



**HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET**  
Innspill til statsbudsjettet 2022

Vi håper med dette innspillet å bidra til en bedre helsetjeneste for våre pasienter.



## Innspill til statsbudsjettet 2022

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) etterlyser en mer helhetlig tenkning på tvers av departementene fra Regjeringens side. Det å investere i folkehelse og bærekraftige helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste, frisklivssentraler og habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene vil kunne gi reduserte utgifter hos Nav i form av reduserte utgifter til blant annet sykepenger, AAP og uførepensjon. Vi erkjenner at øremerkede midler ikke er et populært politisk tiltak, men NFF mener at øremerking er ett nødvendig tiltak for at kommunene skal satse mer offensivt innenfor disse områdene.

NFF anbefaler også at helsefremmende og forebyggende helsetjenester som frisklivssentraler lovfestes, da vi erfarer at forebygging ofte taper i de kommunale budsjettkampene. Videre mener vi at normering må på plass i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2022.

Det er nødvendig å prioritere en satsing på folkehelse og forebyggende helsetjenester som bidrar til å redusere behovet for behandling. Universelle folkehelseiltak, slik som fysisk aktivitet bidrar til å redusere risikoen for blant annet overvekt, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kreft. Dette er grupper som har vist seg å rammes hardt av covid-19. Det er grunn til å anta at god folkehelse gjør oss bedre rustet til å tåle slike pandemier. En bærekraftig helsetjeneste innebærer en prioritering av habilitering, rehabilitering, forebygging, læring og mestring, effektive og gode pasientforløp. Dette må gjenspeiles i statsbudsjettet.

### ***Norsk Fysioterapeutforbund anbefaler:***

#### **Økte midler til helseforetak og kommuner**

1. Norsk Fysioterapeutforbund mener at de økonomiske rammene for sykehusene og veksten i de frie inntektene til kommunene må økes for å møte pasientenes behov, sikre en bedre bemanning og utvikle helse- og omsorgstjenestene.

#### **Habilitering og rehabilitering**

2. Det er behov for å nedsette et offentlig utvalg som skal kartlegge og vurdere kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder dimensjonering, organisering og hvilke pasientgrupper som prioriteres ned og ut av tjenesten. Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten, som er tilpasset ulike kommuner.
3. Tilbudet om spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må opprettholdes.
4. Det må innføres en ny opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som fører til en faktisk prioritering og styrking av tjenesten, som kommer pasientene til gode.
5. Det må øremerkes midler til rehabiliteringstjenester og samhandling om pasientforløp og rehabilitering må få en egen plass i helsefelleskapene.

#### **Helsefremmende og forebyggende tjenester**

6. Det mangler i underkant av 500 fysioterapeutstillinger i tjenesten, derfor må det bevilges 380 millioner kroner øremerket til nye fysioterapeutstillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i en opptrappingsplan over tre år.
7. Det må avsettes nok midler til at én time fysisk aktivitet hver dag i grunnskolen kan gjennomføres i 2022. Midlene må sikre lærerne kompetansemidler og aktuelt utstyr til den enkelte skole.
8. Det er sammenheng mellom psykisk helse og plager i muskler og skjelett, og det må derfor være fokus på psykisk helse, også for barn og unge. Bevilgningene til program for folkehelsearbeid i kommunene må derfor økes betraktelig.

9. Det må settes av midler til en opptrappingsplan for frisklivssentraler. Det må lovfestes at alle kommuner må ha frisklivssentral innen 2025.

#### **Egenandeler for ungdom**

10. Fritak for egenandeler for helsetjenester, inkludert fysioterapi, for ungdom opp til 19 år må innføres.

#### **Arbeid og helse**

11. En egen nasjonal portal for henvisning til arbeidsrettede helsetiltak bør innføres.
12. Helse og arbeid-oppbyggingen i spesialisthelsetjenesten må få tilført tilstrekkelig med midler.

#### **ABE-reformen**

13. Det er svært bekymringsfullt at Arbeidstilsynets forebyggende arbeidsmiljøinnsats svekkes og at saksbehandlingstiden i NAV økes som følge av ABE-kuttene. De samme kuttene har vi sett i sykehussektoren, noe som har rammet både pasienter og ansatte. ABE-reformen må stilles i bero fra og med budsjettåret 2022 og inntil det foreligger en bred, kunnskapsbasert evaluering av konsekvenser for kvalitet og effektivitet i tjenestene.

#### **Kompetanse**

14. NFF mener at det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2022 til innføring og administrasjon av en offentlig spesialistgodkjenningsordning for fysioterapeuter.
15. Helseforetakene må få tilført midler til å støtte videreutdanning av fysioterapeuter, og det må opprettes ordninger en ordning med øremerkede kompetansemidler gjennom inntektssystemet til kommunene for å sikre systematisk kompetanseoppdatering blant helsepersonell.
16. Det er viktig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby og opprettholde gode kliniske videreutdanninger. NFF regner med at regjeringen følger opp vedtak nr. 16 fra Trontaledebatten om å gjennomgå finansieringskategoriene i høyere utdanning og at de helsefaglige utdanningene selvfølgelig inkluderes.
17. Det må også satses på helsefaglig doktorgradsutdanning og program for offentlig sektor-ph.d. må videreføres og styrkes.

#### **Andre tiltak**

18. Knutepunktmodellen innføres i flere kommuner. Helsemyndighetene må bevilge et tilskudd til kommuner som ønsker å gjennomføre et kursopplegg for fastleger og avtalefysioterapeuter.
19. Rådet for muskel- og skjeletthelse må få tilført midler på lik linje med Rådet for psykisk helse, som i 2021-budsjettet fikk bevilget 4.3 mill. kroner.
20. Oppkobling til Helsenettet må være kostnadsfritt for helsepersonell, og det må avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2022.

### **Bakgrunn for de ulike forslagene**

1: Innbyggernes helse- og omsorgstjenester er avhengig av en sterk kommuneøkonomi. Skal tjenestetilbudet opprettholdes på samme nivå, eller kvaliteten økes, må de frie inntektene økes utover den demografiske utgiftsveksten. Hvis ikke vil vi få ytterligere press på de allerede hardt pressede kommunale helsetjenestene, som vil innebære svekket behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende tiltak og omsorg til et stadig økende antall pasienter med mer sammensatte behov. Ifølge OECD-rapporten Health at a glance 2019, understrekes det at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer.

## Habilitering og rehabilitering

**2 og 3:** Stadig flere rehabiliteringsoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tjenestene skal ytes nær der pasienten bor. I prosjektrapporten rehabilitering i Nord-Norge står det at «I vår helseregion med mange små kommuner hvor det er kompetanseutfordringer i form av tilgang og stabilitet av fagpersonell, kan det by på utfordringer å tilby et bredt spekter av tilbud og likeverdige helsetjenester». I felles årsmelding fra landets pasient og brukerombud 2019, så beskrives rehabilitering som de hemmelige tjenestene. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er i dag på ingen måte likeverdige og tilbudet du får er avhengig av hvor du bor, noe som strider mot helsevesenets grunnverdier.

På generelt grunnlag spør derfor NFF hvorvidt det er hensiktsmessig og gjennomførbart at alle kommuner skal tilby like spesialiserte rehabiliteringstjenester. Liten befolkning tilsier få årsverk i helsetjenesten. Få årsverk gjør at kapasiteten til å ha og opprettholde spesialisert kompetanse på et bredt felt er mindre. Selv med god kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten vil den i mindre grad kunne bevares i hver enkelt kommune. Få årsverk gjør at fagmiljøet blir lite og sårbart; ferieavvikling og sykdom får store konsekvenser for innbyggernes rehabiliteringstjenester. NFF er opptatt av at innbyggerne skal få et rehabiliteringstilbud av høy kvalitet, med god kompetanse og som er likeverdig uavhengig av bosted og alder. For å få det til må lokale forutsetninger tas med i betraktningen når tilbudet skal organiseres og ansvarsområder fordeles.

NFF mener at det bør nedsettes et offentlig utvalg som kartlegger og vurderer habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, og inntil utvalget konkluderer må tilbudet om spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten opprettholdes. I dag ser vi at det også vil bli nødvendig å kartlegge hvor mange pasienter som ikke har fått sine behov for helsetjenester, habilitering og rehabilitering dekket fordi hensynet til smittevern og kapasitet i akuttmedisinen og sykehusene har vært viktigere. Vi er bekymret for at rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten bygges for raskt ned.

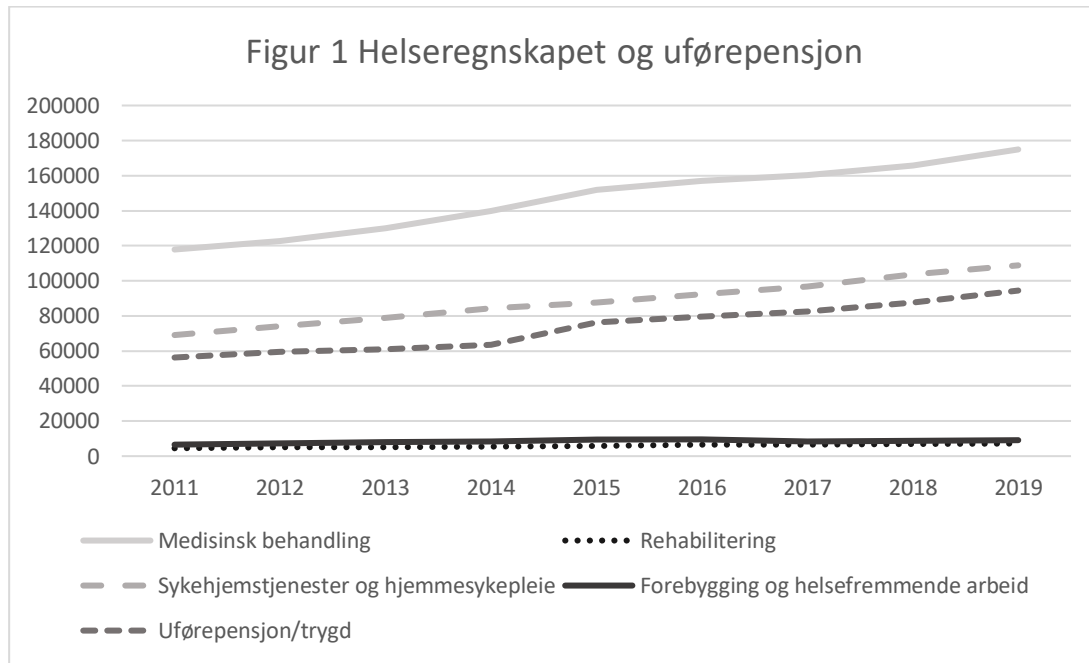
**4 og 5:** Mange får ikke den habiliteringen og rehabiliteringen de har krav på. Dette har vi påpekt en rekke ganger med bakgrunn iblant annet midtveisrapporten om opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Norsk Fysioterapeutforbund er av den oppfatning at opptrappingsplanen ikke har monnet. Den demografiske utviklingen, forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer og sykefravær krever en snuoperasjon i kommunene med styrking av tilbudet innenfor forebyggende helsetjenester, tverrsektorielt folkehelsearbeid, behandling og rehabilitering. NFF mener derfor at det må innføres en ny opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som fører til en prioritering og styrking av tjenesten, og som faktisk kommer pasientene til gode.

Bevilgningen til habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er de siste årene kraftig redusert til 151 443 millioner i budsjett for 2021 (programområde 10.30, kapittel 733). Vi ser at hovedvekten av disse midlene går til post 70, behandlingsreiser til utlandet. Det er et viktig tiltak for de som trenger det. Resultatet er imidlertid at nå når opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er avsluttet og en liten sum overført til kommunenes frie inntekter, så er det ingenting i HODs budsjett som påpeker viktigheten av å satse på habilitering og rehabilitering. Hverken i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten.

Vi ser at tilbudet er redusert i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det ikke er registrert en tilsvarende oppbygging i kommunehelsetjenesten, selv om vi nå snakker om årene under opptrappingsplanen. En overføring av habiliterings- og rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten kan ikke gjøres på en forsvarlig måte uten langt større bevilgninger enn hva vi har sett hittil.

Det må øremerkes midler til rehabiliteringstjenester og samhandling om pasientforløp. 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. Det er derfor på høy tid at vi etablerer finansieringssystemer, økonomiske rammer og organiserer og koordinerer tjenestene, samt utvikler kunnskap og holdninger, som bidrar til at alle får de habiliterings- og rehabiliteringstjenestene de har behov for. NFF mener derfor at det må sitte personer med rehabiliteringskompetanse sentralt i helsefelleskapene for å bidra med kunnskap for å igangsette en holdningsendring.



Figur 1 viser at mens utgiftene til medisinsk behandling, pleie- og omsorgstjenester og uførepensjon/uføretrygd har økt de siste årene, så har det ikke vært en tilsvarende økning i midlene benyttet til habilitering og rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid. Kilde: SSB tabeller 10454 og 10814 helseregnskapet.

### Helsefremmende og forebyggende tjenester

Kommunene har i mange år hatt et stort ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, noe som ble ytterligere understreket gjennom samhandlingsreformen. En av strategiene for å oppnå bedre folkehelse, som var ett av målene for reformen, var å forebygge mer. NFF mener at nå må det et skikkelig løft til – langt mer ressurser må legges i dette arbeidet for å holde befolkningen så frisk så lenge som mulig, for å redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer, hindre eller redusere sykefravær og legge til rette for at barn og unge får en god utvikling. Helsefremmende og forebyggende arbeid er nødvendig for å redusere den voksende ulikheten i helse og bidra til økt helsekompetanse i befolkningen. Og som nevnt i innledningen, også OECD mener vi ikke tar dette alvorlig nok.

**6. 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 leger og helsesykepleiere. Selv om vi er på rett vei når det gjelder bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, mangler det fortsatt om lag 500 fysioterapeutårsverk før vi når den anbefalte normeringen fra 2010. NFF har erfart at når kommunene har trang økonomi, som de har nå, kutter de i stillinger som ikke er skal-tjenester. Det er svært uheldig at det kuttes i fysioterapeutårsverk i en tjeneste som allerede i utgangspunktet er underbemannet, derfor mener NFF at det i helsestasjon og skolehelsetjenesten må være pålagt med fysioterapeut. Vi mener også at et normkrav må på plass.

**7. Én time fysisk aktivitet i skolen hver dag:** Vedtaket fra høsten 2017, 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. Selv om forslaget ikke innebærer en utvidelse av dagens timetall, så vil det likevel ha kostnader knyttet til seg, eksempelvis til utstyr, utbedring av uteområder, kursing og etter- og videreutdanning av lærere mv. Derfor må det settes av midler til dette i budsjettet for 2022.

**8. Program for folkehelsearbeid:** Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunalt utviklingsarbeid og implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene. Norsk Fysioterapeutforbund er enig i programmets målsetting, som er å bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet, og støtter at barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Jo tidligere i livsløpet vi legger inn innsatsen, desto mer får vi igjen for pengene. Vi støtter at programmet blir evaluert, men stiller oss spørrende til at det ikke evalueres av en ekstern aktør.

**9. Frisklivssentraler:** 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. Målgruppen er de som har økt risiko for å utvikle – eller har utviklet – sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. I tillegg er frisklivssentralen en samarbeidspartner i sykefraværsoppfølgingen. Stadig flere kommuner etablerer frisklivssentral, og det er positivt, selv om veksten etter vårt synspunkt går for sakte. Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste, og det er krav til at lederen skal ha helsefaglig bakgrunn. Målet 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 etableringstilskudd fra Fylkesmannen tar slutt.

Satsingen på frisklivssentraler må opprettholdes, og det må være et mål at alle kommuner har frisklivssentral. Dette må gjenspeiles i statsbudsjettet for 2022.

**10. Fritak for egenandel for ungdom 16–19 år:** I 2017 ble sykdomslisten for fysioterapi fjernet. Sykdomslisten innebar at pasienter med om lag 100 forskjellige diagnoser slapp 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 gruppen 16-18 år. Nedgangen er på 15,7 prosent. 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.

Samtidig ser vi at barn, 13-14 år, som tidligere ikke var på sykdomslisten økte antall pasientkontakter med 46,8 % fra 2016 til 2017 da det ble innført egenandelsfritak for denne gruppen.

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. Norsk Fysioterapeutforbund anbefaler derfor på det sterkeste at ungdom under 19 år må fritas for egenandeler til fysioterapibehandling og andre helsetjenester.

## Arbeid og helse

**11. Søknadsportal.** Når behandlere skal henvise til arbeidsrettede helsetiltak i spesialisthelsetjenesten opplever mange at tilbudene er uoversiktlige og at de stadig endres. Det er vanskelig å vite hvilke muligheter som finnes, forskjellene på de ulike tiltakene, og hvorvidt det skal søkes regional vurderingsenhet eller den enkelte virksomhet. En felles søknadsportal kan bidra til å løse dette problemet.

**12. Helse og arbeid**-oppbyggingen i spesialisthelsetjenesten etter bortfallet av «Raskere tilbake midlene» må få tilført tilstrekkelig med midler slik at hensikten med tiltaket, som er å bidra til at de som står i fare for, eller som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole på grunn av muskel- og skjelettplager eller psykiske helseplager kommer tilbake til arbeid, utdanning eller skole. Det viktigste arbeidet på dette området må likevel foregå i den kommunale helsetjenesten, helseforetakene skal primært være avklaringspoliklinikk hvis kommunehelsetjenesten har behov for bistand til å avklare.

**13. ABE-reformen:** Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen som ble innført fra 2015, har betydd at alle statlige virksomheter, sykehus, universiteter, høyskoler og forskningsinstitusjoner har fått kutt i bevilgningen på mellom 0,5 og 0,8 prosent hvert år. I perioden 2015-2020 vil de akkumulerte kuttene redusere utgiftsnivået med 12 mrd. kroner målt i 2020, noe som tilsvarer lønnskostnader til over 15.500 årsverk. Kuttene rammer tjenestene hardt, og dette har gått ut over kvalitet på tjenester. Vår erfaring er at kuttene ikke kommer på toppen, men helt ytterst i organisasjonene, der tjenestene faktisk leveres. Stillinger står ubesatt og arbeidsbelastningen til de ansatte øker. Bemanningen står ikke i forhold til tjenestene som skal leveres. Dette er også et av de tydeligste funnene i Fafo-rapporten om ABE-reformen fra 2019, der tre av fire spurte oppgir negative effekter på arbeidsmengden. Dette merker fysioterapeuter på pasientene våre – og fysioterapeutene som arbeider i sykehus og i statlige institusjoner som Arbeidstilsynet og Nav mv. er også negativt påvirket av kuttene.

Effektiviserings- og produktivtetsarbeidet i offentlig sektor burde vært gjennomført i samarbeid med de ansatte, og vært bygd på tillit og trygghet. Det burde også vært slik at byråkratiet på toppen av organisasjonene tok sin del av effektiviseringen, noe vi stiller oss tvilende til at har blitt gjort. Vårt inntrykk er også at med reformen har medført økte rapporteringskrav, som igjen betyr flere arbeidsoppgaver.

Store og viktige etater og sektorer har blitt rammet av betydelige kutt som må tas ut i færre ansatte. Erfaringer fra andre land viser at en slik type reform kan være effektiv i kort tid, men ikke som et prosjekt over mange år. Vi savner en grundig evaluering av reformen.

## Kompetanse

**14. Offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter:** Pasientene som skal få et tilbud i kommunehelsetjenesten har mer komplekse og krevende behov nå enn tidligere. Dette innebærer et økt behov for intensiv opptrening og tverrfaglig rehabilitering i kommunene. Dette får betydning for kompetansebehov, kapasitet, roller og ansvar for helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Vi mener underdekningen av helsepersonell og mangelen på helsepersonell med spesialisert kompetanse er en av de største kvalitetsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fremover.

Departementet har med krav om spesialisering tydelig signalisert at fastlegene er en viktig yrkesgruppe i kommunene. Med spesialistgodkjenning for sykepleiere med masterutdanning i

avansert klinisk allmennsykepleie er også betydningen av sykepleieres kompetanse signalisert. Det er helt nødvendig for helsetjenestens bærekraft at kommunene styrker fysioterapitjenesten for å øke det forebyggende og helsefremmende arbeidet og øke innsatsen og fokuset på habilitering og rehabilitering for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Mestring og funksjon må prioriteres foran kompenserende tiltak.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at et særdeles velegnet verktøy for kvalitetssikring av fysioterapitjenesten vil være å etablere en offentlig spesialistgodkjenning. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2022 til innføring og administrasjon av en slik godkjenningsordning for fysioterapeuter.

**15 og 16. Etter og videreutdanning.** Kompetansereformen Lære hele livet adresserer, etter det vi erfarer, i alt for liten grad behovene for livslang læring hos helsepersonell og andre yrkesgrupper med kontinuerlige behov for å oppdatere sin kompetanse. Tiltak som bidrar til å opprettholde kompetansen hos de som yter helse- og velferdstjenester er vesensforskjellige fra tiltak rettet mot personer som trenger kompetanseheving eller omskolering for å kunne bli i arbeidslivet. 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. Evnen til å finansiere tilstrekkelige investeringer i kompetanse for å holde tritt med den teknologiske utviklingen vil derfor være avhengig av statlige tilskudd. Blant potensielle nye ordninger er sektoren selv mest positiv til en ordning med øremerkede kompetansemidler gjennom inntektssystemet.

Fysioterapeutene og lederne deres er svært opptatt av kompetanse, men lederne forteller oss at det ikke er tilstrekkelig med midler for å innvilge alle søknadene om kompetanseheving og medlemmene våre forteller oss at tilbudet innen etter- og videreutdanning ikke er tilstrekkelig for å dekke behovene. Som helsepersonell kreves det av oss at vi yter forsvarlige helsetjenester. Forsvarlighetskravet innebærer en plikt til å holde seg faglig oppdatert, og kjenne til faglige anbefalinger og retningslinjer så vel som gjeldende lover og regler. Å være faglig oppdatert er et kontinuerlig arbeid som må gjøres i samarbeid med arbeidsgiver og ved kollegaveiledning. NFF forventet derfor at Kompetanseløft 2020 skulle følges opp av et Kompetanseløft 2025, for å sikre kompetansen innen helse, habilitering og rehabilitering og teknologi. Dessverre er Kompetanseløft 2025 bare en konstruksjon av eksisterende ordninger, ikke en reell ny satsing. NFF krever derfor et tverrfaglig tilskudd på 500 mill. kroner som skal sette kommunene i stand til å følge lovkravet til kompetanse.

NFF er også bekymret for at kuttene i grunnbevilgning til Folkehelseinstituttet har bidratt til at Helsebiblioteket nå har et dårligere tilbud, det er nylig meldt om at mer enn 4500 faglige tidsskrift må kuttes. Tilgang til internasjonalt anerkjente tidsskrifter er svært viktig for at helsepersonell skal kunne holde seg faglig oppdatert, slik de er pålagt å være. De nasjonale avtalene som Helsebiblioteket har inngått har avlastet og gjort det billigere og mer effektivt for både helseforetak, universiteter og det enkelte helsepersonell.

Det er etter hvert etablert en rekke masterutdanninger i Norge, dels teoretisk rettede, dels klinisk/praktisk rettede. De aller fleste av disse er med stort hell tilknyttet institusjonene som allerede har en bachelorutdanning. Den tette forbindelsen mellom bachelor- og masterutdanninger og forskningsmiljøene, bidrar til kunnskapsbaserte utdanninger, til gjensidig faglig utvikling og kunnskapsutvikling mellom utdanningsnivåer, og til tett forbindelse mellom forskning og praksis. Vi mener det er viktig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby gode kliniske mastergradstudier, eksempelvis masterutdanningen i manuellterapi ved Universitetet i Bergen. Opprettelsen av flere videreutdanninger har vært initiert og finansiert av Fond



til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, nettopp fordi vi prioriterer kompetanse. Dette bør nå være et statlig ansvar.

**17. Ph.d.** NFF mener at programmet offentlig sektor ph.d. må videreføres og utvides. Programmet er essensielt for å øke kompetanse blant klinikerne og for å bygge broer mellom klinisk hverdag og akademia. Innen fysioterapi er det essensielt nå siden prosjektet Fysioprim er faset ut. Nettopp slike samarbeid mellom arbeidshverdagen i kommunene og forskningen var en av hjørnesteinene i satsingen.

Videre må det også satses på helsefaglige doktorgradsutdanninger og kvalifiseringsløp. Fysioterapiutdanningen kan ikke opprettholdes på et så høyt kvalitativt nivå uten at det satses på rekruttering av undervisningspersonell med tilstrekkelig kompetanse på doktorgradsnivå.

## **Andre tiltak**

**18. Knutepunktmodellen.** Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og NFF har 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 størst potensiell nytte, får behandling.

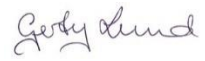
Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter må delta i et oppstartprogram med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer. Det bør også legges til rette for felles konsultasjoner mellom pasient, fastlege og fysioterapeut. Og fastlege og fysioterapeut må ha jevnlig møter om felles pasienter. Modellen bygger på Fysioprim-prosjektet «Samhandlende team i primærhelsetjenesten» ved fysioterapeutene Lars Furan og Torgrim Tønne.

**19. Rådet for muskelskjeletthelse.** Rådet for muskelskjeletthelse er en paraplyorganisasjon som samler aktører, både profesjonsforbund og pasientforbund, som arbeider for eller er opptatt av en bedre muskelskjeletthelse. Rådet fremmer tiltak for forebygging og behandling av muskelskjelettskader, -sykdommer og -plager. Disse lidelsene er den største årsaken til sykefravær og den største årsaken til uførhet for kvinner og er vår største og mest kostbare folkehelseutfordring. Det spesielle med muskelskjelettplager er at den store kostnaden ligger utenfor helsevesenet. Det er med andre ord ikke behandling og rehabilitering, men den store sykdomsbyrden i form av ikke-dødelig helsetap – nedsatt livskvalitet, arbeidsevne og uførhet – som koster. Mye kan spares gjennom forebygging, riktig behandling til riktig tid og satsing på rehabilitering. Rådet for psykiske lidelser, som er en tilsvarende paraplyorganisasjon for psykisk helse fikk i 2021 bevilget 4.3 mill. kroner gjennom statsbudsjettet, det samme bør Rådet for muskelskjeletthelse også få, for å bidra i det nasjonale arbeidet med å øke kunnskapen om disse lidelsene, bedre forebyggingen og behandlingen/rehabiliteringen av disse pasientene.

**20. Oppkobling til Helsenet:** Samhandlingsreformen slo fast at man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Men det er også viktig med god samhandling mellom eksempelvis fastleger og avtalefysioterapeuter. For å sikre god kommunikasjon og samhandling må vi ha velfungerende kommunikasjonsverktøy. Gjennom forhandlinger med staten og KS fikk fysioterapeutene gjennomslag for at myndighetene må ta et økonomisk ansvar for at helsepersonell skal kunne koble seg opp til Helsenet, men dette gjaldt kun frem til 31. juni 2017. Etter den tid har fysioterapeutene selv finansiert oppkoblingen. NFF mener at dette innebærer er en uforholdsmessig høy kostnad for den enkelte fysioterapeut. Vi foreslår

derfor at oppkobling til Helsenettet skal være kostnadsfritt for helsepersonell, og at det avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2022.

Med vennlig hilsen

A handwritten signature in cursive script that reads "Gerty Lund".

Gerty Lund  
forbundsleder  
Norsk Fysioterapeutforbund



*«Vi håper med dette å bidra til å forebygge at mennesker faller ut av arbeidslivet, at mennesker med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid, og at de som faller ut av arbeidslivet på grunn av helseplager kommer tilbake til arbeid».*

Gerty Lund, forbundsleder



ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENTET

Innspill til statsbudsjettet 2022

## Innspill til statsbudsjettet 2022

### Arbeid og helse som eget fagfelt

Det er solid vitenskapelig dokumentasjon på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse, sykefravær og frafall. I de fleste tilfelle er arbeid en kilde til god helse, men det er også dokumentert at arbeid kan være en kilde til skade og sykdom.

Det er en grunnleggende forutsetning at det må være sammenheng mellom systemene rundt individet. Det vil si at Nav, helsetjenesten, arbeidstaker og arbeidsgiver må samarbeide både tett og tidlig i et sykefraværsløp. Myndighetene må finansielt og organisatorisk legge til rette for at et slikt samarbeid lar seg gjennomføre. Dette innebærer også at samarbeidet mellom de ulike departementene og underliggende etater må være godt på dette området.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider med å videreutvikle arbeid- og helseområdet som fagfelt. Som et ledd i dette arbeidet, har direktoratene utarbeidet en felles strategi. Det er opprettet et nasjonalt fagråd for arbeid og helse, og felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse forventes komme på plass i 2021. Samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet må fortsette i 2022, fordi tette skott mellom disse to sektorene fører galt av sted og vi risikerer både dobbeltarbeid og kronglete forløp. Samarbeid, klare roller og avklaring av finansieringsansvar i dette arbeidet er viktig og vi håper vi får se mer konkrete resultater av samarbeidet i 2021 og 2022.

### Forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid

#### Bedriftshelsetjenesten (BHT)

BHTs oppgave er å bistå virksomheter i det forebyggende helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet etter arbeidsmiljøloven. BHT er derfor en viktig bidragsyter i virksomhetenes arbeid med å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer, plager og skader, samt frafall fra arbeidslivet på grunn av langtidsfravær og uførhet. For å utføre dette oppdraget må tjenesten være kunnskapsbasert og ha tilstrekkelig kompetanse.

BHT har et viktig samfunnsoppdrag, og det er mye som fungerer godt ved dagens BHT-ordning. For å bli godkjent må derfor BHT etter vårt synspunkt som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut, sykepleier og yrkeshygieniker. Vi mener videre at 30 prosent stilling, som er kravet i dag, ikke er tilstrekkelig til faglig fordypning og utveksling med andre i BHT eller innen samme faggruppe.

#### NFF mener:

- En myndighetsstyrt obligatorisk godkjenningsordning av BHT må bestå. Og for å bli godkjent må BHT som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut, sykepleier og yrkeshygieniker.
- Vi mener videre at 30 prosent stilling, som er kravet i dag, ikke er tilstrekkelig til faglig fordypning og utveksling med andre i BHT-en eller innen samme faggruppe. Minstekravet til stillingstilknytning for å bli godkjent som BHT som hovedregel bør økes fra 30 prosent til minimum 50 prosent.
- Det må stilles krav til etter- og evt. videreutdanning for å jobbe i BHT.
- På bakgrunn av at en så stor andel av sykefraværet skyldes arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager og lidelser, mener Norsk Fysioterapeutforbund at det bør vurderes om flere virksomhetsgrupper skal være tilknyttet BHT.

- En tydeliggjøring i lovverket av kjernevirksomheten til BHT bør på plass. Dette vil bidra til å synliggjøre overfor bedriftene hva BHT er og hva tjenesten kan bidra med når det gjelder både kvalitet og kompetanse.
- Også små risikoutsatte virksomheter må være omfattet av BHT-plikten, og vi er positive til at særskilte tiltak for de små virksomhetene vurderes. Både økonomiske støtteordninger og egen arbeidsmetodikk kan være aktuelle tiltak.
- NFF mener at det bør innføres en rapporteringsplikt der BHT skal dokumentere både kundeforhold og gjennomført risikovurdering. Dette vil gi tilsynsmyndighetene en bedre oversikt over hvorvidt og hvordan arbeidsmiljøarbeidet gjennomføres i den enkelte virksomhet.

### **Fysisk aktivitet i arbeidslivet**

WHO løfter frem arbeidsplassen som en viktig arena for å utøve fysisk aktivitet, der det er mulig å nå alle yrkesaktive, uavhengig av sosiale forskjeller. Både fysisk aktivitet og sosiale ulikheter i helse er sentrale satsningsområder i folkehelsearbeidet.

En forutsetning for at arbeidsplassen kan bidra positivt i folkehelsearbeidet, er at det ikke går på bekostning av det systematiske arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Det forebyggende arbeidet må prioriteres, og det helsefremmende arbeidet må styrkes.

I rapporten "Foresight on new and emerging occupational safety and health risks associated with digitalisation by 2025 European Risk Observatory" blir det redegjort for hvordan arbeidslivet bidrar til mer fysisk inaktivitet. Stillesitting og inaktivitet er som kjent en av de store risikofaktorene for sykdom som hjerte- og karlidelser, kreft, muskel- og skjelettplager, diabetes med mer. Noen hevder at det er den enkeltes ansvar å sørge for å ta vare på egen helse, blant annet gjennom tilstrekkelig fysisk aktivitet. Norsk Fysioterapeutforbund mener at fordi mennesker tilbringer så mye av sin tid på jobb, og at arbeidslivet bidrar til fysisk inaktivitet bør arbeidslivet tilby fysisk aktivitet tilpasset arbeidsoppgaver og arbeidstaker. Partene i arbeidslivet må sammen finne de konkrete løsningene basert på den evidens som foreligger, og i vitenskapelig litteratur finnes det nok av tiltak med dokumentert effekt, som umiddelbart kan implementeres. «Smart mosjon i arbeidslivet», er en modell som er utviklet for å tilrettelegge for hensiktsmessig fysisk aktivitet utfra hvilke eksponeringer arbeidstakerne er utsatt for.

Fysisk aktivitet tilpasset arbeidsoppgaver og den enkelte arbeidstaker er både forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid.

### **NFF mener:**

- Det bør bevilges midler til fysisk aktivitetstiltak som kan bidra til at virksomheter utvikler og tester løsninger som er skreddersydd ulike bransjer og næringer, og som tar utgangspunkt i eksponeringer i arbeidet.

### **Funksjonshemmede i arbeid**

Arbeidskraftundersøkelsen for funksjonshemmede fra 2018 viser at 43,9 prosent av de funksjonshemmede er i arbeid, mens 74 prosent av befolkningen i alderen 15-66 år var i arbeid. Langt flere enn de 43,9 prosentene som er i arbeid, ønsker å komme i arbeid. Halvparten av de som er i arbeid, har fått arbeidssituasjonen sin tilpasset, noe som innebærer en økning. Og det er positivt.

Jo høyere utdanningsnivå man har, jo større er sannsynligheten for å være i arbeid. Funksjonshemmede har imidlertid gjennomgående lavere utdanning enn andre. Lav eller avbrutt utdanning eller opplæring er den klart største risikofaktoren for å havne utenfor arbeidslivet. Det er stor forskjell i sysselsetting ut ifra både type og grad av funksjonsnedsettelse. Grad av funksjonsnedsettelse spiller en betydelig rolle i overgangen fra utdanning til arbeid.

Det er særlig personer med større funksjonsnedsettelse som har størst problemer med å bli sysselsatt. Dette kan blant annet være knyttet til utfordringer når det gjelder tilpasninger og tilgjengelighet, men også arbeidsgiveres holdninger. Hjelpemidler er i mange tilfelle viktig for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse kan utføre arbeid.

Bedriftshelsetjenesten kan også bidra til å tilrettelegge arbeidsplasser også for personer med funksjonsnedsettelse. Godt samarbeid mellom Nav, den funksjonshemmede, arbeidsgiver og helsetjenesten er viktig også her.

#### **NFF mener:**

- Det må settes inn målrettede tiltak for å bidra til at flere funksjonshemmede kommer i arbeid.
- Det må legges til rette for god tilgang til nødvendig assistanse og hjelpemidler for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse skal sikres deltakelse i arbeidslivet.

#### **ABE-reformen**

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen som ble innført fra 2015, har betydd at alle statlige virksomheter, sykehus, universiteter, høyskoler og forskningsinstitusjoner har fått kutt mellom 0,5 og 0,7 prosent hvert år. I perioden 2015-2020 vil de akkumulerte kuttene redusere utgiftsnivået med 12 mrd. kroner målt i 2020, noe som tilsvarer lønnskostnader til over 15.500 årsverk. Kuttene rammer tjenestene hardt, og dette har gått ut over kvalitet på tjenester. Stillinger står ubesatt og presset på de ansatte øker. Dette merker fysioterapeuter på pasientene våre – og fysioterapeutene som arbeider i sykehus og i statlige institusjoner som Arbeidstilsynet og Nav mv. er også negativt påvirket av kuttene.

Effektiviserings- og produktivtetsarbeidet i offentlig sektor er viktig, men det må gjennomføres i samarbeid med de ansatte, og bygge på tillit og trygghet. Nå rammes store og viktige etater og sektorer av betydelige kutt som må tas ut i færre ansatte.

#### **NFF mener:**

- ABE-reformen må avvikles, den rammer tjenestene og går ut over kvalitet. Og den rammer mange offentlig ansatte, og kan bidra til høyere sykefravær.

#### **Fagforeningsfradraget**

Fagforeningsfradraget har ikke vært endret siden 2013. Realverdien av fradraget er betydelig svekket, og vil svekkes ytterligere, mens arbeidsgiverne i hele denne perioden har hatt glede av et fradrag som øker i takt med lønnsveksten.

Fysioterapeutforbundet mener at alle må ta ansvar for at vi har et organisert arbeidsliv og et godt partssamarbeid. Alle ansvarlige parter må ta ansvar for å få opp organisasjonsgraden, støtte opp om hovedorganisasjonene i arbeidslivet både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, og at lønns- og arbeidsforhold skal følge norske tariffavtaler som bygger på kollektive forhandlinger og i hovedsak på sentral lønnsdannelse. Det er den eneste måten å bekjempe sosial dumping og arbeidslivskriminalitet, som undergraver den norske arbeidslivsmodellen.

#### **NFF mener:**

- Fagforeningsfradraget må fra 2022 oppjusteres kraftig.

#### **Arbeidstilsynet**

Arbeidstilsynets tilsynsmyndighet omfatter mer enn 250 000 virksomheter i det landbaserte arbeidslivet. Arbeidstilsynet disponerte ved inngangen av 2020 om lag 571 årsverk og gjennomførte i

2019 om lag 12 360 tilsyn. Dette er virksomheter med svært ulike arbeidsmiljøutfordringer, samt ulike ressurser, vilje og evne til å håndtere utfordringene. Når vi ser dette opp mot Petroleumstilsynets 173 årsverk som har ansvar for å føre tilsyn med 25.000 ansatte i petroleumsnæringen, er Arbeidstilsynet helt klart underdimensjonert.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet er svært viktig både for å avdekke uheldig praksis og virke preventivt, og vil sterkt fraråde at det kun er umiddelbar fare og alvorlighet som skal legges til grunn for Arbeidstilsynets inspeksjoner og ressursbruk. Tilsyn med virksomheters forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid er viktig, og bør ikke svekkes. NFF advarer mot underdimensjoneringen av Arbeidstilsynet.

#### **NFF mener:**

- Arbeidstilsynet må sikres tilstrekkelig med midler slik at kontrollørrollen ikke svekkes.

#### **NAV**

En av Navs viktigste oppgaver er å forebygge at helseproblemer fører folk ut av arbeidslivet og legge til rette for at de som har falt ut, kommer raskt tilbake.

Norsk Fysioterapeutforbund mener dagens sykkelønnsordning er god. I Norge er det et mål at flest mulig skal delta i arbeidslivet. Sammenliknet med andre land har vi mange eldre og mennesker med helseproblemer i jobb.

#### **Innsats for de unge**

Det er svært bekymringsfullt at ledigheten blant unge har økt betydelig i forbindelse med koronapandemien. Denne gruppen er av de mest sårbare i arbeidsmarkedet, fordi mange unge har lave formelle kvalifikasjoner og liten arbeidserfaring. Denne gruppen vet man har større problemer med å komme tilbake i jobb, og er nå mer utsatt for langvarig ledighet enn før koronapandemien. Unge har potensielt et langt arbeidsliv foran seg.

I tillegg til økt arbeidsledighet ser vi en økning i antall unge som får sosialhjelp og uføretrygd. Regjeringen foreslo i fjor et kraftig kutt i AAP til nye mottakere under 25 år fra 2G til 2/3 G samtidig som at ung ufør-tillegget til alle nye mottakere av AAP ble fjernet. Som vi understreket i fjor – dette er svært uheldig.

Ved utgangen av 2019 mottok om lag 20 100 personer under 30 år uføretrygd. Dette er en økning på om lag 2 000 personer, eller 11 pst. fra utgangen av 2018, da det var 18 000 personer under 30 år som mottok uføretrygd. Dette er en økning på 133 prosent flere unge uføretrygdede siden 2010. Dette er alarmerende.

Nesten 70 prosent av unge på AAP har psykiske lidelser, og noen av disse er svært syke eller traumatiserte. Fra vårt ståsted som fysioterapeuter er erfaringen at mange av disse unge trenger lang tid for å bli rehabilitert tilbake til arbeid eller utdanning. De kan absolutt fungere bra i arbeidslivet, men det tar tid å komme gjennom behandling. Kuttene i AAP som vi har sett de siste årene er en tilleggsbelastning for de unge som står i fare for å bli skjøvet ut i uføretrygd. Det de trenger er trygge rammer og tett tverrfaglig og tverretattlig oppfølging (jf. Arbeid og helse).

#### **NFF mener:**

#### **Om sykefraværarbeid**

- Det er viktig med strukturert sykemeldingsarbeid, også når det gjelder gradert sykemelding, der Nav har en sentral koordinerende rolle. Dialogmøte 2 er viktig og behandlende fysioterapeut bør som en hovedregel kalles inn.

- Aktivitetsplikt ved 8 uker bør følges opp, og Hedmarksmodellen ser ut til å være vellykket mht. å komme tidligere tilbake i arbeid. Men de negative erfaringene fra de sykmeldte må hensyntas i en videreutvikling av modellen.
- Det bør vurderes om Nav-kontorene også bør ha tilsatt helsepersonell, blant annet fysioterapeuter. Det er helsepersonell som har kompetanse til sykemeldingsoppfølgingen, så en utvidelse av teamene på Nav-kontorene med personell med helsefaglig kompetanse vil kunne styrke kvaliteten på sykefraværsarbeidet i Nav.
- Endringene i AAP-regelverket gir grunn til bekymring og Norsk Fysioterapeutforbund er opptatt av at pasientene må få tilstrekkelig med tid til god arbeidsavklaring. Endringene må derfor revurderes.

### Om Nav Arbeidslivssenter

- Nav Arbeidslivssenter (ALS) er en viktig bidragsyter i IA-arbeidet – og et godt samarbeid mellom sentrene, lokale Nav-kontor, BHT og virksomhetene er viktig. Samarbeid med kommunehelsetjenesten i forbindelse med HelseArbeid, som blir ett av virkemidlene i IA-arbeidet, må også prioriteres.
- Det bør trekkes klare grenser for hvilke aktører som har ansvar for hva, for en konkurransesituasjon mellom ALS og BHT er u hensiktsmessig.
- Det bør stilles kompetansekrav i ALS. Det er viktig å rekruttere bredt, men det er ikke tvil om at fysioterapeuter bør være en selvskreven yrkesgruppe, og være godt representert på alle sentrene.
- Den «tidligere» arbeidsplassvurderingen bør på plass igjen, da det også er behov for mindre omfattende arbeidsplassvurderinger der hensikten er å forebygge.

### Om hjelpemidler

- Når det gjelder hjelpemidler og mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen, er det behov for tydelige retningslinjer for henvisnings- og søknadsprosessen.
- Det er også behov for en gjennomgang av det aktuelle lovverket på dette området. Det er uklart hvor langt arbeidsgivers ansvar strekker seg, og det er uklart hvem som har ansvar for å tilrettelegge og tilby hjelpemidler til arbeidstakere som har behov for slike tiltak.

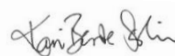
### Om tiltak på tvers

- Det må på plass klare, permanente og samkjørte finansieringsordninger for tiltak på tvers mellom Nav og helsetjenesten. I dag ser vi eksempel på at gode og kunnskapsbaserte tiltak står i fare for å bli nedlagt på grunn av mangel på samkjørt finansiering.
- Nav bør som hovedregel ikke tilby helsetiltak og nye tiltak bør ikke bygges opp før det er vurdert om helsetjenesten tilbyr eller kan tilby en lignende tjeneste.

Med hilsen



Gerty Lund  
forbundsleder



Kari Bente Sørli  
seniorrådgiver



## Dagens kloke valg

Spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering anbefaler:

**Unngå å  
henvise til  
kirurgisk**



**behandling av muskel/skjelettplager  
der forskning viser at  
rehabiliteringstiltak er sidestilt eller  
bedre.**

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET  
Innspill til statsbudsjettet 2022

*«En velfungerende, kunnskapsbasert helsetjeneste er en forutsetning for å forebygge og behandle sykefraværet. Å bidra til at flest mulig kan delta i arbeidsstyrken er noe fysioterapeuter arbeider for hver eneste dag.»*

Gerty Lund, forbundsleder



## Innspill til statsbudsjettet 2022

Velferdstjenestene står overfor store endringer og utfordringer, endringer som allerede stilte store krav til kompetanse og utdanning for dem som jobber innen disse tjenestene. Covid-19 pandemien har krevd stor omstillingsevne for helsepersonell. Ikke bare endrede arbeidsforhold, men også krav til kompetanseheving og utarbeidelse av nye fagprosedyrer for nye pasientgrupper. Dette krever et allerede høyt kompetansenivå og oppdatert kunnskap. Fysioterapeuter er en av faggruppene som står fremst i behandlingen av pasienter syke med covid-19, men også andre intensivpasienter og svært syke i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Fysioterapeuter er en helsepersonellgruppe som innehar kompetanse som bidrar til å motvirke de negative konsekvensene omstilling og konkurranse i næringslivet har på arbeidstakernes helse. Muskel- og skjelettlidelser står for mer enn 1/3 av det legemeldte sykefraværet. Fysioterapeuter er den enkeltyrkesgruppen som best kan forebygge og behandle dette fraværet. Å bidra til at flest mulig kan delta i arbeidsstyrken er noe fysioterapeuter arbeider for hver eneste dag.

Ansatte i offentlig sektor leverer gode tjenester som er avgjørende for den samlede verdiskapingen i samfunnet. En kunnskapsbasert og omstillingsdyktig offentlig sektor er et viktig konkurransefortrinn for norsk næringsliv. Fordi endringene skjer raskere enn før, vil det i større grad enn tidligere være nødvendig å fornye og øke kompetansen gjennom hele yrkeskarrieren. En velfungerende, kunnskapsbasert helsetjeneste er en forutsetning for privat sektors evne til omstilling og nyskaping.

For å lykkes må forskningen i profesjonsfagene styrkes og det må skapes bedre sammenheng mellom forskning, utdanning og praksis innenfor de ulike tjenesteområdene. Det må satses på etter- og videreutdanning og kompetanseoppdatering hos fysioterapeutene.

## Forskning

### **1. Privatisering av helsetjenestene kan ikke gå på bekostning av stabile og robuste fagmiljø i spesialisthelsetjenesten.**

Stabile og robuste fagmiljø i spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for forskning og fagutvikling. Det er begrenset i hvor stor grad spesialisthelsetjenesten kan overføre oppgaver til private institusjoner og samtidig opprettholde en fagkompetanse som gir grunnlag for forskningsarbeid. Private institusjoner har ikke ansvar for FoU-arbeid og forskning på samme måte som den offentlige helsetjenesten, og det er hevdet at det store innslaget av private institusjoner er til hinder for å sikre sterke fagmiljøer som driver faget fremover. Private institusjoner har på sin side store datagrunnlag som kan benyttes til forskning. NFF mener at det må stilles krav til fagmiljøenes størrelse i spesialisthelsetjenesten for å sikre faglig utvikling. Samtidig må det stilles krav til at private institusjoner bidrar i datainnsamling og legger til rette for og/ eller bidrar i forskning, det er god samfunnsøkonomi.

### **2. Det må satses på forskning om rehabiliteringstjenestene, både oppbygning av pålitelige datakilder om nytte og effekt samt statistikk på hvor mange som mottar disse tjenestene.**

Mangelen på pålitelig statistikk om bruk av habiliterings- og rehabiliteringstjenester og påstander om udokumentert virkning av tiltak brukes som en årsak til å ikke diskutere kapasitets- og kvalitetsutfordringene på dette feltet.

### **3. Program for offentlig sektor-ph.d. må videreføres og styrkes.**

NFF mener at programmet offentlig sektor ph.d. må videreføres og styrkes. Programmet er essensielt for å øke kompetanse blant klinikerne og for å bygge broer mellom klinisk hverdag og akademia.

#### **4. Det må settes av midler til rekrutteringsstillinger for å sikre et tilstrekkelig antall personer med førstestillingskompetanse på fysioterapiutdanningen.**

Det må øremerkes midler til fysioterapifaglige doktorgradsutdanninger og kvalifiseringsløp. Fysioterapiutdanningen kan ikke opprettholdes på et så høyt kvalitativt nivå uten at det satses på rekruttering av undervisningspersonell med tilstrekkelig kompetanse på doktorgradsnivå.

### Etter- og videreutdanning

#### **5. Det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Det må avsettes midler i statsbudsjett 2022 til innføring og administrasjon av en slik ordning.**

Pasientene som skal få et tilbud i kommunehelsetjenesten har mer komplekse og sammensatte behov nå enn tidligere. Dette innebærer et økt behov for spesialisert opptrening og tverrfaglig rehabilitering i kommunene. Dette får betydning for kompetansebehov, kapasitet, roller og ansvar for helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at en offentlig spesialistgodkjenning er et særdeles velegnet verktøy til kvalitetssikring av fysioterapitjenesten. Spesialistgodkjenningen bidrar til å sikre nødvendig opprettholdelse og utvikling av kompetanse og kvalitet blant grupper med spesialisert videreutdanning på masternivå, i en sektor som opplever rask faglig utvikling. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2022 til innføring og administrasjon av en offentlig spesialistgodkjenningsordning for fysioterapeuter.

#### **6. Det er nødvendig å tilpasse finansieringssystemet for UH-sektoren for å støtte opp under livslang læring.**

Flere kortere kurs og moduler som gir flere mulighet for å ta etter- og videreutdanning er nødvendig for å møte morgendagens behov for gode helsetjenester. Samtidig vil NFF påpeke viktigheten av at finansieringssystemet for UH-sektoren og UH-sektorens tilbud bygges opp på en måte som legger til rette for at flest mulig skal kunne ta en mastergrad og få spesialistgodkjenning på sikt. Kurs og moduler må derfor være mulige å sette sammen til en grad. NFF har masterutdanningene som grunnlag for sin forbundsinterne spesialistordning i dag, og ønsker å videreføre dette i en ordning med offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter. Å oppnå en mastergrad og spesialisttittel er en kvalitetskontroll av klinikerne i helsetjenesten. Det må derfor tilrettelegges slik at det er mulig å kombinere videreutdanning og arbeid ved å tilby videreutdanningene som deltid, samlingsbasert eller liknende.

#### **7. Lære hele livet reformen må inkludere fysioterapeuter og annet helsepersonell særskilt.**

Kompetansereformen Lære hele livet adresserer i alt for liten grad behovene for livslang læring hos helsepersonell og andre yrkesgrupper med kontinuerlige behov for å oppdatere sin kompetanse. «Gjør kloke valg» er en kampanje som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Å gjøre kloke valg i helsetjenesten forutsetter implementering av ny kunnskap, noe som krever kompetanseoppdatering og læring hele livet.

Fysioterapeuter og annet helsepersonell trenger å særskilt innlemmes i lære hele livet-reformen. Tiltak som bidrar til å opprettholde kompetansen hos de som yter helse- og velferdstjenester er vesensforskjellige fra tiltak rettet mot personer som trenger kompetanseheving eller omskolering for å kunne bli i arbeidslivet. 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. Evnen til å

finansiere tilstrekkelige investeringer i kompetanse for å holde tritt med den teknologiske utviklingen vil derfor være avhengig av statlige tilskudd. Blant potensielle nye ordninger er sektoren selv mest positiv til en ordning med øremerkede kompetansemidler gjennom inntektssystemet.

### **8. Tilskudd på 500 millioner for å opprettholde og oppdatere kompetansen i kommunal helsetjeneste.**

Fysioterapeutene og lederne deres er svært opptatt av kompetanse, men lederne forteller oss at det ikke er tilstrekkelig med midler for å innvilge alle søknadene om kompetanseheving, inkludert kompetanse som tjenestene trenger og som er inkludert i kommunens kompetanseplan. Medlemmene våre forteller oss at tilbudet innen etter- og videreutdanning ikke er tilstrekkelig for å dekke behovene.

I helsetjenesten stilles det krav til faglig forsvarlighet. Dette innebærer et systemansvar og et individuelt ansvar. Arbeidsgiver har et systemansvar der leder har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet. Dette innebærer blant annet nødvendig kompetanseoppdatering. Dette ansvaret er nedfelt i tre ulike lover; Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4.1 bokstav d, understreker at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Spesialisthelsetjenesteloven § 2.2 sier at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilsvarende i Helsepersonelloven § 16 som sier at virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Helsepersonellens ansvar reguleres av Helsepersonelloven § 4 som sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det er med andre ord helt klart og tydelig at ansvaret for å tilrettelegge for nødvendige kompetansehevende tiltak i både kommune- og spesialisthelsetjenesten er et lederansvar og systemansvar. Det kan ikke skyves over på den enkelte ansatte.

NFF mener at det må avsettes midler til å sørge for at helsepersonell er faglig oppdatert. Det er et ansvar som ligger både hos helsemyndighetene og hos kunnskapsdepartementet. Det må avsettes midler til satsing på etter- og videreutdanning og generell kompetanseheving, samt innretning og dimensjonering av utdanningstilbudet.

NFF har gitt flere innspill til Kompetanseløft 2025. Vi har påpekt behovet for kompetanse innen forebygging, rehabilitering, funksjon og mestring fremfor kompenserende tiltak. Dessverre ble Kompetanseløft 2025 bare en konstruksjon av eksisterende ordninger, ikke en reell ny satsing. NFF krever derfor et tverrfaglig tilskudd på 500 mill. kroner som skal sette kommunene i stand til å følge lovkravet til kompetanse.

### **9. Det er nødvendig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby og opprettholde gode kliniske videreutdanninger.**

Fysioterapeuter i kommunen jobber ofte alene, de har ikke et team rundt seg de kan støtte seg på. Hver enkelt fysioterapeut må derfor ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre jobben sin, i likhet med mange andre yrkesgrupper. Fysioterapeuter trenger kompetanse for å kunne bidra til at myndighetene oppnår målsettingen om høyest og lengst mulig yrkesdeltakelse hos flest mulig. Fysioterapeuter trenger også å være faglig oppdatert for å kunne bidra til å senke sykefraværet i befolkningen forårsaket av muskel og skjelettplager.

Det er viktig å opprettholde og utvikle kliniske videreutdanninger rettet mot helseprofesjonene. Flere helseprofesjoner, slik som fysioterapeuter og ergoterapeuter, har allerede utfordringer når det

gjelder å opprettholde robuste fagmiljø for å utdanne helsepersonell som tjenestene og pasientene trenger. Det er derfor viktig å styrke allerede etablerte utdanninger.

#### **10. Det må settes av midler for å inkludere flere fysioterapispesifikke mastergrader i Rethos**

Det ble i Statsbudsjettet for 2021 varslet at mastergradsutdanningene i Psykomotorisk fysioterapi og videreutdanning i manuellterapi skal innlemmes i Rethos, og det skal utarbeides retningslinjer for utdanningene. Motivasjonen for at disse to utdanningene er valgt er at de utløser høyere takster fra Helfo enn andre spesialister i fysioterapi. NFF mener at flere fysioterapispesifikke utdanninger må inkluderes i Rethos og få retningslinjer. Blant annet har covid-19 pandemien vist behovet for fysioterapeuter med spesialisering innen hjerte- og lungefysioterapi. Økt kreftoverlevelse fordrer økt spesialisering innen onkologi og lymfologi. Likeledes gir samfunnsutviklingen behov for fysioterapeuter med spesialisering innen barn og unge, eldre, folkehelse, m.fl.

Det må settes av midler til en vurdering av hvilke fysioterapispesifikke kliniske utdanninger helsetjenesten har behov for, og det må settes av midler til utarbeidelse av retningslinjer for disse utdanningene.

## Utdanning

#### **11. Det er nødvendig med en helhetlig gjennomgang av studieprogrammenes plassering i finansieringskategoriene.**

Det er nødvendig med en ny gjennomgang av finansieringsordningene i høyere utdanning, inkludert en helhetlig gjennomgang av de ulike studieprogrammenes plassering i finansieringskategori. Basisbevilgningen til UH-institusjonene må styrkes slik at blant annet praksisstudiene kan sikres nødvendig kvalitet og relevans. Økt tverrfaglighet i tjenestene krever økt tverrfaglighet i utdanningene. Plassering i finansieringskategorisystemene må derfor også gjenspeile behovet for øvingsklinikker. I dag er det tilsynelatende ingen sammenheng mellom utdanningenes finansieringskategorier og de respektive utdanningenes ressursbehov, derfor må kategorisystemet gjennomgås for bedre å svare til de reelle kostnadene ved helseprofesjonsutdanningene.

NFF regner med at regjeringen følger opp vedtak nr. 16 fra Trontaledebatten - Stortinget ber regjeringen om en gjennomgang av finansieringskategoriene i høyere utdanning, for å sikre at utdanninger som ingeniørfag, lærerutdanninger og andre utdanninger som er etterspurt i arbeidsmarkedet har riktig finansiering. NFF forutsetter at også de helsefaglige utdanningene inkluderes i denne gjennomgangen da helsepersonell etterspørres i arbeidsmarkedet, og kvalifisert helsepersonell er en forutsetning for at flest mulig kan bli i arbeid på tross av helseplager.

#### **12. Det må lovfestes krav til praksisplasser i kommunehelsetjenesten**

Fysioterapeututdanningen og andre helse- og sosialfaglige utdanninger har behov for et stort antall praksisplasser. Kommunehelsetjenesten har og kommer til å få store rekrutteringsutfordringer framover. Kommunehelsetjenesten må derfor få tilsvarende lovkrav og rammebetingelser som spesialisthelsetjenesten for å sikre omfang og kvalitet i veiledet praksis. Lovkrav og finansiering vil bidra til å sikre kapasitet og kvalitet på praksissteder i kommunene.

## Skole

#### **13. Det må avsettes nok midler til at Stortingets vedtak om én time fysisk aktivitet hver dag i grunnskolen kan gjennomføres i 2022.**

Vedtaket fra høsten 2017, 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, er etter vårt synspunkt ikke godt nok fulgt opp. Selv om forslaget ikke innebærer en utvidelse av

dagens timetall, så vil det likevel ha kostnader knyttet til seg, eksempelvis til utstyr, utbedring av uteområder, kursing og etter- og videreutdanning av lærere mv. Derfor må det settes av midler til dette i budsjettet for 2022.

Med hilsen



Gerty Lund  
Forbundsleder



Christine Thokle Martens  
Seniorrådgiver