

### **St. meld.nr 47 Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid**

St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen berører i stor grad arbeidsfeltet til fysioterapeutene. Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) har over lang tid sett behovet for økt innsats for å forebygge og begrense sykdom, sikring av et reelt rehabiliteringstilbud til alle som trenger og et tydeligere kommunalt ansvar. NFF hilser derfor en helsereform velkommen.

**Beskrivelse:** De fleste fysioterapeutene jobber i kommunehelsetjenesten, enten som ansatte eller som selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen. I kommunene opplever våre medlemmer et sterkt misforhold mellom oppgaver og ressurser, noe som fører til at det forebyggende arbeidet er så godt som fraværende, det er lang ventetid til behandling og ressursene til opptrening av rehabiliteringspasientene så små at man kan stille spørsmål ved om det har noen effekt. Dette gir igjen økte utgifter på pleie og omsorgssektoren.

**Innsats for å begrense og forebygge sykdom:** Ved å satse både på primærforebyggende og sekundærforebyggende tiltak er det mulig å redusere helseutgiftene og bruken av spesialisthelsetjenesten. Innen primærforebyggende tiltak vil vi særlig fremheve potensialet i skolehelsetjenesten. Sykdomsforebygging, men også tiltak for å sikre bevegelsesglede og aktivitet for å forebygge fedme, er viktig i et langsiktig perspektiv. Erfaring og forskning fra "God skolestart"-prosjekter viser at tidlig og god tverrfaglig innsats er svært viktig for å sikre at barn blir fysisk aktive. Lavterskeltilbud til den voksne del av befolkningen som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer, er et tiltak i grenseland mellom primærforebyggende og sekundærforebyggende tiltak. Evalueringen viser at med strukturert og individuell tilpasset trening og tett oppfølging vil mange få hjelp til å kunne fortsette med aktivitet selv eller i regi av frivillig sektor. Helsedirektoratet foreslår å videreføre slike tilbud under betegnelsen Frisklivstilbud. Ordningen har i seg et ressurs- og mestringsfokus for pasienter som har et helseproblem. Ordningen bør videreføres og styrkes for å gi veiledning og trening til pasienter med KOLS, lettere psykiske lidelser, pasienter med diabetes, overvektige, hjertepasienter m.m. Fysioterapeutens rolle som den som vurderer hva den enkelte tåler og trenger, og støtter/veileder og trener denne målgruppen, er helt vesentlig for mange.

Fallforebyggende og funksjonsforbedrende tiltak for eldre er et sekundærforebyggende tiltak som umiddelbart kan gi uttelling i besparelser for samfunnet og den enkelte. I Danmark har man gjort følgende vurdering: "... patienter på 65 år og derover er den patientgruppe, hvor kommunerne har det største potentiale for at forebygge ind-læggelser og undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, ....". Hoftebrudd blant eldre fører til at andelen eldre som legges inn på sykehjem øker med 15-30 %. 95 % av hoftebrudd skyldes fall. Studie fra New Zealand viste en reduksjon i antall fall etter fallforebyggende trening på hele 40 prosent. Overført til Norge vil det koster stat og kommune 1,85 ganger mer å behandle skaden fra et fall enn å investere i et forebyggende program for kvinner over 80 år. Ved å opprettholde såpass funksjon at brukeren selv er aktiv i huset, 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. Det krever mye større innsats for å gjenvinne tapt funksjon enn å opprettholde funksjon.

**Behandling utenom spesialisthelsetjenesten:** NFF støtter intensjonene i samhandlingsreformen om at noen sykehusinnleggelses kan unngås. Internasjonale faglige retningslinjer slår ettertrykkelig fast at for personer med knelidelser (osteoarthritis) bør øvelser og trening være første prioritert blant behandlingsformene. Retningslinjene sier at

operasjon bør være tredjevalget. Det foreligger også solid dokumentasjon på at hofteartrosepasienter først bør prøve øvelser og styrketrening, før operasjoner vurderes. For enkelte skulderlidelser er konservativ behandling og trening mest effektive behandlingsform. Det foreligger indikasjoner på at operasjon blir valgt for kvinner med urininkontinens, mens forskningen viser at trening hos fysioterapeut har bedre effekt. Pasienter med kroniske lidelser som MS, Parkinsons og ulike revmatiske lidelser vil med jevnlig behandling kunne opprettholde funksjonsnivå og derigjennom redusere behovet for behandling i spesialisthelsetjenesten.

### **Rehabilitering til rett tid, på rett sted og opptrening med tilstrekkelig intensitet:**

Det er i dag litt tilfeldig om den enkelte får et opptreningstilbud, og hvor den foregår. Det må etableres retningslinjer for hvilken rehabilitering som skal skje i regi av spesialisthelsetjenesten, og hva kommunene skal ha ansvaret for. Dessuten må det være tilstrekkelig med personell med adekvat kompetanse, slik at opptreningen kan ha en intensitet og individuell tilpassing som gir effekt.

**Nødvendig og viktig å tenke pasientforløp:** I forløpstenkning er det vesentlig å sikre kommunikasjonen mellom behandlingsnivåene og videreutvikle avtalene mellom foretak og kommuner. Potensialet i koordinerende enhet i kommunene kan utvikles. Dette må sees i sammenheng med Praksiskonsulentordningen (PKO) og det må vurderes om PKO - ordningen bør gjøres gjeldende for andre grupper helsepersonell. For enkelte pasientgrupper vil oppfølgende behandling kunne gjennomføres i kommunene og pasienten bo hjemme. For andre pasientgrupper vil opptrening måtte gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, mens videre opptrening vil kunne foregå i kommunehelsetjenesten, men med veiledning fra spesialisthelsetjenesten i første fase. Opptrening av hjertepasienter gjennomføres etter denne modellen på Ullevål sykehus. Sykehusenes veiledningsplikt og fordeling av ansvaret for rehabilitering må inngå som en tydelig del av avtalen mellom kommunene og sykehusene.

Det er behov for samarbeid mellom kommunene for å sikre et godt behandlings- og rehabiliteringstilbud, og Helsehuskonseptet kan være et aktuelt virkemiddel. Erfaringene fra helsehus i Trondheim er at medisinsk status for mange som skrives ut fra sykehusene fortsatt er uavklart. Statistikk fra et av helsehusene viser at pasienter som kommer fra sykehuset, oftere får opphold av lengre varighet enn pasienter som kommer direkte fra hjemmet. Konsekvenser for helsehusene er at korttidsavdelingene både må gi et tilbud til reelle "korttidspasienter" som trenger tilpasset hjelp og oppfølging for å klare seg i eget hjem, og et tilbud til pasienter med store omsorgsbehov som ikke skal tilbake til sine hjem. For at helsehusene skal kunne tilby reell rehabilitering, må de bemannes med riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser. Dette er ikke tilfelle alle steder i dag.

**Finansiering:** Det er stor tro på effekten av økonomiske insitamenter for å endre kommunenes prioriteringer. Fysioterapeutene har erfaring med kombinasjon av kommunal og statlig finansiering og kommunenes håndtering av dette. Vi ser at kommunene ikke velger å prioritere forebyggende tiltak/rehabilitering selv om det vil kunne innebære reduserte pleie- og omsorgskostnader. Vi mener derfor at økonomiske insitamenter ikke er tilstrekkelig for å få kommunene til å gjøre andre prioriteringer. Vi erfarer at det trengs flere og kraftige virkemidler dersom kommunene skal greie å dreie innsatsen fra pleie- og omsorg til rehabilitering og forebygging. Vi mener det er behov for klarere faglige retningslinjer og innholdsbeskrivelser, klarere bestillinger til kommunene, forpliktende avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og tydeligere krav til kommunene gjennom lov og forskrift. Det må bevilges midler til tilsyn.