

Oslo, 10. april 2018

Innspill til Blankholmutvalget fra Norsk Fysioterapeutforbund

Norsk Fysioterapeutforbund takker for invitasjonen til å komme med innspill til Blankholmutvalget. Vi redegjør her for hvilke prioriteringsutfordringer fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten står i. Vi vil også drøfte hvorvidt prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet oppleves som relevante i denne sammenheng.

1. BESKRIVELSE AV DAGENS SITUASJON

1.1 Den kommunale fysioterapitjenesten i tall

Den kommunale fysioterapitjenesten består av to søyler, henholdsvis avtalefysioterapeuter og ansatte fysioterapeuter. Fysioterapeutene dekker oppgaver både innen helse- og omsorgstjenesten og kommunenes folkehelsearbeid.

I følge Kostra-databasen var det 4951,3 fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten i 2017. Av disse var det 2728,8 avtaleårsverk, mens det var 2055,9 ansatte fysioterapiårsverk. Vi ser en økning i antall fysioterapiårsverk fra 9,0 årsverk i 2015 til 9,4 årsverk i 2017. Sammenligner vi med antall legeårsverk, så var det i 2017 en dekningsgrad på 11,0 leger per 10 000 innbyggere, mot 10,5 årsverk i 2015. I 2017 var det registrert 3982,4 årsverk i gruppen næringsdrivende fastleger, og 1246,3 årsverk i gruppen ansatte leger.

Likeledes ser vi en økning i fulltids avtalehjemler fra 1720 i 2015 til 1776 i 2017. I deltidstilskudd fra og med 40 til 100 prosent, ser vi en nedgang fra 1426 hjemler i 2015, mot 1409 i 2017. En enda større nedgang ser vi i antall småhjemler mellom 20 og 40 prosent, fra 211 hjemler i 2015 til 157 i 2017.

I 2015 ble 464 593 pasienter behandlet av avtalefysioterapeuter. Det var i overkant av 9 millioner pasientkontakter hos avtalefysioterapeuter samme år. Vi har dessverre ikke tilsvarende tall for behandling utført av ansatte fysioterapeuter.

På grunn av kapasitetsutfordringene er det mange fysioterapeuter, både ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter, som arbeider utover avtalt arbeidstid. Tall fra Helfo fra 2012 viste at avtalefysioterapeuter arbeidet over 700 årsverk utover avtalt arbeidstid¹. I en undersøkelse av tidsbruken for NFFs avtalefysioterapeuter utført i desember 2017 bekreftes det at det fortsatt arbeides langt over avtalt arbeidstid. Uavhengig av avtalens størrelse er det nær 73 % av alle respondentene som oppgir at de arbeider utover 36 timers arbeidsuke. Av de som har halvt

¹ Dessverre har det ikke vært mulig å få nye og sammenlignbare tall fra Helfo.

driftstilskudd eller mindre, er det hele 88 % som arbeider utover tilskuddets størrelse. Av de som har driftstilskudd på 80% eller høyere er det nær 87 % som arbeider utover 100 % driftstilskudd.

I tillegg er det mange fysioterapeuter uten verken ansettelsesforhold eller driftsavtale med kommunen som bidrar i pasientbehandlingen, og som dermed avlaster kommunene for deres ansvar.

Selv om vi må kunne hevde at fysioterapitjenesten er en effektiv tjeneste, så opplever vi at vi ikke klarer å levere så mye fysioterapi som det er behov for, og derfor opplever mange pasienter dessverre lang ventetid til fysioterapibehandling.

1.2 Fordeling av pasienter

Noe grovt forenklet erfarer vi at de *ansatte fysioterapeutene* i hovedsak arbeider med barn og unge, funksjonshemmede, skrøpelige eldre, samt pasienter med alvorlige nevrologiske sykdommer som eksempelvis ALS, Parkinson, MS og slag.

En fersk studie fra Trondheim kommune, utført i forskningsprogrammet Fysioprim, har beskrevet en andel barn og voksne som fikk oppfølging av kommunalt ansatte fysioterapeuter fra 2015 til 2016. Barna som ble registrert var henvist på grunn av forhold i motorisk utvikling, asymmetriske bevegelsesmønstre eller ortopedi. En tredjedel av barna var kun til undersøkelse. Vår kommentar til denne registreringen er at problemstillingene ofte er mer komplekse enn det som framgår fra undersøkelsen. Det jobbes i tillegg mye med samspill, psykisk helse, hjelpetilrettelegging til deltagelse i lek mv. I tillegg opplever vi at mye tid også benyttes til habilitering.

Den samme undersøkelsen viste at av de voksne brukerne som ble registrert var 62 % kvinner og gjennomsnittsalderen var på 79,1 år. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 12,9 uker med behandlingsfrekvens på 1.1 per uke. De aller fleste var i aldersgruppen 65+. Henvisningsårsakene var geriatri/funksjonssvikt, behov for tidlig innsats og ortopedi. 83 prosent brukte ganghjelpemidler.

De ansatte fysioterapeutene arbeider gjerne i kommunale lokaler, på helsestasjon, skole, barnehage, frisklivssentral, tilpassede boliger og på institusjoner. Eller de utfører hjemmebehandling.

Vi erfarer også at *fysioterapeuter med driftsavtale* behandler pasienter i arbeidsfør alder, eldre, barn, nyopererte (hofter, knær, skuldre mv.), sykemeldte, pasienter med kroniske muskel- og skjelettlidelser, pasienter med seneffekter etter kreftsykdom og kreftbehandling, pasienter med nevrologiske lidelser og sammensatte lidelser.

Studien fra Trondheim kommune har også undersøkt hvem som oppsøker privatpraktiserende fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i symptomer og psykososialt stress hos pasienter som oppsøker privatpraktiserende fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Over en tredjedel av pasientene har risiko for langvarige plager, betydelig nedsatt arbeidsevne, søvnproblemer og betydelig psykisk stress. Pasienter som gikk til psykomotorisk fysioterapeut skilte seg ut fra de andre ved at de hadde lengre varighet av plager, flere smerteområder, høyere skåre på risiko for langvarige plager og høyere nivå av psykisk stress. Pasienter som gikk til fysioterapeut uten driftsavtale skilte seg fra de andre ved at de hadde kortere

varighet av plager, lavere smerteintensitet, færre smerteområder, mindre psykisk stress og lavere risiko for utvikling av langvarige plager².

Avtalefysioterapeutene arbeider hovedsakelig i fysioterapiklinikker, men kan utføre hjemmebehandling dersom pasienten av helsemessige årsaker ikke kan møte frem ved fysioterapeutenes klinikk.

1.3 Sykefravær og helsetap

Muskel- og skjelettlidelser er den klart største årsaken til sykefravær i Norge. I fjerde kvartal 2017³ skyldtes 2 746 043 tapte dagsverk muskel-/skjelettlidelser, og utgjorde hele 38 % av sykefraværet. 1 490 463 tapte dagsverk skyldtes psykiske lidelser. Hele 1 554 950 brukere tok kontakt med primærhelsetjenesten i 2016 på grunn av muskel- og skjelettlidelser⁴, mens det var 742 591 brukere som tok kontakt på grunn av psykiske symptomer og lidelser. Disse tallene er i samsvar med helsetapsmålinger⁵, der det fremkommer at muskel- og skjelettlidelser er den gruppen lidelser som forårsaker størst helsetap. Det samme viser Levekårsundersøkelsen fra 2015⁶.

Muskelsmerter utgjør et stort problem både for samfunnet og for den enkelte. Selv om færre har tungt fysisk arbeid enn tidligere, blir det likevel ikke mindre rygg-, nakke- og skuldersmerter. Årsakene til muskel- og skjelettplager kan være mange og sammensatte, eksempelvis ensidige arbeidsstillinger, ensformige bevegelser, dårlig psykososialt arbeidsmiljø, stress eller andre påkjenninger. En studie fra STAMI basert på landsrepresentative paneldata fra SSBs levekårsundersøkelse i 2006 og 2009 rapporterte høye jobbkraav og lav kontroll som de viktigste psykososiale risikofaktorene for korsryggsmerter. De viktigste mekaniske risikofaktorer for korsryggsmerter var løft i ubekvemme stillinger, arbeid i knestående stilling/på huk og stående arbeid mesteparten av arbeidsdagen. Studien anslår at nærmere 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter var relatert til eksponering på jobb. Det er også en kjent sak at når tiden ikke strekker til, eller vi utsettes for press, så strammer vi nakkemusklene, som igjen resulterer i hodepine og nakke- og skuldersmerter. I jobbsammenheng viser det seg at de viktigste risikofaktorene for nakkesmerter er rollekonflikt og lav selvbestemmelse, samt arbeid med armene over hodet. I tillegg blir vi også utsatt for ulike påkjenninger utenom arbeidstid som kan «sette seg i musklene». Etter hvert så kan disse smertene gå over fra å være et symptom til et alvorlig medisinsk og psykologisk problem. For muskel- og skjelettlidelser er som sagt den vanligste årsak til sykefravær, og for kvinner er det også den vanligste årsaken til uføretrygd.

For arbeidsgivere er sykefravær en utfordring. Ikke overraskende oppgir 53 prosent av kommunene at de opplever høyt sykefravær som et meget eller ganske utfordrende tema⁷. Sykefravær har vært den største arbeidsgiverutfordringen de fem foregående årene for kommunene. Kommuner og fylkeskommuner jobber målrettet og systematisk for å redusere fraværet, hele 98 prosent av kommunene og 93 prosent av fylkeskommunene har satt mål for å redusere fraværet.

² Fysioterapeuten 2/18 s.24

³ Legemeldt sykefravær, NAV

⁴ Norgeshelsa statistikk

⁵ Global Burden of Disease Study 2013

⁶ SSB, helseforhold, levekårsundersøkelsen 2015.

⁷ Arbeidsgivermonitor. KS 2017.

Tallenes tale er, som vi ser, klare og tydelige. Fysioterapeutenes pasienter er mange og de koster samfunnet mye, i form av tapte inntekter og økte utgifter. Og ifølge framskrivninger utført av Samfunnsøkonomisk analyse i 2018 kan det være behov for tre ganger så mange fysioterapeuter i 2040, som det er i dag⁸.

2. PRIORITERINGSKRITERIENE – KAN DE ANVENDES?

2.1 Prioriteringsutfordringer fra vårt ståsted

Prioritering er uten tvil viktig i dagens helsetjeneste, men vi vil understreke at prioriteringer bare er ett av flere tilgjengelige styringsverktøy. Norsk Fysioterapeutforbund er ikke uenig i prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten, men er av den oppfatning at de vil fungere best på et overordnet, politisk og administrativt nivå, da de kun i begrenset grad er anvendbare for den enkelte helsearbeider.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kompleks i den forstand at den er underlagt kommunal helselovgivning, kommunal politikk og nasjonal trygdellovgivning og føringer. I tillegg er den finansiert fra ulike kilder. Dette kan gi motstridende føringer og bidrar til kompliserte vurderinger. Norsk Fysioterapeutforbund er opptatt av at tjenesten må styres og ledes bedre, og at styringsmekanismene som lov- og avtaleverk, finansiering og organisering må dra i samme retning. Vi opplever ikke at de fullt ut gjør det i dag. Et eksempel er den nye funksjons- og kvalitetsforskriften for avtalefysioterapeuter som trådte i kraft 1. januar i år. NFF ser at denne forskriften kom på plass som et resultat av at direkte tilgang til avtalefysioterapi ble innført, men vi hadde håpet at en forskrift om den kommunale fysioterapitjenesten skulle bidra til en felles retning for tjenesten, men fordi forskriften kun omhandler den ene søylen av tjenesten, er det mindre sannsynlig med en felles retning.

På administrativt nivå opplever vi at fysioterapitjenesten i kommunen ikke er godt nok ledet og koordinert. Hvis det hadde vært felles faglig ledelse for ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter, samt et felles lovverk, ville dette uten tvil bidratt til å lette både prioriteringsarbeidet og ressursstyringen.

I den sammenheng kan vi informere om en økende tendens til at fysioterapeutene tillegges oppgaver som ikke er fysioterapi. Vi ser med bekymring på at flere kommuner tillegger fysioterapeuter tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgaver. I stillingsutlysninger pekes det for eksempel på at man må påregne arbeid på tvers av profesjongrensener for helhetlig ivaretagelse av bruker. Dette høres jo i utgangspunktet rimelig ut det, men det innebærer at fysioterapeuten må delta i matsservering og stell av pasienter, enten det er i en sengeavdeling eller i hjemmebehandling. Og med kommunenes knapphet på fysioterapiressurser er ikke dette bærekraftig. Fysioterapeutens kompetanse blir på denne måten ikke utnyttet på en god måte og pasientene fratras muligheten til å få maksimalt utbytte av tilgjengelige fysioterapiressurser. Rehabilitering og pleie er vesensforskjellig og krever ulik kompetanse. Fysioterapeuters kompetanse skal brukes til det fysioterapeuter har kvalifikasjoner til, som er aktive innfallsvinkler for å stimulere til best mulig funksjon og mestring.

⁸ Helse-Norge 2040, tabell 7.1. Samfunnsøkonomisk analyse, Rapport 1-2018. En slik økning anslås i tre av de fire scenariene, i det fjerde scenariet er behovet for fysioterapeuter kun fordoblet fra i dag.

De store utfordringene i den kommunale helsetjenesten handler med andre ord om forhold som må løses med andre styringsverktøy. For eksempel hvordan kan kapasiteten mellom deltjenestene styres på en mer hensiktsmessig måte? Hvordan kan tjenestene finansieres slik at helsetjenester og andre relevante sektorer (eks. NAV, skole, arbeid) ses i sammenheng? Hvordan kan tjenestene organiseres og koordineres for å få gode pasientforløp og «pasientens helsetjeneste»? Vi er klar over at dette er betraktninger som muligens faller utenfor Blankholmutvalgets mandat, men likevel mener vi at det er nødvendig å se prioriteringsarbeidet i denne sammenhengen.

2.2 Alvorlighet, vilkårighet og sosial ulikhet

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 er det en kjent sak at det har vært en økning i antall pasienter med alvorlige og sammensatte helseproblemer i primærhelsetjenesten. Dette skyldes blant annet at liggetiden på sykehus er redusert, samt at det nå foregår mindre spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette har også blitt merkbart hos fysioterapeutene i tjenesten. Og her må det understrekes at behandling av pasienter som kommer inn under alvorlighetskriteriet, er svært ressurskrevende med hensyn til fysioterapeutenes tidsbruk.

Pasienter som prioriteres etter alvorlighetskriteriet er: personer med kort forventet levetid, personer med brått funksjonstap, pasienter med lungeproblemer i akutt fase, nyopererte mv.

Denne utviklingen har medført at den store gruppen pasienter med kroniske muskel- og skjelettlidelser og sammensatte lidelser har blitt prioritert ned. Mange pasienter som tilhører denne kategorien, mistet i tillegg retten til egenandelsfritak etter at diagnoselisten ble fjernet i 2017.

I forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, som trådte i kraft 1. januar i år slås det i tillegg fast i paragraf 14 at: *Fysioterapeuten skal prioritere henvendelser ut i fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. I vurderingen skal det tas hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer, og til hvordan fysioterapeutens totale kapasitet best kan utnyttes.*

Avtalefysioterapeuter som har kapasitetsutfordringer er pålagt å prioritere ned pasienter med kroniske muskel- og skjelettlidelser. Siden alvorlighetskriteriet de siste få årene har fått økt betydning og er det mest tungtveiende kriteriet, er vi bekymret for utviklingen vi ser for denne pasientgruppen, da de også har rett til nødvendig helsehjelp, og mange har behov for fysioterapi for å fungere optimalt.

Vi er også svært bekymret for at de nasjonale helsepolitiske satsningsområdene som helsefremmende og forebyggende arbeid ikke blir prioritert når alvorlighetskriteriet i så sterk grad blir utslagsgivende med hensyn til tjenestens ressursbruk.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at helsetjenesten skal bidra til å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. I praksis er dette vanskelig på grunn av alvorlighetskriteriets forrang.

Og blir dette ytterligere forsterket ved at de ressurssterke pasientene kommer raskere til bedre behandling? En del studier fra Norge og andre nordiske land kan tyde på det⁹. Fra fysioterapitjenesten har vi i tillegg erfart at pasienter med økonomiske ressurser velger å benytte

⁹ Ifølge Jon Ivar Elstad, frokostseminar Helsedirektoratet 20. mars 2018

helprivate helsetilbud, i stedet for å stå på venteliste. Dette kan igjen bidra til sosial ulikhet i helse, da det å komme raskt til behandling svært ofte har betydning for forløpet. Vi ser derfor en motstrid mellom grunnverdier (likeverdige tjenester uavhengig av sosioøkonomisk status mv) og virkeligheten.

2.2 Nytte og ressurs

Skal man gi litt behandling til flere eller optimalt med behandling til færre? Det er et dilemma fysioterapeuter står i til daglig på grunn av ventelistene. Dette har bidratt til noe av økningen i gruppebehandling, som også er ressursbesparende, ønskelig og helt klart bra for mange pasienter. Men det er viktig å understreke at gruppebehandling ikke egner seg for alle pasienter.

Mange av pasientene som henvender seg til fysioterapeut, vil uten tvil ha nytte av oppfølging og behandling av fysioterapeut. Fysioterapeuter opplever ofte at de kan komme i en «prioriteringsskvis» mellom kriteriene. Alvorlighetskriteriet får forrang foran nytte¹⁰, og dette går særlig utover de pasientene som på sikt står i fare for stort helsetap. For eksempel pasienter som er, eller står i fare for å bli sykmeldt. Dette er ugunstig både for den enkelte og for samfunnet. Og fordi kunnskap slår fast at det å være i arbeid er viktig for god helse, så mener NFF at pasienter som er eller står i fare for å sykmeldes også bør prioriteres.

Nytte skal ifølge Meld. St. 34 (2015-2016) måles som gode leveår. I følge tall fra Folkehelseinstituttet¹¹ så er korsrygg- og nakkesmerter viktigste årsak til sykdomsbyrden i befolkningen. Når sykdomsbyrden måles i helsetapsjusterte leveår er det derfor nærliggende å slå fast at hvis nyttekriteriet skal brukes, vil det være fornuftig å bruke ressurser på denne pasientgruppen.

Avslutningsvis vil vi si at det arbeidet som nå gjøres i Blankholmutvalget både er komplisert og viktig. Vi opplever at det å utforme vårt bidrag også har vært utfordrende. For oss er det derfor viktig at prosessen fortsatt er åpen, og at vi som representerer de store klinikergruppene i primærhelsetjenesten fortsatt kan komme med ytterligere innspill på et senere tidspunkt.

Vi ønsker Blankholmutvalget lykke til i det videre arbeidet, og vi håper at våre innspill vil komme til nytte. Vi ser frem til utvalgets endelige rapport og anbefalinger.

Med hilsen



Fred Hatlebrekke
forbundsleder



Kari Bente Sørli
seniorrådgiver

¹⁰ Jf. forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.

¹¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2016/hvilke-sykdommer-betyr-mest-for-nor/>. 2016.