

Dato: 04/07.2017

Helse-og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Direkte adgang til fysioterapi - 16/6641- KTA/KrG

PFF takker for anledningen til å komme med synspunkter på Regjeringens forslag om:

Oppheving av kravet om henvisning for å få rett til skønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Forslag til endring av folketrygdloven § 5-8.

PFF har ved flere anledninger fremmet liknende synspunkter og synes det er positivt at det nå fremmes forslag om endring av folketrygdlovens § 5-8 slik at innbyggere ikke trenger legehenvvisning for å få stønad til helsehjelp hos fysioterapeut med driftsavtale. PFF mener at de viktigste fordelene som oppnås ved den foreslåtte endringen er at den gjør det lettere for innbyggerne å kontakte fysioterapeut, og at det vil lette belastningen på henvisende helsepersonell. De frigjorte resursene kan da benyttes til andre og mer nødvendige tiltak.

PFF vil i denne forbindelse anføre at kapasiteten til å ta imot pasienter hos fysioterapeuter med driftsavtaler vil være uendret. For å redusere ventetid trengs det dels en kapasitetsforbedring og dels en omorganisering av fysioterapitilbudet. Bortfall av henvisningskravet vil i første rekke avlaste henvisende helsepersonell.

PFF antar at bortfall av sykdomslisten til dels vil avhjelpe kapasitetsmangelen innenfor gjeldende organisering. Vi frykter imidlertid at dette i første rekke vil skyldes at pasienter med svak økonomi vil måtte avstå fra nødvendig behandling.

Siden fysioterapeuter etter helsepersonelloven er forpliktet til å følge egen kompetanse og innhente bistand etter behov er PFF ikke bekymret for at den foreslåtte endringen vil redusere pasientsikkerheten. Vi mener pasientsikkerheten er godt ivaretatt med gjeldende lovgivning.(se vedlegg 2).

PFF mener at det fremlagte forslaget om bortfall av henvisningskravet i folketrygdlovens § 5-8 er solid begrunnet og et skritt i riktig retning for å lette befolkningens tilgang til den kommunale fysioterapitjenesten. PFF stiller seg derfor fullt ut bak den foreslåtte endringen.

Vi er også spesielt tilfreds med at man nå trekker frem kravet og behovet for epikrise mellom fysioterapeut og fastlege, noe vi mener er viktig for gode pasientforløp og kommunikasjon i helsetjenesten. Vi har tidligere fremmet et forslag som gjør slik kommunikasjon obligatorisk. PFF håper HOD i denne prosessen ser behovet for å få med epikriser fra spesialisthelsetjenesten til behandlende fysioterapeut der pasienter blir henvist videre med mistanke om annen sykdom. Slik kunnskapsutveksling er avgjørende for god kvalitet i tjenesten, faglig utvikling og kompetanseøkning

som man nå søker å stimulere til. (se vedlegg 1). I og med at fysioterapeuter nå også er tilkopleet helsenett vil dette kunne løses forholdsvis enkelt.

I dag krever de fleste forsikringsselskap som tilbyr helseforsikring at pasienten må ha henvisning for å kunne motta behandling med dekning av forsikringen. Dette er regler selskapene har innført for å følge offentlige ordninger, men som også ser ut til å belaste fastlegeordningen da pasientene dette gjelder presser på for å få rask time hos sin fastlege. Eneste hensikten med dette er å få signert en henvisning til fysioterapi, slik at de kan få tilgang til helprivat fysioterapi dekket av helseforsikringen. Behandlingsbehovet bør pasienten og behandler avgjøre i samråd og bør ikke avgjøres av en tredjepart som ikke har tid til å sette seg skikkelig inn i pasientens problemstilling. Vi håper forsikringsselskapene i likhet med staten vil frafalle kravet om henvisning. Dette vil bety en ytterligere kapasitetsbesparelse hos henvisnede helsepersonell.

I punkt 4.2 skrives det at man i studier har sett at: «Personer som oppsøker fysioterapeut direkte blir i mindre grad viderehenvist til bildediagnostikk, bruker mindre reseptbelagte medisiner og har færre besøk hos sin behandlende lege.» Dette samsvarer også med PFF sine erfaringer fra privat praksis.

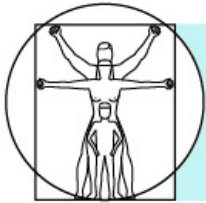
PFF ser frem til å kunne bidra med innspill og høringsuttalelse i forbindelse med ny forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Vi mener at man med en slik forskrift blant annet vil kunne legge føringer som kan bidra til å løse kapasitetsproblematikken.

Kjetil Nord-Varhaug
Fysioterapeut

Styreleder Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF)
Redaksjonsmedlem: Fysioterapi i Privat Praksis

Kjetil.nord-varhaug@fysioterapi.org
918 00 916

1. Behov for epikrise til alle ledd i behandlingsskjeden som vi sendte til HOD i 2015
2. Direkte tilgang til Fysioterapi som vi sendte til HOD i 2014



**Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund**

LEDER

Kjetil Nord-Varhaug

Apexklinikken Terapisenter

Fyrstikkalléen 3b, 0661 Oslo

Tlf.: 918 00 916

E-mail: leder@fysioterapi.org

Vår ref.: 001-15-KNV- Epikriser

Dato: 17.03.2015

Behov for epikrise til alle ledd i behandlingskjeden

Hvert år utdannes det flere hundre fysioterapeuter i Norge. I løpet av sin karriere som helsepersonell vil de møte et ulikt antall pasienter med forskjellige diagnoser. Kunnskap innen undersøkelse og behandling er ikke kun noe man lærer på skole eller kurs, men i stor grad bidrar erfaring med pasientbehandlinger til å danne en solid kunnskapsbase for fysioterapeuten. Men dagens kommunikasjonsmetoder i helsevesenet sikrer ikke at fysioterapeutene og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten får den informasjonen vi trenger for å bli dyktige i faget vårt.

PPF har i den forbindelse utformet et Lovforslag som tar for seg behovet for epikriser mellom behandlere i primærhelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og oss som jobber i primærhelsetjenesten. Forslaget er sendt til Helsedirektoratet i februar 2015, og vi håper at dette blir tatt imot på en seriøs måte slik at forslaget på sikt kan bli behandlet i Stortinget for å bedre kommunikasjonen i helsetjenesten.

Behov for lovpålagt epikrise

Helsepersonelloven gir pr i dag ikke de nødvendige føringer for god kommunikasjon mellom behandlere på tvers av primærhelsetjenesten eller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Loven sier blant annet at det skal sendes en epikrise ved utskrivning fra helsesituasjon til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Dette vil blant annet omfatte situasjoner der en pasient legges inn på sykehus for behandling i spesialisthelsetjenesten. Loven pålegger, såfremt pasienten ikke motsetter seg dette, at virksomheten sender epikrise til henvisende part og fastlegen, om dette ikke er samme person. Dette ivaretar kommunikasjon til primærkontakten til pasienten. Men problemet oppstår i de tilfeller hvor behandlerne ikke er de samme som henviser. I mange tilfeller vil behandlerne være

fysioterapeuter som ikke har rolle som primærkontakt. Derfor vil disse behandlerne kun unntaksvis få nødvendige opplysninger fra spesialisthelsetjenesten.

Disse opplysningene er ikke kun nødvendig om pasienten skal tilbake i behandling hos den aktuelle fysioterapeuten. De er også nødvendige for å øke kunnskapen blant fysioterapeuter, og når disse behandlerne kun unntaksvis får tilgang til epikriser fra spesialisthelsetjenesten så medfører dette en slakere kunnskapskurve i deres yrkeskarriere.

Dette slår negativt ut for fremtidige pasienter som kan dra nytte av økt kunnskap blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i forbindelse med undersøkelse og behandling.

Eksempel:

Et eksempel kan være at en fysioterapeut undersøker en pasient med smerter og hevelse i foten. Vedkommende finner ikke noe grunnlag for å starte opp behandling men sender pasienten tilbake til fastlegen med et ønske om at fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten for utredning. Fastlegen mottar etter en stund en epikrise fra sykehuset hvor pasienten har blitt behandlet for blodpropp i beinet. Legen har fått økt sin kunnskap om hvilken diagnose som var årsak til pasientens plager, men informasjonen formidles rutinemessig ikke videre til fysioterapeuten. Fysioterapeuten forblir «kunnskapsløs» og vil ved neste anledning ha samme kunnskapsnivå hvor symptomene ikke kobles til en potensiell diagnose. Erfaringsmessig så vil fastlegen kun i sjeldne tilfeller videreformidle epikrise fra sykehuset, rett og slett fordi det ikke er lovpålagt og til dels ressurskrevende.

Epikrise på tvers av primærhelsetjenesten

Det er heller ikke lovpålagt å sende epikrise til annet helsepersonell på tvers av primærhelsetjenesten. Loven åpner for at man ved pasientens samtykke kan sende en slik epikrise, men det er ikke pålagt. Dette gjør at viktig informasjon unnlates å sendes til annet helsepersonell som kunne ha nytte av denne til læring og faglig utvikling.

Eksempel:

Et eksempel kan være at pasienten oppsøker fastlege med smerter i skulder. Fastlegen setter diagnosen bursitt på skulderen og igangsetter NSAIDs behandling som ikke har effekt. Pasienten velger ikke å gå tilbake til sin fastlege da legens behandling ikke ga effekt. Legen får derfor ikke vite at behandlingen ikke var effektiv. Pasienten går til flere forskjellige terapeuter i privat praksis med sin plage. Til slutt møter vedkommende en erfaren behandler som stiller diagnosen adhesiv kapsulitt og adekvat behandling blir igangsatt. Behandlingen er effektiv da diagnosen som er satt viser seg å være korrekt. Verken fastlegen eller annet tidligere behandlende helsepersonell får epikrise fra den erfarne terapeuten da dette ikke er lovpålagt. Kunnskapen om symptombildet og diagnosen forblir derfor ikke delt med alle behandlere i behandlingsskjeden og alle forblir like kunnskapsløse om denne problemstillingen når neste pasient med liknende plager oppsøker dem i klinikken.

Helsetjenesten er preget av religioner

Primærhelsetjenesten er i dag i stor grad preget av religioner når det kommer til behandling av pasientenes plager. Det er utdanning og bakgrunn til terapeuten som i stor grad avgjør hvilken behandling man tilbys. I enkelte tilfeller ser vi også at diagnosen som settes er til en viss grad tilpasset hvilke behandlingstilbud terapeuten rår over.

PFF mener at vi med økt kommunikasjon på tvers av klinikker og forskjellige terapeuter vil øke kunnskapen til den enkelte, og sekundært øke den diagnostiske treffsikkerheten. Hvis alle terapeuter konsekvent får tilgang til etterforløpet etter egen behandlingsintervensjon så vil vi kunne luke ut behandlingsmetoder som ikke virker samt øke vår evne til å sammenfatte symptomer med rett diagnose. I dag lever dessverre mange i villfarelsen om at alle pasienter blir bra av deres intervensjoner om de ikke ringer og klager. Sannheten er heller den at mange pasienter søker videre i behandlingssjungen i jakt på en løsning, og tilbakemelding om manglende effekt sjeldent blir formidlet til tidligere behandlere. Det må derfor bli vårt ansvar som helsepersonell å informere kollegaer om behandlingseffekt, eller manglende sådan.

Det ansvaret kan ikke pålegges pasienten slik det i praksis fungerer i dag.

Løsningen

Løsningen er etter vårt skjønn å utvide §45 i Helsepersonelloven til å inkludere lovpålagt epikrise til tidligere behandlere i et behandlingsforløp slik at kunnskapen spres til alle som har vært involvert med pasienten for den aktuelle lidelsen, så fremt pasienten ikke motsetter seg dette.

Det vil i praksis løse problemene med epikriser på tvers av primærhelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Siden pasienten må samtykke til utvekslingen så unngår man problemer med personvernlovgivningen.

Ordlyden i loven må være slik at mangelfull vilje og evne til å sende epikrise vil være et brudd på loven og dermed åpne for reaksjoner fra Helsetilsynet.

Dagens ordlyd i helsepersonelloven

Helsepersonelloven

§ 45 a. Epikrise

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

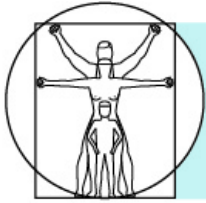
Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

PFF sitt forslag til utvidelse av §45 i Helsepersonelloven.

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved avsluttet behandlingsforløp oversendes en epikrise til alle tidligere behandlere som har vært involvert med pasienten i forbindelse med den aktuelle sykdommen/lidelsen de er til behandling for. Denne epikrisesendingen skal forekomme på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Skrevet av Kjetil Nord-Varhaug – Styreleder PFF



**Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund**

LEDER

Kjetil Nord-Varhaug

Apexklinikken Terapisenter

Fyrstikkallèen 3b, 0661 Oslo

Tlf.: 918 00 916

E-mail: leder@fysioterapi.org

Vår ref.: 001-14-KNV

Dato: 14.04.2014

Kopi av artikkel trykket i tidsskriftet Fysioterapi i Privat Praksis vol 4 - 2014

Direkte tilgang til fysioterapi?

Et virkemiddel i sykefraværdebatten

Henvi­sing til fysio­terapi fra primærkontakt er en forutsetning for at pasien­ten skal kunne komme til behan­dler med kommu­nal avtale. Men er det slik at primærkontaktene er de som vet best hvilken behan­d­lingsform pasien­tene trenger, eller om de i det hele tatt trenger behan­d­ling?

Direkte tilgang til fysio­terapi er trukket frem som et virkemiddel for å få ned kostnadene knyttet til sykefravær og uføretrygd da dette sikrer pasien­ten raskere tilgang. Ventetiden i den kommu­nale helsetjenesten er mange steder uker og måneder, og pasien­tene kan i mange tilfeller ende opp som sykemeldt i perioden de venter på kvalifisert hjelp. Med direkte tilgang til fysio­terapi oppnår vi 1 mindre kø å stå i. For køen hos fastlegene kan også være flere uker for lidelser som ikke har prioritet. Manuellterapeutene og kiropraktorene ønsker å avlaste fastlegene her, men problemet er at manuellterapeuter med avtale også har venteliste. Kiropraktorene har sjeldent ventetid, men er en privat helsetjeneste som ikke alle ønsker å benytte seg av.

Direkte tilgang til fysioterapeuten for muskel- og skjelettlidelser

Kunne pasien­ten derimot tatt direkte kontakt med fysio­terapeuten uten henvisning fra primærkontakt så kunne dette bidratt til raskere hjelp og behan­d­ling. Men problemet er at kapasiteten hos fysio­terapeuter med kommu­nal avtale også er sprengt. Så med direkte tilgang kan vi risikere at køene øker, da primærkontaktene ikke lenger fungerer som «portvoktere» på hvem som skal slippe inn i behan­d­lingsapparatet. Direkte tilgang kan derfor ikke gjelde pasien­ter med potensielt varig behan­d­lingsbehov. Eksempelvis kroniske muskel- og skjelettlidelser og nevrologiske lidelser.

Fastlegene er dårlige primærkontakter innen muskel og skjelett

Fastleger som portvoktere er et annet problem som bidrar til økt sykefravær. Mange fastleger har ikke kunnskap, interesse eller kompetanse på muskel- og skjelettlidelser. Standardiserte protokoller med

NSAIDs, sykemelding, MR/rtg henvisninger og blinde injeksjoner er mange steder regelen fremfor unntaket. Dette kan i verste fall bidra til at skader forverres og akutte lidelser blir kroniske. For noen år siden ble det gjennomført en studie på skulderlidelser i Nederland der pasienten fikk gå direkte til en skuldertspesialist ved første konsultasjon. Spesialisten gjorde da en kvalifisert vurdering av pasienten slik at rett diagnose ble satt og tiltak iverksatt deretter. Studien viste at en slik strategi gav potensielt store besparelser når det kom til sykefravær og behandlingskostnader. Både fordi pasienten kom i gang med rett behandling med en gang, samtidig som man unngikk at pasienten ble stående i kø og deres lidelse ble forverret som en konsekvens av ventetiden.

Hva om fysioterapeuten var spesialisten?

Selv har jeg advokert at vi fysioterapeuter må bli bedre på å spesialisere oss. Mange er flinke og gjør nettopp dette, mens andre av ulike grunner velger å beholde en form for allmennpraktiker rolle. Mer spesialisering fører sannsynligvis med seg bedre diagnostikk og dermed et mer optimalt behandlingsopplegg. Hvordan det er hensiktsmessig å organisere en slik spesialisering vil kunne variere fra sted til sted.

Som spesialist vil fysioterapeuten ha en naturlig rolle i det diagnostiske arbeidet og være den første behandler som pasienten møter med sitt problem. Manuellterapeutene ønsker å ta rollen som spesialister på muskel og skjelett, men det er ikke noe i veien for at fysioterapeuter uten spesialisering i manuellterapi skal kunne fungere som spesialister i diagnostikk og behandling på sine fagområder. Dette gjør mange allerede i dag med stor suksess. At manuellterapeutene har lyktes med å bygge opp en utdanning og posisjon i dagens primærhelsetjeneste er beundringsverdig. Samtidig skaper det motivasjon for oss fysioterapeuter til å ta faget vårt opp på et nytt nivå slik at også vi kan få nye oppgaver og rettigheter i helsetjenesten. Nøkkelen er spesialisering.

Ny finansiering må på plass

For å få til en ordning med direkte tilgang til fysioterapi for pasientene så må det på plass en ny finansiering av fysioterapitjenesten. PFF har tidligere fremmet et forslag der pasientene kan komme til fysioterapeut som ikke har driftstilskudd for akutte muskel- og skjelettplager. PFF mener at dette bør utløse en refusjon som holder kostnadene nede for pasienten og som gjør at utviklingen av forsikringsfinansiert behandling strupes. Det har vært debattert om det bør kreves en henvisning fra primærkontakt for å få denne behandlingstilgangen. Personlig mener jeg at ordningen vil fungerer godt uten å bringe inn primærkontaktene, da man unngår kø hos disse for å få slike henvisninger. Men det bør settes krav om at det kun skal gjelde noen diagnosegrupper og kun i de tilfellene lidelsen er til fare for pasientens arbeidsevne. Det er ikke mange dager med redusert sykefravær som skal til for å finansiere dette tilbudet. Det har man sett hos bedriftene som gladelig betaler for helseforsikring for sine ansatte. Det lønner seg økonomisk for bedriften å bruke penger på slike forsikringer da de ansatte unngår behandlingstkøen. Dette forslaget vil være statens helseforsikring for alle arbeidstakere.

En vei å gå – men i år tar vi neste steg

Det er fortsatt en vei å gå før fysioterapeuter kan få den rollen jeg skriver om i denne artikkelen. Men dette året tar vi ett steg ved å presse på regjeringen til å gjennomføre et testprosjekt der refusjonsbasert fysioterapi tilbys pasienter med muskel og skjelettplager som utgjør en fare for deres arbeidsevne. Helseminister Høie har vært positiv til forslaget, og PFF vil i løpet av året møte ministeren igjen til nye samtaler der vi håper å få på plass en plan for å teste ut våre ideer i praksis. Neste steg på stigen blir å synliggjøre at økt kompetanse og spesialisering blant fysioterapeuter er veien å gå for å få en bedre helsetjeneste der pasienten får rett diagnose ved første møte og ikke blir stående fast i endeløse behandlingsregimer uten mål og mening.

Skrevet av Kjetil Nord-Varhaug – Styreleder PFF.