

Oslo, 24.02.2009

Vår ref: erb

Innspill fra Norsk Fysioterapeutforbund til løsningsarbeidet i samhandlingsreformen

NFF er i stor grad enig i problembeskrivelsene som er fremkommet i notatene fra dette arbeidet, og vil nå komme med ytterligere presiseringer av utfordringer og innspill til løsningsarbeidet. Vi vil løfte fram og konkretisere to vesentlige punkter i det videre arbeidet: ressurstilgangen/ kompetansesammensetningen i kommunene, og selve samhandlingene mellom de ulike nivåer og tjenester.

Ressurser og kompetanse:

Når man skal analysere ressursfordelingen og ressursituasjonen i kommunehelsetjenesten, blir det helt nødvendig å se at dagens kommunehelsetjeneste består av flere ulike tjenester: forebygging, behandling/rehabilitering og pleie og omsorg. Disse har, og skal ha, ulikt innhold og ulike målfokus. Det kommer ikke klart fram i det arbeidet som allerede er gjort i samhandlingsreformen, om dette er en forståelse prosjektet også har. Ved å omtale alt som leveres av helsetjenester i kommunene som omsorgstjenester, slik det gjøres i notat 10, vil mangfoldet og dermed de svært positive faktorene i dagens ordning skjules. Når man så skal se på ressursituasjonen, blir det helt sentralt å fokusere på hvilke tjenester som trenger en oppjustering. Hvis ikke dette er bevisst, og overtydelig kommunisert i alle deler av det videre arbeidet, vil situasjonen ikke kunne justeres. Da vil "sluttjenesten" i pasientforløpet pleie, bistand og omsorg fortsatt øke u hensiktsmessig mye, og forebyggende arbeid og behandling/opptrening/rehabilitering på lavest mulig nivå ikke kunne gjennomføres.

Forebygging:

All erfaring viser at det forebyggende arbeidet ikke prioriteres i kommunene. Skal man unngå en epidemi av overvektige barn, og en stadig økende tendens til psykiske problemer hos barn, må skolefysioterapeuten tilbake. Erfaring og forskning fra "God skolestart"-prosjekter, bl.a. i Stavanger, viser at med tidlig og god tverrfaglig innsats kan mange barn hjelpes med liten ressursinnsats før de får problemer. Et samarbeid der skole og skolefysioterapeut ser hvordan skolen kan stimulere til fysisk aktivitet som favner de motorisk usikre, barn med astma, begynnende overvekt med mer.

Potensialet som ligger i fallforebyggende og funksjonsforbedrende tiltak for eldre, blir ikke utnyttet. Vi har dokumentasjon på at et strukturert fallforebyggende tiltak gjennomført av fysioterapeuter koster 5965 kr, mens det koster 10345 å behandle fall. Hoftebrudd blant eldre fører til at andelen eldre som legges inn på sykehjem, øker med 15-30 %. Siden 95 % av hoftebrudd skyldes fall, vil

fallforebygging være en god innfallsvinkel for å redusere utgiftene i helse- og omsorgssektoren. Likevel er dette et tiltak i et fåtall kommuner. Kommuner som har greid å prioritere ressurser til fysioterapi til eldre før de trenger sykehjems plass eller hjemmetjenester, får en stor gevinst ved at man kan utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester. Ved å opprettholde såpass funksjon at brukeren selv er aktiv i huset, lager mat, pusler i en hage og går små turer, så vil brukerens egenaktivitet være god trening i seg selv. Den største gevinsten er altså enda en gang å sette inn innsatsen tidlig i forløpet, og ikke vente til hjemmetjenesten er koblet inn.

Den tredje målgruppen man må sette inn et strukturert forebyggende arbeid for, er den voksne del av befolkningen som er i ferd med, eller står i fare for, å utvikle livsstilssykdommer. Forskning tilsier at det er mulig å øke voksnes aktivitetsnivå, men de trenger profesjonell veiledning og støtte over en terskel. Erfaringene med ulike fysiotek eller friskvernsentraler, viser at med strukturert og individuell tilpasset trening vil mange brukere komme over en terskel til å kunne fortsette med aktivitet selv eller i regi av frivillig sektor. Fysioterapeutens rolle som den som utfordrer akkurat passe mye, vurderer hva den enkelte tåler og trenger, og støtter/veileder og trener denne målgruppen, er helt vesentlig.

For å oppnå mer forebyggende innsats har NFF stor tro på en opptrappingsplan innen dette feltet med øremerkede midler til folkehelse tiltak. Vi vil likevel påpeke at dette må forsterkes og gis en retning i form av faglige veiledere, minimumskrav til deltjenester eller lignende tiltak.

Behandling på lavest mulig nivå

En vesentlig del av potensialet i denne reformen ligger også i å tilby behandling på et lavere nivå enn sykehus. Dette er NFF svært enig i, men vil påpeke at det er mange tjenester innen behandling: Legetjenesten er en del, fysioterapi og psykologbehandling er andre vesentlige behandlingstjenester. Hvis ikke dette kommer klart fram, vil det kun være legetjenestens tilbud som blir styrket. Skal man unngå unødig innleggelse av artrosepasienter, revmatikere, pasienter med angst og depresjon, KOLS-pasienter osv, må tilbudet til fysioterapi styrkes. For disse pasientene vil jevnlig perioder med fysisk trening, mestrings trening, smertereduserende tiltak, lungefysioterapi med mer være sentrale komponenter.

Opptrening/rehabilitering

Det samme ser vi innen rehabilitering. Brukere blir skrevet raskt ut fra sykehus, men oppnår ikke full funksjon før de har fått god opptrening og rehabilitering. Skal en slagpasient med afasi og halvsidig lammelse kunne klare seg selv, innebærer det en lang periode med intensiv trening av både logoped, fysioterapeut og ergoterapeut. Dette skjer ikke i dag. De får ofte et helt nødvendig tilbud om hjemmetjenester eller sykehjem, men svært mangelfull opptrening. Vi vet at det gir best effekt når rehab er i egne enheter – da får man faglig god opptrening. De færreste kommuner har dette. Når det likevel etableres slike enheter, er bemanningen i beste fall 1,5 fysioterapi stilling på 15 pasienter. De faglige anbefalingene for slagpasienter er daglig fysioterapi. En fysioterapeut kan maksimalt greie god trening med sju pasienter daglig. Det betyr at det mangler 1,5 årsverk for å kunne gi rehabilitering som får folk på beina.

Skal man lykkes med behandling på lavest mulig nivå, og med opptrening/rehabilitering, må ressursene til behandlende personell økes i kommunene. Det incitamentet som finnes, er fastlønnstilskuddet til kommunene for fysioterapistillinger. På tross av dette har vi erfaring for at det er fysioterapistillingene som ikke øker. All erfaring tilsier at det må sterke virkemidler til dersom kommunene skal greie å snu fokuset fra pleie og omsorg til behandling, opptrening og rehabilitering. I tillegg til sterkere økonomiske incitamenter må det foreligge normtall i enkelte deler av helsetjenesten, klare faglige retningslinjer og innholdsbeskrivelser.

Dette er også viktig innen behandling, for å sikre behandling på lavest mulig nivå. Det er faglig anbefalt å gi fysioterapibehandling for kneartrose fremfor operasjon, likevel opereres mange i stedet. Vi vet at det nytter med tidlig behandling, for de som har fått fysioterapibehandling med målsetting å holde seg i arbeid, har 45 dager kortere sykefravær per tilfelle enn de som ikke har fått fysioterapi. Men for at dette skal virke, må tilbudet være der, noe det i dag ikke er i tilstrekkelig grad.

Samhandling/kommunikasjon

I tillegg til disse konkrete tiltakene for å få bedre ressursfordeling må selve samhandlingen og kommunikasjonen forbedres. Informasjon til riktig instans i tide med riktig informasjon. NFF støtter forslagene om en bred satsing på elektronisk samhandling.

Vi vil samtidig påpeke at for pasienter som har stort behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten, går hovedinformasjonen fra sykehusene til "bestillerkontorene". Det innebærer at tjenester det skal fattes vedtak på, som behov for assistanse i hjemmet, evt. opphold på institusjon osv., blir bestilt. Derimot blir ikke opptrenings- og andre rehabiliteringstiltak iverksatt like automatisk. Dette kan bidra til et større fokus på pleie og omsorg enn på rehabiliteringstjenester. Det må derfor vurderes om informasjonen fra sykehus må gå flere veier samtidig: til fastlege, til aktuell instans for opptreningstjenester og til pleie- og omsorgstjenestene. Vi vil i denne sammenheng påpeke behovet for å videreutvikle koordinerende enhet i kommunene, eller et system med behandlerkontakt. Det er uansett vesentlig at det ikke er *en* profesjon eller tjeneste som er "fasiten" på all kommunikasjon. Det må være pasientens behov som definerer kommunikasjonen og tjenesten som skal leveres. Det er selvfølgelig at en mentalt klar slagpasient der alt det medisinske er avklart, men som har store lammelser, trenger andre tjenester enn en nyresviktpasient eller dement person.

Til slutt vil vi kommentere behovet for klare eller nye virksomhetstyper. For oss synes det som at det er *innholdet* i tjenestene og ressursene i tjenesten som er av avgjørende betydning for om pasienter får rehabilitering og behandling, ikke virksomhetstype. Vestre Aker bydel i Oslo har laget et systematisk oppfølgingsteam der de tilbyr mye oppfølging i hjemmet etter sykehusinnleggelse og dermed unngår innlegging på korttidsavdeling. Bydelen rapporterer at mye av tiltakene er trening/opptrening. Teamet er derfor sammensatt ut fra det. Andre bydeler har samme type tiltak, men sammensatt med andre profesjoner. De ser ikke samme gevinst.