

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

V. Svein Lyngroth og Unni Hembre

Oslo, 14.10.22

Høring: Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo; temaplan 2023-2033

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil takke for muligheten til å gi innspill til temaplanen. NFF er svært opptatt av rehabilitering, og har habilitering og rehabilitering som satsingsområde i inneværende periode. Vi er svært glade for at Oslo kommune utarbeider en rehabiliteringsplan og ser dette som et viktig område. Vi mener at økt satsing på habilitering og rehabilitering er helt nødvendig for å sikre økt bærekraft i helsetjenesten og for å etterleve målet om pasientens helsetjeneste.

Dette er våre hovedpunkter:

- Det er nødvendig å klart definere begrepene benyttet i planen: mestring, rehabilitering og hverdagsrehabilitering,
- Det er behov for en rehabiliteringsfaglig ledelse for å ha fokus på funksjon og mestring
- Det er nødvendig med felles faglig ledelse og økt samarbeid mellom fysioterapeutene for å skape fagmiljø som fremmer kunnskapsbasert rehabilitering
- Fysioterapitjenesten skal organiseres under helsetjenesten, ikke under pleie- og omsorgstjenesten
- Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompensere hjelp
- Det er behov for en mer enhetlig organisering av rehabiliteringstilbudet i bydelene, og koordinerende enhet må styrkes og fungere etter hensikten
- Det må bli en klar oppgavefordeling mellom nivåene og enhetene i kommunen, inkludert avtalefysioterapeutene
- Avtalefysioterapeuten er en del av offentlig helsetjeneste
- Kommunen må kartlegge befolkningens rehabiliteringsbehov og dimensjonere tjenesten deretter

For å nå målet om en helhetlig rehabiliteringsplan i Oslo er det viktig at rette myndigheter ansvarliggjøres, følger opp og gjennomfører.

Hva er rehabilitering?

I høringsutkastet står det at det er behov for å etablere en felles forståelse av rehabilitering som begrep og hva rehabilitering i Oslo skal være. Det er NFF helt enig i. Vi opplever imidlertid ikke at høringsdokumentet i tilstrekkelig grad bidrar til dette.

Det står under pkt 1.3 at Rehabilitering omhandler hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, spesifikk rehabilitering, spesialisert rehabilitering og forsterket rehabilitering og ytes i bydeler, helsehus og ved Aker Forsterket rehabiliteringsenhet. I kommunens rehabiliteringspyramide, figur 6, så har kommunen satt spesifikk rehabilitering og hverdagsrehabilitering på samme trinn. I motsetning til rehabiliteringspyramiden opprinnelig fra Kristiansand kommune (figur 1 i dette dokumentet), så inneholder ikke Oslo kommunes pyramide en beskrivelse av målgrupper. Det samme under kapittel 4, hvor tilbudene er delt opp i forebyggende og helsefremmende tilbud, rehabilitering i institusjon og ved institusjon. Ved å lese beskrivelsen av tiltakene fremkommer det at delingen på i og utenfor institusjon ikke sammenfaller med en oppfatning av at mindre alvorlige tilfeller behandles utenfor institusjon, og alvorlige tilfeller som krever intensiv opptrening behandles i institusjon, samt at dagrehabilitering i helsehus er gruppert under i institusjon. Bildet blir ikke klarere av figur 7, rehabiliteringstrappen, der forsterket rehabilitering kommer før hverdagsrehabilitering, og koordinerende enhet er øverst. Det er gjennomgående i dokumentet ikke gjort noe bevisst skille mellom begrepene hverdagsrehabilitering og rehabilitering og begrepene mestring og rehabilitering. Videre er det heller ikke et bevisst skille mellom medisinsk rehabilitering på den ene siden og sosial og psykososial rehabilitering på den andre.

NFF oppfordrer Oslo kommune til å definere tydeligere hva kommunen legger i de ulike begrepene. Hva legger kommunen i begrepene hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, spesifikk rehabilitering, spesialisert rehabilitering og forsterket rehabilitering? Hva er forskjellen mellom dem? Hvilke pasienter er målgruppe for hvilken type rehabilitering? Har kommunen tilstrekkelig kapasitet innen medisinsk rehabilitering? Hvilken type rehabilitering kan foretas i hjemmet eller i eksempelvis fysioterapi-institutt, og hvilke typer krever institusjonsopphold?

Hverdagsrehabilitering

Nordre Land har definert hverdagsrehabilitering slik: Hverdagsrehabilitering er et tilbud om intensiv hverdagstrening, tilrettelegging og støtte til mestring av daglige aktiviteter for hjemmeboende som har begynnende hjelpebehov. Hverdagsrehabilitering har fokus på hva som er viktige aktiviteter i livet ditt nå. Tjenesten er for deg som ikke lengre mestrer din hverdag som før.¹ Denne definisjonen samsvarer med både målgruppen for, og definisjonen av hverdagsrehabilitering da dette ble innført: Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.² I dette perspektivet kan man også se hverdagsrehabilitering som sekundærforebygging - innsats som søker å begrense varighet av et problem, skade eller sykdom som er oppstått.³ Hverdagsrehabilitering var ved innføringen, og bør fortsatt være medisinsk rehabilitering med sikte på å øke fysisk funksjon.

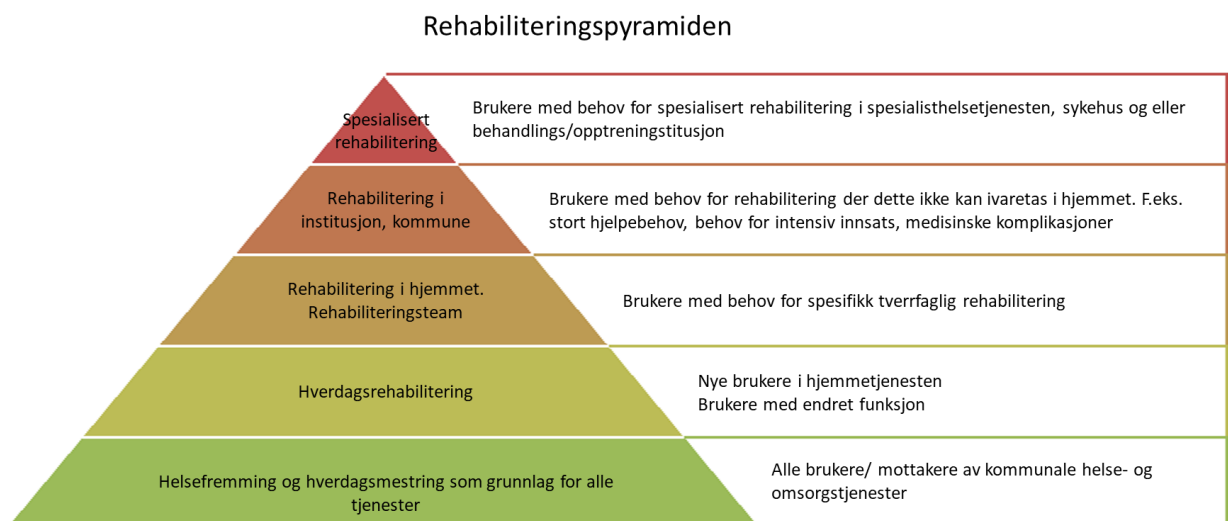
¹ <https://www.nordre-land.kommune.no/hverdagsrehabilitering.524405.no.html>

² Fjørland, O. & Skumsnes, R. (2016). Hverdagsrehabilitering. Senter for omsorgsforskning, vest.

³ <https://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Sekundarforebygging/>

Hverdagsrehabilitering er blitt et populært, og nødvendig tiltak. Utfordringen er, slik vi ser det, at svært mange kommuner mener at de har et godt rehabiliteringstilbud i og med at de har opprettet hverdagsrehabilitering. Som det fremkommer av rehabiliteringspyramiden i figur 1, så er ikke det korrekt. Hverdagsrehabilitering er et godt tilbud til målgruppen nye brukere i hjemmetjenesten og brukere med endret funksjon. Det er ikke et godt tilbud til brukerne som trenger rehabiliteringstjenester høyere opp i pyramiden; brukere som trenger rehabilitering.

Dessverre ser vi også at hverdagsrehabilitering utvannes til hverdagsmestring. Oslo kommune skriver i høringsdokumentet at Hverdagsmestring er et helsefremmende og forebyggende *tankesett* som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå. Mål om hverdagsmestring er derfor aktuelt ved alle helse- og omsorgstjenester. Det er ingen tvil om at hverdagsmestring er et klokt tankesett. Men, der hverdagsmestring består i å mestre hverdagen uavhengig av funksjon, så er det bare medisinske rehabiliteringstiltak som øker brukerens funksjon, hindrer eller utsetter hjelpebehov og som får utslag på helsebudsjettet.



Figur 1. Rehabiliteringspyramiden – type innsats og målgruppe.⁴

Rehabilitering

Det er ikke intuitivt hva som er forskjellen mellom spesifikk rehabilitering, spesialisert rehabilitering og forsterket rehabilitering. NFF forstår at begrepene kommer fra navn på eksisterende tjenester i kommunen. Vi vil foreslå å kalle rehabilitering for rehabilitering, og heller beskrive hvilke typer innsatser som er nødvendig for ulike pasientgrupper. En mulighet er å ta utgangspunkt i beskrivelsen i nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag.⁵ På bakgrunn av funksjon og behov vil personer rammet av hjerneslag ha ulike behov for rehabilitering. (...) Rehabilitering i hjemmet (...) kan sies å være den optimale rehabiliteringsarena for personer med lettere til moderat funksjonssvikt. I tillegg til den slagrammede blir også pårørende aktive medlemmer i rehabiliteringsteamet. Det finnes god dokumentasjon for effekten av trening rettet mot ADL hos hjemmeboende slagpasienter utført av

⁴ <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/38543f2218294812a3aeec184990dd88/fylkesmannen-inspirasjonssamling-13.12.2017.pdf>

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/behandlingskjeden-ved-hjerneslag#rehabilitering-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten>

fysioterapeut, ergoterapeut og tverrfaglige team. (...) For personer med alvorlige utfall/funksjonssvikt, stort omsorgsbehov og/eller når hjemmet av andre grunner er uegnet som rehabiliteringsarena, kan institusjonsbasert rehabilitering være nødvendig for å kunne heve funksjonsnivået. (...) Sykehjem kan være et tilbud til personer rammet av slag der funksjonssvikten er så stor at utskrivning til hjem eller rehabiliteringsinstitusjon ikke lar seg gjennomføre.

Beskrivelsen i nasjonal faglig retningslinje samsvarer med rehabiliteringspyramiden i figur 1. En hjemmeboende slagpasient med lettere til moderat funksjonssvikt trenger tverrfaglig oppfølging. Hverdagsrehabilitering er ikke tilstrekkelig. For, som det står i høringsdokumentet: Ved hverdagsrehabilitering er det hjemmetrenere (helsefagarbeidere) som utfører oppgaven med veiledning av fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere. Dette står i kontrast til spesifikk rehabilitering som utføres av tverrfaglige og høykompetente aktører (vedlegg 1, s 40).

Pasienten har krav på rehabilitering. Da må tjenesten ytes av høykompetent helsepersonell som benytter kunnskapsbaserte metoder.

Rehabiliteringstilbudet i Oslo kommune

I høringsutkastets sammendrag står å lese at kommunens tjenester må dreies slik at de i større grad vektlegger mestring, aktivitet og deltagelse, og at Oslo har som intensjonen å skape likeverdige og helhetlige og sammenhengende rehabiliteringstjenester av god kvalitet til byens innbyggere. NFF er enige i begge utsagn og mål, og vil gjerne bidra med vår kunnskap og kompetanse både som dyktig helsepersonell og som forbund.

I sammendraget står også at i Oslo ytes rehabilitering på tvers av virksomheter og tjenester. Tjenestene oppleves som fragmenterte, og uavklarte ansvarsforhold skaper utfordringer med å prioritere riktig hjelp til riktig tid, spesielt i forhold til spesialisthelsetjenesten. Dessverre er vi helt enige i det også.

Organisering og ledelse

Mange bydeler mangler en plan for rehabilitering. Felles for bydelene er at det er satt av lite ressurser til alle tjenestene som skal gjennomføre rehabilitering.

Bydelene er ulikt organisert med tanke på rehabilitering og forebyggende tjenester, og har ulike team med ulike fokus. Noen bydeler har organisert seg med mestringsteam som skal ta imot brukere fra spesialisthelsetjenesten og sørge for at de klarer seg hjemme. Teamene er ofte ledet av sykepleier. Helsehusene og sykehjemmene er også sykepleierledet, selv avdelinger dedikert til rehabilitering. Fysioterapeutenes oppfatning er at sykepleiere ofte primært har fokus på omsorg og pleie, mens det faglige fokuset på aktivitet og mestring får lavere prioritert. Det kunne med fordel vært større fokus på rehabiliteringsfaglig kompetanse, slik som fysioterapeuter besitter. Som et minstekrav burde det vært tverrfaglig ledelse.

Høringsutkastet trekker frem at tverrfaglige vurderingsteam har vist seg å være effektive. NFF må påpeke at de tverrfaglige vurderingsteamene som ble opprettet i prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, og som har vist seg svært effektive, er ledet av fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det er fordi disse profesjonene primært har fokus på funksjon og funksjonsforbedring, ikke fokus på pleie. Likeledes viser den velkjente studien til Inger Johansen at eldre med nedsatt funksjonsevne blir rehabilitert raskere og bedre ved egne rehabiliteringsenheter enn på sykehjem. I

rehabiliteringsenheter er det fokus på funksjon og rehabiliteringstiltak og trening må ikke vike plassen for omsorg og pleie. Dette er ofte tilfellet i rehabiliteringsavdelinger i sykehjem; det er knapphet på plasser så rehabiliteringsavdelinger fylles av pasienter på korttidsopphold, og det er knapphet på personale så rehabiliteringspersonale blir satt til pleieoppgaver.

NFF vet veldig godt at pleie og omsorg, og sykepleie er svært viktig. Men, vi vet også at dersom man spør en pasient om hva som er viktig for ham eller henne, så er svaret å bli så frisk som mulig, og å gjenvinne så mye funksjon som mulig. Dette perspektivet trekkes også frem i Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator under punkt 8.2 Kommunens ansvar for undersøkelse og utredning av behov for habilitering og rehabilitering: Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp dersom det er mulig. Vedkommendes totalsituasjon, ressurser, potensial og mål må inngå i vurderingen.

Bydelene kaller teamene ulikt, og de har ulike målgrupper, men utfordringene når det gjelder ledelse og fokus på omsorg og pleie på bekostning av rehabilitering og funksjon er det samme.

Faglig ledelse og planlegging er ikke prioritert. Avdelinger, team og lag har møter, men bare om enkeltbrukere. Fysioterapeutene opplever at deres faglige kompetanse ikke i tilstrekkelig grad blir benyttet. Det er nødvendig med felles faglig ledelse og økt samarbeid mellom fysioterapeutene for at pasientene som trenger rehabilitering skal få best utbytte av tiltaket, og for at helt nødvendig faglig utvikling skal kunne finne sted, samt for å kunne gjøre gode faglige vurderinger. Dette kan løses ved monofaglig organisering, men med fagutøvelse i tverrfaglige team og samarbeid. På den måten vil tjenesten nå ut til de pasientene som har mest behov for, og utbytte av, fysioterapitiltak. Dette er i tråd med vårt hørings svar på «Innspill til strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for Oslo kommune fra Norsk Fysioterapiforbund, region Osloområdet» 08.08.22 som er vedlagt.

Det er i Oslo lite bruk av ansvarsgrupper, individuelle planer og koordinatører. Fysioterapeuten er ofte den første tjenesten brukerne benytter i bydelen. Fysioterapeuten er den samme hver gang, og blir derfor ofte en slags kontaktperson for brukeren. Dette i motsetning til sykepleiere og helsefagarbeidere som yter pleie- og omsorgstjenester og som jobber turnus. Likeledes oppfattes hvert enkelt helsehus som et lukket system. Det vil si at de ikke har noe faglig samarbeid eller kompetanseutveksling seg imellom. De har samarbeid med bydelene om enkeltbrukere, men det oppstår ofte problemer siden bydelene er ulikt organisert.

NFF synes det er positivt at det i høringsutkastet blir trukket frem at det er nødvendig å styrke koordinerende enhet, og sørge for at enheten har god og fullstendig oversikt over det kommunale tjenestetilbudet. Kommunen har ansvar for å yte forsvarlige, helhetlige og koordinerte tilbud, og det må fremgå hvordan tilbudene henger sammen. NFF mener det kan være hensiktsmessig at koordinerende enhet fyller den rollen.

Dokumentasjon

Helsepersonell journalfører i Geric. Men, det foreligger ikke en felles retningslinje for hvordan, hvor, og hva som skal føres. Derfor kan ikke notatene brukes til å få en god statistikk for utført arbeid. Dette gjør det utfordrende å følge det tverrfaglige arbeidet når det ikke er en overordnet retningslinje for dokumentasjon. Dette gjelder i hele tjenesten.

Det står i høringsdokumentet at det i dag er lite tilgjengelig informasjon som dokumenterer kommunens innsats, effekt eller kostnader innen rehabiliteringstjenestene. I evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering synliggjøres det at rehabiliteringsfeltet har mangelfulle kvalitetsindikatorer og statistikk som gir oversikt over behov. Dette medfører at det er utfordrende å foreta riktige beslutninger som imøtekommer behovet for rehabilitering. Og, det står at det foreligger ingen oversikt over hvem og hvor mange som har behov for rehabilitering.

Dessverre erfarer NFF at dette medfører riktighet. Vi er derfor glade for at Oslo kommune erkjenner at det er behov for å utarbeide felles kvalitetsindikatorer og en mer enhetlig registreringspraksis for tjenestene. Kommunen har, jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, ansvar for å planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og skal ha en generell oversikt over behov for rehabilitering. Dette ansvaret må klart defineres og tillegges rett enhet.

NFF er glade for at Oslo kommune har som et av sine foreslåtte tiltak å innføre digital registrering av IPLOS-ADL, SPPB, og PSFS. NFF vil likevel benytte anledningen til å påpeke at IPLOS ikke er tilpasset registrering av rehabiliteringsbehov, ei heller er det et egnet verktøy i rehabiliteringsprosessen. IPLOS er et verktøy for å måle behov for pleie- og omsorgstjenester. Oslo kommune har flere gode fagmiljø, blant annet forsterket rehabilitering Aker, der de benytter en rekke standardiserte måleverktøy og har lang erfaring med dette.

I eller utenfor institusjon? Rehabilitering eller mestring?

I høringsdokumentet er det flere steder gjort en inndeling i rehabilitering i og utenfor institusjon. Slik det fremkommer i rehabiliteringspyramiden i figur 1 i dette dokumentet så er rehabilitering i institusjon for de som har behov for rehabilitering der dette ikke kan ivaretas i hjemmet, og der det f.eks er medisinske komplikasjoner eller behov for intensiv innsats. NFF leser at det er det samme som uttrykkes i høringsdokumentets figur 8, rehabiliteringstrappen. Se neste overskrift, særskilt om helsehus, for forklaring på hvorfor vi ikke mener figuren beskriver virkeligheten.

Vi ser at under punkt 4.3 er kommunens forebyggende og helsefremmende tiltak presentert. Under punkt 4.4 hverdagsmestring, og under punkt 4.5 og 4.6 rehabilitering hhv utenfor og i institusjon. All den tid hverdagsmestring er et tankesett og ikke et tiltak, er vi undrende til at den er inkludert her.

Når det gjelder tiltakene under overskriftene rehabilitering utenfor og i institusjon, så er dette en svært ulik liste, og bidrar til forvirringen rundt hva Oslo kommune egentlig legger i begrepet rehabilitering. I høringsdokumentet er ordene mestring og rehabilitering benyttet om hverandre. NFF er helt enig i at selv om det er en sterk sammenheng mellom begrepene, så betyr de to ulike ting. Dette er trukket frem i høringsdokumentets sammendrag: Rehabilitering vektlegger mestring og endring av forestilling, følelser og adferd på en måte som gir mening og sammenheng i livet. Mestring er altså en del av rehabiliteringen, men rehabilitering er mer enn mestring.

Jf. Helsedirektoratet publisasjon om stress og mestring, så kan mestring defineres som: Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre.⁶ Man kan

⁶ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

se dette som evnen til å gjøre det beste ut av situasjonen, og klare seg bra på tross av en funksjonsnedsettelse. Det fysioterapeuter, og store deler av befolkningen, forbinder med rehabilitering derimot, er tiltak som bidrar til å gjenvinne funksjon som ble tapt ved sykdom eller skade. Dette kan også kalles gjenopptrening.

NFF anbefaler Oslo kommune å dele planen opp i en del om sosial og psykososial rehabilitering og en del om medisinsk rehabilitering. Sosial rehabilitering er å hjelpe personen tilbake i sosial omgang med andre, det som også kalles samfunnsbasert rehabilitering. Psykososial rehabilitering er det som er forbundet med mestring og å akseptere sin nye helse. Medisinsk rehabilitering er gjenvinning av funksjon. Oppdelingen i rehabilitering i og utenfor institusjon har bare mening for medisinsk rehabilitering all den tid planene er avgrenset til somatisk rehabilitering.

Særskilt om helsehus

Grunnen til at NFF ikke er enig i fremstillingen i figur 8, er at i vår erfaring så er ikke rehabiliteringstilbudet på helsehusene godt nok til å plasseres over dagrehabilitering, eksempelvis hos avtalefysioterapeuter.

Helsehusene ble opprettet for å få en mer robust fagenhet, og for å ivareta kommunens behov for å ivareta utskrivningsklare pasienter fra sykehus, samt hjemmeboende som trenger rehabilitering eller korttidsopphold for å kunne fortsette å bo hjemme.⁷ I Oslo kommune er helsehusene organisert under Sykehjemsetaten. Det vil si at fokus, både faglig og kapasitetsmessig, er på pleie og omsorg. Bydelene har kjøpt opp «sine plasser» og benytter plassene til de brukerne de trenger døgntilbud til. Det kan være rus, psykiatri, oppussing i brukerens bolig, avlastning for pårørende eller rehabiliteringstjenester.

Kunnskapsbasert rehabilitering og ledelse er, etter vårt syn, ikke prioritert. Den samme konklusjonen ble nådd av Kommunerevisjonen i 2018⁸: Helsehuset hadde ikke tilstrekkelige hjelpemidler til å gjennomføre all planlagt rehabilitering og ikke en bemanning som fullt ut sikret rehabilitering til alle pasienter. Undersøkelsen tyder også på at det er store mangler i journalføringen. Når det gjaldt samarbeidet med bydelene, tyder undersøkelsen på at det var behov for å avklare når pasientene var i stand til å reise hjem og fortsette rehabilitering i bydelen.

NFF mener at en slik organisering, der bydelstilhørighet og ikke behov er basis for plassering, er en trussel mot effektiv bruk av ressurser. Ved å benytte helsehusene til pasienter med rehabiliteringsbehov og -potensiale, vil kommunen få flere gevinster. Kommunens innbyggere vil få bedre helse og færre hjelpebehov når de får tilstrekkelig og kunnskapsbasert rehabilitering. Kommunens helsepersonell, særskilt fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopedier, synspedagoger og andre med rehabiliteringskompetanse vil få mulighet til å skape gode fagmiljø og kompetansepunkter som kan komme resten av kommunehelsetjenesten til gode. Helsehusene vil være ettertraktede arbeidsplasser for helsepersonell som ønsker gode fagmiljø innen rehabilitering.

⁷ <https://sykepleien.no/fag/2021/03/ny-samarbeidsform-mellom-helsehus-og-bydel-gjorde-pasientene-tryggere>

⁸ <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13306871-1544608484/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%2C%20regnskap%20og%20rapportering/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen%202018/15-2018%20Rehabilitering%20i%20helsehus.pdf>

Og, ikke minst, kommunen vil kunne høste økonomiske gevinster ved en befolkning med færre eller utsatte hjelpebehov. Det vil i tillegg avhjelpe på sykepleiermangelen og fastlegenes arbeidsbyrde.

Avtalefysioterapeuten – en del av offentlig helsetjeneste

Fysioterapitjenesten i Oslo kommune består av fastlønnede fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen, også kalt avtalefysioterapeuter. Avtalefysioterapeutene er, akkurat som fastlegene, selvstendig næringsdrivende. Deres inntekt består av driftstilskudd fra kommunen, refusjon utbetalt fra Helfo og egenandeler fra pasienten. Avtaleterapeutene er en del av den offentlige helsetjenesten. De er ikke private, og vi ber om at dere retter opp denne feilen de stedene dette forekommer i høringsdokumentet.

Avtalefysioterapeutene er underlagt kommunal styring på samme måte som fastlønnede fysioterapeuter. De må innrette sin praksis slik at de bidrar til å oppfylle kommunens ansvar for helsetjenester, og følge de kommunale prioriteringsnøkklene.

Dessverre er det ingen felles arenaer for avtalefysioterapeutene og fastlønnede fysioterapeuter. I mange bydeler er avtalefysioterapeutene organisert under bydelsoverlegen, men hen utøver ikke noe faglig ansvar. Avtalefysioterapeutene i Oslo kommune opplever å ikke bli tilstrekkelig inkludert i kommunehelsetjenesten og utelatt av bydelsledelsene. NFF mener at som et minimum må det opprettes fungerende samarbeidsutvalg som fungerer som en naturlig møteplass mellom bydel, avtalefysioterapeuter og fastlønnede fysioterapeuter. NFF anbefaler også at kommunen har tett dialog med avtalefysioterapeutenes kontaktperson for å i større grad inkludere avtalefysioterapeutene i kommunens helsetjeneste. Videre anbefaler NFF å samle fysioterapeutene under felles faglig ledelse for å sikre kompetanse- og informasjonsoverføring, og for å benytte fysioterapiressursene på beste måte for å nå kommunens målsetting på rehabiliteringsområdet.

Tiltak – kompetanse uten kapasitet?

Høringsdokumentets punkt 7 lister opp tiltak som er nødvendig for å nå planens målsetting.

Tiltakene kan grovt klassifiseres under punktene

- organisering og synliggjøring
- avklare ansvar og styring
- kompetanseheving
- teknologi
- medvirkning

NFF mener at foreslåtte tiltak er riktige og nødvendige.

Vi sitter imidlertid igjen med spørsmålet: hva med kapasitet? I høringsdokumentet skriver Oslo kommune selv at det ikke foreligger noen oversikt over hvem og hvor mange som har behov for rehabilitering. NFF finner ikke at noen av de foreslåtte tiltakene innebærer skritt i retning av å få oversikt over rehabiliteringsbehovet i kommunen. Når det ikke er oversikt over behovet, er det heller ikke mulig å vite om tjenesten er rett dimensjonert.

Forsterket rehabilitering Aker har ifølge høringsutkastet 25 heldøgns plasser. Helsehusene har 177 plasser. Målgruppen er eldre hjemmeboende personer som trenger behandling, rehabilitering og korttidsopphold. Det står i høringsnotatet at dette er rehabiliteringsplasser, men NFF oppfatning er

at plassene ikke benyttes til tverrfaglig rehabilitering. NFF vet at Forsterket rehabilitering Aker har et langt større antall søkere enn de har plasser. En fysioterapeut spesialist i nevrologi MNFF i bydel Østensjø har også lange ventelister, og får ikke ta inn pasienter som ikke bor i bydelen. Lenge var han den eneste avtalefysioterapeuten med denne spesialisttittelen i hele kommunen. Disse to eksemplene alene viser at det er et stort udekket behov for rehabilitering blant Oslos befolkning.

Fysioterapeutene bidrar gjerne – rehabilitering og funksjonsforbedring er selve kjernen i faget vårt.

Vennlig hilsen

Karianne Bruun Haugen og Ragnhild Bech Ruth Cecilie Gundersen

regionledere, Region Oslo-området HTV for NFF SYE

Norsk Fysioterapeutforbund
Tlf. 952 21 532
kbh@fysio.no

<https://fysio.no/Forbundsfor siden/Aktuelt/Nyheter/Ny-brosjyre-Et-reddet-liv-skal-ogsaa-leves>

<https://fysio.no/Media/Files/Politisk-plattform-Habilitering-og-rehabilitering>