

Berre Ingebjørg

Fra: Stokke Solvår [solvaar.stokke@fysio.no]

Sendt: 23. juni 2006 10:16

Til: Postmottak HOD

Emne: Høringssvar Nasjonal helseplan 2007 - 2010

Vedlagt følger Norsk Fysioterapeutforbunds høringssvar på Høringsnotat Nasjonal helseplan (2007 – 2010)

Papirversjon er sendt til Planansvarlig Erik Helseth, HOD, per post i dag.

Med vennlig hilsen *Solvår Stokke*

Solvår Stokke, kontorleder Norsk Fysioterapeutforbund
Tel. dir. (0047) 22 93 30 51 Telefaks: 22 56 58 25
Adr.: Postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo
Besøksadr.: Stensberggt. 27 – se kart og mer informasjon på www.fysio.no



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Planansvarlig Erik Helseth
Helse- og omsorgsdepartementet
Pb. 8011 Dep.
0030 Oslo

22.06.2006

Hørings svar - Høringsnotat Nasjonal helseplan (2007 – 2010)

Norsk Fysioterapeutforbund, NFF, har følgende kommentarer til høringsnotatet:

Generelt

Norsk Fysioterapeutforbund støtter verdisyn og holdninger som kommer til uttrykk i notatet. Bruker- og mestringsperspektivet, kvalitet i tjenesten med bakgrunn i kunnskap og kompetanse, likeverdighet i tilbud og samhandling er alle sentrale elementer i et godt helsetjenestetilbud. At virkemidlene som omtales for å få dette til er noe mindre entydige og konkrete, er forståelig, men understreker derved nødvendigheten av et langsiktig og krevende samarbeid mellom fagutøvere, sektorer og nivåer i helsetjenesten innenfor trygge rammer og gode systemer. NFF stiller spørsmål ved om rammebetingelsene er tilstede for en realistisk nasjonal helseplan.

Videre savner forbundet en sterkere vektlegging av det etiske perspektivet både i fagutøvelse og samhandling.

2. utfordringer for folkehelsen – forebygging

Gjennom *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009* har folkehelsearbeid beveget seg fra "ildsjelnivå" til et komplekst, offentlig ansvarsområde. Sektorovergripende samhandling i kommunene og også mellom kommuner og foretak er påkrevet for å motivere og legge til rette for fysisk utfoldelse både for enkeltindivider og i et gruppe- og samfunnsperspektiv. NFF mener at det samfunnsmedisinske området bør styrkes i både første- og annenlinjetjenesten. Dette for å ivareta kartlegging av faktorer som påvirker helsetilstanden slik at man kan stoppe eller redusere de negative faktorene eller styrke de positive. Noen må være tillagt dette ansvaret, og ha myndighet til å sette inn tiltak.

Annenlinjetjenesten er spesialister, men skal ha kunnskap om generell forebyggende og helsefremmende virksomhet i veiledningsrollen mot førstelinjen. Hvordan omfordele ressurser for å få dette til i en allerede meget stram økonomisk hverdag?

NFF mener videre at *NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* og lovforslaget, (Berntutvalget) burde vært ferdigbehandlet i forbindelse med høringsnotatet og



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Nasjonal helseplan. Lovforslaget svekker det miljørettede folkehelsearbeidet betydelig i forhold til dagens kommunehelselov. Med sin kunnskap om årsakssammenhenger er helsetjenesten en vesentlig premissleverandør i folkehelsearbeidet, og må være pålagt en rolle. Lovforslaget fokuserer også på tjenestetilbudene som kommunene har ansvar for mer enn på innhold og kvalitet i tjenestene i henhold til kommunehelsetjenesteloven. Det er viktig at de faggruppene som i dag er en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten, forblir det for å kunne sikre en minimumsnorm når det gjelder profesjonalitet og kvalitet.

3. Strategi for kvalitet og prioritering

3.3 Status og utfordringer

Kvalitet i helsearbeidet i hverdagen har med faglig dyktighet, god organisering, god ledelse og god samhandling å gjøre og er innbyrdes avhengig av hverandre. Relevant etter- og videreutdanning, basert på Sosial- og helsedirektoratets føring om en kunnskapsbasert praksis, øker og kompetansen, kvaliteten og effektiviteten, og stimulerer samhandling. Dette må være Arbeidsgiver må stimulere til og dekke utgiftene til slik faglig ajourhold. Sparekniven må brukes med stor forsiktighet i denne sammenhengen.

Nasjonal overbygning – faglige retningslinjer

NFF har i mange år arbeidet med og holdt oppdatert forbundsinterne faglige retningslinjer innenfor ulike områder. Arbeidet har vært meget kostnadskrevende og i flere sammenhenger ufullstendig fordi et godt resultat for pasienten krever flerfaglig innsats. NFF hilser derfor velkommen nasjonale faglige retningslinjer. Skal ønsket kvalitet oppnås, er det vesentlig at alle aktuelle fagmiljøer, enten det gjelder forebyggende, kurative eller omsorgstjenester, deltar i utarbeidelsen av de ulike retningslinjene. Et godt grunnarbeid fra oppdragsgiver er nødvendig for å spore opp aktuelle bidragsytterne.

4. Strategi for samhandling

Den største utfordringen for samhandling på tvers av nivåer og sektorer synes å være det praktiske samarbeidet, - når og hvor det skal foregå. En formalisert avtale løser ikke disse praktiske problemene, men kan fungere som et utgangspunkt. Samhandling stiller krav til bl.a. lederansvar og til effektive informasjonskanaler/-systemer som ikke er personavhengige. For å lykkes med de gode intensjonene i f.eks individuell plan, som skal sikre langsiktig planlegging og forutsigbarhet for brukeren, trengs utdanning, opplæring og ansvarliggjøring både av helsepersonell og ansatte i andre sektorer. Også opplæring i bruk av aktuelle IKT-systemer er nødvendig.

For øvrig viser NFF til vårt høringssvar til *NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløffutvalget)*.

5. Psykisk helse

Utfordringer for de kommunale tjenestene

Fysioterapeuter er positive bidragsyttere innen psykiatrien, men ofte svært marginalt brukt. Fysioterapiressurser til forebygging og styrking av utrednings- og behandlingstilbudet til barn, unge og voksne i kommunene bør økes.



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Utfordringer for spesialisthelsetjenesten

I høringsnotatet kan leses at faglighet og kvalitet i distriktpspsykiatriske sentra og BUP-klinikkene skal videreutvikles ved å sikre rekruttering av leger og psykologer.

Fysioterapeuters kompetanse er et viktig tilskudd i behandlingsskjeden og bør integreres i tilbudet ved disse institusjonene.

Som del av oppfølgingen av *Strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003 – 2008)* mener NFF at stilling for fysioterapeut bør opprettes i alle barne- og ungdomspsykiatriske team.

6. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

Elektronisk pasientjournal, EPJ

Når det gjelder IKT, er det viktig at det fokuseres på profesjonsbaserte løsninger. EPJ er av stor viktighet for samarbeid mellom faggrupper og til stor nytte for pasienten. Når man i dag snakker om EPJ, er det for mange kun en legedel det er snakk om. Fysioterapeuter har dokumentasjonsplikt. Det er viktig å sette søkelys på løsninger som gjør at denne forpliktelsen kan ivaretas og gir mulighet for en optimal kommunikasjon mellom samarbeidende faggrupper. Oppmerksomheten må også rettes mot utstyr og opplæring.

7. Forskning for bedre helse

NFF slutter seg til beskrivelsen av forskning i helsetjenesten innledningsvis under kap. 7, og videre i kap. 7.1. og 7.2. I kap 7.3 omtales behov for særskilt kompetanseoppbygging. NFF viser til at innen flere av de fagområdene som nevnes, utgjør tilbudet til pasient/bruker flerfaglig innsats. For å sikre høy kvalitet i helsetjenesten må oppbyggingen av forskningsaktivitet gjenspeile samhandlingen mellom helsetjenestens ulike aktører, både horisontalt og vertikalt. De ulike yrkesgruppene må inkluderes i forskningen etter hvert som de får kompetanse. Spesielt er det viktig å understreke dette når forskning i primærhelsetjenesten skal styrkes, jf også *Forskning og fagutvikling* under kap. 9.5. Når forskningsprosjekter etter hvert etableres rundt sentrale tematiske områder som kroniske lidelser, muskel-/skjellettplager, sammensatte sykdomsbilder og samhandling, vil det være behov for stor faglig bredde i forskningen.

Fysioterapeuter har i senere år bygget opp betydelig forskningskompetanse. Per i dag har 8 fysioterapeuter professorkompetanse, mer enn 40 har doktorgrad, 25-30 er i gang med sitt doktorgradsarbeid og flere hundrede har hovedfag/mastergrad.

8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier

Habilitering og rehabilitering: På side 34 inviteres høringsinstansene til å komme med innspill som kan styrke helse- og sosialtjenestens rolle innen habilitering og rehabilitering. Etter invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet deltok NFF i juni på et møte (idédugnad), der organisasjonene skulle formidle sine tanker og idéer på området.

NFFs kommentarer vedlegges som bilag.



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

9.4 En sammenhengende behandlingsskjede

Det er viktig at søkelyset blir rettet mot sammenhengen mellom kompetanse og tilbud i forhold til behov. Førstelinen må ha kompetanse i samsvar med behovene til pasienter som utskrives fra sykehus, og annenlinjen må overholde sitt veiledningsansvar.

9.5 Fastlegeordningen

Portvaktrollen

Med utgangspunkt i høringsnotatets vektlegging av brukerperspektivet, reagerer NFF sterkt når at det på side 48 står at "det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning ikke-medisinske faktorer har for fordelingen av arbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten. Det er blant annet trukket fram at det er grunn til å se nærmere på den oppsmuldring av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre yrkesgrupper får adgang til å henvise og sykmelde".

Andre yrkesgrupper er i denne sammenheng bl.a. manuellterapeuter som fra 1. januar 2006 ivaretar primærkontaktfunksjon, noe som gir yrkesgruppen adgang til å sykmelde og henvise pasienter til blant annet spesialisthelsetjenesten. Ordningen var først et prøveprosjekt i perioden 2001-2003. I januar 2004 forelå en evalueringsrapport fra SINTEF med kommentarer fra Rikstrygdeverket. Rapporten konkluderte med at pasientene uttalte stor tilfredshet med ordningen. De mente at de fikk raskere tilgang til og en mer aktiv behandling, god oppfølging og at de sparte tid og penger. Videre viste rapporten en positiv tendens i forhold til samarbeid mellom helsefaggrupper lokalt, og ordningen syntes også å ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt.

10. Spesialisthelsetjenesten - Organisering og styring

NFF er enig i intensjonen om at "det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling for medarbeiderne". Dette blir imidlertid fort fine ord og illusjoner og vanskelig for ledere å prioritere innenfor tildelte budsjettammer.

Det er viktig at sykehus gir rom for refleksjon og arenaer for samhandling i yrkeshverdagen. Slik det fungerer i dag, er dette sjelden en prioritert oppgave fra sykehuseier fordi det er for tidkrevende. Det bidrar til at effektivitet og produksjon og derved sykehusets inntekt reduseres. Kanskje bør midler øremerkes til dette formålet? Kanskje kunne det også igangsettes mindre forskningsprosjekter der det ble vurdert om arenaer for refleksjon og samhandling på tvers av faggrupper fører til bedre ressursutnyttelse og effektivitet?

13. Lokalsykehus

Det er viktig at det blir lagt til rette for den trygghetsbasen et lokalsykehus skal være for befolkningen. Målene for aktivitet på mange områder står imidlertid i sterk kontrast til kravet om budsjettbalanse.

14. Utdanning av helsepersonell

14.2 Tiltak og strategier



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Grunnutdanning

I høringsnotatet understrekes betydningen av helsetjenesten som praksisarena og kvalitet i praksisundervisningen for helsepersonellgruppene som har obligatorisk praksis i sin utdanning. Tidligere betalte utdanningsinstitusjonene selv kostnadene til praksisveilederne. Etter at lokale foretak overtok finansieringen, er utdanningene avhengige av kontrakter med foretakene for forutsigbar kapasitet i praksisveiledningen. NFF forutsetter at foretakene har en plikt til å opprettholde nødvendig kapasitet, uavhengig av kostnader.

Praksisundervisningen ved utdanningsinstitusjonene står i fare for å bli redusert. Budsjettene øker ikke i tråd med kostnadsutviklingen og praksis står i fare for å bli nedbygget. En god grunnutdanning er en forutsetning for kompetanse og kvalitet, og praksisundervisningen ved utdanningene må sikres. En tiltakende akademisering av faget krever økt oppmerksomhet mot god integrering av teori og praksis.

Spesialistutdanningene

NFF har siden 1987 kunnet tilby medlemmene en forbundsintern spesialistutdanning innen ulike områder. Siden 1989 har forbundet, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidet for offentlig godkjenning av spesialister i fysioterapi. Både i første- og annenlinjetjenesten er det behov for spesialister. Pasienter med mer komplisert sykdomsbilde og færre liggedøgn i sykehus har krav på et høyt kvalifisert tilbud i kommunehelsetjenesten. Kompetansen i spesialisthelsetjenesten skal følge pasienten til spesialister i kommunehelsetjenesten. Offentlig spesialistgodkjenning er viktig for å signalisere til pasientene at de blir ivaretatt av spesielt skolerte og kvalifiserte fysioterapeuter og også for å vinne respekt og anerkjennelse hos samarbeidende fagpersoner.

Leger og psykologer disponerer utdanningsstillinger som fører frem til spesialistutdanninger med offentlig godkjenning. NFF mener at spesialistutdanningene bør formaliseres med mer like utdanningsløp, at departementet bør opprette utdanningsstillinger i regionene for fysioterapeuter på linje med leger og psykologer og at dette må formidles i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene. Dette vil motivere til å tilegne seg den kompetansen foretakene har behov for. Som eksempel kan nevnes at det per 1. juni 2006 kun er 27 spesialister i Nordland, Troms og Finnmark og ingen innen geriatri/gerontologi, onkologi eller hjerte-lungefysioterapi, områder der samfunnet har store utfordringer i forhold til kronisk syke.

Høringsnotatet er interessant lesning for flere faggrupper (ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, logoped) ettersom planen skisserer satsningsområder og befolkningsutvikling der ulik kompetanse vil bli ytterligere etterspurt basert på bl.a. eldrebølgen, kronisk syke med sammensatte behov, uheldige livsstilstrener (nedsatt fysisk aktivitet, fedme), kreftsyke og palliativt tilbud.

I høringsnotatet leser vi at "direktoratet skal sørge for å ha oversikt og kunnskap om nåværende og framtidige behov for helsepersonell og kompetanse". I nest siste avsnitt står det at "Departementet fastsetter antall nye legestillinger...". Det opprettes stadig nye legestillinger. For andre terapeutgrupper er det en helt annen virkelighet. Samme antall



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

personell blir pålagt nye oppgaver. Skal gode tjenestetilbud kunne tilbys dagens og morgendagens pasientgrupper, må det opprettes flere stillinger også innenfor andre og samarbeidende terapeutgrupper.

Med vennlig hilsen
Norsk Fysioterapeutforbund

Eilin Ekeland (sign.)
forbundsleder

Vedlegg: Habilitering og rehabilitering: Hvordan utvikle tjenester av god kvalitet?



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Vedlegg:

Habilitering og rehabilitering: Hvordan utvikle tjenester av god kvalitet?

Innspill fra Norsk Fysioterapeutforbund

Kunnskapsbasert praksis

Alle er enige om at det er viktig med brukermedvirkning, samspill mellom bruker, pårørende og fagpersoner, og at rehabilitering er en prosess.

Men det er også mange tiltak som skal og bør settes inn rundt den enkelte bruker. Vi må sørge for at disse tiltakene er bygget på den kunnskap vi har om hva som virker og hvilke doseringer man skal ha. Denne kunnskapen må komme fra erfaringer og fra brukere, men er helt nødt til å styrke den kunnskapen som kommer fra forskning. Forskningen må være relevant og rettet på tiltakssiden. Og den må taes i bruk.

Det holder ikke med gangtrening to ganger i uka hvis målet er at brukeren skal gå til naboen selv! Det må etterspørres kunnskapsbasert praksis i rehabiliteringen, og tenkningen må gjennomsyre hele rehabiliteringsarbeidet.

Kunnskapsbaserte organiseringer og beslutninger

Det finnes etter hvert også en del forskning på organiseringen av tjenesten: Hva er best: Hjemmebasert eller institusjon? Sengeplasser på ordinære institusjoner, eller rehabilitering som egne enheter. For å få til en god rehabilitering, må kunnskapsbasert praksis både gjelde for den utøvende terapeut og for beslutningsnivået der man bestemmer organisering, finansiering og prioriteringer.

Kompetanseoppbygging

Forskning innen kommunehelsetjenesten

Forskningsmidler til sektoren kanaliseres i økende grad gjennom helseforetakene. Dette medfører at det må etableres eksplisitt finansiering for kommunehelsetjenesten. Her blir det viktig at forskningsinstanser og finansiering ikke avgrenses til (allmenn)medisin, men omfatter hele den flerfaglige 1. linjetjenesten.

Her må det også fokuseres på tiltaksforskning: "Hva virker"-spørsmål.

Kompetansestillinger i kommunene

For å videreutvikle kompetansen som trengs i kommunene, er det en forutsetning at en kan jobbe med kunnskapsutvikling og prosjektveiledning i de enkelte kommuner. Det trengs fagutviklingsstillinger i rehabiliteringsområdet i kommunene.

Dette vil også være med å stimulere til rekruttering av lovende kandidater til forskning.

Kunnskap relatert til habilitering/rehabilitering ikke bare tverrfaglig



NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Alle er enige i at rehabilitering er tverrfaglig innsats. Men poenget med tverrfaglig innsats er at alle faggrupper skal bidra med *sin* kompetanse. Dette forutsetter gode særfgaglige etter- og videreutdanninger. Og faglig ajourføring innen eget fagfelt.

Rammebetingelser for fagutvikling: Tid, internett og nettverk

Fagutviklingsarbeid i praksisfeltet krever et økonomisk grunnlag. For å legge til rette for fagutviklingsarbeid i kommunene er det avgjørende med rammebetingelser som legger til rette for dette både i kommunale fastlønnsstillinger og for privatpraktiserende fysioterapeuter. Internasjonalt samarbeid om forskning og kunnskapsutvikling er en viktig utfordring. Nettbaserte databaser over forskningsprosjekter fra hele verden fører til mye tilgjengelig informasjon. Oppsummeringer av forskning innen fysioterapifeltet og korte sammendrag som er lett tilgjengelig, er en viktig form for å holde seg oppdatert om hva som foregår internasjonalt. Å stimulere fagmiljøene til å diskutere og bruke denne type arbeid har stor betydning. I kommunehelsetjenesten betyr dette at fysioterapeutene har tilgang på internett og tid innenfor rammebetingelsene til å benytte det.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten – suksesskriterier

Rehabilitering parallelt med behandling

Rehabilitering er ikke noe som starter når all behandling er ferdig. Den går parallelt med behandlingstiltak, men er likevel noe annet enn behandling og definitivt noe annet enn pleie og omsorg.

Kontinuerlig kjede

En stor utfordring er å lage en kontinuerlig kjede: spesialisthelsetjeneste, eventuelt via rehabiliteringsinstitusjoner til kommunene for den enkelte bruker, der tiltakene oppleves som sammenhengende, bygger på hverandre og i samme retning. Hele veien må rehabiliteringsprosessen være samkjørt, tverrfaglig og koordinert.

Med færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten blir dette ekstra utfordrende. Både fordi samhandlingen skal skje fortere, og det er et økt behov for spesialistkompetanse i primærhelsetjenesten for utredning, kontroll og behandling. Det er viktig å benytte det potensialet det er i rehabiliteringsinstitusjonene når de er en del av en kjede.

Dette krever et nærere samarbeid mellom nivåene og behov for økt kompetanse i førstelinjetjenesten. Stimuleringstiltak til kommunene som muliggjør samarbeid og utvikling blir veldig viktig.

Gjensidige forpliktelser og avtaler blir helt nødvendig. Nåværende system bærer preg av at alle ledd skal spare penger, og skyve utgiftene over på en annen instans. Dette må løses!