

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Innspill til statsbudsjettet 2024

Mer forebygging – mindre reparasjon. Mer rehabilitering – mindre pleie. Mer mestring og deltagelse i samfunns- og arbeidsliv.



Innspill til statsbudsjettet 2024

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) oppfordrer fortsatt Regjeringen til en mer helhetlig tenkning på tvers av departementene. Det å investere i folkehelse og bærekraftige helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste, frisklivssentraler og habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene vil kunne utsette behov for pleie- og omsorgstjenester, føre til færre innleggelses i sykehus, og reduserte utgifter hos Nav i form av reduserte utgifter til blant annet sykepenger, AAP og uførepensjon. Vi erkjenner at øremerkede midler ikke alltid er et ønsket politisk tiltak, men NFF ber likevel regjeringen vurdere øremerking som et mulig tiltak for å sikre at kommunene satser mer offensivt innenfor forebygging, helsefremming og rehabilitering.

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, som en del av opptrappingsplanen regjeringen har varslet, bør en bemanningsnorm på plass for å sikre tilstrekkelig og tverrfaglig bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er nødvendig å satse på folkehelse og forebyggende helsetjenester som bidrar til å redusere behovet for behandling og pleie. Universelle folkehelseiltak, slik som tilrettelegging for fysisk aktivitet er viktig for god psykisk helse og bidrar til å redusere risikoen for blant annet overvekt, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kreft. 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.

Psykisk helse

2. Det er behov for en mer helhetlig (biopsykososial) oppfølging av personer som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og til voksenpsykiatrien. For å sikre at pasientgruppens fysiske og psykiske helseutfordringer ivaretas, er det nødvendig med flere fysioterapeuter også innen denne delen av helsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering

3. Det må utarbeides en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering som sikrer kapasitet, kompetanse og samhandling i tjenesten. I dag er tilbudet fragmentert og tilfeldig. Norge trenger en rehabiliteringsreform.
4. Det må settes av midler for å styrke rehabiliteringstjenestene, utvikle gode pasientforløp og samhandling i tjenestene. Rehabilitering må få en egen plass i helsefelleskapene – det kommer pasientene til gode.

Helsefremmende og forebyggende tjenester

5. Det må innføres bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder skolehelsetjenesten i VGS. Det mangler i underkant av 500 fysioterapeutstillinger i tjenesten, derfor må det bevilges 400 millioner kroner øremerket til nye fysioterapeutstillinger i en opptrappingsplan over tre år. Tjenesten må være tverrfaglig for å virke etter hensikten.
6. Det må avsettes ressurser til at én time fysisk aktivitet daglig i skolen kan gjennomføres. Midlene må sikre lærerne kompetansemidler, rammer og aktuelt utstyr til den enkelte skole.
7. Det må settes av midler til en helhjertet opptrappingsplan for frisklivssentraler. Alle kommuner skal ha frisklivssentral innen 2025.
8. NFF mener at alle kommuner skal ha en kommunal folkehelsekoordinator og finansiering av denne må sikres. Folkehelse er tverrsektorielt og kan ikke løses i helsetjenesten alene.
9. Barselomsorgen må styrkes. Som et minimum må alle barselkvinner få en time konsultasjon hos fysioterapeut etter fødsel.

Egenandeler for ungdom

10. Alle må fritas for egenandel hos fysioterapeut til de er 19 år – aldersgrensen må heves fra 16 år. Ungdom skal ikke være nødt til å velge bort nødvendig fysioterapi pga. økonomi.

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. Samtidig må det understrekes at det viktigste arbeidet på dette området foregår i den kommunale helsetjenesten, derfor må finansieringen følge med til kommunene.
13. Det er nødvendig å stimulere til tiltak som bidrar til økt fysisk aktivitet tilpasset arbeidstaker og arbeidsoppgaver. Dette for å beholde flere i arbeid lenger.

Kompetanse

14. NFF mener at det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2024 til innføring og administrasjon av en slik ordning.
15. Helseforetakene må få tilført midler til å støtte videreutdanning av fysioterapeuter. Likeledes må det opprettes ordninger via inntektssystemet til kommunene som sikrer 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 det igangsatte arbeidet med å gjennomgå finansieringskategoriene i høyere utdanning og at de helsefaglige utdanningene selvfølger inkluderes.

Andre tiltak

17. Samhandlingsmodellen for kommunal helsetjeneste, Knutepunktmodellen, innføres i flere kommuner. Helsemyndighetene må bevilge tilskudd til kommuner som ønsker å innføre modellen. Det anslås et tilskudd i størrelsesorden 45 millioner kroner.
18. Oppkobling til Helsenettet må være kostnadsfritt for helsepersonell, og det må avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2024.
19. Et heltidsløft for helsepersonell, som regjeringen har tatt initiativ til, må også gjelde selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Deltids driftshjemler for

fysioterapeuter i kommunene må økes til fulle hjemler. Det kan synes nødvendig at kommunene får tydeligere nasjonale føringer for å innføre fulle driftshjemler, helst i form av finansiell støtte.

En utdyping av hvorfor NFF mener disse punktene bør vurderes i forbindelse med utarbeidelse av statsbudsjettet for 2024 finnes i vedlegget.

Med vennlig hilsen

Gerty Lund
forbundsleder
Norsk Fysioterapeutforbund

Dokumentet er elektronisk signert den 01.12.22

VEDLEGG

Bakgrunn for de ulike forslagene

1. Økte midler til helseforetak og kommuner

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.

Likeledes er det helt nødvendig med en sterk spesialisthelsetjeneste for de pasientene som trenger det. Vi har over mange år sett at spesialisthelsetjenesten har kuttet i tilbud og overført oppgaver til kommunene. Dette har vært en villet politikk. Samtidig ser vi at mange kommuner nå har nådd smertegrensen, der omfanget av oppgaver går ut over innbyggernes helsetjenester. Norge har mange svært små kommuner. Det er derfor nødvendig at spesialisthelsetjenesten er dimensjonert slik at de sammen med kommunene kan bidra til at pasientene får nødvendige helsetjenester fra helsepersonell med de rette kvalifikasjonene. Og, det er nødvendig at spesialisthelsetjenesten er satt i stand til å kunne ivareta sitt ansvar for kunnskapsoverføring.

NFF mener imidlertid ikke at økte økonomiske overføringer er eneste løsning. Det er i tillegg nødvendig med tydelige prioriteringen i helsetjenesten. Å se til kampanjen Gjør kloke valg er hensiktsmessig.

Psykisk helse

2. Biopsykososial oppfølging av personer som henvises psykiatrien: Rundt 16-22 prosent av den norske befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder.¹ 45.000 nordmenn har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske lidelser og av disse er det 27 prosent som er sysselsatt.² 36 prosent av de uføretrygdede er trygdet på grunn av psykisk lidelse. En ungdom som blir uføretrygdet vil gjennom et livsløp koste samfunnet 15,9 millioner kroner.³

NFF mener at kroppen må få en større plass innen psykisk helse. Fysioterapeuter har en 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. Likeledes er det allment anerkjent at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på vår psykiske helse⁴.

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

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

² <https://www.ssb.no/statbank/table/13493/tableViewLayout1/>

³ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal?qid=82663>

⁴ <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3321>,
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2771783>

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 spesialisthelsetjenesten følges mange av pasientene også av fastlege, men ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er ofte uklart definert. Pasientene opplever ikke sjelden å være kasteballer 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. En form for økonomisk insentiv er aktuelt, gjerne sammen med klare nasjonale retningslinjer.

Habilitering og rehabilitering

3. Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering: Stadig flere rehabiliteringsoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten uten at kommunehelsetjenesten har bygget opp tilbudet tilsvarende. Dette til tross for vedtak i Stortinget om at det ikke skal skje. 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». 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. Store og små kommuner har ulike forutsetninger for å tilby intensiv og spesialisert rehabilitering. 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.

NFF er en del av aktørnettverket for nasjonal rehabiliteringsreform, som består av over 20 aktører fra bruker- og fagmiljøer. Aktørnettverket understreker behovet for at det oppnevnes en nasjonal tverrsektoriell ekspertgruppe, som har representanter fra både i og utenfor helsesektoren. Ekspertgruppa skal ut fra behovet for rehabilitering, beskrive hvordan rehabilitering kan tilbys til riktig tid, på riktig nivå med riktig kompetanse - uavhengig av diagnose og hvor i landet man bor - samt modeller for sømløse rehabiliteringstjenester. Vi er kjent med at HOD ikke ønsker å nedsette en slik gruppe nå. NFF mener imidlertid at dette er helt nødvendig. Det er ikke bærekraftig at personer som har vært utsatt for sykdom og ulykke blir pleie- og omsorgstrengende fordi de ikke mottar nødvendig og tilstrekkelig rehabilitering.

Videre mener vi også at KPMGs evalueringsrapport av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering må tas på alvor og følges opp med konkrete tiltak. Det er allerede to år siden evalueringsrapporten forelå. NFF mener derfor at det nå 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.

4. Samhandling og pasientforløp: Enhver undersøkelse av helsetjenesten de siste årene har påpekt en ting: det er mangelfull samhandling i helsetjenesten og det er til hinder for gode pasientforløp. På HelseOmsorg21-konferansen 2022: Fremtidens helsetjeneste, ble det i en ordsky påpekt at nøkkelen

til god samhandling er respekt, tillit og kommunikasjon. Dette er verdier som må bygges ovenfra i helsetjenesten.

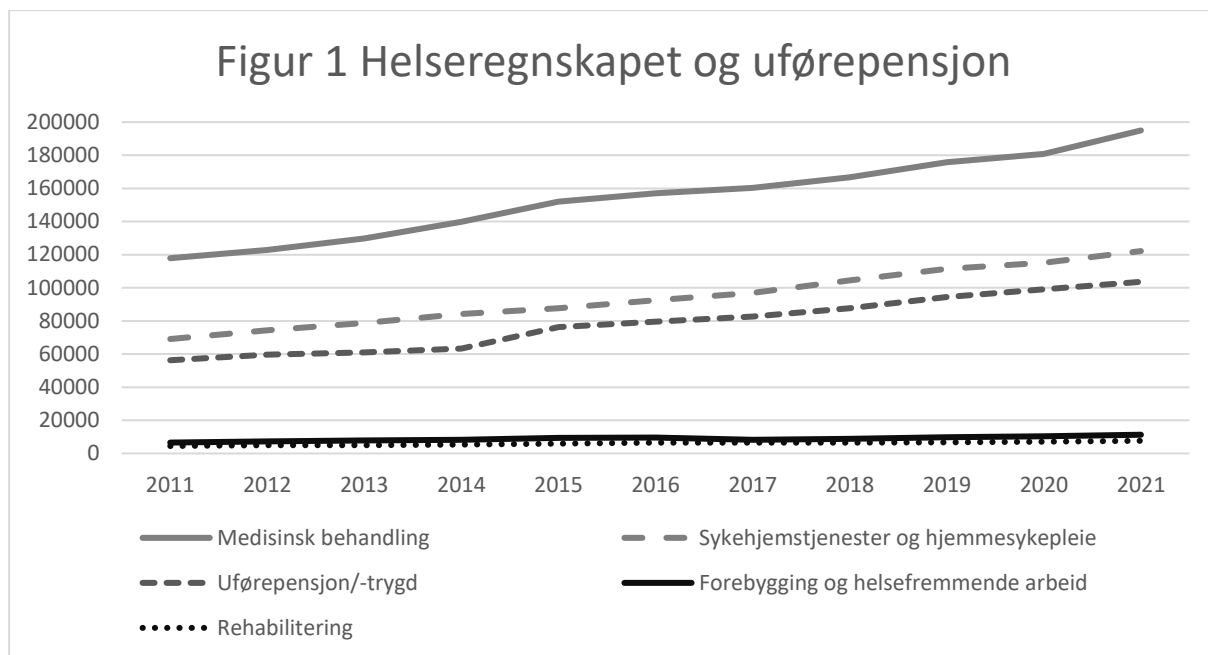
For at vi skal lykkes med samhandling og pasientforløp innen rehabilitering, så må rehabilitering få en egen plass helt i toppen av helsefelleskapene. Lederne av spesialist- og primærhelsetjenesten må kommunisere og samarbeide slik at det skapes tillit til at det er mulig å lykkes, og etablere respekt for hverandres kompetanse og kunnskap. Det legger igjen til rette for økt kommunikasjon og tillit mellom det enkelte helsepersonell. Men, det er helt nødvendig å finansiere tiltakene som kan skape kommunikasjon og tillit – samarbeid oppstår ikke i et vakuum.

Det er nødvendig med et økt fokus på habilitering og rehabilitering for å motvirke veksten i kompenserende tjenester, bidra til verdighet og selvhjulpenhet, og ikke minst for å høste økonomiske gevinster i form av færre reinnleggelser og økt samfunns- og arbeidsdeltakelse. Det haster med å få på plass hensiktsmessige finansieringssystemer, økonomiske rammer samt organisering og koordinering av tjenestene slik at alle får de habiliterings- og rehabiliteringstjenestene de har behov for. Nytte må prioriteres på lik linje med alvorlighet og kostnad. NFF mener derfor at det må sitte personer med rehabiliteringskompetanse sentralt i helsefelleskapene for å bidra med kunnskap for å igangsette en holdningsendring.

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

5. Helsestasjon og skolehelsetjenesten: 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. NFF har erfart at når kommunene har trang økonomi, som enkelte kommuner 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 en bemanningsnorm må på plass.



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.

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, må igjen løftes frem. 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 2024.

7. 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 søkelys 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, både primær, sekundær og tertiærforebyggende tverrfaglig 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 Statsforvalteren tar slutt.

Satsingen på frisklivssentraler må opprettholdes, og det må være et mål at alle kommuner har frisklivssentral. Dette må gjenspeiles i statsbudsjettet for 2024.

8. Folkehelsekoordinator: Selv om det er kommunens ledelse som har ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, er det i praksis ofte folkehelsekoordinatoren som er hovedaktøren og setter folkehelse på agendaen og hele 81 prosent av kommunene i en spørreundersøkelse utført av NIBR i 2017, fremhever folkehelsekoordinatoren som den som tar mest ansvar i folkehelsearbeidet. Å ansette en folkehelsekoordinator blir sett på som et av de viktigste virkemidlene for å få til et folkehelsearbeid på tvers av sektorene.

9. Barselomsorgen må styrkes: Kvinnehelseutfordringer som kan oppstå i forbindelse med svangerskap og fødsel, barselomsorg, gynekologi og seksuell helse må få et nasjonalt løft nå. Liggetiden etter fødsel ved norske sykehus er svært kort. Tidligere var fysioterapeuten inne hos nybakte mødre mens de lå på sykehuset. Den muligheten er fratatt kvinnene nå. I dag sendes nybakte mødre hjem fra sykehus uten time med fysioterapeut. Det å gjennomgå svangerskap/fødsel kan medføre mange plager, som urininkontinens, analinkontinens, underlivs prolaps, smerter under samleie, bekkenleddsmerter, delte magemuskler og andre fødselsskader. Disse kvinnene har sjeldent bare en plage. Dette er plager som dessverre er skambelagt og som derfor få snakker om at de har. Det er ikke vanskelig å se hvordan disse plagene reduserer livskvalitet.

Det finnes mye og overbevisende kunnskap om effekten av fysioterapeutiske tiltak på flere av de lidelsene barselkvinner kan oppleve, problemet er at kunnskapen ikke er tatt i bruk i helsevesenets tilbud til disse kvinnene. Helsekompetansen på dette området er svært mangelfull, også i helsevesenet. Den manglende oppfølgingen i helsevesenet har åpnet vei for sterke kommersielle krefter. Det er ikke holdbart, for kvinner fortjener å bli møtt med evidensbasert behandling og informasjon fra helsepersonell, som fysioterapeuter.

Egenandeler for ungdom

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 må få tilført tilstrekkelig med midler. Tiltaket har kommet etter bortfallet av «Raskere tilbake». Hensikten med tiltaket 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. Helseforetakene skal primært være avklaringspoliklinikk i de tilfeller der kommunehelsetjenesten har behov for bistand til å avklare. Det viktigste arbeidet på dette området foregår i den kommunale helsetjenesten, derfor må finansieringen følge med til kommunene om vi skal lykkes.

13. Fysisk aktivitet på arbeidsplassen: Stillesitting og mangel på fysisk aktivitet er som vi har sett en trussel mot folkehelsen. Stillesitting og inaktivitet er som kjent en av de store risikofaktorene for sykdom som hjerte- og karlidelser, kreft, muskel- og skjelettplager, diabetes med mer. Ifølge Tromsøundersøkelsen økte stillesittende arbeid fra 35 prosent i 1985 til 56 prosent i 2016. Endringene i arbeidslivet framover tilsier at andelen med stillesittende arbeid vil øke ytterligere.

Norske myndigheter har satt seg et mål om ti prosent reduksjon i fysisk inaktivitet innen 2025, og 15 prosent innen 2030. Dette er i tråd med WHO's Global action plan on physical activity 2018-2030.

Verdens helseorganisasjon løfter frem arbeidsplassen som en viktig arena for fysisk aktivitet. Dette er Norsk Fysioterapeutforbund enig i. Vi mener at fordi mennesker tilbringer så mye av sin tid på jobb, og fordi arbeidslivet bidrar til fysisk inaktivitet bør arbeidslivet tilby fysisk aktivitet.

Dette er også i tråd med Arbeidsmiljølovens paragraf 3-4 som sier at arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne.

Fysisk aktivitet på arbeidsplassen bør være tilpasset arbeidsoppgavene og arbeidstaker, og partene på arbeidsplassen må sammen finne de konkrete løsningene basert på den evidens som foreligger. I vitenskapelig litteratur finnes det nok av tiltak med dokumentert effekt, som umiddelbart kan tas i bruk. «Smart mosjon i arbeidslivet», er en modell som er utviklet for å tilrettelegge for hensiktsmessig fysisk aktivitet utfra hvilke eksponeringer arbeidstakerne er utsatt for. Denne ble nylig lansert av Helsedirektoratet. NFF tar til orde for at det bør vurderes stimulerings tiltak for virksomheter som ønsker å tilrettelegge for tilpasset fysisk aktivitet for sine arbeidstakere.

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 kompensierende tiltak. En offentlig spesialistgodkjenning er også et viktig tiltak for å legge til rette for Helsedirektoratets arbeid når det gjelder honoreringen av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale i kommunene.

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 2024 til innføring og administrasjon av en slik godkjenningsordning for fysioterapeuter.

15 og 16. Etter og videreutdanning: 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. 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 mulige 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 nødvendige søknader 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. Dessverre er Kompetanseløft 2025 bare en konstruksjon av eksisterende ordninger, ikke en reell ny satsing. NFF foreslår derfor et tverrfaglig tilskudd på 500 mill. kroner som 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 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. 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.

Andre tiltak

17. Samhandlingsmodell for kommunal helsetjeneste - Knutepunktmodellen: Den norske legeforening har gjennom Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin gått sammen med NFF 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 mulig 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. Erfaringene så langt fra både Trondheim og Kristiansand er svært gode etter gjennomført prosjekt.

Det anslås en kostnad på 45 millioner kroner til deltakelse i oppstartsprogrammet. Det er beregnet på bakgrunn av en antatt kostnad på kr 120.000-130.000 pr kommune.

18. Oppkobling til Helsenettet: 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 Helsenettet, men dette gjaldt kun frem til 31. juni 2017. Etter den tid har fysioterapeutene selv finansiert oppkoblingen og staten har i tillegg økt kostnaden for fysioterapeuten gjennom betydelig økte avgifter. 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 2024.

19. Heltidsløft - Fulle driftshjemler for fysioterapi: I kommunene er det et stort behov for fysioterapi. De fleste kommuner har strenge prioriteringer og ventelistene er ofte lange. Det er mange avtalefysioterapeuter, både med full hjemmel og deltidshjemmel, som tilbyr fysioterapi godt utover avtalehjemmelens størrelse. NFF har i mange år vært opptatt av at deltidshjemler skal bli justert opp til fulltidshjemler, slik at hjemlene i større grad reflekterer det reelle behovet for fysioterapi i kommunen. Og, at kommunene oppfyller sin del av finansieringsansvaret for fysioterapi i kommunene. Stortingsvedtaket om styrking av retten til heltid må også gjelde for avtalefysioterapeuter.

I dag er avtalefysioterapeutenes inntekt tredelt: Et driftstilskudd fra kommunen, refusjon utbetalt fra Helfo og egenandeler fra pasienten. Ved innføringen av driftstilskuddet ble tilskuddet satt til om lag 40% av normert inntjening, slik at den aktivitetsbaserte delen av inntekten ble den største. Det har

imidlertid ikke vært en reell deling der driftstilskuddet har utgjort 40% av inntjeningen. I 2007 ble det gjort en utredning på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, der en modell for større grad av kommunal finansiering av fysioterapitjenesten ble diskutert. Forslaget var å øke driftstilskuddsandelen og redusere takstandelen. I rapporten fremkommer det at kommunens andel av avtalefysioterapeutenes inntekt da var på 25,5%. Det innebærer at statens og pasientens andel er 74,5%. Årsaken til den lave andelen var at fysioterapeuter med deltidshjemmel hevet takster tilsvarende fulltid og pasienter som var fritatt for egenandel. Det er siden gjort noen grep for å øke den kommunale andelen av betalingen for kommunale fysioterapi. Årsaken til at NFF ikke har støttet dette er det store omfanget av deltidshjemler – 40% av avtalefysioterapeutene har deltidshjemler⁵.

I rammeavtalen ligger det en forpliktelse til at kommunene som hovedregel skal lyse ut fulle hjemler, og i alle fall ikke hjemler under 50%. Ved tildeling av en kommunal deltidshjemmel oppstår det i mange tilfeller en ufrivillig deltidjobb. Noen kommuner har tatt grep, mens andre dessverre ikke har gjort det. Vår erfaring er at en del kommuner bevisst holder på 20% avtaler, og vi kjenner til kommuner som fortsatt har flere 20%-hjemler, og som ikke vil justere opp disse. Videre har vi erfart at det er kommuner som ikke ønsker å opprette hjemler fordi kommunen har private fysioterapeuter som behandler de pasientene som har god nok økonomi til å betale for behandlingen selv. Dette bidrar til en delt helsetjeneste, og at kommunene ikke ivaretar sitt sørge for-ansvar.

En styrking av retten til heltid, som Stortinget har vedtatt, må også gjelde avtalefysioterapeuter. Deltidshjemler for fysioterapeuter i kommunene må økes til fulle hjemler. Det kan synes nødvendig at kommunene får tydeligere nasjonale føringer for å innføre fulle driftshjemler.

⁵ SSB-tabell 13533