



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



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Innspill til statsbudsjettet 2021

Innspill til statsbudsjettet 2021

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.

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 2019¹, understrekes det at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer, dette kan bli vanskelig å gjennomføre uten reell økning i overføringene til kommunene, da det erfaringsvis er forebyggende og helsefremmende tiltak som er mest utsatt ved innstramminger.

Norsk Fysioterapeutforbund anbefaler:

Habilitering og rehabilitering

1. 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.
2. Tilbudet om spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må opprettholdes.
3. 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.
4. Det må øremerkes midler til rehabiliteringstjenester og samhandling om pasientforløp og rehabilitering må få en egen plass i helsefellesskapene.

Helsefremmende og forebyggende tjenester

5. Det mangler i underkant av 500 fysioterapeutstillinger i tjenesten, derfor må det bevilges øremerkede midler til nye fysioterapeutstillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i en opptrappingsplan over tre år.
6. Det må avsettes nok midler til at Stortingets vedtak om én time fysisk aktivitet hver dag i grunnskolen kan gjennomføres i 2021.
7. Det er sammenheng mellom psykisk helse og plager i muskel 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.
8. Det må settes av midler til en opptrappingsplan for frisklivssentraler. Alle kommuner må ha frisklivssentral innen 2025.
9. Universelle tiltak rettet mot usunt kosthold, røyking og alkohol, som høye avgifter på tobakk og alkohol, lovregulering, aldersgrenser, markedsføringstiltak, prisstimulerende tiltak på frukt og

¹ [OECD. Health at a glance 2019.](#)

grønnsaker, samarbeid med matvarebransjen mv. er avgjørende, og må i større grad benyttes i statsbudsjettet for 2021.

Egenandeler for ungdom

10. Fritak for egenandel for fysioterapi for ungdom opp til 19 år må innføres.

Arbeid og helse

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

Kompetanse

14. NFF mener at det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2021 til innføring og administrasjon av en offentlig spesialistgodkjenningsordning for fysioterapeuter.
15. Helseforetakene må få tilført midler til å støtte videreutdanning av fysioterapeuter, og rehabilitering må prioriteres i Kompetanseløft 2025.
16. Det er viktig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby og opprettholde gode kliniske videreutdanninger.
17. Det må også satses på helsefaglig doktorgradsutdanning og program for offentlig sektor-ph.d. må videreføres og styrkes.

Andre tiltak

18. Knutepunktmodellen breddes ut i flere kommuner. Helsemyndighetene bevilger et tilskudd til kommuner som ønsker å gjennomføre et kursopplegg for fastleger og avtalefysioterapeuter.
19. Oppkobling til Helsenetet må være kostnadsfritt for helsepersonell, og det må derfor avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2021.
20. Nasjonalt nivå må ta grep for å utvikle nasjonal IKT-grunnmur som fremmer samhandling, meldingsutveksling og sømløse pasientforløp.

Bakgrunn for de ulike forslagene

Habilitering og rehabilitering

1 og 2: 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». Også pasient- og brukerombudet har en tilsvarende beskrivelse i sin årsmelding 2018. 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. I Nordland, Troms og Finnmark har mer enn halvparten av kommunene 3 eller færre fysioterapeutårsverk, på landsbasis er det over en tredel av kommunene som har 3 eller færre fysioterapeutårsverk. 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. Vi er i dag bekymret for at rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten bygges for raskt ned.

Kilder: Helse Nord: Rehabilitering i Nord-Norge – prosjektrapport mai 2019, Pasient- og brukerombudet: Årsmelding 2018, SSB tabell 11995.

3 og 4: Mange får ikke den habiliteringen og rehabiliteringen de har krav på. Dette har vi påpekt en rekke ganger med bakgrunn i blant 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 kraftig redusert fra 159 271 millioner kr i 2016 til 151 772 millioner i budsjett for 2020 (programområde 10.30, kapittel 733). Dette er en nedgang på 7,5 millioner på 4 år, og nedgangen er større om vi tar med lønns- og prisstigningen. Riktignok er 87 millioner kroner av økningen i kommunenes frie inntekter begrunnet med at opptrappingsplanen avsluttes, men erfaringene viser at slike bevilgninger dessverre ikke blir benyttet til formålet.

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 helsefellesskapene for å bidra med kunnskap for å igangsette en holdningsendring.

Kilde: Helsedirektoratet: Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 – en midtveis oppsummering pr okt 2018, Prop. 1 S (2016-2017), Prop. 1 S (2019-2020)

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.

5. Helsestasjon og skolehelsetjeneste: Kommunene skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og sikre tilstrekkelig fagkompetanse. Tjenesten skal være tverrfaglig, derfor er det sterkt anbefalt at tjenesten bør være bemannet med fysioterapeut, i tillegg til lege og helsesykepleier. Selv om vi 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.

Kilder: Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
Kostra, tabell 11994
Helsedirektoratet – Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

6. 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, 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 2021.

7. 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.

Kilder: Helsedirektoratet, Prop. 1 S (2019-2020)

8. 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 2021. Videre mener NFF at det er viktig at frisklivssentralene er godt integrert i den øvrige kommunale helsetjenesten.

Kilde: Samfunnspeilet 3/2016, Helsedirektoratet

Egenandeler for ungdom

10. Fritak for egenandel for ungdom 16–18 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. Dessuten har ungdom med behov for fysioterapi større og mer sammensatt behov fortjenester enn ungdom som av og til benytter seg av fastlege. 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. Helsedirektoratet har anslått merutgiften ved å frita 16 og 17- åringene fra egenandelbetaling for fysioterapi til 4,1 millioner.

Kilde: Helsedirektoratet. Fra samarbeidsmøte mellom NFF; Helsedirektoratet og Helfo, januar 2019.

Arbeid og helse

11. Finansiering av tiltak som kan fremme samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og Nav, og som dermed bidrar til både gode pasientforløp og gode resultater må i større grad benyttes og utvikles. Ambulante polikliniske takster er et slikt eksempel, og bør derfor økes.

12. 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 etter Norsk Fysioterapeutforbunds bidra til å løse dette problemet.

13. 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.

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 samhandlingsreformens målsettinger. Mestring og funksjon må prioriteres foran kompensierende tiltak. Innbyggerne i kommunene har nå behov for at departementet tydelig signaliserer at fysioterapeuter er en viktig yrkesgruppe med kompetanse som helsemyndighetene ønsker å satse på.

Vi er selvsagt kjent med at Helsedirektoratet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet vurderer videreutdanningstilbudet for fysioterapeuter, herunder også om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter med nærmere bestemte videreutdanninger. Norsk

Fysioterapeutforbund mener at et særdeles velegnet verktøy til kvalitetssikring av fysioterapitjenesten vil være å etablere en offentlig spesialistgodkjenning. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2021 til innføring og administrasjon av en offentlig spesialistgodkjenningsordning for fysioterapeuter.

15 og 16. Videreutdanning og kompetanseløft 2025. 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 forventer derfor at Kompetanseløft 2020 følges opp av et Kompetanseløft 2025, for å sikre kompetansen innen helse, habilitering og rehabilitering og teknologi. Et tverrfaglig tilskudd på 500 mill. kroner skal sette kommunene i stand til å følge lovkravet til kompetanse.

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 de 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.

Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse rapport13.2018: Finansiering av etter- og videreutdanning i kommunesektoren.

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 når prosjektet Fysioprim fases 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.

Kilde: Samhandlende team i primærhelsetjenesten
Fysioterapeuten

19. Oppkobling til Helsenetten: 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 Helsenetten, men dette gjaldt kun frem til 31. juni 2017. Etter den tid har fysioterapeutene selv finansiert oppkoblingen. NFF mener at dette innebærer en uforholdsmessig høy kostnad for den enkelte fysioterapeut. Vi foreslår derfor at oppkobling til Helsenetten skal være kostnadsfritt for helsepersonell, og at det avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2021.

20. IKT: IKT-løsningene på helsefeltet er fragmenterte og fremmer ikke samhandling eller kommunikasjon. Det sto i flere av samhandlingsavtalene ved innføringen av samhandlingsreformen at pasientopplysninger skulle sendes via faks eller leveres på papir ved ut- og innskriving. Sykehuspartner skriver at det er tidskrittisk å gjennomføre en standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst. Dette gjelder generelt i hele helsesektoren. Høstens diskusjon om IKT-løsninger understreker behovet for en overordnet helhetlig styring av IKT-infrastrukturen i helsesektoren. Nasjonalt nivå må ta grep for å utvikle nasjonal IKT-grunnmur som fremmer

samhandling, meldingsutveksling og sømløse pasientforløp. Pasientens helsetjeneste vil være en utopi uten hensiktsmessige digitale verktøy som kommuniserer på tvers av tjenestenivå.

Kilde: Sykehuspartner: IKT-infrastruktur

Med hilsen



Fred Hatlebrekke
forbundsleder



Kari Bente Sørli
seniorrådgiver