



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Innspill til statsbudsjettet 2023

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



Innspill til statsbudsjettet 2023

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) oppfordrer 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 de nevnte 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 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.

Habilitering og rehabilitering

2. 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.
3. Det må gis tilskudd til å styrke rehabiliteringstjenestene, utvikling av gode pasientforløp og samhandling i tjenestene. Rehabilitering må få en egen plass i helsefelleskapene – det kommer pasientene til gode.

Helsefremmende og forebyggende tjenester

4. 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 380 millioner kroner øremerket til nye fysioterapeutstillinger i en opptrappingsplan over tre år. Tjenesten må være tverrfaglig for å virke etter hensikten.

5. Det må avsettes ressurser til at én time fysisk aktivitet daglig i grunnskolen kan gjennomføres. Midlene må sikre lærerne kompetansemidler, rammer og aktuelt utstyr til den enkelte skole. Dette må inn som del av kommunal planlegging
6. Det er sammenheng mellom psykisk helse og plager i muskler og skjelett, og det må derfor være søkelys på både psykisk og somatisk helse, også for barn og unge. Bevilgningene til program for folkehelsearbeid i kommunene må derfor økes betraktelig.
7. Det må settes av midler til en 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.

Egenandeler for ungdom

9. 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

10. En egen nasjonal portal for henvisning til arbeidsrettede helsetiltak bør innføres.
11. 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.
12. Stimulere til tiltak som bidrar til økt fysisk aktivitet tilpasset arbeidstaker og arbeidsoppgaver.

ABE-reformen

13. NFF mener at ABE-reformen må stoppes. Vi ser frem til regjeringens arbeid med å erstatte reformen.

Kompetanse

14. NFF mener at det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Det må derfor avsettes midler i statsbudsjett 2023 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 som sikrer 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 det igangsatte arbeidet med 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.

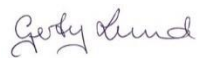
Andre tiltak

18. Samhandlingsmodellen for kommunal helsetjeneste, Knutepunktmodellen innføres i flere kommuner. Helsemyndighetene må bevilge tilskudd til kommuner som ønsker å innføre modellen.
19. Rådet for muskel- og skjeletthelse må få tilført midler på lik linje med Rådet for psykisk helse, i 2022-budsjettet er det foreslått 4.4 mill. kroner.

20. Oppkobling til Helsenettet må være **kostnadsfritt** for helsepersonell, og det må avsettes midler til dette i statsbudsjettet 2023.
21. Et heltidsløft, 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. Etter våre beregninger vil et slikt løft koste et sted mellom 120 og 180 mill. kroner.

En utdyping av hvorfor NFF mener disse punktene bør vurderes i forbindelse med utarbeidelse av statsbudsjettet for 2023 finnes i vedlegget.

Med vennlig hilsen



Gerty Lund
forbundsleder
Norsk Fysioterapeutforbund

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.

Habilitering og rehabilitering

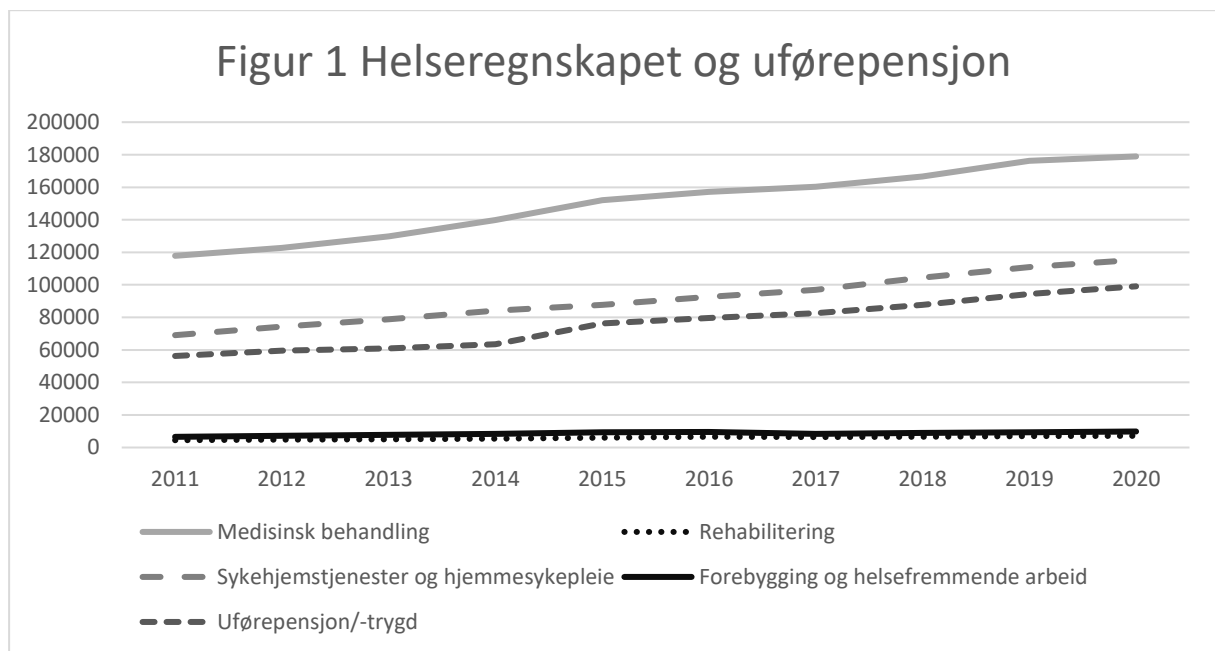
2. Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering: Stadig flere rehabiliteringsoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten uten at kommunehelsetjenesten har bygget opp tilbudet tilsvarende. Dette til tross for vedtak i Stortinget om at det ikke skal skje. Tjenestene skal 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. 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.

NFF deltar i et aktørnettverk med 21 aktører fra pasient-, arbeidsgiver- og profesjonsorganisasjoner, spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi mener at Norge trenger en rehabiliteringsreform. Vi mener det er nødvendig å lage en plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten der tilbudet kartlegges og vurderes og konkrete løsninger foreslås. Det er nødvendig å se på organisering av tjenesten på tvers av tjenesteområder, og -nivåer. 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.

KPMGs evalueringsrapport av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering må tas på alvor og følges opp med konkrete tiltak. Det er allerede et 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.

3. Samhandling og 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 reinnleggelse 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. Nytt 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.



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

4. 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 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 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.

5. 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 2023.

6. 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 innlemme 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.

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. Utdfordringer 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 2023.

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. 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

10. 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.

11. 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. Helseforetakene skal primært være avklaringspoliklinikk hvis 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.

12. 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.

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 produktivitetsarbeidet 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 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 kompensierende tiltak. En offentlig spesialistgodkjenning er også et viktig tiltak for å fremme 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 2023 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 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, 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 Fysioprime 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. Samhandlingsmodell for kommunal helsetjeneste - Knutepunktmodellen: Den norske legeforening har gjennom Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin 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.

19. Rådet for muskel- og skjeletthelse: Rådet for muskel- og skjeletthelse er en paraplyorganisasjon som samler aktører, både profesjonsforbund og pasientforbund, som arbeider for eller er opptatt av en bedre muskelskjeletthelse i samfunnet generelt. 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 får i 2022 bevilget 4.4 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 og staten har i tillegg økt kostnaden for fysioterapeuten gjennom betydelig økte medlemsavgifter. NFF mener at dette innebærer 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 2023.

21. 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 selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter, 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 takstforskriften 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 deltidsjobb. Noen kommuner har tatt grep, mens andre dessverre ikke har gjort det. Vår erfaring er dessverre 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 helprivate fysioterapeuter, som behandler de pasientene som har god nok økonomi til å betale for behandlingen». Det er uverdigg at kommuner unnlater å øke driftsavtaler slik at de er i samsvar med reelt praksisomfang og behov.

Et heltidsløft, som regjeringen har tatt initiativ til, må også gjelde selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. 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, helst i form av finansiell støtte. Etter våre beregninger vil et heltidsløft for avtalefysioterapi koste et sted mellom 120 og 180 mill. kroner.