

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 29. august 2022

## Innspill til regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse – Voksne og eldre

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) viser til tidligere innsendt innspill til opptrappingsplanen, som omhandlet barn og unge. Innspillet er vedlagt til orientering.

I del 2 av NFFs innspill vil vi først trekke frem noen tall som sier noe om viktigheten av at denne opptrappingsplanen lykkes, deretter vil vi si noe om hva fysioterapeuter kan bidra med i dette arbeidet, videre behov for kompetanse, kunnskap, tverrfaglighet og samhandling. Til slutt vil vi løfte frem henholdsvis kvinnehelse og eldre.

### Bakgrunn

Rundt 16-22 prosent av den norske befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder<sup>1</sup>. I 2021 var det 229 oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbygger og av 1000 konsultasjoner hos fastlege i 2021 dreide hele 351 av dem seg om psykisk sykdom eller lidelse, en økning på 5,4 prosent fra året før<sup>2</sup>.

45.000 nordmenn har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske lidelser og av disse er det 27 prosent som er sysselsatt<sup>3</sup>. 36 prosent av de uføretrygdede er trygdet på grunn av psykisk lidelse. Psykiske lidelser er nå landets dyreste sykdommer<sup>4</sup>. Ifølge en artikkel på psykologisk.no<sup>5</sup> koster psykiske lidelser Norge 280–290 milliarder kroner per år. Behandlingskostnadene utgjør bare 11-13 prosent av dette. Resten er indirekte kostnader, som tapt produktivitet, trygder og andre samfunnskostnader. En ungdom som blir uføretrygdet vil gjennom et livsløp koste samfunnet 15,9 millioner kroner<sup>6</sup>. Ingen sykdommer koster oss flere tapte friske leveår i arbeidsdyktig alder eller gir landet større helsetap.

De fleste psykiske lidelser debuterer i forholdsvis ung alder. Noen pasienter har symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomsalder. De fleste sykdomstilfeller debuterer innen 30-års alder. En oversiktsstudie antyder at om lag halvparten av alle tilfeller av psykiske lidelser blant voksne hadde sin debut i tenårene<sup>7</sup>. Dette er i tråd med funn presentert i tidligere nevnte artikkel på

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

<sup>2</sup> <https://www.ssb.no/helse/faktaside/helse>

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/13493/tableViewLayout1/>

<sup>4</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>

<sup>5</sup> <https://psykologisk.no/2022/06/en-svinesti-av-svikt-og-brutte-lofter-gode-rad-for-en-ny-opptrappingsplan-for-psykisk-helse/>

<sup>6</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=82663>

<sup>7</sup> [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

psykologisk.no<sup>8</sup>, som viser til at halvparten av de psykiske lidelsene debuterer før 15 års alder. To tredjedeler før 25 års alder.

Som så mange andre, er også NFF bekymret over de store ulikhetene som rapporteres når det gjelder helse i befolkningen. Psykisk helse er et av flere områder hvor man observerer sosiale helseforskjeller<sup>9</sup>. Tiltak som bidrar til utjevning av sosial ulikhet i helse må få høy prioritet – i alle sektorer.

Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen, eksempelvis alkoholpolitikk, tobakksskadeloven og vaksinasjonsprogrammer, har gitt oss en bra plassering på statistikken over forventet levealder. Tiltak som retter seg universelt til hele befolkningen, spesielt barna, kan redusere muskel- og skjelettlidelser og livsstilssykdommer – men også psykiske lidelser i fremtiden.

Det er den tidlige debuten, den sterke funksjonssvikten, frafallet fra utdanning og arbeid og de store trykdeutgiftene som står for de store kostnadene. Som i folkehelsepolitikken generelt må også sosial ulikhet og utenforskap adresseres i dette arbeidet.

***Fra vårt første innspill må vi derfor igjen understreke at opptrappingsplanen må svare ut behovet for et skikkelig krafttak når det gjelder prioritering av universelle helsefremmende og forebyggende tiltak for å demme opp for utenforskap, utjevne virkningene av sosial ulikhet og derved bidra til motstandskraft mot psykiske lidelser.***

## **Kroppen må få større plass i psykisk helse**

Videre mener NFF at kroppen må få en større plass i psykisk helse, og dermed også i opptrappingsplanen. Vi er opptatt av at opptrappingsplanen ikke skal bli en arena for profesjonskamp, men det er ikke til å komme forbi at fysioterapeuter har særlig kompetanse i å «oversette», avdramatisere eller normalisere smerter og kroppslige reaksjoner. Vi skaper forståelse for at «hode og kropp henger sammen» - at psykiske problemer kan gi seg utslag i smerter i kroppen og at kroppslige plager kan påvirke hvordan vi har det psykisk. Mange mangler dessverre denne kunnskapen. Fysioterapeuter kan bidra til økt helsekompetanse. Kroppen er en viktig innfallsvinkel – og en forutsetning for en helhetlig tilnærming innen psykisk helse.

Som i andre vestlige land preges sykdomsbildet i Norge i økende grad av sammensatte lidelser. Utallige studier dokumenterer at mange pasienter har flere helseproblemer samtidig – av både somatisk og psykisk karakter: Muskel- og skjelettplager, søvnvansker, fordøyelsesproblemer og lettere psykiske lidelser som angst og depressive symptomer. Fysioterapeuter møter pasienter med sammensatte lidelser både i kommunehelsetjenesten, på rehabiliteringssenter og i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med sammensatte lidelser kan oppleve å bli «kasteballer» i helsevesenet og mange opplever å aldri bli prioritert. Mange har ikke alvorlig nok psykisk lidelse til å bli utredet eller komme til behandling innen psykisk helsevern, selv om de sliter psykisk. De som har en kjent psykisk diagnose/problemstilling opplever på sin side at deres fysiske smerter ikke blir sett

---

<sup>8</sup> <https://psykologisk.no/2022/06/en-svinesti-av-svikt-og-brutte-lofter-gode-rad-for-en-ny-opptrappingsplan-for-psykisk-helse/>

<sup>9</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-barn-og-unge/betydningen-av-gode-oppvekstvilkar>

og forstått innen psykisk helsevern. Enkelte opplever at det rett og slett ikke er kompetanse til å se begge deler i et behandlingsforløp innen psykisk helsevern.

For at pasienter med sammensatte lidelser og psykiske lidelser skal bli møtt med den helheten tilstanden krever, må både kommune- og spesialisthelsetjenesten ha kompetanse til å samhandle om å ivareta denne pasientgruppen.

### **Kommunehelsetjenesten – samhandling, tverrfaglighet og kompetanse**

I vårt første innspill trakk vi frem hvor viktig helsestasjon og skolehelsetjenesten er i det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unge. For voksne har vi ikke tilsvarende universelle arenaer, men det er ikke tvil om at for voksne har arbeidet stor betydning for helse – og dermed blir arbeidsplassen en viktig arena.

Selv om det kanskje er utenfor rammene for opptrappingsplanen, men innenfor strategi for Arbeid og helse<sup>10</sup>, vil vi nevne som et tiltak at Norge burde ha et enda bedre regelverk når det gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet. Slik Sverige<sup>11</sup> og Danmark<sup>12</sup> har fått på plass. For å se arbeid og helse i sammenheng er noe NFF er opptatt av<sup>13</sup>. For å forebygge at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet må det på plass et bedre samarbeid mellom de aktuelle aktørene – og her kommer helsetjenesten inn. I den forbindelse vil vi trekke frem et prøveprosjekt Legeforeningen og NFF har igangsatt, et prosjekt i primærhelsetjenesten for å få til bedre samhandling rundt pasientene. Det såkalte «Knutepunktprosjektet».

Knutepunktprosjektet: Fastleger og fysioterapeuter representerer en unik kontinuitet i de fleste av landets kommuner når det kommer til helsehjelp. De to profesjonene har tradisjon for en viss grad av samarbeid og praksisen deres bygger i stor grad på samme verdigrunnlag og samme medisinske grunnforståelse. Denne felles forståelsen handler blant annet om å se hvert enkelt menneske som unikt, med sin livshistorie, sin kropp og at plager og smerter er en opplevelse i skjæringspunktet mellom biologi, psykologi og samfunn. Veiledning og behandling må derfor tilpasses individuelt og ta utgangspunkt i hver enkelt pasients totale livssituasjon. Fastleger og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten har en unik mulighet til å se pasientene i en sånn sammenheng. Imidlertid har det fra begge fagmiljø blitt ytret misnøye om dårlig informasjonsflyt, manglende epikriser og tilbakemeldinger. Knutepunktprosjektet, som er et kursopplegg, har ambisjoner om å bidra til å styrke et organisert samarbeide mellom allmennlege og fysioterapeut og kunne anvendes i hele landet.

Tverrfaglighet er ingen garanti for felles forståelse og virkelighetsoppfatning. Dersom ulike aktører tar hånd om ulike helseaspekt hos samme pasient - men har ulik oppfatning om problemstilling og behandling - kan oppfølgingen av pasienten bli lite samordnet. Når aktørene ikke kommuniserer med hverandre, kan de komme til å formidle ulike budskap til pasienten. Samme problemstilling kan få ulik vurdering, oppfølging og resultat. Veiledning og behandling må tilpasses individuelt og ta

---

<sup>10</sup> <https://bit.ly/3PXreEh>

<sup>11</sup> <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/>

<sup>12</sup> <https://at.dk/regler/bekendtgoerelser/psykisk-arbejds miljoe-1406/>

<sup>13</sup> <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Organisasjon/Faggrupper/Arbeids-og-folkehelse/Nyheter/Arbeid-og-helse-satsingsomraade-2020-2022>

utgangspunkt i pasientens situasjon. Undersøkelser og tiltak kan imidlertid variere avhengig av hvem pasientene kommer til. Det kan være frustrerende for pasienter når legen eller fysioterapeuten forteller at ryggplagene kan ordnes i løpet av kort tid mens den andre sier at dette er en ryggplage som hun eller han må finne seg i å leve med. Likeledes kan en manglende konsensus mellom fagpersoner og pasient føre til unødvendige utredninger og økt bruk av helsetjenester. Mange pasienter opplever å bli kateball i en runddans av henvisninger, utredninger og behandlinger, der aktørene ikke kommuniserer<sup>14</sup>.

Kursopplegget som ble finansiert av Helsedirektoratet, ble pilotert i Trondheim og Kristiansand og var organisert som 4-5 kurskvelder, der samhandling og kommunikasjon mellom ulike profesjoner og NAV var ett tema, et annet hovedtema var pasientkommunikasjon og det tredje temaet var mestringsorientert behandlingsfokus. Prosjektet er så vellykket at NFF mener det er aktuelt å bredde ut i hele landet. Dette er et svært rimelig tiltak og vi foreslår at dette kan være et av tiltakene i opptrappingsplanen, gjerne som et tilskudd kommunene kan søke om.

Psykomotorisk fysioterapi: Med pakkeforløp innen psykisk helsevern og korte behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, blir stadig flere henvist til kommunene for en mer langvarig behandling/stabilisering av sin psykiske tilstand. Dessverre er ventelistene flere steder uheldig lange og det er behov for flere fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse i kommunene.

Opptrappingsplanen skal ha vekt på mer nær og tilgjengelig hjelp. Mange kommuner tilbyr ikke psykomotorisk fysioterapi til sin befolkning. Resultat blir da at kommuner med psykomotorisk fysioterapi må ivareta andre kommuners pasienter og får ikke kompensert for «gjestepasienter» i sin kommune. Interkommunalt samarbeid om driftsavtaler for psykomotoriske fysioterapeuter hadde vært ønskelig å få på plass mellom kommuner som ikke har mulighet til å inngå egen driftsavtale med psykomotorisk fysioterapeut. Psykomotorisk behandling i grupper kan i mange tilfelle være et alternativ til en-til-en behandling, og noe som både vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt og egnet for å styrke den enkeltes evne til selv å ivareta sin fysiske og psykiske helse.

Frisklivssentralene: Frisklivssentraler skal fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. På frisklivssentralen legges det vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Tilbudene utformes slik at brukere kan delta uavhengig av helseutfordringer og diagnose. Frisklivssentralen kan benyttes som tidlig innsats for å forebygge sykdom og være et tilbud til personer i et behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringsforløp. Tilbudene ved frisklivssentralen er en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen.

NFF er en sterk tilhenger av lavterskeltilbudet som frisklivssentralene tilbyr og ser at de har en viktig rolle å fylle i den kommunale helsetjenesten. I 2018 var det 274 kommuner som hadde frisklivssentral. Målet må være at alle kommuner har et slikt tilbud. Fordi vi dessverre har sett at ved stram kommuneøkonomi står frisklivssentralene i fare for kutt fordi tilbudet ikke er lovfestet, har vi tatt til orde for at lovfesting kan være en løsning.

---

<sup>14</sup> JF. Astrid Woodhouse, i forbindelse med at hun mottok Smerteforeningens smertepreis for 2022.

### **Spesialisthelsetjenesten - BUP, DPS og psykiatriske poliklinikker**

Det er behov for en mer helhetlig oppfølging av barn og unge som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og voksne som henvises til voksenpsykiatrien. En stor andel av de som henvises til utredning og behandling i BUP og DPS har sammensatte plager der både fysiske og psykiske symptomer preger hverdagen. Dette er en pasientgruppe der fysioterapeuter, inkludert fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, kan spille en avgjørende rolle i behandlingstilbudet.

Fraværet av fysioterapeuter med spesialkompetanse utgjør en svakhet i det psykiske helsetilbudet i dag. Mange som mottar behandling i psykiatrien har underliggende somatisk sykdom og det er essensielt at spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern har kompetanse til å gjennomføre en somatisk kartlegging av disse pasientene.

Parallelt med behandlingen i spesialisthelsetjeneste følges mange av pasientene også av fastlege, men ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er ofte uklart definert. Pasientene opplever ikke sjelden å være kasterboller mellom de forskjellige behandlingsnivåene.

Det er behov for en mer helhetlig oppfølging av pasienter med sammensatte lidelser i spesialisthelsetjenesten. For å sikre at helheten i denne pasientgruppens helseutfordringer i større grad kan ivaretas innenfor samme instans, må det blant annet på plass flere fysioterapeuter.

Hvordan dette best kan løses, har vi ikke et klart svar på, men et tiltak kan være i form av å tilføye fysioterapeut med spesialistkompetanse i psykomotorisk fysioterapi i paragraf 4 i forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. En form for økonomisk insentiv kan også være aktuelt, gjerne sammen med klare nasjonale retningslinjer.

### **Unødvendige forsinkelser - henvisningsrett**

Psykomotoriske fysioterapeuter har spesialkompetanse i å utrede og behandle pasienter med psykiske og psykosomatiske lidelser, muskel- og skjelettplager og smerteproblemer, eller det som gjerne går innunder fellesbetegnelsen sammensatte lidelser. Som tidligere nevnt, har mange av pasientene forsøkt andre typer behandling før de kommer til psykomotorisk behandling. Dette kan ha gitt symptomlette en stund, men plagene kommer gjerne tilbake dersom behandlingen kun har fokusert på symptomene og ikke i tilstrekkelig grad har tatt fatt i sammenhenger mellom symptomer og pasientens situasjon og liv. Noen av disse pasientene er de såkalte «svingdørspasientene», som både helsevesenet og NAV står litt hjelpeløs overfor. Denne pasientgruppen, som av noen vil kunne oppleves som vanskelig å hjelpe, kan ha særlig nytte av psykomotorisk behandling.

Legen er en portvokter til velferdsgodene, som helsetjenester og trygdeytelser er. Selv om NFF hele tiden har uttrykt støtte til at fastlegen skal ha en slik rolle, erfarer fysioterapeuter at dette tidvis er en u hensiktsmessig arbeidsfordeling, og at dette kan forsinke prosessen for pasientene. Er det behov for bistand fra psykolog, BUP eller spesialisthelsetjenesten kan det være svært viktig for pasienten at hjelpen kommer så raskt som mulig. Det er viktig at adekvat behandling settes inn til rett tid, for blant annet å øke mulighetene for tilbakeføring til arbeid. En fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse vil kunne vurdere om pasienter med psykiske, psykosomatiske eller sammensatte lidelser og som har sammensatte behov, kan ha nytte av eller har behov for viderehenvisning. NFF tar derfor til orde for at psykomotoriske fysioterapeuter bør få henvisningsrett. Slik vi ser det vil ikke

henvisningsrett for psykomotoriske fysioterapeuter innebære en svekkelse av legens rolle, så lenge krav om epikrise fortsatt er gjeldende. Oppfordring om at fysioterapeuten sender kopi av henvisningen til fastlegen kan også være aktuelt, jf. praksis når barnevernet benytter sin henvisningsrett.

Et annet hensyn som taler for henvisningsrett er at det er behov for bedret samarbeid om denne pasientgruppen og henvisningsrett kan være et verktøy som nettopp kan bidra til økt samhandling mellom behandlere på langs og på tvers av helsetjenesten, det vil si mellom ulike behandlere i kommunehelsetjenesten, men også mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### **Offentlig spesialistgodkjenning er et gode for pasientene - styrker oversikt, kunnskap og tillit**

Helsepersonells kompetanse er avgjørende for kvalitet i tjenesten. I en rapport fra Helsedirektoratet<sup>15</sup> står det at: «Både kommunene Helsedirektoratet har vært i kontakt med, representanter fra spesialisthelsetjenesten og den store sykdomsbyrde tilsier at man trenger økt kapasitet og tilgjengelighet av fysioterapeuter med videreutdanning innen psykisk helse. Selv om utdanningskapasiteten med disse videreutdanningene ser ut til å øke noe framover, mener Helsedirektoratet at tilgjengeligheten på området bør økes. Det har vært stort fokus på å øke antallet psykologer i kommunene, men fysioterapeuter med videreutdanning innen psykisk helse kan også bidra. Dette fordrer at kommunene etterspør denne kompetansen og at stillinger blir opprettet».

I tillegg til at Helsedirektoratet mener at det er behov for flere fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse har direktoratet også tatt til orde for offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter<sup>16</sup>.

Overføringen av oppgaver til primærhelsetjenesten medfører mer selvstendige oppgaver for ulike yrkesgrupper i nært samarbeid med legene, også for fysioterapeuter. Dette fordrer en kvalitetssikring av kompetanse til de ulike yrkesgruppene. 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 og vil medvirke til standardisering av kompetanse gjennom felles krav som skal oppfylles for å få en spesialistgodkjenning innen en gitt spesialisitet. Med en offentlig spesialistgodkjenning vil både pasienter, brukere og arbeidsgivere være trygge på at aktuelle fysioterapeuter har den kompetansen som skal til for å kunne kalle seg spesialist.

## **Kvinnehelse**

### **Tiltak for god helsefremming og forebygging**

God oppfølging spesielt under graviditet og etter fødsel er sterkt samsvarende med kvinners psykiske helse. Hvis mors helse – både fysisk og psykisk – ikke blir kartlagt under og etter fødsel vil vi ikke kunne iverksette nødvendige tiltak og undersøkelser. Fysioterapeuter med kompetanse på kvinnehelse har de nødvendige verktøyene for kartlegging, undersøkelse, forebygging og

---

<sup>15</sup> <https://bit.ly/3AsOLXZ>

<sup>16</sup> Delutredning 1. Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper. Helsedirektoratet 01.02.12 og

behandling<sup>17</sup>. Mors psykiske helse har betydning for barnets oppvekstvilkår – og NFF sier derfor som professor emeritus i psykologi Arne Holte<sup>18</sup>: **Psykisk helse begynner i svangerskapet!**

Også i andre viktige livsfaser er kvinners helse viktig – spesielt når det kommer til åpenhet rundt tabubelagte områder som urin- og avføringsinkontinens, underlivs prolaps, vulvodyni, smerter under samleie, anorektal dysfunksjon og halebenssmerter. Svært mange av pasientene som kommer med smerter i bekkenbunnen har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Disse er ofte i en sårbar situasjon og krever spesielt kvalifiserte fysioterapeuter.

I puberteten og overgangsalderen er det store hormonelle endringer som kan skape psykisk ubalanse. Fysioterapeuter med spesialkompetanse på kvinner er godt rustet til å hjelpe kvinner i disse overgangene.

### **Tiltak for god og tilgjengelig hjelp**

Det viktigste tiltaket i dag er nok å utdanne og etterutdanne fysioterapeuter slik at de får den nødvendige kunnskapen om kvinners spesielle utfordringer. Formidling av at spesialutdannet fysioterapeuter har denne kompetansen må formidles til helsetjenesten, helsepersonell og den generelle befolkningen, slik at de kvinnene som har behov for det lett finner fram til den hjelpen de trenger.

Fysioterapeuter bør samhandle mer med helsestasjonen og NFF støtter Barseloppøret og enkelte helsepolitikere i at alle kvinner må få tilbud om time hos fysioterapeut etter fødsel.

### **Tiltak for å sikre et godt tilbud til de med alvorlige og sammensatte utfordringer**

Tverrfaglig samarbeid er svært viktig for både kvinner og menn som har alvorlige sammensatte utfordringer som f.eks. smerter i bekken/bekkenbunn. Jo større traumer og overgrep de har vært utsatt for, jo viktigere blir det at de møter et godt og samkjørt helsevesen som kjenner til hverandres kompetanse og som samhandler og samarbeider godt.

Erfaringsvis er økonomiske insentiver effektive og det kan derfor være hensiktsmessig å vurdere bruk av økonomiske initiativ for å øke den tverrfaglige tilnærmingen.

### **Eksempler på tiltak eller løsninger som fungerer godt**

I mange kommuner er det et godt samarbeid mellom helsestasjoner og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Det er også mange institutter som har gode henvisningslinjer og samhandling med gynekologer. Enkelte sykehus har bekkensentre som samhandler godt med fysioterapeuter med spesialisert kvinnehelsekompetanse. Enkelte sykehus videreformidler lister over kompetente fysioterapeuter til pasienter. NFF mener flere sykehus burde gjøre dette.

## **Eldre**

Kommunene tilbyr ulike typer helse- og omsorgstjenester. Mange kommuner bruker

---

<sup>17</sup> Se for eksempel [NFFs kurs «Fysioterapi før og etter fødsel»](#).

<sup>18</sup> <https://psykologisk.no/2022/06/en-svinesti-av-svikt-og-brutte-lofter-gode-rad-for-en-ny-opptrappingsplan-for-psykisk-helse/>

begrepet omsorgstrapp<sup>19</sup> for å plassere de ulike tjenestene i tiltakskjeden. Jo lenger til venstre (eller nede) i omsorgstrappa, jo bedre.

Eldre er en uensartet gruppe og det er store forskjeller mellom ulike grupper eldre med ulikt funksjonsnivå, men de har en viktig ting til felles – ønsket om å bevare de viktigste funksjonene så lenge som mulig. Vi ønsker å kunne spise selv, kle på oss, gå, og for øvrig klare oss selv så lenge som mulig. Dette gjelder også eldre som ikke klarer seg hjemme på egenhånd lenger. I aldersgruppen over 65 år er det omlag 70 prosent som ikke oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet. Andelen av dagen som brukes i ro er for høy. Eldre med liten funksjonsevne, har mye å hente på fysisk trening. Fysisk aktivitet har også klar og positiv effekt på den psykiske helsetilstanden. Og det organet som har aller størst utbytte av fysisk trening er hjernen. Til tross for den overbevisende kunnskapen om effekt av fysisk aktivitet brukes det i altfor liten grad som tiltak.

Norsk Fysioterapeutforbund har i flere år argumentert for at det er behov for et paradigmeskifte i eldreomsorgen – fra passiv omsorg til aktiv veiledning, behandling og rehabilitering. Det bidrar til at de eldre befinner seg så langt til venstre som mulig i omsorgstrappa. Fysioterapeuter vil være en ressurs når det gjelder kulturendringen fra passiv til aktiv tilnærming.

Videre vil vi understreke at arenaer som kombinerer sosiale møteplasser med fysisk aktivitet er særlig gunstig, da ensomhet er et økende problem for eldre. Fallforebyggende tiltak, som gruppetrening på frisklivssentral og på omsorgssentre må derfor på plass i alle kommuner.

Generelt vil hjelp til transport, følge og organisering være nødvendig for mange eldre og personer med demens for å komme seg til aktiviteten. For å opprettholde motivasjon og lyst til å delta i aktivitet over tid, vil det i tillegg være viktig å skape et inkluderende miljø som også gir sosial støtte.

Når det gjelder personer med demens har de selv framhevet behovet for mestring, men også for utfordring i forbindelse med aktiviteter. Tiltakene må tilpasses den enkelte og de lokale forholdene, og kan inkludere både samarbeid med frivillige, inngå i strukturerte dagaktivitetstilbud og ved korttidsopphold, i hverdagsrehabilitering og i andre grupper både i kommunal og privat regi. For å utvikle nye, gode tilbud til denne gruppen, ser vi det som nødvendig å tenke nytt og sannsynligvis utfordre oss selv på eksisterende måter å drive aktivitetstilbud på. For å få til gode tilbud, må både gruppetilbud og tilbud på individnivå utvikles. Samtidig er det viktig at det utvikles tilbud som er aktuelle for personer med demens i ulike stadier av demensutviklingen, slik at behovet for å være i fysisk aktivitet blir ivaretatt i overgangsfaser.

Sykehjem: I sykehjem har omtrent 80 % av beboerne en demenstilstand. Studier har vist at aktivitetsnivået er svært lavt, også hos beboere som kan gå. Disse personene er spesielt sårbare for funksjonstap, og tilrettelegging for fysisk aktivitet og tilbud om opptrening er derfor ekstra viktig. Inaktivitet og tap av fysisk funksjon fører til nedsatt livskvalitet, økt risiko for fall, brudd og depresjon. Dette fører til større omsorgsbehov og høyere utgifter til helsetjenester.

Personer med demens i sykehjem faller tre ganger så ofte som beboere i sykehjem som er kognitivt friske, og fallene fører ofte til alvorlige skader. Smerter og plager i muskler og skjelett bidrar også til lavere aktivitetsnivå og dårligere fysisk funksjonsevne, som igjen kan lede til en vond sirkel der man

---

<sup>19</sup> <https://bit.ly/3ReBWr6>, kapittel 5.



ikke beveger seg fordi det gjør vondt og man får mer vondt fordi man ikke beveger seg. Daglig fysisk aktivitet er nødvendig for å vedlikeholde fysisk funksjon og god psykisk helse.

Vennlig hilsen

Gerty Lund  
forbundsleder

Kari Bente Sørli  
seniorrådgiver

*Brevet er elektronisk godkjent 29. august 2022.*

Oslo, 27. mai 2022

### **Innspill til regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse – Barn og unge**

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) takker for muligheten til å komme med innspill, både muntlig i møtet den 13. mai og skriftlig. Vi gjør oppmerksom på at dette skriftlige innspillet kun gjelder barn og unge, som forbundets representanter trakk frem på innspillmøtet. Vi vil komme tilbake med ytterligere et innspill, som også innbefatter voksne, innen fristen 1. september.

I dette innspillet vil vi først si noe om hvorfor fysioterapeuter ønsker å bidra i arbeidet med regjeringens opptrappingsplan. Deretter vil vi gi innspill på spørsmålene statsråden stilte i invitasjonsbrevet.

#### **Hvorfor fysioterapeuter?**

Senere års kunnskap har beveget det medisinske fagfelt over i en mer helhetlig biopsykososial forståelse av helse. Dette innebærer blant annet at psykisk og fysisk helse må ses i sammenheng. Kroppen er en viktig informasjonskilde, ressurs og utgangspunkt for terapi, men dette har vært lite anerkjent og benyttet i psykiatri og psykisk helsevern.

Samtaleterapi alene kan ta oppmerksomheten vekk fra kroppen. Ved å fokusere på det som erfares gjennom berøring og bevegelser, kan nye forbindelser mellom forhistorie og nåværende situasjon skapes. Vi opplever også ofte at det er "ufarlig" for barn og unge å oppsøke fysioterapeut. Ofte kan de henvende seg for enkle problemstillinger, som for eksempel hodepine eller smerter i nakke/skulder. Over tid, når barnet er blitt mer kjent med fysioterapeuten, åpner det seg mer og problemene viser seg å være mer sammensatte.

Opptrappingsplanen må bidra til en endring slik at også kroppen og somatikken kobles på. En større tverrfaglighet må sikres. Og i den sammenheng har fysioterapeuter en viktig rolle, for som vi pleier å si: fysioterapeuter «kobler toppen med kroppen».

Vi opplever i dag at fysioterapitjenesten både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er svært underdimensjonert tatt i betraktning det økende antall barn og unge med psykiske og sammensatte problemer.

#### **Spørsmål 1: Hva er de viktigste tiltakene for å få til god helsefremming og forebygging?**

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet må starte tidlig. Både helsestasjon, barnehage og skolehelsetjeneste er viktige arenaer som opptrappingsplanen må vie oppmerksomhet og inneholde egnede tiltak.

#### **HELSESTASJON:**

Ifølge Nasjonale retningslinjer for helsestasjonen 0-5 år skal helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Det er viktig at både fysioterapeuter og helsesykepleiere trekkes inn i dette

arbeidet! Enkeltbarn blir fanget opp ved helsestasjonen. Tidlig innsats er en grunnpilar for barn som trenger individuell oppfølging.

I grupper på helsestasjonen møter foreldre andre foreldre i lignende situasjon der personalet, ofte i et samarbeid mellom helsesykepleier og fysioterapeut, bidrar til å styrke foreldrerollen. Gruppene handler i stor grad om normalisering av vanlige utfordringer og samtale rundt det som opptar foreldre knyttet til vekst og utvikling. Dette er viktig forebyggende arbeide og må videreføres og satses videre på i alle landets kommuner. Beklageligvis blir ikke dette arbeidet alltid prioritert i kommuner med stram økonomi, og NFF har mange ganger opplevd at slike stillinger står i fare for kutt.

- NFF mener at det har vist seg at det ikke holder at fysioterapeut er en «bør-tjeneste», men at fysioterapeuten må tilbake som en «skal-tjeneste» i helsestasjonsvirksomheten. Dette for å sikre den nødvendige faglige kompetansen.

#### BARNEHAGER:

Fysioterapeuten i kommunehelsetjenesten kan i langt større grad enn i dag benyttes for å bidra inn i arbeidet med å utvikle helsefremmende barnehager.

Ifølge de nye nasjonale faglige rådene<sup>20</sup> for fysisk aktivitet og stillesitting skal barn mellom 1 og 5 år være i fysisk aktivitet 3 timer per dag. Her kan fysioterapeuten bidra med veiledning og inspirasjon til barnehagene som i stor grad må legge til rette for fysisk aktivitet for alle barn, ettersom så mange barn tilbringer storparten av sin våkne tid i barnehagen.

Forskning viser at boltreplass ute var redusert med hele 12 kvm per barn for barnehager bygget etter 2006, sammenlignet med de som ble bygget før 1975<sup>21</sup>. Utviklingen som går i retning flere barn på mindre plass bekymrer oss, da dette nødvendigvis innebærer mindre rom til fysisk aktivitet og mindre plass til å kunne trekke seg tilbake alene, eller i mindre grupper.

- NFF mener barnehagene må være godt tilrettelagt for fysisk aktivitet og med lekearealer, både inne og ute. Dette vil stimulere barnas motoriske utvikling og bevegelsesglede. Dette må reguleres i lover og forskrifter, og da er det er ikke tilstrekkelig å stille krav til antall kvadratmeter. Fysioterapeuter kan med sin kompetanse bidra til å gi råd om universell utforming av inne- og utearealer.

#### SKOLEHELSETJENESTE:

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten 5-20 år, 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.

---

<sup>20</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge>

<sup>21</sup> <https://forskning.no/arkitektur-barn-og-ungdom-nmbu-norges-miljo-og-biovitenskapelige-universitet/sma-uteomrader-i-skoler-og-barnehager-skaper-bekymring/1625321>

Data fra HUNT viser at frafall fra skolen ofte henger sammen med helseutfordringer<sup>22</sup>. Annen forskning er også interessant i denne sammenheng<sup>23</sup>.

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.

Fravær fra skolen starter ofte med fravær i kroppsøvingstimer. Her er det viktig at fysioterapeut blir koblet på tidlig for å tilrettelegge for tilpasset kroppsøving. Det bør legges inn føringer for dette i Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten, sånn at det blir tydeligere at fysioterapeuten må kobles på her.

Fysioterapeuten i kommunehelsetjenesten kan benyttes i langt større grad enn i dag, og vi mener at det her finnes en uutnyttet eller uforløst ressurs i mange kommuner. Blant annet kan fysioterapeuten bidra med tiltak for mer fysisk aktivitet og bevegelsesglede i skolen, ufarliggjøring av «vondter», og andre forebyggende og helsefremmende tiltak som øker barnas helsekompetanse<sup>24</sup>.

Det finnes allerede mange tverrfaglige team mellom skole og skolehelsetjeneste, men i for liten grad er fysioterapeuten koblet på. Kanskje henger det sammen med manglende kunnskap om at kropp og psyke henger sammen, at det ikke er nok kunnskap om at fysioterapeuten med sin kroppslige innfallsvinkel ofte har lett for å komme i posisjon til å hjelpe ungdommene. Vi må hjelpe de barna som er “ferdig snakka”.

UTFORDRINGER: Det har vært stort fokus på å styrke skolehelsetjenesten de siste årene og det har blitt ansatt flere helsesykepleiere i landets kommuner. Nye stillinger for fysioterapeuter som jobber med barn og unge har imidlertid nærmest uteblitt. For å jobbe systematisk og tverrfaglig med forebyggende arbeid er det behov for flere barne- og ungdomsfysioterapeuter i landets kommuner. Slik det er nå, er det meste av tiden til fysioterapeutene brukt til kurativt arbeid. Skolehelsetjenesten må få tilført ytterligere ressurser, og midler til økt antall fysioterapeuter i tjenesten må sikres. Ifølge våre beregninger mangler det om lag 500 fysioterapeutårsverk i tjenesten for å oppfylle Helsedirektoratets anbefalte bemanningsnorm fra 2010 (0,7 fysioterapeut per 100 barn).

---

<sup>22</sup> <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074954>

<sup>23</sup> Bohman et al (2018) så i sin studie at svenske ungdommer med somatiske symptomer hadde økt risiko for å få psykiske helseproblemer som krevde innleggelse i psykiatrien som voksen. De hadde da justert både for kjønn, og depresjon og angst hos ungdommene.

Lien et al (2011) så på norsk ungdom og smerteplager som risikofaktor for psykiske plager. De konkluderte med at smerteplager blant ungdom bør tas alvorlig, og at man må være bevisst på komorbiditet og fremtidig utvikling av psykiske helseproblemer hos disse ungdommene.

Samme funn er støttet av internasjonal forskning (Rees et al, 2011, Batley et al, 2019). De kroppslige plagene som trekkes frem i disse studiene, er ofte plager som havner inn under benevnelser som sammensatte helseplager. Forrige uke publiserte Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom, 2021) nøkkeltall vedrørende barn og unges psykiske helse under Covid-19-pandemien.

<sup>24</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/nav-skolehelsetjenesten-ungdom/ungdommen-ma-ikke-sykeliggjores/112289>

Kommunale fysioterapeuter i små kommuner har ofte ansvarsområde fra 0-100 år. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet blir generelt lett bortprioritert grunnet mange individuelle henvisninger og potensiell inntekt til kommunen ved at de over 16 år betaler egenandel. Vi erfarer at når kommuneøkonomien blir trang, er det mange kommuner som kutter i stillinger som benyttes i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Derfor mener vi at det er behov for en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- NFF mener at et lett tilgjengelig lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten er, bør raskt på plass der den mangler og rustes opp der den ikke er tilstrekkelig og tverrfaglig bemannet.
- En bemanningsnorm må på plass og skolefysioterapeut må igjen bli en skal-tjeneste.

## **Spørsmål 2: Hva er de viktigste tiltakene for å få god og tilgjengelig hjelp?**

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI (BUP): Tatt i betraktning av hvor viktig det er å se kropp og psyke i sammenheng, er det skremmende og overraskende få fysioterapeuter i BUP. Per i dag finnes det kun 6 årsverk fysioterapeut i BUP på landsbasis.

Det er viktig med en mer helhetlig (biopsykososial) oppfølging av barn og unge som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien. En stor andel av barna som henvises til utredning og behandling i BUP har sammensatte plager der både fysiske og psykiske symptomer preger barnets hverdag. Dette er en pasientgruppe der fysioterapeuter med kunnskap om barn og unge, inkludert fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, kan spille en avgjørende rolle i behandlingstilbudet. Dette bør på plass i en nasjonal retningslinje for BUP. I Legeforeningens faglige veileder for BUP er behovet for fysioterapeuters kompetanse anbefalt<sup>25</sup>.

Fraværet av fysioterapeuter med spesialkompetanse er en svakhet i det psykiske helsetilbudet til barn og unge per i dag. Mange barn og unge som mottar behandling i BUP har underliggende somatisk sykdom og det er essensielt at spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern har kompetanse til å gjennomføre en somatisk kartlegging av disse pasientene. Parallelt med behandlingen i BUP følges mange av pasientene også av barnelege eller fastlege, men ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er ofte uklart definert. Pasientene opplever ikke sjelden å være kasteballer mellom de forskjellige behandlingsnivåene.

Mange fysioterapeuter opplever at barn og unge avsluttes fra BUP og overføres i større eller mindre grad til lokalt hjelpeapparat, med for store problemstillinger. Det ville vært svært hensiktsmessig for lokale fysioterapeuter å ha fysioterapeuter med spesialkompetanse på feltet å henvende seg til ved BUP for veiledning og støtte i kompliserte saker. Per i dag er det ikke-eksisterende samtidig som behovet er stort. Dette ville kunne bidra til bedre tilbud til disse barna.

EGENANDELER: 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 dessuten vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være høyere hos psykolog enn hos fysioterapeut.

---

<sup>25</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>

**HENVISNINGSRETT:** Fysioterapeuter med spesialkompetanse innen psykomotorisk fysioterapi må få henvisningsrett til BUP. Det vil forenkle veien inn til BUP for barn og unge med psykiske og psykosomatiske lidelser. Det vil da bli lettere å få tilgang til riktig behandling til rett tid. Forslaget vil bety forenkling og tidsbesparelse for både pasienten og helsetjenesten og det vil bidra til å fjerne unødig byråkrati og dobbeltarbeid i helsetjenesten. For pasientene kan det også bety en liten reduksjon i utgifter (jf. egenandel legebesøk).

Fastlegen er en portvokter til velferdsgodene, som helsetjenester og trygdeytelser er. Selv om NFF i støtter at fastlegen skal ha en slik rolle, erfarer fysioterapeuter at dette tidvis er en uhensiktsmessig arbeidsfordeling, og at dette kan forsinke prosessen for pasientene. Dette var NFFs hovedargument for utvidelsen av direkte tilgang, som trådte i kraft fra 2018. Det er ingen grunn til å anta at henvisningsrett for fysioterapeuter med spesialkompetanse vil innebære en svekkelse av legens rolle, så lenge krav om epikrise fortsatt er gjeldende.

Et annet hensyn som taler for henvisningsrett er at det er behov for bedret samarbeid om denne pasientgruppen. Henvisningsrett kan være et verktøy som nettopp kan bidra til økt samhandling mellom behandlere på langs og på tvers av helsetjenesten, det vil si mellom ulike behandlere i kommunehelsetjenesten, men også mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

**INFORMASJON:** NFF mener at det bør finnes bedre oversikt over tilbud og muligheter på kommunenes og skolenes nettsider. På skolenes nettsider er det ofte en oversikt over skolehelsetjenesten. Det er viktig at det her er opplyst om ansvarlig fysioterapeut ved skolen og kontaktinfo, i tillegg til helsesykepleier og andre aktører. Det bør vurderes om fysioterapeuter i større grad bør ha åpen dør på skolen på lik linje med helsesykepleier, både for tilgjengelighet for elevene og samarbeidet med skolens personale.

NFF mener at:

- Det må på plass flere fysioterapeuter i BUP. Nasjonal faglig retningslinje bør innbefatte dette.
- Det bør innføres fritak for egenandel for helsetjenester for ungdom mellom 16–18 år. Dette vil koste lite og bety mye.
- Fysioterapeuter må få henvisningsrett til BUP.
- Informasjon om eksisterende tilbud må tydelig fremkomme både på kommunenes informasjonssider, og når det gjelder skolenes nettsider.

### **Spørsmål 3: Hva er de viktigste tiltakene for å sikre et godt tilbud til de med alvorlige og sammensatte utfordringer?**

Tydelig og tilgjengelig skolehelsetjeneste: Jobbe for hjelp til selvhjelp og verktøy for å håndtere egen situasjon, på lavest mulig nivå i tiltakskjeden. Dvs. ikke "skape pasienter", men hjelpe dem der de er (skolen). Tilgjengelighet og ekspertise på feltet, særlig behov for fysioterapeut ansatt ved BUP, som kan ha spisskompetanse på feltet.

Det er behov for flere psykomotoriske fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten og i BUP.

Tydelige samhandlingslinjer, på samme måte som innen habiliteringstjenesten. Ved utviklingsforstyrrelser, vil fysioterapeut i 1. linjetjenesten vanligvis ta kontakt med fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) for veiledning om videre saksgang og tiltak ved

behov. Ved pasienter som har utfordringer innen psykisk helse, er det ingen klare linjer for hvor fysioterapeuten skal henvende seg for veiledning.

Dette kan illustreres med et eksempel:

Jente 16 år som er henvist fra helsesykepleier grunnet kneproblemer. Det kommer frem i samtale med fysioterapeut at hovedutfordringen er stress og prestasjonsangst ved presentasjoner på skolen. Eleven har tidligere hatt lang oppfølging i BUP (9 år) grunnet spiseforstyrrelser, men har avsluttet oppfølging i BUP. Ingen epikrise fra BUP foreligger.

Vi jobber med verktøy for stressmestring, bevisstgjøring av pust, finne roa etc. En dag har eleven tegn på selvskading. Hun sier selvskadingen gir en opplevelse av kontroll. Fysioterapeuten tar kontakt med skolepsykolog som har lite kapasitet, men kan ta en kartleggingsamtale etter noen uker. Her skulle fysioterapeuten ønske at det var mulig å kontakte fysioterapeut ved BUP, som kanskje hadde hatt spisskompetanse på feltet, kanskje kjennskap til saken fra før og noen å søke veiledning hos. Per i dag er det noe som mangler i oppfølgingssystemet her. I slike saker er det ikke gitt at det er greit å vente i flere uker med å få veiledning, samtidig som eleven selv kanskje ikke opplever problemet så stort at det er ønske om å søke hjelp fra andre enn fysioterapeuten. Dette kan bli en veldig ensom problemstilling å sitte med for fysioterapeuter i 1. linjetjenesten som i utgangspunktet er generalister, men med spesiell kunnskap om barn og unge.

Tverrfaglige team, der fysioterapeuten som har stor kjennskap om sammenhengen mellom kropp og psyke deltar. Ofte består slike team i for stor grad av pedagogisk kompetanse og mindre helsekompetanse.

Anerkjennelse av sammenhengen mellom kropp og psyke: Psykisk helse feltet må utvikle seg vekk fra at menneske er «stykkevis og delt» i psyke og soma.

#### **Spørsmål 4: Gi gjerne konkrete eksempler på tiltak eller løsninger dere mener fungerer godt.**

##### **Forslag:**

- Helsestasjonsgrupper i samarbeid med helsesykepleiere fungerer godt i mange kommuner.
- Arbeidsmetoden MEST i skolehelsetjenesten fra Trondheim kommune er en hensiktsmessig modell for helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen<sup>26</sup>
- Aktiv skole i Stavanger kommune<sup>27</sup>, der fysioterapeuter stimulerer til bruk av fysisk aktivitet som pedagogisk virkemiddel i ulike fag.
- Tilgang til psykomotoriske fysioterapeuter sånn at det er noen å henvise til ved sammensatte saker om tilrettelegging og lavterskeloppfølging ikke er tilstrekkelig. Dette krever flere hjemler for psykomotoriske fysioterapeuter.
- Tilrettelagt gruppebehandling for pasienter med sammensatte lidelser, for å avlaste en til en behandling.
- Tverrfaglige kommunale team, der fysioterapeuter er inkluderte, for å sikre god samhandling /overføring av pasienter som er i behov av videre tverrfaglig behandling og sette i gang gode tiltak.

<sup>26</sup> <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/mestalle/hva-er-mest-i-skolehelsetjenesten>

<sup>27</sup> <https://www.stavanger.kommune.no/naring-og-arbeidsliv/kunnskapsbyenStavanger/aktiv-skole---forsknings--og-utviklingsprosjekt/>

- Habiliteringstjenesten sin organisering og samhandling med kommunene fungerer godt og burde være en modell for hvordan BUP-systemet burde fungere. Per i dag er avstanden til BUP altfor stor, det er nesten ingen samhandling mellom kommunehelsetjenesten og BUP.

Vennlig hilsen

Gerty Lund  
forbundsleder

Kari Bente Sørli  
seniorrådgiver

*Brevet er elektronisk godkjent 27. mai 2022.*