

Kommunal og moderniseringsdepartementet

Oslo, 25.03.21

Høring NOU 2020:15 Det handler om Norge

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) takker for muligheten for å komme med innspill til denne offentlige utredningen om bærekraft i hele landet. Vi vil benytte anledningen til å påpeke utfordringene relatert til bærekraftige helsetjenester i alle kommuner, spesielt i distriktene. NFF er helt enige med utvalget som uttaler at tjenestesituasjonen i distriktene er viktig for den enkelte innbyggers trygghet og livskvalitet. Sammenhengen mellom distrikts- og kommunalpolitikk på den ene siden og forsyningen av helsetjenester på den andre er ofte redusert til et spørsmål om kommunale inntekter og kommunalt ansvar. Senest ved behandlingen av et representantforslag i Stortinget om likeverdige habiliterings- og rehabiliteringstjenester den 8. mars, rettet Helseministeren pekefingeren mot kommunene. Dette til tross for at den nylige evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering¹ rettet fingeren motsatt vei, mot det nasjonale nivået og departementet han leder. NFF mener at det er nødvendig med nye styringssignaler for å sørge for likeverdige helsetjenester i hele landet.

Vekst kan ikke være det eneste svaret på distriktenes utfordringer

Utvalget understreker i innledningen av utredningen at de fleste områder med spredt bosetting ikke vil vokse ut av sine lange avstander og lave folketall. Utvalget slår fast at i Norge forventer vi i stor grad at kommunene stimulere til vekst, og at det har vært lite oppmerksomhet om hvordan det kan planlegges for å sikre gode tjenester i områder med spredt bosetting, uavhengig av befolkningsutviklingen (NOU 2020:15 s. 13). NFF er enige i at det er urealistisk å anta at alle utfordringene i distriktene skal løses ved vekst. Det er nødvendig å se etter nye løsninger for å se til at befolkningen kan motta likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Nye løsninger kan være

- økt bruk av eksisterende teknologi,
- å vedlikeholde og øke kompetansen hos helsepersonell,
- øke satsingen på folkehelse, helsefremming, habilitering og rehabilitering for å stimulere til selvhjelp
- å lage nettverk på tvers av kommunegrensene der fagpersoner kan danne kompetansemiljø

En egen overskrift i utredningen sier at kommunene bekymrer seg for befolkningsnedgang, staten bekymrer seg for aldring. Dette er to sider av samme sak; befolkningsnedgang i distriktene fører til

¹ www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-habilitering-og-rehabilitering

knapphet på arbeidskraft og som konsekvens færre til å ta vare på den aldrende befolkningen når de får pleie- og omsorgsbehov. Også her må vi ta i bruk andre løsninger enn i dag. Vi må satse på forebygging og helsefremming, for det er mulig for kommunene å påvirke når befolkningen får pleie- og omsorgsbehov gjennom folkehelsepolitikken og forebyggende tiltak.

Å stimulere til selvhjelp på gruppenivå – forebygging og helsefremming

I en diskusjon av terskelsenkende og rekkeviddeøkende tiltak på individnivå viser utvalget til behovet for å stimulere til selvhjelp, fortrinnsvis å styrke brukernes funksjonsnivå (NOU 2020:15 s. 97). Å styrke enkeltindividets funksjonsnivå er noe fysioterapeuter gjør hver eneste dag. Vårt engasjement og vår rolle innen folkehelse, helsefremmende og forebyggende tiltak består i å bidra til selvhjelp før sykdom og skade inntreffer. Utvalget viser til samhandlingsreformens målsetting som nettopp var at kommunene skulle ta et større ansvar for innbyggernes helse- og omsorgsbehov og satse på forebyggende og helsefremmende tiltak (NOU 2020:15 s. 119). Det er helt nødvendig med økt fokus på forebygging og helsefremming for alle aldersgrupper.

- For barna er det nødvendig med flere fysioterapeuter i helsestasjon- og skolehelsetjenesten på alle skoletrinn slik at flere barn med avvikende funksjonsutvikling og flere barn med fysiske og psykiske utfordringer kan bli oppdaget tidligere og få hjelp til å klare seg bedre selv. Samme tiltak fører til at flere barn får kunnskap om viktigheten av bevegelse og sammenhengen mellom følelser som redsel og angst og fysiske plager. Det gir mestring og verdighet, og det gir store innsparinger i kommuneøkonomien ved at færre vil ha behov for helsetjenester og sosiale tjenester senere i livet.
- Et helsefremmende tiltak for hele befolkningen er å involvere fysioterapeuter i arealplanlegging. God arealplanlegging legger til rette for bevegelse i bebygde områder. Å satse på frisklivsentraler er også et viktig tiltak for å hjelpe befolkningen å endre levevaner og mestre helseutfordringer ved å gi hjelp og støtte ved eksempelvis røykeslutt og vektreduksjon, samt å legge til rette for fysisk aktivitet. Det fins forskning som viser at dette også er gode tiltak for å forebygge demens.
- I Norge er det rundt 10.000 hoftebensbrudd hvert år. Ca 25 % av eldre med hoftebrudd dør etter et år. Et enkelt hoftebensbrudd kan føre til utgifter i millionklassen. Det er derfor penger å spare ved å satse på fysioterapeutledede tiltak slik som fallforebyggende grupper for eldre. Et hoftebensbrudd behandles først i spesialisthelsetjenesten. Men, mangelfull rehabilitering etter hoftebrudd gir økt risiko for funksjonstap og følgesykdommer. Mange eldre med hoftebensbrudd må derfor flytte inn i sykehjem istedenfor å bli boende hjemme grunnet store funksjonstap. Andre kan bli boende hjemme, men med større pleiebehov grunnet lavere mobilitet og større utrygghet i eget hjem. Et enkelt brudd kan derfor gi store utgifter for kommunen.

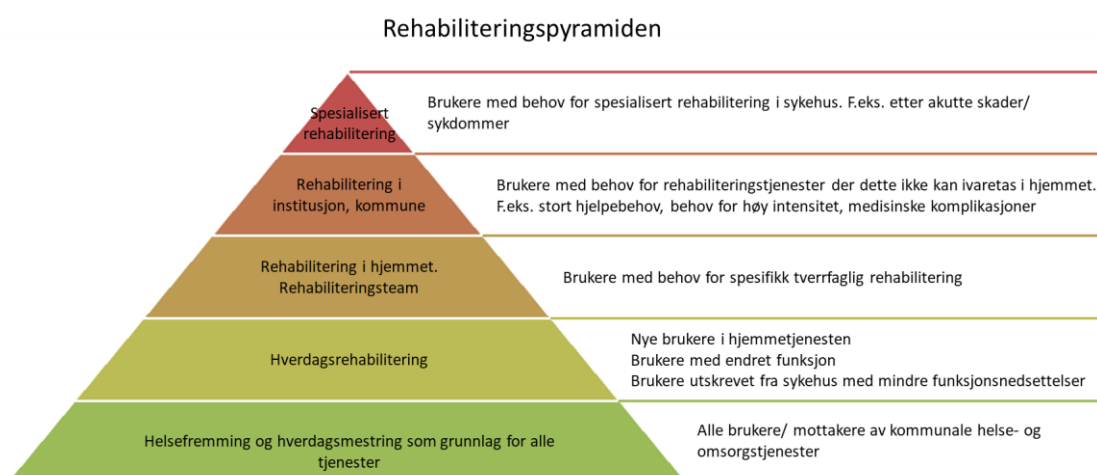
1 HOFTEBRUDD:	1 000 000 kr
1 DØGN PÅ SYKEHUS:	90 000 kr
1 UFØR PER ÅR:	245 000 kr
1 UFØR UNGDOM:	11 000 000 kr
1 SYKEHJEMSPASS PR ÅR:	1 000 000 kr
1 FYSIOTERAPEUT I KOMMUNEN	440 000 kr

Å stimulere til selvhjelp på individnivå – habilitering og rehabilitering

På samme måte har fysioterapeuter stor kompetanse innen opptrening, altså habilitering og rehabilitering, det som gjelder å trene opp eller å gjenvinne funksjon når sykdom, skade og lyte har inntruffet. Norsk Fysioterapeutforbund vil påstå at ved å fortsatt nedprioritere habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, så fratar myndighetene mange innbyggere muligheten til å klare seg selv og å bedre sin funksjon og mestring. Dette er det motsatte av hjelp til selvhjelp. Vi erfarer at mange kommuner mener at hverdagsrehabilitering er løsningen på dette problemet. Det bygger i beste fall på en mangelfull forståelse av behovet for intensiv og spesialisert rehabilitering av mennesker utsatt for traumer slik som bilulykker, idrettsskader og hoftebensbrudd, sykdommer slik som slag, kreft, covid-19, og habilitering av varige lidelser slik som ryggmargbrokk, CP og MS.

Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag (NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg). SSBs framskrivninger av behovet for helsepersonell bygger på at vi skal fortsette å gjøre som før. Det er alt annet enn bærekraftig. Dersom vi ikke satser på folkehelse, forebygging, habilitering og rehabilitering vil andelen av befolkningen som blir uføre øke, og behovene for pleie- og omsorgstjenester skyte i været. Det er allerede varslet en sykepleiermangel. En befolkning med bedre funksjonsnivå vil avhjelpe denne mangelen. Å satse på flere fysioterapeuter, på folkehelse, forebygging, habilitering og rehabilitering er en innovasjon som fremmer bærekraft i alle kommuner. Utvalget viser til kompetansebehovsutvalget som understreker det vi sier: demografiske endringer vil øke behovet for å tenke nytt om kompetansebehov og innretningen på helse- og omsorgstjenestene.

Vi vet at habilitering og rehabilitering ikke er et satsingsområde i helsetjenesten i dag. Ved å styrke kompetansen på disse områdene vil flere kunne klare seg selv. Og, ved å endre innretningen på helse- og omsorgstjenestene slik at rehabilitering kommer før pleie- og omsorg, da stimulerer vi til selvhjelp.



Bred generalistkompetanse dekker ikke behovet for spesialiserte helsetjenester

Geografiske områder med liten befolkning og store avstander har alltid hatt større utfordringer med tjenesteforsyningen enn byområder. Dersom vi bruker mål som fysioterapeut per innbygger, fastlege pr innbygger osv, så vil flere distriktskommuner komme bedre ut enn mer sentrale kommuner. Det slike tall imidlertid ikke viser er kommunens samlede *kompetanse*. Små kommuner trenger

helsepersonell med generalistkompetanse. Det dekker behovene til store deler av befolkningen. Bred generalistkompetanse er imidlertid ikke tilstrekkelig for innbyggere som trenger mer spesialiserte helsetjenester. Eksempelvis vil et tiltak slik som hverdagsrehabilitering fordre god generalistkompetanse hos helsepersonell, og kunne treffe bredt blant hjemmeboende eldre med mindre funksjonsfall. Men, hverdagsrehabilitering er på ingen måte tilstrekkelig for å habiliterer og rehabiliterer personer med revmatisme, lymfødemer, fatigue, traumer, kroniske lidelser osv. Det krever spesialisert kompetanse å behandle disse pasientgruppene. Heldigvis har ikke et flertall av norske kommuner flere slike pasienter i året. Men, det gir utfordringen at disse pasientene ikke har et tilstrekkelig spesialisert helsetjenestetilbud i sine kommuner.

Utvalget skriver om spesialisthelsetjenesten at i et land som Norge vil det være krevende hvis det er de største universitetssykehusene som skal legge føringer for organisering av fagtilbudet også for de små og mellomstore sykehusene. Befolkningsgrunnlaget er i utgangspunktet begrenset og avstandene er store. Overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten har gitt ytterligere press på de mindre sykehusene (NOU 2020:15 s. 88). Altså, alle sykehus er ikke rustet til å utføre de samme oppgavene. NFF ønsker å gjenta setningen for å vise at dette på ingen måte bare gjelder spesialisthelsetjenesten: i et land som Norge vil det være krevende hvis det er de største kommunen som skal legge føringer for hvor spesialiserte helsetjenester som skal tilbys også i små og mellomstore kommuner. Befolkningsgrunnlaget er i utgangspunktet begrenset og avstandene er store. Overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten har gitt ytterligere press på en allerede presset kommuneøkonomi.

Utvalget skriver videre at hva som er faglig forsvarlig og kostnadseffektiv oppgavefordeling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan variere fra region til region, som følge av ulikt bosettingsmønster og demografisk sammensetning. Likevel ser vi at når det gjelder helsetjenester så er oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene den samme uavhengig av kommunestørrelse. Det går ut over befolkningen, og først og fremst befolkningen i distriktskommuner.

Som utvalget skriver så er nærhet til tjenestetilbudet i utgangspunktet å betrakte som et gode, mens lang avstand er noe uønsket. Men, det er bare under forutsetning av at standarden er lik (NOU 2020:15 s. 92). Dagens helsetjenester generelt, og habiliterings- og rehabiliteringstilbud spesielt har ikke lik standard, og det er på høy tid at vektleggingen av nærhet veies opp mot et tilstrekkelig spesialisert tilbud.

Ta i bruk teknologi og læringsnettverk – å implementere eksisterende innovasjoner

Utvalget påpeker at flere arbeidsplasser har vært sett som løsninger på distriktenes utfordringer med nedgang i folketallet. Men, skriver de, eldrebølgen er nasjonal og det vil bli stor konkurranse om arbeidskraften framover. I distriktene er det allerede store problemer med å rekruttere ulike typer helsepersonell, blant annet fysioterapeuter. Utvalget påpeker at de demografiske endringene krever innovasjon og nye løsninger, spesielt innen helse og omsorg. NFF er enige med utvalget i at vi i større grad må utnytte mulighetene teknologien gir. Det gjelder video- og telefonkonsultasjoner, avstandsoppfølging, virtuell trening mv. Det trenger ikke være avansert for å gi stor uttelling. Innen teknologi er det allerede mange løsninger som kun trenger å tas i bruk. Covid-19-pandemien har vist at det er mulig med en massiv teknologisk endring på kort tid. Behovene for å begrense fysisk kontakt også i helsetjenesten gjorde at alle helsepersonellgrupper utvidet bruken av digitale verktøy.

Men, det var ikke slik at disse måtte finnes opp. Digital oppfølging av pasienter har vært i bruk i lang tid i områder med spredt bosetting, og der topografi og klima gjør det utfordrende å nå frem til alle.

Utvalget anbefaler regionale nettverk for å spre nye løsninger til distriktskommuner. NFF er enige i at tjenesteinnovasjon og -utvikling kan bidra til å øke produktiviteten både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker her å trekke frem en av konklusjonene i rapporten som har evaluert opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Det slås der fast at det er 356 måter å organisere denne tjenesten på, like mange som det finnes kommuner². Dette understreker behovet for effektive nettverk der kommunene kan utveksle erfaringer og gå sammen for å finne løsningene. Gode eksempler på vellykkede samarbeid og løsninger finnes, men det er ikke tilrettelagt for gode plattformer der kunnskap deles. Istedenfor at hver kommune skal innovere kan det være mer hensiktsmessig å lære av hverandre. Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold er et prosjekt som har delt sine erfaringer til en rekke kommuner. Aker Helsearena i Oslo, en samlokalisering av rehabiliteringstilbud ved Oslo Universitetssykehus, Oslo kommune og Sunnaas sykehus ble opprettet for også å ha status som et kunnskapssenter. Begge må selv ta initiativ til informasjonsdeling, det finnes ikke en plattform der andre kommuner kan få oversikt over slike prosjekt og selv ta kontakt. Informasjonsdelingen er derfor tilfeldig.

NFF ønsker å understreke at det ikke er slik at distriktskommunene bare er mottakere av nye løsninger – små kommuner er på flere områder mer innovative og fleksible enn større kommuner.

Helsepolitikk er distriktpolitikk

Utvalget slår fast at det er forskjeller i rammebetingelser mellom distriktskommuner og urbane områder. Det er for så vidt ikke noe nytt. Likevel er det desto viktigere med bevissthet om dette når politikk og tjenesteforsyning utformes.

Utvalget skriver at endringer i statlig virksomhet har ført til uro i mange distriktsområder og en følelse av at staten trekker seg tilbake fra distriktene og ikke tar hensyn til behovene på en likeverdig måte i hele landet (NOU 2020:15 s. 15). Samhandlingsreformens intensjon var å tilby spesialiserte helsetjenester i sykehusene. Alle andre helsetjenester skal tilbys i kommunene. Med andre ord ble kommunene overlatt et ansvar som tidligere lå til staten. En av årsakene til de store kommunale variasjonene i helsetjenester, og spesielt habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, er at et overordnet ønske om at kommunene skal overta til dels svært spesialiserte oppgaver, i svært liten grad har blitt sett i sammenheng med distriktpolitikken. Halvparten av landets kommuner har 5.000 eller færre innbyggere. Ekspertutvalget som så på kriterier for god kommunestruktur i 2014 anså at samlet sett bør kommunene ha minst 15 000–20 000 innbyggere for å sikre en god oppgaveløsning. Om man ser særskilt på de spesialiserte oppgavene innenfor barnevern, PPT og helse så mener ekspertutvalget det er nødvendig med 10 000 innbyggere. Dobbelt så mange som halvparten av våre kommuner. Begrunnelsen var at for stor ulikhet i hvor gode fagmiljøene er i de ulike kommunene gjør at det blir stor variasjon når det gjelder kvaliteten på de tjenestene innbyggerne i dag mottar. Større kommuner

² <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-habilitering-og-rehabilitering>

vil redusere konsekvensene av tilfeldige svingninger i innbyggernes etterspørsel, samt ustabilitet eller tilfeldige variasjoner i fagmiljøenes kompetanse³.

Utvalget skriver at det er behov for å endre prinsippene for hvordan staten organiserer sin virksomhet i en region. Prinsippet bør være at tjenester organiseres på det optimale nivået der de kan fungere for innbyggerne, og ikke at lokaliseringen kun styres av det som gir det optimale kostnadseffektive nivået for virksomheten isolert (NOU 2020:15 s. 15). NFF er enige med utvalget også i dette. Vi er ikke uenig i at de aller fleste pasienter ønsker å få helsetjenester der de bor. Det vi setter spørsmålsteget ved er imidlertid om alle kommuner skal kunne tilby like spesialiserte helsetjenester. Samhandlingsreformen bygger på antakelser om kostnadseffektivitet; det er dyrt å ha pasienter liggende i sykehusene. På habiliterings- og rehabiliteringsfeltet har spesialisthelsetjenesten bygget ned sitt tilbud uten at tilsvarende tilbud er bygget opp i kommunene. Dette er godt dokumentert både i Samdatarapportene om habilitering og rehabilitering, og sist i evalueringsrapporten av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Kommunene er ikke rustet for å overta til dels svært spesialiserte oppgaver. Resultatet er at tjenestene er organisert på et nivå som på ingen måte er optimalt for innbyggerne. Manglende bevissthet rundt kommunenes ulike rammebetingelser, organisering av tjenestene basert på kostnadseffektivitet og silotenkning gjør at innbyggere i distriktskommuner får et dårligere helsetjenestetilbud enn innbyggere i større kommuner.

Vi har allerede påpekt at det statistisk sett kan være flere fastleger og fysioterapeuter pr innbygger i små kommuner. Det en slik oversikt ikke viser er antall leger og fysioterapeuter pr kvadratkilometer. Når flest mulig skal bo hjemme og motta helsetjenester der, så går mye av tiden bort i reisevei i mindre tettbygde områder. Slik vil og skal det være. Dette må tas høyde for i fordelingen av ressurser kommunene mellom. Statistisk likhet gir ikke nødvendigvis likeverdige tjenester.

Samhandlingsreformen har resultert i store forskjeller i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene. Å sette inn tiltak for å sikre likeverdighet uavhengig av bosted handler om distriktpolitikk, og hvordan gi gode tjenester til innbyggerne. Det handler ikke utelukkende om helse.

Vennlig hilsen



Gerty Lund
Forbundsleder



Christine Thokle Martens
Seniorrådgiver

³ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/ekspertutvalg_kortversjon.pdf