

Mer forebygging –
mindre reparasjon. Mer
rehabilitering – mindre
pleie.



INNSPILL TIL HELSEPERSONELLKOMMISJONEN

Innhold

Innledning	2
NFF mener - kort oppsummert	2
Mer forebygging - mindre reparasjon	3
Mer rehabilitering – mindre pleie	3
<i>Fysioterapeuter hindrer pleiebehov, utenforskap og uførhet</i>	4
Organisering, samhandling og oppgavedeling	4
<i>Gode overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten</i>	5
<i>Oppgaveglidning</i>	6
<i>Økt samhandling mellom kommuner</i>	8
<i>Samhandling i kommunen</i>	8
Kompetansetiltak virker rekrutterende	9
<i>Offentlig spesialistgodkjenning</i>	10
<i>Livslang læring</i>	10
Om fysioterapitjenesten	11
<i>Hvor mange er vi – og hvor finner dere oss?</i>	11
<i>Kapasitetsutfordring - Uholdbart lange ventelister til den kommunale fysioterapitjenesten</i>	11
<i>Fremtidig behov for fysioterapeuter - framskrivninger</i>	12
Muskel- og skjelettlidelser skaper utfordringer for velferdsbudsjettene	12
<i>Beholde helsepersonell i tjenesten – se til arbeidsmiljøet</i>	13
<i>Muskel- og skjelettlidelser</i>	14
VEDLEGG: Helsefremmende og forebyggende helsetjenester og tiltak	15
<i>Helsestasjon og skolehelsetjeneste</i>	15
<i>Særskilt skolehelsetjenestetilbud på videregående skole</i>	15
<i>Én time fysisk aktivitet i skolen hver dag</i>	15
<i>Fritak for egenandel for ungdom 16–18 år - vil koste lite og bety mye</i>	15
<i>Frisklivssentralen - en virkningsfull og undervurdert kommunal helsetjeneste</i>	16

Innledning

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil takke for muligheten til å komme med innspill til Helsepersonellkommissjonen.

NFF er opptatt av at hele befolkningen må sikres et likeverdig helsetjenestetilbud, uavhengig av geografi og økonomi. Befolkningens behov for helsetjenester er et offentlig ansvar og bør i all hovedsak finansieres via fellesskapets midler. Det er behov for en sterk offentlig helsetjeneste som styres av helsefaglige prioriteringer. Helsetjenestene må være underlagt politisk styring og kontroll som klargjør målsetting, prioritering, ressurstildeling og tilgjengelighet. Rammebetingelsene og prioriteringene må sikre at helsepolitiske mål kan realiseres.

I perspektivmeldingen, som det vises til i kommissjonens mandat, fremkommer det at vi trenger 260 000 flere helsearbeidere i 2060. NFF mener at det ikke er bærekraftig, og heller ikke mulig å møte fremtidige behov uten å endre innretningen på, og prioriteringene i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I innspillet starter vi med å begrunne hvorfor det er behov for en dreining av helsetjenesten til mer forebygging og rehabilitering. Vi sier deretter noe om organisering og samhandling. I den forbindelse trekker vi frem noen eksempler på oppgavedeling og samarbeid innad og mellom tjenestenivåene, som vil kunne bidra til bedre kvalitet og å rekruttere og beholde personell. Satsing på kompetanse trekker vi inn og vi gjør også rede for fysioterapitjenesten. Vi avslutter med å peke på noen helseutfordringer som på grunn av sitt omfang koster samfunnet dyrt og i betydelig grad legger press på velferdsbudsjettene. Vi avslutter med at i et moderne helsevesen kreves det også fokus på kompetanse.

NFF mener - kort oppsummert

- Helsetjenestene må dreies i retning mer forebygging. Det må derfor satses på helsepersonell med kjernekompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Rehabiliteringsinnsatsen må styrkes for å bidra til at mennesker etter sykdom og skader får de tjenester de trenger for å kunne leve selvstendige liv. Det må derfor satses på helsepersonell som har rehabilitering som kjernekompetanse.
- En forutsetning for gode pasientforløp, er koordinering og samarbeid mellom tjenestenivåene. Helsefelleskapenes rolle kan utvikles og rehabiliteringskompetanse må sikres representasjon på alle nivå i beslutningsstrukturen. Det må være insitament for bruk av ambulante tjenester og digital samhandling.
- Ressurser/kompetanse kan utnyttes mer hensiktsmessig gjennom oppgavegliding og teamsamarbeid. De ulike formene for økt samarbeid mellom leger og fysioterapeuter bør stimuleres. Eksempelvis kan fysioterapeuter på sykehus vurdere funksjon og foreta kontroller i forbindelse med kirurgi, og dermed blir ventelister redusert fordi det blir frigitt tid for ortopedene. Videre bør økt samarbeid mellom leger og fysioterapeuter og andre viktige aktører i kommunen stimuleres.
- Kompetansetiltak, som eksempelvis offentlig spesialistgodkjenning, gir bedre kvalitet på tjenestene og vil dermed også virke rekrutterende.
- Helsepersonell har høyt sykefravær og mye av dette sykefraværet skyldes belastninger i arbeidsmiljøet. Skal helsetjenesten beholde helsepersonell som er utsatt for arbeidsmiljøbelastninger bli i tjenesten, må derfor det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet styrkes.

Mer forebygging - mindre reparasjon

I 2021 var driftsutgiftene til kommunale omsorgstjenester på 143,7 milliarder kroner, mens driftsutgiftene til kommunehelsetjenesten var 32,6 milliarder kroner.¹ Helseregnskapet² viser på sin side at bare 2,7 prosent av helsebudsjettet gikk til helsefremmende og forebyggende arbeid og 1,8 prosent til rehabilitering.

Helsetjenesten bidrar til å begrense økningen i utgifter i pleie- og omsorgstjenesten. Ved å satse på helsefremmende og forebyggende tjenester og rehabilitering mener vi at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil kunne bli lavere enn det perspektivmeldingen anslår. Vi anbefaler derfor Helsepersonellkomisjonen å vende blikket mot helsepersonell som nettopp arbeider for å fremme helse, forebygge sykdom, rehabilitere, motivere og sette i stand til mestring. Fysioterapeuter vil være sentrale i en slik dreining av fokus.

Helsefremmende og forebyggende arbeid er også nødvendig for å redusere den voksende ulikheten i helse og bidra til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette er i tråd med OECD-rapporten *Health at a glance 2019*³, der det understrekes at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer. Se vedlegg for hvilke tjenester vi mener bør ha en nøkkelrolle framover.

Vi må ta sikte på at vi i 2040 har et samfunn der de fleste eldre er relativt friske og med lite hjelpebehov. Målet må være at så mange som mulig befinner seg så langt til venstre (nede) i omsorgstrappen som mulig.

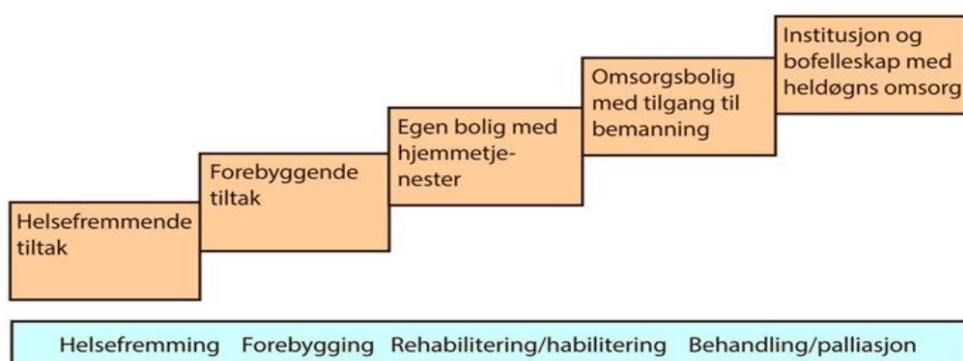


Fig.1 Omsorgstrappen, eksempel fra Frøya kommune⁴

Mer rehabilitering – mindre pleie

Habilitering- og rehabilitering er helt avgjørende for at mennesker skal kunne leve selvstendige liv og oppnå mestring. Rehabiliteringen starter samtidig med medisinsk behandling, men fortsetter når den medisinske behandlingen og pleien avsluttes. Habilitering og rehabilitering er først og fremst personens egen prosess som handler om å leve et fullverdig liv med en funksjonsnedsettelse eller et funksjonstap.

Økt innsats innen habilitering og rehabilitering er viktig for den enkelte, men også god samfunnsøkonomi med mer deltakelse i utdanning og arbeid, færre innleggelses og reinnleggelses og

¹ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta>

og <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

² <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

³ Health at a glance 2019

⁴ <https://www.froya.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/prosjekt-morgendagens-omsorg/beskrivelse-av-omsorgstrappen/>

reduisert press på hjemmetjenester og sykehjem. Å nå den enkelte persons målsettinger krever kompetanse og innsats fra personen selv og fra flere helseprofesjoner sammen, deriblant fysioterapeuter. Til tross for dette er helsetjenesten i liten grad innrettet slik at de som bør være involvert i et habiliterings- eller rehabiliteringsteam faktisk arbeider under organisatoriske og økonomiske rammer som fremmer samarbeid.

Fysioterapeuter hindrer pleiebehov, utenforskap og uførhet

Vi vet at nedsatt balanse og fall hos eldre er en stor utgiftspost både for kommunene og sykehusene. I en kjent studie fra 2014⁵ ble det beregnet at gjennomsnittskostnaden som følge av et hoftebrudd var vel 500.000 kroner fordelt på forvaltningsnivåene. Nyere tall fra bydel Nordstrand i Oslo viser at hvert hoftebrudd koster bydelene rundt NOK 600.000 det første året. Dette er ikke medregnet kostnader for selve operasjonen eller sykehusoppholdet.⁶ Mange som gjennomlever et hoftebrudd får pleie- og omsorgsbehov, noe som innebærer hjemmetjenester og/eller institusjonsplass. Dette kan beløpe seg til over en million kroner i året. Nesten en firedel av de som overlever hoftebrudd dør innen kort tid. Fallforebyggende grupper slik som sterk og stødig er billige og effektive tiltak for å hindre fall.

Vi vet også at rehabilitering kan gi store økonomiske besparelser i form av reduserte pleiebehov. Dette er dokumentert i flere rapporter om hverdagsrehabilitering, og i prosjektet innovativ rehabilitering i Indre Østfold.⁷ I deres regneeksempel sparte de over en million kroner i året på tjenestene til en pasient, bare ved å investere i rehabilitering.

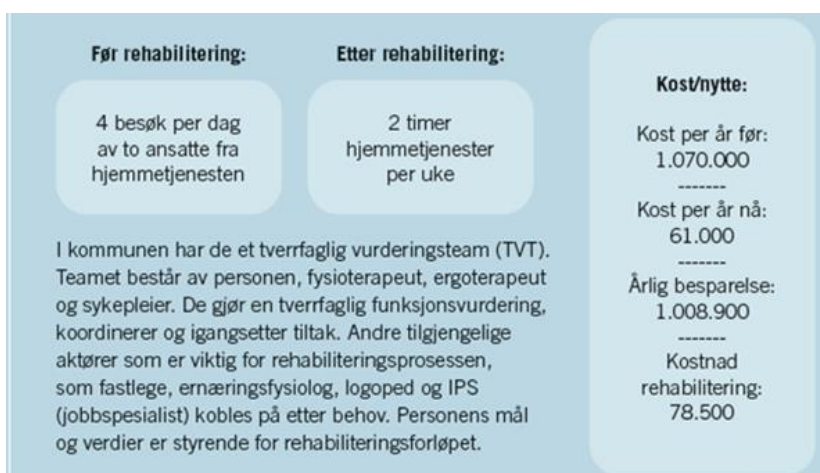


Fig.2 Eksempel fra prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold kommune⁸

En fysioterapeut tjener i gjennomsnitt 507.000 kroner i året.⁹ Det er lett å se at ved å investere i fysioterapeuter kan kommunene, og sykehusene, og NAV spare million- og milliardbeløp hvert år.

Organisering, samhandling og oppgavedeling

Systemer som ikke fungerer godt, alene eller sammen, gir ikke god kvalitet. En forutsetning for et godt pasientforløp, er koordinering og samarbeid mellom involverte instanser på tvers av

⁵ <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/18>

⁶ Tall oppgitt i rapport fra Forsterket rehabilitering Aker.

⁷ https://www.io.kommune.no/_f/p1/i41f48e04-f061-4120-8b73-8ef9cb32f5ec/pir-5-arsrapport-2016-2020_ny.pdf

⁸ <https://fysio.no/Media/Files/Rehab-brosjyre-kommunehelsetjenesten-sideutskrift>

⁹ <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/lonnsundersokelsen-2021-dette-tjente-nffs-ansatte-medlemmer-i-fjor/141580>

tjenestenivåer og organisatoriske enheter. Tverrfaglig samarbeid der flere profesjoner får benytte sin kompetanse og sine innfallsvinkler gir en merverdi som en yrkesgruppe alene ikke ville kunne yte. Tverrfaglig samarbeid gir læring og økt kompetanse. Samtidig er det viktig å tilrettelegge for at profesjonene får utvikle sin særfaglige kompetanse og profesjonsidentitet, noe som først og fremst skjer i homogene fagmiljø.

Det tverrfaglige samarbeidet er viktig i hele behandlingsskjeden, hver profesjons styrker må benyttes for å gi pasienten best mulig forutsetning for å gjenvinne funksjon og begrense behovet for pleie- og omsorgstjenester. NFF mener at tverrfaglighet må fremmes i hele helsetjenesten. I et pasientforløp er det viktig å se hele mennesket. Mange vil trenge tiltak fra flere profesjoner, som hver og en vil gjøre det de kan best.

Eksempelvis når en person f.eks. får slag, må den akuttmedisinske kjeden fungere. Forskning viser at tiltakene som begrenser uførhet blant slagpasienter er behandling av spesialister slik som fysioterapeuter og logopeder.¹⁰ Fysioterapeutene må derfor inn i akuttfasen for å starte rehabiliteringen, for å hindre uførhet.

Gode overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten

Helsefellesskapene

Helsefellesskapene er viktige for å fremme samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Og vi tror at de kan benyttes i langt større grad enn i dag for å få til gode pasientforløp. Det er ikke gitt at alle kommuner har tilgang til den spesialiserte kompetansen som kreves for å kunne tilby befolkningen nødvendige tjenester, i slike tilfeller bør kommunen og spesialisthelsetjenesten kunne avtale at det er mer hensiktsmessig at oppgaven løses i spesialisthelsetjenesten, på tross av at ansvaret i utgangspunktet tilligger kommunen.

Rehabilitering må få en egen plass i helsefellesskapene. Det er helt nødvendig med et økt fokus på habilitering og rehabilitering for å motvirke veksten i kompensierende tjenester, bidra til verdighet og selvhjelpenhet, og ikke minst for å høste økonomiske gevinster i form av færre reinnleggelser og økt samfunns- og arbeidsdeltakelse. For alle fire befolkningsgrupper som skal prioriteres i helsefellesskapene, er rehabilitering, funksjon og mestring det aller viktigste. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser vil aldri bli helt friske. De kan få økt mestring og leve godt med helseutfordringene sine.

Diagnosefokuset i spesialisthelsetjenesten bør også adresseres. For kommunehelsetjenesten opplever at de ikke får de nødvendige funksjonsvurderingene de trenger fra spesialisthelsetjenesten.

NFF mener at det er nødvendig med nye styringssignaler på dette området, styringssignaler som understøtter at spesialisthelsetjenesten og kommunene er partnere heller enn parter.

NFF mener at dette er en kultur som må endres og at fysioterapeuter som er eksperter på å vurdere funksjon, vil være sentrale i arbeidet med å få til gode overganger.

Ambulante tjenester er viktig for gode forløp

Ambulant oppfølging er viktig for å få til gode forløp med godt koordinerte utskrivelser fra sykehus til kommune. Det at helsepersonell fra sykehuset drar til den utskrevne pasientens kommune for å møte aktuelt helsepersonell der bidrar til overføring av viktig kompetanse. Når det nå er slik at behandling i spesialisthelsetjenesten delvis er innsatsstyrt, så er det viktig at ordningen bidrar til gode forløp. Vi har derfor med glede sett at de ambulante takstene har vært prioritert de siste par

¹⁰ Helsebiblioteket: Akuttbehandling for hjerneslag

årene. For når det er økonomisk lønnsomt for helseforetakene å prioritere poliklinikk på sykehuset framfor ambulant poliklinikk slik det har vært, blir gjerne forløpsvennlige tiltak som ambulant poliklinikk nedprioritert.

Digital samhandling

Koronapandemien har vist oss at det er mulig å få til samarbeid uten å møtes fysisk. Videomøter mellom pasient og aktuelle aktører i både kommunen og i spesialisthelsetjenesten bør kunne benyttes i større grad. I Sørlandsparken primærhelseteam i Kristiansand har vi for eksempel sett at helsesekretæren, som har nødvendig teknisk kompetanse, får en viktig oppgave med å koordinere og koble opp digitale møter mellom de ulike kommunale tjenestene – da riktignok pleie- og omsorg med helsetjenesten lokalt. Poenget med å trekke fram dette eksempelet er å vise at det i tillegg til tradisjonelt helsepersonell også kan være behov for at noen også har «digital/teknisk koordineringskompetanse».

Pasientsentrerte helsetjenesteteam

Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er et tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. Teamet tar utgangspunkt i pasientens preferanser og målsetninger. PSHT trekkes også frem som eksempel i Nasjonal helse- og sykehusplan¹¹.

PSHT har tilholdssted på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), men er et samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune. I tillegg til teamet i Tromsø er det etablert team i Harstad, Balsfjord, Karlsøy, Lenvik og Narvik kommune.

Teamene er tverrfaglig sammensatt – og består av leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær. Teamene har et proaktivt, forebyggende fokus. Teamet er i tillegg mobilt, ved at de arbeider både på sykehuset og ute i kommunen, der de bistår med planlegging og oppfølging i hjemmet i den første tiden etter utskrivelse. På den måten bidrar de til bedre koordinerte utskrivelser. I hjemmet eller på sykehjem kan teamet foreta tverrfaglige vurderinger og utredning, og starte behandling i samarbeid med fastlege. Kan ved behov også bidra med å organisere undersøkelser ved sykehuset. Teamet er et supplement til eksisterende tilbud i sykehus og kommune – og arbeider tett med disse.

På konferanser har de presentert at ved å rehabilitere og få innsyn i pasientenes helhetlige helseutfordringer har de sett en reduksjon i 32% på liggedøgn i kommunens ø-hjelpstilbud. I tillegg er det 10% færre ø-hjelpsinnleggelses og 2,3 ganger flere politikliniske behandlinger.

Oppgaveglidning

Kompetansen til helsepersonell må benyttes på riktig sted. Bedre oppgavedeling mellom yrkesgrupper gir bedre kvalitet for brukere, er mer effektivt og gir større jobbtilfredshet for helsepersonellet.

Ortopedi - sett fysioterapeuter i front for vurdering og oppfølging

Fysioterapeuter er gode til å vurdere funksjon og i flere helseforetak er denne kompetansen de siste årene tatt i bruk på en bedre måte enn tidligere, eksempelvis innen ortopedi.

Det er systematiske variasjoner i behandlingen innbyggerne får innen ortopedi, noe Helseatlas for ortopedi viser.¹² Særlig stor er variasjonen ved artroskopi som behandling for degenerative knelidelser (artrose og meniskskade). Dette er et inngrep som har liten effekt for personer fra 50 års

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

¹² <https://www.skde.no/helseatlas/v1/ortopedi/>

alder, og i perioden 2012 til 2016 er antallet inngrep betydelig redusert, men det foretas likevel altfor mange slike operasjoner. For denne gruppen er konservativ behandling i form av fysioterapi langt mer effektivt.

På St. Olav anslås det at om lag 60-70% av pasientene som blir henvist til poliklinikken på grunn av kne- eller hoftelddsartrose ikke trenger operasjon. De ønsker derfor å endre praksis. Individuell samtale med ortoped erstattes med informasjon fra fysioterapeut, revmatolog, farmasøyt, i tillegg til ortoped.¹³

Et annet eksempel har vi fra Haraldsplass sykehus i Bergen. 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.¹⁴ Ortopedene hadde tidligere denne oppgaven og ventetiden var opptil ni måneder. Etter dette tiltaket ble igangsatt har ventelistene blitt vesentlig kortere, og er nå nede på 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 har ventetiden begynt å gå ned.

Tiltaket vurderes som effektivt, og pasientene er fornøyde. På Haraldsplass ønsker de å utvide dette til også skulle gjelde knepasienter.¹⁵

På Martina Hansens hospital utføres det ikke proteseoperasjon på pasienter med kneledsartrose uten at pasienter har prøvd ikke-kirurgisk behandling med trening, vektreduksjon, fysioterapi og smertestillende uten god effekt.¹⁶

Samme form for oppgaveglidning har vi sett på flere sykehus de senere årene, blant annet på Lovisenberg sykehus¹⁷ og i Tromsø¹⁸ og på akuten i Sverige¹⁹. En ny studie viser også at kirurgi ikke gir bedre resultater hos pasienter med røket akilles²⁰

Oppgaveglidning – fysioterapeut på akutt/skadelegevakt

Flere har med god erfaring benyttet fysioterapeuter ved skadepoliklinikker/legevakter for diagnostisering og behandling av muskel-skjelettskader. Fysioterapeuter ved Skånes universitetssykehus i Sverige²¹ har testet ut hvordan det fungerte å ha fysioterapeut på akuttmottaket. Fysioterapeutene har bidratt med å ta anamnese 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. Forskere intervjuet leger og sykepleiere om hva de syntes om ordningen med fysioterapeut og ergoterapeut på akuttmottaket. Flere sa at de opplevde at de sparte tid, at de ble tryggere på avgjørelsene som ble tatt og at pasientsikkerheten ble bedret ved at faktorer rundt rehabilitering hadde vært med i vurderingen. De sa også at de satte pris på

¹³ https://fysioterapeuten.no/content/download/6311/70903/version/1/file/Reportasje_0815.pdf

¹⁴ <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Skuldersmerter-Fraraader-operasjon>

¹⁵ <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter>

¹⁶ <https://martinahansen.no/behandlingstilbud/ortopedisk-behandling/kne/kneprotese>

¹⁷ <https://www.fysioterapeuten.no/protesekirurgi-psykisk-helsevern/fysioterapeuter-har-overtatt-legeoppgaver-ved-lovisenberg/107670>

¹⁸ <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/fysioterapeutene-har-overtatt-mer-enn-1000-konsultasjoner-fra-ortopedene-i-tromso/139013>

¹⁹ <https://www.fysioterapeuten.no/akuttmedisin-funksjonsevne-funksjonsvurdering/satte-inn-fysioterapeut-pa-akuttmottaket/119595>

²⁰ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/19/studie-kirurgi-ikke-gir-bedre-resultater-hos-pasienter-med-roket-akillessene/>

²¹ <https://fysioterapi.se/fysioterapeut-och-arbetsterapeut-pa-akuten-gjorde-skillnad/>

fysioterapeutens kunnskaper om kommunens ansvar og kontakten hennes med kolleger i kommunen, noe som gjorde ting enklere ved utskrivningen.

Bruk av fysioterapeut på akuttmottak/legevakt er mer utbredt i andre land som for eksempel Storbritannia²². Et annet eksempel er Australia²³.

Økt samhandling mellom kommuner

Ikke alle små kommuner har de nødvendige ressursene/kompetansen til på egen hånd å tilby de tjenestene innbyggerne har krav på. For å sikre at innbyggerne likevel får den helsehjelpen de trenger, er interkommunalt samarbeid en mulighet, noe som det er også er lagt til rette for i kommuneloven.

Helgeland rehabilitering – eksempel på godt interkommunalt samarbeid

Sømna kommune på Helgeland har tatt initiativ for å drive Helgeland rehabilitering²⁴ som et IKS (interkommunalt selskap). Målet er å sikre og styrke forsvarlige rehabiliteringstjenester for innbyggerne på Helgeland.

Kommunene på Helgeland står overfor et demografisk skifte som vil legge press på helsetjenestene og pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg har flere av kommunene relativt lavt befolkningsgrunnlag, noen som også betyr at det er få som jobber i helsetjenestene.

Ledere på Helgeland rehabilitering opplyser at det har vært jobbet lenge med informasjons- og opplysningsarbeid i kommunene. Behovet for spesialisert rehabilitering også i kommunene, var ikke i tilstrekkelig grad konkretisert i kommunale helse- og omsorgsplaner. I tillegg opplevde de at kunnskapsnivået om både hva spesialisert rehabilitering er, og hvilke gevinster det kan gi, var mangelfull i kommunene. Etter flere møter så kommunene behovet og gevinsten ved å delta i IKS Helgeland rehabilitering. Tilbudet vil føre til bedre rehabiliteringstilbud for pasientene, og bedre fagmiljø sentralt på Helgeland.

At mange kommuner går sammen om å drive et spesialisert rehabiliteringstilbud er en nyvinning. Kommunene er villige til å delta og investere i et IKS fordi de alene ikke kan tilby sterke fagmiljøer med nødvendig kompetanse. Og, økonomiske beregninger viser at institusjonsopphold i mange tilfeller er billigere og bedre enn lange reiseavstander, spesielt i tilfeller der pasientene trenger intensiv behandling av fagpersoner.

Etableringen av Helgeland Rehabilitering skjer med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljø og tilbud i Sømna. Tilbudet blir organisert som et IKS der alle kommunene har lik eierandel. Første driftsår er 2023. 12 kommuner inngår i samarbeidet.

Samhandling i kommunen

Kommunene opplever en økning av pasienter med store og sammensatte behov og skal disse pasientene møtes med gode tjenester, er tverrfaglig samarbeid helt avgjørende. Både for å sikre gode forløp og bedre kvalitet. I tillegg bidrar teamarbeid til økt trivsel for helsepersonellet som inngår og er viktig for å rekruttere og beholde kompetanse. Med teamarbeid mener vi at arbeidsutførelsen kan være teamorganisert, men samtidig må vi igjen understreke at skal profesjonene ha mulighet til å styrke sin særfaglige kompetanse er det viktig at profesjoner, som for

²² https://www.csp.org.uk/system/files/physiotherapy_works_accident_and_emergency_0.pdf

²³ <https://australian.physio/media/physiotherapy-emergency-departments-help-manage-55-billion-issue>

²⁴ <https://helgeland-rehabilitering.no/>

eksempel fysioterapeuter, organisatorisk sett organiseres sammen. Bedre integrerte hjemme- og helsetjenester bør også prioriteres – og teamorganisering kan muligens bidra til dette.

Større fagmiljø vil også gi mulighet for fagutvikling, deltagelse i forskningsprosjekter og ivareta behovet for praksis- og turnusplasser.

Innovativ tverrfaglig rehabilitering Indre Østfold

I prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har de hatt stort fokus på å dokumentere pasientenes funksjonsnivå, og deres resultater viser at rehabiliteringen bedrer pasientenes funksjonsnivå både på kort og på lang sikt målt ved SPPB.

Et av suksesskriteriene er TVT, tverrfaglig vurderingsteam, primært med fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, men de har også sosionom, lege og kontaktperson i NAV. De kan dokumentere at intensiv tverrfaglig rehabilitering virker. De får funksjonsbedring på både kort og lang sikt.

Innovativ rehabilitering er ikke lenger et prosjekt, men skal implementeres i ordinær drift. De har i den forbindelse møtt på flere utfordringer, først og fremst at kommunen ikke ser muligheter for å satse på rehabilitering da midlene går til pleie- og omsorg. Slik sett er dette prosjektet et eksempel på at det er nødvendig med en fokus- og holdningsendring i kommunen for at gevinstene oppnådd i et prosjekt skal videreføres i ordinær drift.

Samhandling mellom lege og fysioterapeut – Knutepunktmodellen

Det er viktig at kommunehelsetjenesten er bedre rustet til å hjelpe pasienter med muskel- og skjelettplager og sammensatte lidelser. Derfor har Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og NFF gått sammen i et prosjekt for å styrke og utvikle samarbeid mellom avtalefysioterapeut og fastlege om gode pasientforløp. Prosjektet, også kalt «Knutepunktmodellen», baserer seg på tett kontakt og personlig kjennskap mellom fastlege og fysioterapeut. Målet er å gi pasientene bedre behandling og oppfølging og sikre at pasienter med stor potensiell nytte, får behandling. Knutepunktmodellen er særlig aktuelt for pasienter med langvarige og sammensatte problemstillinger eller som står i fare for å utvikle sammensatte problem. Typisk pasienter som har flere behandlere og som mottar helsetjenester over tid.

Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter deltar i et oppstartprogram i form av et kursopplegg med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer.

NFF er opptatt av at samhandlingen i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og andre viktige aktører, og da i særdeleshet NAV, kan bli bedre. Vi mener derfor at «Knutepunktmodellen», som er en enkel og rimelig modell for samhandling, bør breddes ut over hele landet. Det er et kommunalt ansvar å legge til rette for gode samhandlingsarenaer, men et tilskudd til kommuner som insentiv for å igangsette dette kursopplegget som knutepunktmodellen legger opp til, kan bidra til at flere kommuner ser seg tjent med å få opplegget opp å stå.

Kompetansetiltak virker rekrutterende

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.

Offentlig spesialistgodkjenning

Samhandlingsreformen har medført økt kompetansebehov i kommunene, noe også kommunene selv påpeker. Siktemålet er at færre skal behandles i spesialisthelsetjenesten ved at primærhelsetjenesten i større grad skal diagnostisere, behandle og følge opp en stor gruppe pasienter med økt behov for kompetanse innen oppfølging av sykdommer som hjerte- og karlidelser, nevrologiske sykdommer og skader som blant annet hjerneslag og Parkinsons sykdom, kreft, lungesykdommer (KOLS, astma), nyresvikt, muskel- og skjelettlidelser, fedme, diabetes type 2, sansetap, inkontinens, angst og depresjon, samt alderspsykiatriske sykdommer som eksempelvis demens.

Samhandlingsreformen betinger en ny type kompetanse som kan lette samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten - "samhandlingskompetanse". Mer konkret omfatter det kompetanse i koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjon og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp.

En offentlig spesialistgodkjenning vil bidra til kvalitet i pasientbehandlingen ved å sikre en uholdet myndighetsvurdering av kompetansen hos helsepersonell som har en særlig selvstendig yrkesrolle, slik fysioterapeuter har.

En offentlig spesialistgodkjenning vil også medvirke til standardisering av kompetanse gjennom felles krav som skal oppfylles for å få en spesialistgodkjenning innen en gitt spesialitet. Ordningen med offentlig spesialistgodkjenninger er videre et virkemiddel for å oppnå større rolleklarhet mellom helsemyndigheter og yrkesorganisasjoner.

For befolkningen er det viktig at norsk helsevesen er helhetlig og oversiktlig, og at ikke hvem som helst kan kalle seg spesialist. NFF mener at det bør stilles høye faglige krav for å kunne kalle seg spesialist, og det bør også pasientene kunne forvente seg. Med en offentlig spesialistgodkjenning vil både pasienter, brukere og arbeidsgivere være trygge på at fysioterapeuten har den kompetansen som skal til for å kunne kalle seg spesialist.

Endringer i sykdomsutvikling og et økt ansvar i primærhelsetjenesten har fått konsekvenser i form av økt behov for både generell og spesialisert kompetanse. Med dette som bakgrunn, blir det avgjørende at tilgangen på rett kompetanse er tilstrekkelig. Offentlig spesialistgodkjenning vil hjelpe helsetjenesten til å rekruttere, bygge opp og sette sammen riktig kompetanse.

Livslang læring

Helsepersonell har kontinuerlige behov for å oppdatere sin kompetanse, for den medisinske utviklingen går raskt. For å beholde personell er det viktig at de får mulighet og økonomisk støtte til ulike former for etter- og videreutdanning

På oppdrag for KS har Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt bruken av og erfaringer med finansieringsordninger for etter- og videreutdanning (EVU) i kommuner og fylkeskommuner. De finner at gapet mellom de ansattes kompetanse og kompetansebehovet oppleves størst innen helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen viser at kommunesektorens økonomiske handlingsrom er den største barrieren for investeringer i kompetanse.

I Hurdalsplattformen skriver regjeringen at de vil gjennomføre en kompetansereform for livslang læring. Det står at Regjeringen vil utrede hvordan arbeidstakere kan opparbeide rett til etter- og videreutdanning. De vil også gjennomføre en bred kompetansereform, legge frem en langtidsplan

for livslang læring og gjøre det mer attraktivt for universitet og høyskoler å tilby kortere etter- og videreutdanningstilbud.²⁵ Dette høres fornuftig ut, og er noe NFF støtter.

Om fysioterapitjenesten

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal fremme folkehelsen og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader. Den skal også fremme medisinsk habilitering og rehabilitering. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for fysioterapitjeneste. Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet og av behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapitjenesten utøves på helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem²⁶.

Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger og/eller ved å inngå driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter²⁷.

NFF mener at fysioterapitjenesten bør ledes av fysioterapeut for å sikre god utnyttelse av fysioterapiressursene i kommunen. Det er ikke slik i alle kommuner, men der vi ser at det skjer, ser vi også gode resultater. Et godt eksempel er Trondheim kommune.

Hvor mange er vi – og hvor finner dere oss?

Per 31.12.2021 var det i helsepersonellregisteret registrert 17.810 fysioterapeuter med gyldig autorisasjon²⁸. Samme år var det registrert 12.964 fysioterapiårsverk (13.683 sysselsatte)²⁹.

Av disse var det avtalt 5.185 fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten, (2.286 årsverk var fastlønnnet, mens 2.736 årsverk var med tilskudd fra kommunen, avtalefysioterapi).

I 2021 var det ifølge SSB³⁰ registrert 2.184 fysioterapiårsverk (2.490 sysselsatte) i spesialisthelsetjenesten, hvorav 168 i psykiatri/rus og 2.016 årsverk i somatikk.

I tillegg til fysioterapeuter i offentlig finansiert helsetjeneste finnes det også en del fysioterapeuter i privat praksis. Hvor mange de er finnes det ikke full oversikt over.

Kapasitetsutfordring - Uholdbart lange ventelister til den kommunale fysioterapitjenesten

Det er altfor lite kunnskap om tilgangen til kommunal fysioterapi. Vi vet at det er kapasitetsutfordringer i dag, men det er behov for bedre oversikt. Først da er det mulig å gjøre prioriteringer som sikrer like helsetjenester.

Det er en uutnyttet kapasitet av fysioterapeuter som kan hentes inn fra i den private helsetjenesten, ved at kommunene enten utlyser flere stillinger eller driftshjemler.

NFF mener at dette er nødvendig for det er lange ventelister mange steder i landet:

«Jeg står i kø og har fått beskjed om at jeg vil få time til våren», sier en pasient til Laagendalsposten³¹. I Balsfjord kommune i Troms og Finnmark fylke har det kommet inn klage på

²⁵ <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>

²⁶ Regjeringen om offentlig kommunal fysioterapitjeneste

²⁷ Bli bedre kjent med avtalefysioterapeutene, SSB 2021

²⁸ Årsrapport 2021, Helsedirektoratet

²⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/>

³⁰ I flg. e-postkorrespondanse mellom NFF og SSB, sept.2022.

³¹ <https://www.laagendalsposten.no/lang-ventetid-pa-helsehjelp-om-jeg-far-time-i-mars-eller-mai-vet-jeg-ikke/s/5-64-1187065>

fysioterapeutitjenesten i kommunen. I klagen fremkommer det at det er svært lang ventetid på disse tjenestene, skriver Nye Troms³². På Straume i Øygarden kommune i Vestland fylke kan ventetiden for personer med langvarige plager på grunn av underliggende sykdom være på åtte til tolv måneder, skrev nylig lokalavisen Vestnytt³³.

I studien «Vondt å vente» fra 2018³⁴ fremkommer det at det er behov for å gjennomgå både fysioterapitjenesten i sin helhet og hver enkelt del av tjenesten for å redusere ventetid til fysioterapi. Det bør vurderes kapasitet i hver enkelt del av tjenesten, men også se på om det er behov for kvalitetsutvikling i tjenesten, både på systemnivå, organisering og innhold av tjenesten. Nye tiltak og endringer i tilbudet må samsvare med fysioterapeutenes funksjon i helsetjenesten, brukergruppens behov og kravet om å bruke ressursene der de kommer til best nytte.

Pasienter med økonomiske ressurser velger å benytte private helsetilbud, i stedet for å stå på venteliste, noe som er forståelig. Mangelen på offentlig finansierte fysioterapitjenester bidrar til fremvekst av et privat marked av autoriserte og ikke-autoriserte tilbydere av helsetjenester. Resultatet er imidlertid større sosial ulikhet i helse, da det å komme raskt til behandling svært ofte har betydning for forløpet. Er dette ønsket politikk?

Fremtidig behov for fysioterapeuter - framskrivninger

Både HELSEMOD 2019³⁵ (Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035) fra SSB og Helse-Norge 2040 fra Samfunnsøkonomisk analyse fra 2018³⁶ viser til kraftig økning i behov for fysioterapeuter.

SSB anslår veksten i etterspørsel etter fysioterapeuter vil øke med om lag 1700 årsverk frem til 2035. SSB opererer med tre alternative scenarier for fremtidig behov for fysioterapeuter:

Lavalternativ: 23 % (økning på 1500 årsverk)

Referansebane: 33.8 % (økning på 2300 årsverk)

Høyalternativ: 35.5% (økning på 2400 årsverk)

Samfunnsøkonomisk analyse anslår en enda kraftigere vekst i behovet for fysioterapeuter i sine fire scenarier for 2040. Anslagene herfra er såpass høye at det nok ikke er mulig å innfri, men analysene viser at det er behov for tydelige prioriteringer.

Muskel- og skjelettlidelser skaper utfordringer for velferdsbudsjettene

Kanskje ligger det litt utenfor kommisjonens mandat å se på pasientgrupper og deres behov for tjenester, men fordi nettopp muskel- og skjelettlidelser trekker så mye av velferdsbudsjettene, mener NFF det likevel er på sin plass å adressere dem her.

I tillegg til at dette er lidelser som rammer den generelle befolkningen, er dette også lidelser som i stor grad rammer helsepersonell – og som dermed bidrar til frafall fra et yrkesliv i helsetjenesten.

³² <https://nye-troms.no/klage-pa-lang-ventetid-hos-fysioterapeut/19.26953>

³³ <https://www.vestnytt.no/nyheter/i/5GP350/opptil-eitt-aar-aa-venta-paa-fysioterapi>

³⁴ <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/vondt-aa-vente-rapport.pdf>

³⁵ https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

³⁶ <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5bdf1881aa4a999c659fcee5/1541347464185/R1-2018+Helse-Norge+2040.pdf>

Beholde helsepersonell i tjenesten – se til arbeidsmiljøet

Ifølge NAV³⁷ hadde helse- og sosialtjenester det høyeste sykefraværet av alle næringer i 2020, med 8,3 prosent. I andre kvartal 2022 var tallet steget til 9,4 prosent. Helse- og sosialtjenester er også den næringen med flest tapte dagsverk, med nærmere 2,5 millioner tapte dagsverk i 4. kvartal 2020. Muskel- og skjelettlidelser er årsaken til flest tapte dagsverk i denne næringen, med 33,2 prosent. Det er en økning på 9,3 prosent fra 2019 til 2020. Tapte dagsverk grunnet psykiske lidelser blant ansatte innen helse- og sosialtjenester økte i samme periode med 6,5 prosent, og utgjorde 24,2 prosent av alle tapte dagsverk.

Sykefravær og frafall fra yrket er et stort problem for enkelte helsepersonellgrupper. Pleiemedarbeiderne, som innbefatter helsefagarbeidere/hjelpepleiere og ulike typer assistenter har høyest sykefravær, etterfulgt av sykepleierne.

Det er ikke tvil om at arbeidsmiljøet har betydning. Det være seg fysiske belastninger som tunge løft eller høye emosjonelle krav, rollekonflikter, ubalanse mellom jobbkrav og jobbkontroll og ubalanse mellom arbeidsinnsats og belønning. Pleie- og omsorgsarbeidere må ofte utføre løft i ubekvemme stillinger, sykepleiere har ofte en arbeidssituasjon preget av høye emosjonelle krav og har høy forekomst av rollekonflikter.

Krav-kontroll-modellen er en sentral og mye studert arbeidsmiljømodell som retter oppmerksomhet mot rammene rundt selve arbeidet og planleggingen av innholdet i arbeidet. Ifølge modellen får man vekst og utvikling i arbeidssituasjonen når den ansatte får moderat høye krav og utfordringer kombinert med varierte arbeidsoppgaver og muligheter for selv å styre egen arbeidshverdag. Når det gjelder konsekvensene for helse og frafall, må man først og fremst være oppmerksom på en arbeidssituasjon som kjennetegnes ved at den ansatte får høye krav, men i liten grad er med på å bestemme tempo eller innhold. Denne kombinasjonen av høye jobbkrav og lav jobbkontroll, er definert som en belastende arbeidssituasjon og har i flere systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser vist seg å øke risikoen for hjerte- og karsykdom, mentale helseplager, sykefravær og uførhet. Høye jobbkrav og lav jobbkontroll er særlig utbredt i helse- og omsorgsykker, og sykepleiere er de som rapporterer dette hyppigst (40 %).³⁸

Det er viktig at helsepersonell gjennom utdanningen blir rustet til å forstå, gjenkjenne og håndtere både fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøutfordringer. Det å legge til rette for medvirkning, forutsigbarhet og opplevelse av kontroll for arbeidstakerne er viktige forebyggende faktorer for å kunne mestre potensielt stressfulle hendelser.

Arbeidet som er igangsatt gjennom IA-avtalens bransjeprogram for sykehus³⁹ og sykehjem⁴⁰ er viktig.

Eksempelvis utgjorde sykefraværet i sykehus om lag 1 283 000 tapte dagsverk i 2018. Nær 30 prosent av de som oppgir langtidsfravær oppgir at dette helt eller delvis skyldes jobben. Sykehusansatte ligger også helt på topp på korttidssykefravær, hele 58 prosent oppgir at de har hatt minst ett fravær med egenmelding. Om lag 1 av 7 oppgir av dette fraværet oppgis å være helt eller delvis arbeidsrelatert, noe som er betydelig høyere enn for alle yrkesaktive⁴¹. Potensialet for å redusere

³⁷ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/liten-nedgang-i-sykefravaeret>

³⁸ Faktabok om arbeidsmiljø og helse, STAMI 2021

³⁹ <https://derskoentrykker.no/>

⁴⁰ <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/inkluderende-arbeidsliv-ia/ia-bransjeprogram/bransjeprogram-sykehjem/>

⁴¹ <https://derskoentrykker.no/kunnskapsgrunnlag/>

sykefravær og påfølgende frafall fra arbeidslivet er stort i sykehus – men det forutsetter at man retter innsatsen mot de arbeidsmiljøfaktorene som faktisk fører til sykefravær.

Vi er derfor opptatt av at lovverket som regulerer arbeidsmiljøet må oppjusteres betraktelig med hensyn til psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, slik det er gjort i Sverige og Danmark. Det fysiske arbeidsmiljøet er svært godt regulert i forhold.

Det må også legges til at fysioterapeuter har viktig kompetanse som er helt sentralt i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

Muskel- og skjelettlidelser

I første kvartal 2022 var det ifølge NAV 2 558 036 tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser.⁴² Dette utgjør nær 30 prosent av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær i Norge. Muskel- og skjelettlidelser koster samfunnet store summer hvert år i form av behandlingsutgifter, sykepenger, uføretrygd og andre trygdeytelser.⁴³

Mange mennesker med muskel- og skjelettplager og sammensatte lidelser har falt eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. NFF er bekymret for utviklingen for denne pasientgruppen, som har rett til nødvendig helsehjelp, og der tiltak som krever lite ressurser har stor forventet nytte, men som ikke blir prioritert fordi muskel- og skjelettlidelser normalt ikke kan kategoriseres som alvorlige i medisinsk forstand. I kommunene er det knapphet på fysioterapiressurser, og fysioterapeuter som har kapasitetsutfordringer, er pålagt å prioritere pasienter med alvorligere lidelser med hastekarakter. Det synes derfor som den store gruppen pasienter med muskel- og skjelettlidelser systematisk blir prioritert ned.

Skal vi fortsatt bygge og opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn er NFF ikke i tvil om at inkludering i arbeidslivet er avgjørende. NFF har i innspill til prioriteringsarbeidet som er gjort de siste årene løftet fram at nytteperspektivet bør få større plass i når prioriteringsnøkler utarbeides i kommunene. Her er det et stort potensial for kostnadsreduksjon og forebygging. Det vil være fornuftig å satse på helsetjenester som bidrar til å redusere sykefraværet som skyldes muskel- og skjelettlidelser. Igjen må vi nevne at fysioterapeuter er en svært sentral profesjon her.

Det er viktig å forebygge og behandle disse lidelsene så tidlig og på så lavt nivå som mulig, for å redusere belastningen på velferdsbudsjettene. Fysioterapeuter er sentrale i dette arbeidet, både når det gjelder å forebygge og behandle. I vedlegget til innspillet viser vi til noen av de helsefremmende og forebyggende tjenestene det er snakk om.

Med hilsen

Gerty Lund
forbundsleder
Norsk Fysioterapeutforbund

Elektronisk godkjent 30. september 2022

⁴² <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

⁴³ <https://www.menon.no/samfunnskostnader-knyttet-muskel-skjelettsykdom/>

VEDLEGG: Helsefremmende og forebyggende helsetjenester og tiltak

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Kommunene skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og sikre tilstrekkelig fagkompetanse. Tjenesten skal være tverrfaglig, derfor er det sterkt anbefalt at tjenesten bør være bemannet med fysioterapeut, i tillegg til lege og helsesykepleier. Selv om vi har sett en viss økning de siste årene, mangler det fortsatt om lag 500 fysioterapeutårsverk før vi når den anbefalte normeringen fra 2010⁴⁴.

På helsestasjonen har fysioterapeuter en viktig rolle når det gjelder å fange opp og foreslå tiltak for de barna som har utfordringer når det gjelder motoriske ferdigheter og utvikling. Fysioterapi er aktuelt ved kjente risikofaktorer, diagnoser som tilsier behov, sen eller avvikende bevegelsesutvikling, eller ved andre indikasjoner. Fysioterapeutens veiledningskompetanse overfor foreldre er også viktig, slik som å legge til rette for gode og allsidige bevegelseserfaringer, ansvaret for å etablere gode vaner med hensyn til aktivitet og kosthold etc.

Ifølge Nasjonalfaglig retningslinje for skolehelsetjenesten 5-20 år⁴⁵, skal også helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Skolehelsetjenesten er en viktig forebyggende tjeneste som kan bidra til økt helsekompetanse og en bedre fysisk og psykisk helse for barn og unge. Skolehelsetjenesten kan bidra til at ungdommene gjennomfører skoleløpet. Data fra HUNT viser at frafall fra skolen ofte henger sammen med helseutfordringer⁴⁶. Fysioterapeuten har mulighet til å dra på hjemmebesøk og bidra i tilretteleggingen for hva som skal til for å få eleven tilbake til skolen. I mange situasjoner opplever fysioterapeuten at vi er de eneste som drar hjem til elevene.

Særskilt skolehelsetjenestetilbud på videregående skole

I overgangen mellom ungdomsskolettrinnet og videregående skole er det svært mange som faller fra idretten uten at det erstattes med annen fysisk aktivitet. Dette er en svært sårbar periode i livet hvor det for mange betyr et mer stillesittende liv. Alle videregående skoler bør ha helsesykepleier og fysioterapeut som kan drive aktivt helsefremmende arbeid med undervisning og veiledning om kosthold og fysisk aktivitet.

Mange av elevene ved videregående skole har valgt yrkesfag og skal ut i et arbeidsliv hvor det å bruke kroppen på en best mulig måte vil hjelpe dem til å unngå muskel- og skjelettplager. Norge trenger håndverkere som klarer å stå i jobb til de når pensjonsalder.

Én time fysisk aktivitet i skolen hver dag

Vedtaket fra høsten 2017⁴⁷, der Stortinget ba regjeringen fremme sak for Stortinget om en ordning som sikrer elever på 1.–10. trinn minst én time fysisk aktivitet hver dag innenfor dagens timetall må følges opp.

Fritak for egenandel for ungdom 16–18 år - vil koste lite og bety mye

I 2017 ble sykdomslisten for fysioterapi fjernet. Sykdomslisten innebar at pasienter med om lag 100 forskjellige diagnoser ble fritatt fra å betale egenandel hos fysioterapeut. Etter bortfall av listen melder HELFO om at de tidligere sykdomslistepasientene i gjennomsnitt hadde færre pasientkontakter i 2017 enn i 2016. Den største reduksjonen i antall pasientkontakter finner man i

⁴⁴ <https://bit.ly/3CEGNxW>

⁴⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

⁴⁶ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074954>

⁴⁷ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=69702>

gruppen 16-18 år. Nedgangen var på 14,5 prosent⁴⁸. Nedgangen er bekymringsfull da det ikke er noen grunn til å tro at denne gruppen tidligere fikk fysioterapi uten at det virkelig var behov for det.

Ungdom er økonomisk avhengig av sine foreldre, samtidig som foreldrene ikke nødvendigvis har kunnskap om ungdommenes plager, fordi deres innsynsrett er begrenset. Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at ungdom ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi pga. familiens eller egen økonomi. Det er vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være høyere hos psykolog enn hos fysioterapeut.

Frisklivssentralen - en virkningsfull og undervurdert kommunal helsetjeneste

For å gi befolkningen flest mulige år med god helse, og for å spare samfunnet for store utgifter til helsevesenet, må det være et tydeligere fokus på å forebygge og hindre videreutvikling av ikke-smittsomme sykdommer. utfordringer som stillesittende liv, stress, røyking, høyt alkoholkonsum, dårlig kosthold, ensomhet, sosial ulikhet mv. kan være årsak til mange tapte leveår og dårlig fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Den er der pasientene og brukerne er. Målgruppen er de som har økt risiko for å utvikle – eller har utviklet – sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer, både somatiske og psykiske. I tillegg er frisklivssentralen en samarbeidspartner i sykefraværsoppfølgingen. Alle kommuner skal ha tilbud om forebyggende helsetjenester til befolkningen, og frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike tjenester på. Stadig flere kommuner etablerer frisklivssentral, og det er positivt, selv om veksten etter vårt synspunkt går for sakte.

Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste. Målt i årsverk er dette fortsatt en svært liten tjeneste, men det er ting som tyder på at det er en tjeneste som når mange som trenger hjelp, med relativt få ressurser. Det finnes flere studier som dokumenterer god effekt hos personer som har deltatt på ulike kurs og tilbud ved frisklivssentralene. Eksempelvis viser resultatene at oppfølging av fysisk aktivitet sammenlignet med bare rådgivning øker den fysiske aktiviteten i tiltaksperioden, og inntil tre måneder etterpå (endring av levevaner). Det viser seg at det kan være utfordringer med å få kommuner til å videreføre tilbudet om frisklivssentral når perioden med statlig etableringstilskudd tar slutt.

⁴⁸ Beklageligvis har vi ikke ferskere tall. Disse tallene ble publisert i Statsbudsjettet fra HOD i 2018 (s. 257)