

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep,  
0030 Oslo

Oslo, 25. juni 2024

## **Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten**

Norsk Fysioterapeutforbund takker for muligheten til å komme med innspill til regjeringens arbeid med stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten. Vi vil i dette innspillet sette søkelys på fysioterapeuters rolle i lys av ekspertutvalgets forslag til endringer i organisering, regulering og finansiering av allmennlegetjenesten.

NFF anerkjenner utfordringene fastlegeordningen har i dag og mener at bedre bruk av helsepersonells ekspertise ved mer systematisk oppgavedeling kan bidra til å løse litt av utfordringene. Bruk av rett person, på rett sted, første gang og til enhver tid - vil bidra til bedre ressursbruk, økt kapasitet og økt kvalitet. Det er allerede mange eksempler på at bedre oppgavedeling mellom leger og fysioterapeuter på sykehus og skadepoliklinikk fører til dette (vedlegg 1).

### **1. Oppgaver fysioterapeuter kan bidra med på fastlegekontoret**

#### *Muskel- og skjelett*

- Undersøke, diagnostisere og evt. henvise muskel- og skjelettpasienter, det være seg pasienter med langvarige og sammensatte smertelidelser, men også akutte og subakutte skader eller sykdommer
- Utføre funksjonsvurderinger for NAV (selvstendig eller eventuelt på delegasjon)
- Følge opp, herunder delta i dialogmøter og andre oppfølgingsmøter med NAV om disse pasientene
- Følge opp og samhandle med spesialisthelsetjenesten om disse pasientene

#### *Andre sykdommer og lidelser*

Vurdere behov for oppfølging, herunder forebygging og rehabilitering av pasienter:

- Med hjerte- og lungesykdommer
- Med hjerneslag, Parkinson og andre nevrologiske sykdommer
- Med kvinnespesifikke sykdommer og plager
- Barn og unge, herunder høykostnadsbrukere
- Eldre, herunder multisyke

#### *Livsstilintervensjoner*

Fysioterapeuter kan følge opp pasienter som har behov for livsstilsendringer, særlig med hensyn til fysisk aktivitet – herunder ha oversikt over aktuelle aktivitetstilbud, henvise til frisklivscentral mv.

## 2. Hvordan samarbeidet mellom fastlege og fysioterapeut kan organiseres og finansieres

Noen kommuner har få innbyggere og der vil ikke fastlegeselskaper være like aktuelt som det kan være i kommuner med flere innbyggere. Vi ser derfor for oss flere muligheter for bedre organisering:

### *Samlokalisering*

Samlokalisering av virksomhetene, enten som mindre enheter eller som større helsehus. Her har både fastleger og avtalefysioterapeuter trukket frem at mange er bundet av langvarige leiekontrakter, noe som innebærer at en slik organisering vil kunne ta noen år å få gjennomført.

### *Knutepunktmodellen*

Dagens organisering, men med kommunalt ansvar for tilrettelegging for økt samarbeid, som vist gjennom «knutepunktmodellen» (se vedlegg 2).

### *Fysioterapeut på timebasis*

Vi mener også at det er mulig for fastlegekontorene å tilknytte seg fysioterapeut på timebasis etter behov på det aktuelle kontoret. Erfaringene fra allmenn praksis i Danmark er gode<sup>1,2</sup>. Pasientene er fornøyde, og legene kan ved dette enten øke listelengden eller få bedre tid til de pasientene de allerede har på listen. Dette kan bidra både til økt effektivitet i tjenesten, samt økt kvalitet på tilbudet til særlig muskel- og skjelettpasientene og pasienter med sammensatte smertetilstander. Også dette kan etter vårt syn for eksempel finansieres med bruk av profesjonsnøytrale takster.

### *Fysioterapeut på primærhelsekontor (fastlegeselskap)*

NFF var i utgangspunktet skeptisk til fastlegeselskap, da vi ser at dette kan åpne opp for større kommersialisering av tjenesten. Hvis det legges inn barrierer mot uønsket kommersialisering, stiller saken seg annerledes. Det er svært relevant at fysioterapeut vil inngå i fastlegeselskapenes (primærhelsekontorenes) kompetanseprofil, jf. oppgaver skissert i punkt 1.

Når det gjelder finansiering kan fysioterapeuter heve egne takster, eventuelt at det tas i bruk profesjonsnøytrale takster.

*Erfaringer fra Storbritannia:* Det er svært gode erfaringer med fysioterapeut på fastlegekontor fra Storbritannia, der det er vanlig at fastlegekontorene består av flere faggrupper. Erfaringene har vist at det er effektivt at fysioterapeut håndterer muskel- og skjelettpasienter, pasientene er fornøyde og henvisninger til ortoped har blitt redusert. Erfaringene viser også en reduksjon i medikamentbruk og at det tas færre blodprøver og bruk av bildediagnostikk reduseres. For mer informasjon om First Contact Physiotherapy se vedlegg 3.

## 3. Kompetanse

Fysioterapeuter undersøker, diagnostiserer og behandler muskel- og skjelettpasienter og pasienter med sammensatte smertelidelser i dag. Det er likevel en kjent sak at denne pasientgruppen også utgjør en betydelig andel av fastlegenes pasienter. I 2015 gjaldt 2,6 millioner konsultasjoner hos fastlegenes totalt 14 millioner konsultasjoner muskel- og skjelettlidelser<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> [https://www.sundhed.dk/content/cms/52/114452\\_tilgaengeliggjort---erfaringer\\_fra\\_grenaa.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/52/114452_tilgaengeliggjort---erfaringer_fra_grenaa.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.fysio.dk/globalassets/documents/raadgivning/arbejdsvilkaar/ovrigt-ansattelsesformer/fysioterapeuter-i-almen-praksis.pdf>

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-til-fastlegen-pa-grunn-av-muskel-og-skjelettlidelser>

NFF mener at erfarne fysioterapeuter med grunnutdanning vil kunne utføre de ovennevnte oppgavene. Det må likevel trekkes frem at mange fysioterapeuter i tillegg til den brede grunnutdannelsen, også har spesialistkompetanse innen ulike retninger, som for eksempel psykomotorisk fysioterapi, kvinnehelse, nevrologi, ortopedi, manuellterapi mv.

Når det gjelder tilgang til fysioterapeutkompetanse, er det mindre utfordrende å få på plass en fysioterapeut enn å få på plass leger og sykepleiere. I tillegg finnes det en «reservebank» av fysioterapeuter i enten privat praksis uten kommunal avtale, eller ansatt i mer eller mindre relevante stillinger. Ifølge tall fra Norsk Pasientskadeerstatning var det registrert i overkant av 920 helprivate fysioterapeuter i 2023. Vi antar at det vil være attraktivt for flere av disse fysioterapeuter å inngå i et større tverrfaglig felleskap.

#### *Henvisningsrett*

I dag er det bare manuellterapeuter som har henvisningsrett. Retten til å henvise bør utvides til å gjelde langt flere fysioterapeuter. Dette vil bidra til mer effektiv organisering av arbeidet og dermed også bedre pasientflyt. Det vil ikke nødvendigvis føre til flere henvisninger.

Ta gjerne kontakt for mer informasjon.

Vennlig hilsen

**Gerty Lund**  
forbundsleder

**Kari Bente Sørli**  
seniorrådgiver

Vedlegg 1: Oppgavedeling på skadepoliklinikk og i spesialisthelsetjenesten

Vedlegg 2: Knutepunktmodellen

Vedlegg 3: Lenker til First Contact Physiotherapy

*Dokumentet er elektronisk godkjent 25. juni 2024*

## VEDLEGG 1: Oppgavedeling på skadepoliklinikk og i spesialisthelsetjenesten

Erfaringene viser at fysioterapeuter på skadepoliklinikk/legevakt blant annet bidrar til:

- Tidsbesparelse og økt effektivitet
- Økt pasientsikkerhet ved at også rehabilitering tas med i vurderingene
- Forhindrer unødvendige innleggelser
- Bedre pasientflyt
- Frigjør legenes tid til mer kompliserte tilstander
- Bedre smertekontroll
- Reduksjon i liggetid
- Redusert funksjonshemming på sikt
- Nøyaktig klinisk vurdering
- Færre feildiagnoser
- Kanskje også raskere tilbake i jobb

### Bruk av fysioterapeuter ved skadepoliklinikk/legevakt

Flere har med god erfaring benyttet fysioterapeuter ved skadepoliklinikker/legevakter for diagnostisering og behandling av muskel-skjelettskader. Dette er mer utbredt i andre land som for eksempel Storbritannia og Australia der det er vanlig å benytte fysioterapeuter på skadeakuten.

#### *Eksempel fra Sverige<sup>4</sup>*

Skåne universitetssykehus (SUS) i Sverige har testet hvordan det fungerte å ha fysioterapeut på akuttmottaket. Prosjektet – som startet i 2016 og varte i 18 måneder viste følgende:

- Leger og sykepleiere mente de sparte tid, at de følte seg tryggere på avgjørelsene som ble tatt og at pasientsikkerheten ble bedret fordi rehabilitering var med i vurderingen.
- De satte pris på fysioterapeutens kunnskap om kommunens ansvar og kontakten hennes med kolleger i kommunen. Det gjorde det enklere ved utskriving.

Medialderen på de 300 første pasientene som ble vurdert i denne perioden, var 82 år.

Nesten hver femte pasient som kommer inn på akuttmottaket i Skåne, er eldre med sammensatte lidelser og særskilte behov. Sykehuset har – etter dette - bestemt at de skal ha fysioterapeut på akuttmottaket på heltid fra mandag til fredag.

#### *Erfaringer fra Storbritannia<sup>5</sup>*

I Storbritannia jobber fysioterapeuter enten som frontlinje akutfysioterapeuter eller som en del av det tverrfaglige terapeteamet i akuttmottak. Erfaringene er at de bidrar til å redusere forsinkelser og ineffektivitet, forhindrer unødvendige innleggelser og muliggjøre rettidig utskriving av pasienter. Fysioterapeutene ser hovedsakelig pasienter med muskel- og skjelettproblemer (MSK). De foretar sakkyndig vurdering, etterspør og tolker undersøkelser, behandler sår, bløtvevsskader og brudd, gir råd og behandling. Dette frigjør legenes tid til å håndtere mer komplekse forhold og bidrar også til forbedring av pasientflyt.

#### *Erfaringer fra Australia<sup>6</sup>*

- Pasienter i akuttmottak, som behandles av fysioterapeut, har kortere liggetid, forbedret smertekontroll og redusert funksjonshemming på kort sikt.

<sup>4</sup> <https://fysioterapi.se/fysioterapeut-och-arbetsterapeut-pa-akuten-gjorde-skillnad/>

<sup>5</sup> [https://www.csp.org.uk/system/files/physiotherapy\\_works\\_accident\\_and\\_emergency\\_0.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/physiotherapy_works_accident_and_emergency_0.pdf)

<sup>6</sup> <https://australian.physio/inmotion/advanced-practice-physiotherapy>

- Studier viser også at pasienter som ble møtt av fysioterapeuter i primærhelsetjenestens akuttmottak hadde en betydelig reduksjon i liggetid og ventetid sammenlignet med vanlig behandling.
- Det er også vist forbedret smertekontroll med redusert opioidbruk og raskere oppnådd smertefrihet.
- Pasienter møtt av primærhelsefysioterapeuter hadde større sannsynlighet for å bli skrevet ut direkte fra akuttmottak, med minimale eller ingen feildiagnoser eller bivirkninger og redusert funksjonshemming på kort sikt.
- Fysioterapeuter har også mindre sannsynlighet for å henvise til bildediagnostikk og score høyt med hensyn til nøyaktighet i klinisk vurdering.

### Relevante erfaringer fra Norge

Ved flere av landets sykehus har man gode erfaringer med å bruke fysioterapeuter til første konsultasjon og oppfølging ved ortopediske poliklinikker. Gode eksempler har vi blant annet fra Bergen og Tromsø.

#### *Bergen*<sup>7</sup>

Fra 2017 er det fysioterapeutene som undersøker og vurderer pasientene før eventuell skulderoperasjon. Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger for behandling av voksne med subacromialt smertesyndrom<sup>8</sup>. Ortopedene hadde tidligere denne oppgaven og ventetiden var opptil ni måneder.

Erfaringene viste at:

- Ventelistene for undersøkelse blitt redusert fra 9 måneder til 3-4 uker
- Ventetid for kontroller var også lang, de som skulle inn på tremåneders kontroll ble gjerne ikke innkalt før det var gått over ett år. Også når det gjelder etterkontroller er erfaringen at ventetiden har begynt å gå ned.
- Tiltaket vurderes som effektivt, og pasientene er fornøyde.

På Haraldsplass ønsker de å utvide dette til også å skulle gjelde knepasienter.

Det kan også nevnes at ved skadepoliklinikk i Bergen har de tilknyttet en egen skadepoliklinikk for fysioterapi.

#### *Tromsø*<sup>8</sup>

I 2021 overtok fysioterapeutene om lag 1000 pasienter fra ortopedene ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Pasientene de overtok var skulderpasienter uten indikasjon for kirurgi, menisk- og bruskskader, uspesifikke knesmerter, korsbånd og leddbånd, mild og moderat artrose, akilles og albueskader, samt oppfølging etter prosedyrer og individuelle behov. Erfaringen var at ventetiden gikk ned.

Bedre oppgavedeling gir bedre kvalitet for brukerne, er mer effektivt og gir større jobbtilfredshet for helsepersonellet. NFF har gode erfaringer med oppgavedeling. Eksempelvis er fysioterapeuters kompetanse i å foreta funksjonsvurderinger i større grad blitt benyttet innen ortopedi; eksempelvis på St. Olavs hospital, Haraldsplass diakonale sykehus, Martina Hansens hospital, Lovisenberg sykehus og i Tromsø. Dette er bra for pasientene, for fysioterapeutene og for ortopedene som får frigitt tid til å operere. Videre kan fysioterapeut på skadepoliklinikk/legevakt for diagnostisering og behandling av muskel-skjelettskader være aktuelt. Fysioterapeuter ved Skånes universitetssykehus i Sverige har testet ut hvordan det fungerte å ha fysioterapeut på akuttmottaket. Fysioterapeutene har bidratt

<sup>7</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/oppgavedeling-oppgaveglidning-ortopedi/oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter/116456>

<sup>8</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/fysioterapeutene-har-overtatt-mer-enn-1000-konsultasjoner-fra-ortopedene-i-tromso/139013>

med å innhente sykehistorie og vurdere pasientenes funksjons- og aktivitetsevne, og det har fungert som en beslutningsstøtte for legene når de har avgjort om en pasient skal legges inn eller sendes hjem.

## VEDLEGG 2: Knutepunktprosjektet

I dialog med fastleger og fysioterapeuter i Trondheim ble det besluttet å utvikle et kurs, *Knutepunktkurset*, der begge profesjoner skulle delta sammen. Prosjektet så for seg at et tettere samarbeide med en eller noen få foretrukne samarbeidspartnere ville være viktig for å bli bedre kjent med hverandres roller og arbeidssituasjon. Et forpliktende samarbeid måtte være gjennomførbart og ikke innebære en altfor stor belastning i en travel klinisk hverdag. Kurset bygget på et tidligere prosjekt "Samhandlende Team i Primærhelsetjenesten" og var et samarbeid mellom Trondheim kommune, NTNU (prosjektet FYSIOPRIM), St Olavs Hospital (Nasjonal Kompetansetjeneste for sammensatte lidelser), Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Forening for Allmenntidrett.

Knutepunktkurset ble pilotert i Trondheim (feb - okt 2019) og Kristiansand (aug 2020 - nov 21). Kurset var samlingsbasert og foregikk med fysisk oppmøte etter arbeidstid. I Trondheim var det 5 samlinger à 3 timer pluss to obligatoriske hjemmeoppgaver. I Kristiansand var det fire samlinger à 4 timer med de samme hjemmeoppgavene. Kurset ble godkjent i begge byer som klinisk emnekurs i allmenntidrett og også forhåndsgodkjent for fysioterapeuter.

Før kursstart ble deltakerne oppfordret til å finne seg en eller to samhandlingspartnere fra motsatt profesjon, gjerne noen som de kjente litt og som de kunne tenke seg å formalisere et samarbeid med. Noen av deltakerne fant partnere, men et flertall meldte seg på alene og rapporterte at de ikke kjente noen aktuelle samarbeidspartnere. I Trondheim koblet derfor arrangøren sammen samhandlingspartnere i forkant av kurset etter geografisk nærhet så godt det lot seg gjøre. I Kristiansand ble det derimot gjennomført en «speed-date»-sevens ved oppstart som en "ice-breaker" øvelse for å bli kjent med flere og få et større nettverk. Kursdeltakerne fant deretter frem til aktuell(e) samhandlingspartner(e) og inndelingen falt naturlig i geografisk nærhet innen bydeler.

Både Trondheim og Kristiansand fikk midler fra Helsedirektoratet i form av tilskuddsmidler i forbindelse med opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Kristiansand kommune bidro også med midler. Dette finansierte gjennomføring av kurset med mulighet for gratis deltagelse og enkel servering.

Både Trondheim og Kristiansand benyttet i stor grad lokale krefter i alle deler av undervisningen. Det ble i undervisningen lagt opp til mye dialog innad i «knutepunkt-gruppene» slik at all organisering av samhandling kunne gjøres innenfor rammene av kurset. Det ble avtalt både hyppighet, hvilken type samhandling, om man skulle møtes fysisk, digitalt eller per telefon og hvordan skriftlige tilbakemeldinger kunne foregå. Mange gjorde også forpliktende avtaler om å prioritere å ta inn pasienter fra egne samhandlingspartnere innenfor en fastsatt tidsperiode; for eksempel at 2 uker ventetid kunne være maksimalt når henvisning kom fra «egen» samhandlingslege.

Innholdet i seminarene ble lagt opp rundt følgende 3 hovedtema: samhandling og kommunikasjon mellom ulike profesjoner og Nav, pasientkommunikasjon og mestringsorientert behandlingssfokus.

Den første og litt overraskende erfaringen som arrangørene av dette kurset gjorde seg, var at svært få av fastlegene og fysioterapeutene kjente noen fra den andre profesjonen godt nok til at det var naturlig å henvende seg med spørsmål om felles kursdeltagelse og forpliktende samarbeide. Mange ønsket imidlertid å bli kjent og syntes dette var en kjærkommen anledning.

Selv om mange hadde nytte av å samhandle i mindre grupper ble det i Trondheim ytret ønske om et noe større nettverk slik at man hadde flere å spille på i pasient-samarbeidet. I Kristiansand ble deltakerne tidlig kjent med hverandre (gjennom speed-date øvelsen) og mange fikk et noe større nettverk innen bydelene som viste seg å være verdifullt.

Det var langt flere fysioterapeuter enn leger som meldte interesse for kurset og som ønsket et tettere samarbeid med fastleger, dette til tross for at legene er langt flere i antall. Det ble gjort tilrettelegginger for å tilpasse kurset spesielt til fastleger: kurset var godkjent som klinisk emnekurs i allmenntilleggsmedisin, det var gratis og foregikk etter arbeidstid. Mange leger viste til travel praksis som årsak til ikke å delta. Det kan også ha sammenheng med at mange ikke hadde behov for poenggivende kurs på det tidspunktet.

Faktorer som så ut til å fremme samhandling handlet mye om geografi og personlig kjemi. De som på kursets første dag satt sammen i ivrig diskusjon så ut til å være de samme som fortsatte med dette gjennom hele kurset. De som derimot ikke fant tonen tidlig eller som ikke klarte å løse de tekniske og tidsmessige utfordringene, så ut til å ha liten nytte av hverandre.

De som «fant hverandre» selv i forkant av kurset klarte i større grad å opprettholde samarbeidet gjennom hele kursperioden. De beskrev at de følte en forpliktelse til å prioritere sin partner ved å svare på henvendelser og forsøke å gi gode og nyttige tilbakemeldinger. Mange fysioterapeuter passet på å holde avtaler om ventetid slik at pasienter fra «knutepunktlegen» slapp å vente u hensiktsmessig lenge. Det ble gitt signaler om at dersom man ble godt kjent og opprettholdt jevn kommunikasjonen så hadde begge parter svært god nytte av samarbeidet og opplevde at de klarte å hjelpe pasientene på en bedre måte.

En fremmer for samhandling så ut til å være geografisk nærhet. Det kan ha betydning for pasientgrunnet, at det er lettere for pasientene å oppsøke en fysioterapeut som ikke er langt unna. Det er likevel mulig at det geografiske perspektivet har mindre betydning nå som pandemien har gjort oss alle mer tilgjengelig via digitale plattformer.



### VEDLEGG 3: First Contact Physiotherapy

- [NHS England » First contact physiotherapists](#)
- [What is first contact physiotherapy? | The Chartered Society of Physiotherapy \(csp.org.uk\)](#)
- [First Contact Physiotherapy - Physiopedia \(physio-pedia.com\)](#)
- [Physiotherapy in primary care - summary briefing | The Chartered Society of Physiotherapy \(csp.org.uk\)](#)
- [The need for physiotherapy in primary care | The Chartered Society of Physiotherapy \(csp.org.uk\)](#)
- [Harness the Benefits of First-Contact Physiotherapists in General Practice \(medscape.co.uk\)](#)
- [Embedding First-Contact Physiotherapists in Primary Care: Case Study \(medscape.co.uk\)](#)
- [Evaluation of the First Contact Physiotherapy \(FCP\) model of primary care: a qualitative insight - PMC \(nih.gov\)](#)