



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

GENERALSEKRETÆR
Henning Jensen
Helgerødgt. 36 - 1515 Moss
Tlf.: J/69273141- P/64958093
Fax: 69 27 07 08
E-mail: gensekr@fysioterapi.org
Vår ref.: 016-10-HJ

Dato: 16.01.2011

HØRINGSSVAR

TIL

Forslag til

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

INNLEDNING

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund organiserer privatpraktiserende fysioterapeuter med og uten kommunale driftsavtaler. Vårt høringssvar vil derfor i hovedsak konsentrere seg om den delen av den nye loven som faller inn under området fysioterapi. Dette kan enten dreie seg om ansatte fysioterapeuter i kommunene eller næringsdrivende fysioterapeuter som yter tjenester til befolkningen, enten dette skjer innenfor den kommunale helsetjenesten i form av en inngått driftsavtale, eller om utøveren driver en "helprivat" virksomhet uten kommunal driftsavtale og dermed også uten rettigheter for pasientene til stønad til delvis dekning av de helseutgiftene som er forbundet med dette.

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger et helhetlig ansvar for innbyggernes helse på kommunene når det gjelder forebygging og behandling av sykdom, habilitering og rehabilitering ved medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse, og praktisk hjelp til et verdig liv i egen bolig. I dette ansvaret inngår også rutiner og avtaler for pasientforløp fra helseforetakene og inn i den kommunalt drevne helsetjenesten.

Et alternativ til at kommunene selv sørger for disse tjenestene ved å opprette virksomhet med ansatt personell, er at det inngås avtaler med private yrkesutøvere om levering av slike tjenester. Dette fordrer at det opprettes avtaler og rutiner med private tjenesteytere for ivaretagelse av innbyggernes behov for diagnostikk, utredning og behandling (evt. henvisning til spesialisthelsetjenesten), men også avtaler med private tjenesteytere for ivaretagelse av behovet for forebyggende tiltak kan være aktuelt.

Fysioterapeuter har i alle år deltatt i forebygging, habiliterende, rehabiliterende og kurativt arbeid innen den kommunale helsetjenesten. Dette er spesielt satt i system med innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984, som nå har hatt en virketid på 27 år der det er innsamlet verdifull erfaring som kan danne grunnlag for blant annet vurderinger av hensiktsmessige endringer ved utarbeidelsen av en ny lov på dette feltet. Jeg viser til:

1. Helse- og sosialdirektoratet: Kartlegging av Fysioterapitjenesten i kommunene
For perioden 1984-2005
2. Helse- og omsorgsdepartementet: Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten
RAPPORT 19.02.09

Når det gjelder erfaringer for hvordan den kliniske hverdagen for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten arter seg, er det medlemmenes egne erfaringer som ligger til grunn for våre vurderinger. Disse erfaringene er delvis innsamlet i form av spørreundersøkelser, dels ved kontakt med medlemmer som opplever praktiske problemer i forbindelse med sin yrkesutøvelse.

RESYMÉ

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund er fornøyd med hovedinnholdet i det foreliggende lovforslaget. Spesielt vil vi fremheve viktigheten av at kommunene pålegges å drive forebyggende virksomhet.

PFF er imidlertid i tvil om at kommunene vil avse tilstrekkelige midler til dette formålet, fordi resultatene av denne virksomheten er vanskelige å måle på kort sikt, og fordi de negative sidene ved manglende forebygging først blir åpenbare etter lang tid. PFF foreslår derfor at de midlene kommunene skal bruke til dette formålet øremerkes. PFF tror at det vil bli vanskelig å finne en ordning som i tilstrekkelig grad vil motivere kommunene til denne innsatsen. Forslaget om kommunal medfinansiering av kostnadene ved innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten vil lett komme til å fremstå som urimelige og urettferdige.

Når det gjelder kommunens plikt til å håndtere pasientforløp i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten mener PFF at dette elementet er godt ivaretatt, også når det gjelder det økonomiske aspektet. At kommunene får økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag, vil gi god motivasjon til å iverksette de tiltakene som er nødvendige for å kunne ta imot disse raskest mulig. Det vil på denne måten ikke kunne "spekuleres" i å vente i det lengste med å tilby utskrivningsklare pasienter et adekvat tilbud om helsehjelp i kommunen. Dette vil i løpet av kort tid gi spesialisthelsetjenesten bedre kapasitet på sengepostene.

Organisering av fysioterapitjenesten

PFF mener at hovedtyngden av de oppgavene kommunene er pålagt best kan ivaretas ved at kommunene oppretter virksomheter som bemannes med ansatt personell. PFF mener at kommunene etter innføringen av den nye kommunale helse- og omsorgsloven vil få et økt behov for fysioterapeuter i ansettelsesforhold, til å ivareta en del av de oppgavene denne loven pålegger kommunehelsetjenesten.

Videre mener PFF at kommunene ikke skal ha ansvar for behandling av personer med mindre alvorlige sykdommer i bevegeapparatet som akutte skader, belastningsskader og slitasjelidelser så lenge det ikke er nødvendig med behandling innen spesialisthelsetjenesten. Likeledes finner PFF det heller ikke hensiktsmessig at kommunene skal ha ansvar for gjenopptrening etter mindre ortopediske operasjoner eller sykdommer der pasientene kan utskrives til hjemmet, og er mobile nok til å kunne få ambulatorisk behandling ved for eksempel et fysikalsk institutt. PFF mener at ordningen med driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter ikke er et hensiktsmessig instrument til å løse denne typen helseproblemer. PFF mener at disse løses på en bedre måte av privatpraktiserende fysioterapeuter som bare har refusjonsrett. De midlene dette frigjør fra kommuneøkonomien kan da overføres til refusjonsordningene i folketrygdloven administrert av HELFO.

Kapasitetsbetraktninger

Kapasiteten på dagens kommunale fysioterapitilbud er sprengt. Dette har ført til etablering av "helprivate" tilbud i store og mellomstore kommuner og dermed et toprissystem. PFF tror denne utviklingen vil fortsette dersom dagens system med driftstilskudd opprettholdes i den nye loven. Samtidig fører det til senere behandlingsintervensjon for personer i arbeidsfør alder, og dermed økte utgifter for arbeidsgiveren og NAV. Dette mener PFF er en uheldig utvikling, og ikke i tråd med intensjonen i kommunehelsetjenesteloven. PFF mener at en avvikling av driftstilskuddsordningen langt på vei vil løse dette problemet, da kommunenes styringstiltak i dag virker hemmende for å oppnå en adekvat kapasitet. Selv om de oppgavene privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtaler har økt betraktelig i volum siden kommunehelsetjenestelovens innføring i 1984, har det på de 27 årene som har gått bare vært en kapasitetsøkning fra 2096 årsverk i 1985 til 2603 i 2009.

PFF's kommentarer til lovforslaget som helhet

PFF mener at det er et helhetlig og godt lovforslag når det gjelder ivaretagelsen av de innbyggere som har behov for omfattende helsehjelp. Loven legger opp til en god regulering av pasientforløp som går på tvers av nivåene i helsetjenesten, og pasientenes/brukernes rettigheter er godt ivaretatt.

Det er også svært positivt at det er satt et tydelig fokus på det forebyggende elementet, som de senere årtiene har fått større og større betydning etter hvert som livsstilssykdommene utgjør en økende årsak til funksjonsnedsettelse, sykdom og tidlig død.

Forebygging

Den viktigste arenaen for primær og sekundær forebygging er de offentlige instansene som er i kontakt med barn og unge fra unnfangelsen og opp gjennom oppveksten. Det tenkes her på virksomheter av typen helsestasjon inkl. svangerskapskontroll, barnehager og skoler. Disse arenaene er svært viktige for å forebygge og avdekke sykdom og funksjonsnedsettelse på et tidlig tidspunkt, slik at behandling og habilitering kan settes i verk så tidlig som mulig i livsløpet.

PFF mener at det er viktig at staten sørger for at helsefremmende og forebyggende tiltak også integreres i planer og innhold for barnehager, grunnskoler og skolefritidsordningen. Det tenkes her på elementer som kosthold, fysisk aktivitet, rusmidler og mobbing.

For øvrig er dagens utfordringer på det forebyggende området veldig godt beskrevet i høringsnotatets avsnitt 14.1.2 Forebyggende helsetjenester.

I praksis bør kommunene/staten sørge for:

1. At innbyggerne i landets kommuner får kunnskap og muligheter til å unngå og/eller motvirke utvikling av livsstilssykdommer. Dette gjelder også innbyggere i alle aldre, og kommunene bør legge til rette for holdningsskapende arbeid og tilbud om praktiske tiltak overfor personer i risikogrupper.
2. Holdningsskapende arbeid overfor innbyggerne om hvilke konsekvenser livsførsel/livsstil kan få for dem selv og deres barn i så vel negativ som positiv retning.
3. Screening av barn og unge for medfødte funksjonshemminger samt fysisk og psykisk sykdomsutvikling i oppveksten.
4. at tilpasset fysisk aktivitet får en større plass i barnehagene og spesielt i grunnskolen, min. 5 timer pr. uke på alle trinn 1. til 10. klasse.

Ovenstående oppstilling er ikke ment som egnet til å tas inn i loven, men er bare et forslag til noe av det innholdet forebyggingstiltakene i kommunene kan inneholde.

Finansiering av den forebyggende virksomheten

PFF er av den oppfatningen at det er avgjørende for om den nye loven skal oppfylle sine langsiktige mål, at kommunene får økonomiske resurser til rådighet som gjør det mulig å øke innsatsen spesielt på områdene helsefremming og forebygging. Etter PFF's mening er den kommunale innsatsen på dette området ikke tilstrekkelig i dag selv om gjeldende lov inneholder bestemmelser om dette.

Forebygging er en aktivitet som i hovedsak gir langsiktige resultater som er vanskelige å måle. Det er derfor en fare for at kommuner med små økonomiske resurser ikke prioriterer dette høyt nok, og at dette i "trange tider" blir en salderingspost. Et annet moment i denne sammenhengen er at mangel på forebyggende tiltak ikke har umiddelbare negative konsekvenser for den enkelte, og derfor ikke normalt vil føre til klager fra innbyggerne. For å sikre at de midlene kommunene disponerer anvendes i nødvendig omfang til forebygging, mener PFF at det må stilles klare krav til omfang og kvalitet av den forebyggende innsatsen, og at midlene til dette eventuelt må øremerkes.

Organisering av fysioterapitjenesten

Når det gjelder organiseringen av fysioterapitjenesten i kommunene generelt er det ingen store endringer i lovforslaget i forhold til gjeldende lovgivning. Den mest iøynefallende forskjellen er at gjeldende lovverk fastsetter at fysioterapi er en lovpålagt tjeneste, mens dette ikke er tilfellet i lovforslaget. Imidlertid er kommunene i det nye lovforslaget pålagt ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester for personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Nødvendig helse- og omsorgstjeneste omfatter også fysioterapitjenester av forskjellig art, både når det gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak, men også i høy grad når det gjelder utredning, diagnostisering og behandling.

I det nye lovforslaget skal kommunene dekke dette behovet enten ved å tilby egne tjenester med ansatt personell, eller å inngå avtaler med privatpraktiserende fagpersonell. Dette er en videreføring av dagens prinsipper.

PFF mener at de erfaringer som er gjort under den gjeldende lovgivningens varighet derfor bør tillegges stor vekt når ny lovgivning skal vurderes.

PFF mener at mange kommunale oppgaver innen sektoren helsehjelp best løses av ansatt personell som jobber innen de forskjellige virksomhetsområdene. Her tenkes i første omgang på kommunale institusjoner som helsestasjoner, barnehager, skoler, sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner som mottar pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Behandling i hjemmet for bedre mestring av daglige gjøremål og i forbindelse med opplæring i bruk av hjelpemidler er også områder som mest hensiktsmessig kan ivaretas av ansatt personell.

Det er PFF's erfaring at systemet med driftsavtaler med fysioterapeuter ikke har fungert etter sin hensikt. Det er flere årsaker til dette:

1. De pasientkategoriene som behandles innen dette virksomhetsområdet har i hovedsak ikke behov for tverrfaglig intervensjon eller et pasientforløp på tvers av nivåene. De fanges derfor ikke opp av de mekanismene som sikrer dem helsehjelp i tråd med samhandlingsreformen.
2. Denne pasientkategorien belaster i svært liten grad andre kommunale budsjetter/tjenester, og det blir ingen sammenheng mellom kommunens utgifter til driftstilskudd og besparelser i andre sektorer. Kommunene har derfor ikke sett behov for prioritering av avtalebasert fysioterapi.
3. Det er i første rekke personer i arbeidsfør alder som oppsøker privatpraktiserende fysioterapeuter. Ofte er de sykmeldte på grunn av den sykdommen/skaden de søker behandling for. Det er dermed arbeidsgiveren, NAV og personen selv som opplever ulempen ved et dårlig behandlingstilbud. Kommunen ser ingen ulempe i denne sammenhengen.
4. Det finnes ingen konkrete bestemmelser for kapasiteten av denne typen behandlingstilbud i kommunene i dag, og heller ikke i det nye lovforslaget, slik tilfellet er for fastlegene.
5. Innbyggere som trenger fysioterapi har ingen konkrete rettigheter definert i kommunehelsetjenesteloven eller i pasientrettighetsloven. Kommunene er pålagt å ha et nødvendig tilbud om helsehjelp, og pasientrettighetsloven gir innbyggerne har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Hva begrepet nødvendig helsehjelp innbefatter er en skjønnsmessig vurdering, så vel når det gjelder innholdet i tjenesten som den ventetiden det er for å motta tjenesten. Det er ikke uvanlig med betydelige ventetider for fysioterapi i kommunehelsetjenesten i dag, som noen steder må betegnes som uforsvarlige. Dagens regelverk har ikke mekanismer til å forhindre dette. Kapasitetskravet er for utydelig i lovforslaget når det gjelder helsehjelp for mindre alvorlige med likevel funksjonsnedsettende tilstander. Dette fører til økte utgifter for NAV når det gjelder sykedagpenger og evt. uføreytelser, for arbeidsgiverne i form av inndekning av karensdager, inntak av vikar og tapt produksjon.

PFF mener derfor at det enten må stilles konkrete krav til kapasiteten på dette behandlingstilbudet definert ved lengst akseptabel ventetid på behandling, eller at det åpnes for fri etablering av privatpraktiserende fysioterapeuter. Sistnevnte løsning anses som den beste totalt sett, idet dette vil frigjøre resurser i kommunene som brukes til administrasjon av dette området.

PFF mener at det ikke er hensiktsmessig at kommunene har ansvar for behandling av mindre alvorlige skader/sykdommer i bevegeapparatet der pasienten kan klare seg i hjemmet, og er mobil nok til å kunne få behandling ved for eksempel et fysikalsk institutt.

Disse pasientkategoriene kan på en mindre resurskrevende måte behandles av privatpraktiserende personell med rett til å utløse refusjon fra folketrygden. Slik organisering finnes jo allerede i dag når det gjelder kiropraktorene.

Dersom det etter behandling i spesialisthelsetjenesten ikke er mulig å utskrive en pasient til hjemmet stiller dette seg annerledes, da bør kommunen ha et rehabiliteringstilbud som kan føre frem til utskrivning til hjemmet.

Ordningen med driftsavtaler for privatpraktiserende fysioterapeuter kan dermed avvikles. Dette er det nærmere redegjort for i de følgende avsnittene.

Kapasitetsbetraktninger

Spesielt innen habilitering og rehabilitering spiller fysioterapeuter en betydelig rolle for pasienter med alvorlige funksjonsnedsettelse. Det kan dreie seg om medfødte sykdommer og skader, men også når det gjelder ervervede skader og sykdommer hos barn, unge og voksne er fysioterapeuter viktig fagpersonell i hele pasientforløpet. En vel tilrettelagt og gjennomført habilitering/rehabilitering er avgjørende for disse pasientenes funksjonsnivå resten av livet. Kommunene må derfor ha et godt tilbud til denne kategorien av pasienter, slik at samhandlingsreformens intensjoner kan realiseres. Her bør det være flere nivåer på de kommunale tjenestene fra institusjoner der pasientene er innlagte på døgnbasis for å kunne gjenopptrenes med flere daglige behandlingstiltak til de kan overføres til hjemmet. Den videre rehabiliteringen kan da foregå ambulatorisk og i hjemmet når det gjelder ADL (Activity of Daily Living) og ergonomiske tilpassinger.

Med en økende eldreandel i befolkningen vil det også bli større behov for forebyggende og behandlende kapasitet av fysioterapitjenester. Dette gjelder generelle forebyggende tiltak for hjemmeboende eldre og tiltak av både behandlende og forebyggende art i kommunale institusjoner, spesielt sykehjem.

Fra side 40 i det nye lovforslaget hitsettes:

”Befolkningens etterspørsel etter fysioterapitjenester i kommunene er økende. På grunn av lange ventelister til tjenesten i mange kommuner har det utviklet seg et marked for helprivat fysioterapivirksomhet i mellomstore og store kommuner. Tilbudet skaper et sosialt ulikt helsetilbud. På grunn av en økende eldrebefolkning, flere funksjonshemmede som bosettes i egen bolig med hjelpetilbud, samt flere for tidlig fødte barn som reddes fra tidlig død, utfordres helsetjenesten på flere måter når det gjelder tverrfaglig samarbeid, tverretattlig samhandling og samhandling mellom tjenestenivåene. Mange av disse pasientgruppene etterspør ikke tjenestene selv, er lite mobile og trenger fysioterapitjenester som ledd i et større rehabiliteringsarbeid.”

Likeledes hitsettes fra: Kartlegging av Fysioterapitjenesten i kommunene - For perioden 1984-2005 utgitt av Helse- og sosialdirektoratet:

Behovet for fysioterapitjenester er vanskelig å definere. Det kan i praksis være vanskelig å skille mellom behov, etterspørsel og tilbud. Erfaringsmessig vil et økt tilbud gi større etterspørsel. Det foreligger ingen offisiell norm for beregning av behovet for fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Mye tyder på at behovet for fysioterapi er økende. Følgende forhold indikerer dette:

- *I henhold til Levekårsundersøkelsen (2005) anslås 10 % av befolkningen i aldersgruppen 16 - 66 år som funksjonshemmet. Da er ikke aldersgruppen under 16 år og eldre enn 66 år tatt med. Spesielt den siste gruppen er en stor gruppe. Andre undersøkelser viser høyere prosentandeler.*
- *I dag "reddes" stadig flere premature barn fra tidlig død. Disse barna har ofte forsinket motorisk utvikling med de følger det får for barnets videre tilpasning i samfunnet.*

- *I henhold til Dr. med Egil W. Martinsen vil 50 prosent av den norske befolkningen i løpet av livet få en behandlingstrengende psykisk lidelse som oftest i form av depresjon, angst og misbruk eller avhengighet av rusmidler(30).*
- *Utskrivning av pasienter fra helseforetakene skjer i dag raskere enn tidligere. Dette gir ekstra press på primærhelsetjenesten inklusiv fysioterapitjenesten. For å oppnå optimal effekt av f.eks. ortopediske og kirurgiske inngrep i muskel- skjelettsystemet, er det helt nødvendig at fysioterapi iverksettes raskt etter behandling i spesialisthelsetjenesten.*
- *En stor andel av befolkningen har muskel- skjelettplager. I Nasjonalt ryggnettverks rapport nr 1, 2004 "plager flest - koster mest" heter det blant annet at: "hele 80 % av befolkningen har hatt plager fra muskel- skjelettsystemet i en eller annen form innen den siste måned. Dette inkluderer også lettere plager som ikke nødvendigvis trenger behandling. Pasienter med lidelser i muskel- skjelettsystemet er storforbrukere av både offentlige og private helsetjenester(31) ."*
- *Offentlig statistikk viser at sykefravær i stor grad skyldes belastninger i muskel- og skjelettsystemet, spesielt relatert til rygg-, nakke-, skulder-, og armproblematikk (32). Sykefravær i Norge var høyere i 2006 enn i 2005. Økningen fremkom i de fleste næringsgrupper samt i alle aldergrupper. Sterkest var veksten for det legemeldte sykefraværet i gruppen 20 -24 år(33).*
- *Norges befolkning øker i vekt pga mangel på mosjon. WHO betegner inaktivitetsutviklingen som en global epidemi. Mange skader som behandles i dag hos fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten kunne ha vært unngått dersom befolkningen hadde hatt en bedre basis for utøvelse av fysisk aktivitet. I henhold til St. melding nr 16 (2002-2003) - Folkehelsemeldingen, er kommunehelsetjenesten en viktig innfallsport(34).*
- *I henhold til St. melding nr 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" vil forlenget levealder og store fødselskull fra 1945 til 1960 føre til at antall eldre vil bli betydelig høyere i årene som kommer(35). Antall personer over 67 år vil fordobles fra 2000 til 2050. Det største omsorgsbehovet finnes imidlertid for gruppen over 80 år. Veksten i antall eldre vil særlig finne sted fra rundt 2020. For gruppen 90 år og eldre skjer det allerede en kraftig vekst de nærmeste årene. Til tross for at fremtidens eldre vil ha god helse, er det mye som taler for at gruppen også vil ha et stort behov for ulike helsetjenester inklusiv fysioterapi.*

Lovforslagets "nye" krav til kommunehelsetjenesten vil også øke behovet for fysioterapitjenester så vel når det gjelder forebygging som behandling. Spesielt vil PFF peke på at raskere overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten vil øke behovet for fysioterapi på et tidligere stadium i behandlingsforløpet.

Et område der fysioterapeuter spiller en stor rolle er diagnostisering og behandling av belastningslidelser. Dette er tilstander som i første rekke rammer den arbeidsføre delen av befolkningen, og er derfor av stor økonomisk betydning for arbeidsgivernes i form av utgifter til sykedagpenger, vikarer og tapt produksjon. Likeledes er det av stor betydning for statens utgifter til sykedagpenger og øvrige tiltak innen NAV dersom sykdommen blir langvarig.

Det har vist seg at en viktig faktor for begrensnig av slike utgifter er forebygging og rask behandlingsintervensjon. Det er arbeidsgiverens ansvar å forebygge i form av ergonomiske tilpassinger på arbeidsplassen og bedriftshelsetjeneste for øvrig, mens det er helseforetakenes og kommunenes ansvarsområde å stille behandlingsmuligheter til disposisjon for befolkningen innen rimelig tid.

Kommuner og helseforetak ser ingen selvstendig fordel ved å ha et høyt beredskap for behandling av denne typen tilstander. Det er i første omgang kommunene dette gjelder, da hovedparten av den typen sykdomstilfeller det her er snakk om ikke trenger tiltak fra helseforetakenes side. Sett fra kommunenes ståsted gir økt innsats på dette området bare økte utgifter, det fører ikke til besparelser på andre kommunale områder. Ved lav innsats på dette feltet er det pasienten, arbeidsgiveren og NAV som blir skadelidende.

Det er PFF's klare inntrykk at kommunene er svært lite opptatte av å bedre behandlingskapasiteten for denne pasientkategorien, men i stedet heller prøver å benytte privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtaler til arbeid med pasientgrupper kommunene ser det umiddelbart økonomisk lønnsomt å gi et behandlingstilbud.

Dette medfører naturligvis redusert kapasitet til behandling av de av kommunens innbyggere som pådrar seg belastningsskader på arbeid eller i fritiden, og trenger behandling for disse før de kan vende tilbake til arbeidsplassen.

Det er i første rekke personer med belastningsrelaterte og akutte skader som oppsøker gruppen av fysioterapeuter som tilbyr "helprivate" tjenester, mens utøvere med driftsavtaler i større og større grad benyttes til tertiær forebygging blant personer med kroniske sykdommer og rehabilitering etter akutte skader og kirurgiske inngrep. I en del kommuner benyttes fysioterapeuter med driftsavtaler til å behandle eldre og pleietrengende i eget hjem, dette gjelder spesielt bydelene i Oslo.

Dette har over tid redusert kapasiteten til behandling av personer med belastningsrelaterte og akutte skader, og for å dekke også dette behovet jobber fysioterapeuter med avtaler utover avtaletiden, og det etableres "helprivate" tilbud.

Det hitsetter fra side 22 i RAPPORT 19.02.09 - Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten:

"Private avtalefysioterapeuter med hjemmel som er lavere enn 25 %, arbeider gjennomsnittlig 38 timer i en normal uke. Når avtalehjemmelen øker til 25 % -50 %, går gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid ned til 34 timer i uken, og den er omtrent på samme nivå for dem med hjemmel på 50 % -75 %, mens den øker til 42 timer i uka for terapeuter med 75 % -100 % avtalehjemmel."

Det ses av dette at alle fysioterapeuter med kommunale driftshjemler jobber betydelig mer enn det inngått avtalevolum forutsetter. Vi setter dette opp skjematisk:

Størrelse driftshjemmel i %	> 25 %	25-50 %	50-75 %	75-100
Størrelse driftshjemmel i timer/uke	> 7	7 - 18	18 – 25	25 – 36
Gjennomsnittlig utført arbeid i timer/uke	38 timer	34 timer	34 timer	42 timer

På grunnlag av nevnte spørreundersøkelse og egne undersøkelser foretatt av PFF er det anslått at det utføres ca. 1500 flere årsverk enn det er inngått kommunale avtaler om. Det var i 2009 inngått avtale om 2603 årsverk i kommunehelsetjenesten, og det ses således at ca. 37 % av utført volum ikke er avtaleregulert.

Dette betyr at mange innbyggere som har rett til delvis dekning av sine helseutgifter i form av refusjon fra folketrygden, opparbeidelse av egenandelstak 2 og at behandlingstilbudet dels finansieres av kommunen, ikke får nyttiggjort seg av denne retten på grunn av manglende behandlingskapasitet.

Det kan således konstateres at kapasiteten på det eksisterende offentlige tjenestetilbudet når det gjelder fysioterapi dag ikke er tilstrekkelig i dag. Det finnes rett og slett ikke økonomisk grunnlag i kommunene for å dekke det behovet. PFF mener at en avvikling av driftstilskuddsordningen langt på vei vil løse dette problemet, da kommunenes styringstiltak i dag virker hemmende for å oppnå en adekvat kapasitet. Selv om oppgavemengden for privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtaler har økt betraktelig i volum siden kommunehelsetjenestelovens innføring i 1984, har det på de 27 årene som har gått bare vært en kapasitetsøkning fra 2096 årsverk i 1985 til 2603 i 2009.

Med de føringer den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester legger opp til synes det ikke å være utsikt til at denne problematikken vil bli mindre. Det er ikke i det nye lovforslaget antydning løsninger på denne problemstillingen.

Finansieringsomlegging

I 2008 ble det påbegynt en omlegging av finansieringen av den kommunale avtalebaserte fysioterapitjenesten. Omleggingen medfører en økning av det kommunale finansieringsansvaret og en reduksjon av det statlige ansvaret i samme omfang. I en overgangsperiode skal staten dekke kommunenes økte kostnader. I praksis er dette gjort ved at refusjonstakstene har blitt lavere, og driftstilskuddet høyere. Omleggingen er således i første omgang provenynøytral for staten og kommunene, men for utøverne vil dette få store konsekvenser for de som jobber utover avtalevolumet. Som vist ovenfor gjelder dette en forholdsvis stor andel. Det må derfor antas at når omleggingen er slutført i 2011, vil en god del av utøverne ha redusert sitt arbeidsvolum til i nærheten av avtalevolumet.

De økte satsene for driftstilskudd vil samtidig gjøre det mindre lønnsomt for kommunene å inngå driftsavtaler med privatpraktiserende utøvere, og det er ikke trolig at det vil skje en like stor kapasitetsøkning ved hjelp av ansatt personell i kommunale virksomheter til dekning av dette behovet. Den reduksjonen i utført volum for fysioterapi gitt til pasienter med belastningsskader som derved vil oppstå, vill med stor sannsynlighet bli kompensert av flere etableringer av avtaleløse virksomheter.

PFF's vurdering

De erfaringer som er gjort i de 27 årene dagens ordning med kommunale driftsavtaler har vært vist at personer med mindre alvorlige sykdommer/lidelser, eksempelvis belastningsskader, har havnet i et helsemessig tomrom. Denne pasientkategorien har ingen konkrete rettigheter eller klagemuligheter for manglende behandlingstilbud.

PFF erfarer at kommunene nærmest "kappes" om å ha så liten dekningsgrad som mulig når det gjelder avtalebaserte fysioterapiårverk i kommunene, idet man sammenlikner seg med de som har lavest dekning, og bruker dette som en legitimering av at eget volum er "godt nok".

Det kan på denne måten synes som om at innbyggere som rammes av belastningsskader og mindre alvorlige sykdommer i bevegeapparatet ikke har tilstrekkelig rettsvern for å få den helsehjelpen de har behov for innen rimelig tid.

Dette fører til unødvendig ulempe for innbyggerne og arbeidsgiverne, og til økte utgifter for staten v. NAV.

PFF's forslag til endringer

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omdorgstjenester vil på mange felt bety en mulighet til forbedring av folkehelsen generelt og mulighet for god behandling og oppfølging av alvorlig sykdom og funksjonsnedsettelse spesielt. Det er i lovforslaget innebygde mekanismer som sikrer pasienters/brukeres rettigheter, og likeledes mekanismer som påfører kommunene økonomisk ulempe ved manglende oppfølging og tilbud. Kommunene er i hovedsak best tjent med å ivareta sine forpliktelser ved å opprette virksomheter med ansatt personell for dette formålet.

Imidlertid finnes det ikke tilsvarende mekanismer for personer med mindre alvorlige skader/sykdommer, eksempelvis belastningsskader. Kommunene får heller ikke "negative" reaksjoner på manglende tilbud til denne pasientkategorien, idet manglende oppfølging i hovedsak rammer pasienten selv eller hans/hennes arbeidsgiver og NAV. De sykdomskategoriene det her er snakk om gir ikke rettigheter i forhold til pasientrettighetsloven.

PFF mener derfor at kommunene ikke er rette instans til å styre kapasiteten innen den kategorien pasienter som er nevnt ovenfor. Et avtalesystem som vi kjenner i dag til ivaretagelse av denne pasientgruppen er ikke hensiktsmessig fordi det er for lite fleksibelt, og fordi kommunene ikke ser noen sammenheng med sine øvrige tjenester. En god kapasitet innen dette området medfører ingen reduksjon av andre kommunale utgifter, mens all innsparing på kapasitet vil gi en positiv effekt på kommunens økonomi. For kommunene er utgifter til slike tiltak "rent tap".

PFF foreslår derfor at behandling av mindre alvorlige sykdommer og funksjonshemminger som ikke krever noen større tverrfaglig intervensjon holdes utenfor kommunenes ansvarsområde. Dette vil også gjøre administreringen av tilbudet enklere, og samsvare med prinsippet om at innsatsen skal foregå på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Ordningen med driftsavtaler til privatpraktiserende fysioterapeuter vil dermed kunne avvikles, og midlene dette frigjør kan tilbakeføres til folketrygden der de kan brukes til en tilsvarende økning av refusjonstakstene.

I stedet for krav om at utøveren skal ha driftstilskudd kan det settes krav om at utøveren skal ha direkte oppgjør med HELFO, og at praksisen skal ha en viss faglig og teknisk standard. Dette kan implementeres i avtalen om direkte oppgjør mellom HELFO og utøveren. Videre bør det i avtalen med HELFO om direkte oppgjør stilles krav om at fysioterapeuten skal følge de fastsatte takstene, slik at innbyggerne er sikret mot uforholdsmessig høye egenandeler i områder der det blir liten tilgang på tjenesten, eller ved at utøverne avtaler høye egenandeler seg imellom, såkalt kartellvirksomhet.

Finansieringen av dette skal foregå dels via egenandeler, dels via refusjonsordningen i folketrygdlovens § 5-8, der kravet om at utøveren har kommunal driftsavtale fjernes. I stedet kan det innføres et krav om avtale med HELFO om direkte oppgjør, samt krav om å følge de fastsatte takstene. Avtalen om direkte oppgjør bør også være betinget av at praksisen oppfyller en viss teknisk og faglig standard, og at den skal representere et åpent tilbud til befolkningen.

Kravet om at medlemmet skal være henvist av lege bør opprettholdes slik at det sikres at det bare er behandling som er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne det gis stønad til.

Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 var en av hovedhensiktene å sørge for nødvendig fysioterapitjeneste i alle landets kommuner, og en jevnere fordeling av denne. Denne målsettingen er nådd. Dette skyldes i hovedsak at utdanningskapasiteten i Norge har økt og er spredt til flere deler av landet, slik at den kapasiteten dagens ordninger tilsier er dekket inn. Det nå er ledige fysioterapeuter på arbeidsmarkedet. Det er derfor liten sannsynlighet for at en endring av dagens ordning vil medføre personellmangel innen sektoren eller situasjonen i noen kommuner vil bli forverret.