi de ga opp å henvise. Selv om avslagene i alle fall for ARR feltet nå ikke lenger er spesielt høyt, har mange fastleger fortsatt ikke tillit til at de får henvist pasienter til mange av TSR- tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Vi har ikke registrert at primærhelsetjenesten har styrket sine rehabiliteringstilbud innen ARR tilsvarende, og sykefraværet er fortsatt stabilt og altfor høyt.

Det er bekymringsfullt dersom RHFéne kan gjøre slike endringer i vurderingspraksis uten at de er kunnskaps eller behovsbasert. Sykehusene har ikke ARR- tilbud for de som trenger en døgnbasert (dag med overnatting), tverrfaglig og tverrsektoriell tilnærming, altså de utfordringene som de med langt og omfattende sykefravær har.

Oppsummert så påvirker dette pasientflyten mellom helsetjenestene og hindrer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser innen TSR. Derfor må også RHFénes vurderingspraksis for rett til nødvendig helsehjelp evalueres. I evalueringen må man se på om sørge- for ansvaret til RHFénes kun betyr at de plikter å gjøre tjenestene tilgjengelig, eller om det også innebærer at de skal bidra til at de benyttes. Og skal sykehusene har større innflytelse i vurderingspraksisen må finansieringssystemet tilpasses slik at faglig samarbeid med TSR leverandører ikke får negative økonomiske konsekvenser for dem.

- 4. Pris og kvalitet.** I alle tidligere anskaffelser innen TSR har kvalitet alltid blitt vektlagt høyest og pris lavest. Når dette snus på hodet som RHFéne har gjort i de siste anskaffelsene, kan solide og anerkjente fagmiljøer miste sitt eksistensgrunnlag. Det betyr at store pasientgrupper som er avhengige av disse tilbudene får dårligere tilbud eller miste helsetilbud de er avhengige av. Lav pris og høy kvalitet er en umulig kombinasjon, og det er derfor bekymringsfullt at RHFéne kan prioritere pris høyere enn kvalitet uten at systemet reagerer. Vi frykter at billigere tilbud med lavere kvalitet og udokumentert effekt vinner frem. For å sikte at vi at alle anbudsutsatte anskaffelser gir befolkningen tilgang til helsetjenester av høy kvalitet bør utvalget evaluere retningslinjer for ansvarsfordeling, kommunikasjon og rapportering mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten.
- 6. Finansiering av spesialiserte rehabiliteringstjenester.** I dag finansieres opphold i private og ideelle institusjoner over budsjettet til pasientens lokalsykehus. Det gir sykehusene økonomiske incentiver til å bygge opp egne tilbud – selv om gode tjenester allerede er etablert hos ideelle og private aktører. I tillegg kan finansieringsmodellen bidra til at

kapasiteten hos TSR tilbyderne ikke blir godt nok utnyttet. Resultatet kan bli ineffektiv ressursbruk og at pasientens behov settes til side.

En finansieringsmodell som ikke motiverer til faglig samarbeid mellom aktørene i pasientforløpene fungerer ikke etter intensjonene og må revideres. Finansieringen skal bidra til at kapasitet og kompetanse i sykehusene og hos de private og ideelle aktørene utnyttes til det beste for pasientene.

- 7. Kunnskapsbaserte anskaffelsesprosesser.** I tidligere anskaffelser på TSR- feltet ble fagmiljøer og brukerorganisasjonene involvert i utarbeidelsesfasen av konkurransegrunnlaget. Bl.a. arrangerte RHFéne innspillskonferanser der de ønsket konkrete tilbakemeldinger som de benyttet i utformingen av konkurransegrunnlaget. Nå ser vi at RHFéne utarbeider sine behovsanalyser om kapasitet og kvalitet uten å involvere hverken brukere eller aktuelle fagmiljøer tilstrekkelig. I behovsanalysen til HSØ ble det konkludert med at det ikke var nødvendig at ARR skulle være en egen delytelse. Resultatet ble kraftige reaksjoner fra både brukerorganisasjoner, fagmiljøer innen TSR og politikere, og HSØ måtte endre på dette slik at ARR til slutt ble den største delytelsen i anskaffelsen av TSR. Dette viser hvor viktig det er å involvere brukerorganisasjoner og leverandører i prosessen før kunngjøringen av anskaffelsen. Resultatet kan altså bli at konkurransegrunnlag ikke er tuftet på gjeldende kunnskapsgrunnlag, herunder forskning som viser hva som har effekt og ikke. I den siste anskaffelsen innen TSR fikk ikke de etablerte fagmiljøer anledning til å benytte tidligere behandlingsresultater i tilbudsbeskrivelsen. Vi håper derfor utvalget også evaluerer hvordan RHFéne planlegger og gjennomfører sine anskaffelser for å sikre at de benytter seg av nødvendig og tilgjengelig kompetanse for å gjøre gode anskaffelser til pasientenes og felleskapets beste.