

## Høringssvar Helsepolitisk program 2026-2028

### Innhold

Høringssvar fra Region Midt.....	1
Høringssvar fra NFFs faggruppe for arbeids- og folkehelse .....	3
Høringssvar fra Region Vest .....	5
Høringssvar fra Faggruppen for barne- og ungdomsfysioterapi.....	7
Høringssvar fra Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi.....	8
Høringssvar fra NUF .....	8
Høringssvar fra Region Osloområdet .....	9
Høringssvar – Region Sør-Øst.....	10
Fra: Fag- og utdanningspolitisk råd (FUR) .....	13
Høringssvar fra Næringspolitisk råd .....	16

### Høringssvar fra Region Midt

#### Høringsinnspill fra NFF Region Midt

#### Revidert forslag til Norsk Fysioterapeutforbunds helsepolitiske program 2026–2028

Fra: NFF region Midt

Dato: 07.mai 2026

NFF Region Midt takker for muligheten til å gi innspill til revidert forslag til Norsk Fysioterapeutforbunds helsepolitiske program 2026–2028.

Vi anerkjenner at forslaget inneholder mange viktige helsepolitiske temaer for fysioterapeuter og forbundet, blant annet samhandling, rehabilitering, habilitering, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, sykefravær, offentlig spesialistgodkjenning, henvisningsrett, digitalisering og kunstig intelligens.

Samtidig mener NFF Region Midt at programmet bør bearbeides videre før endelig behandling. Vår vurdering er at utkastet inneholder mange riktige og viktige enkeltsaker, men at det i for liten grad fremstår som et samlet, strategisk og politisk retningsgivende program. Programmet bør tydeligere vise hvordan fysioterapeuter og fysioterapikompetanse er en del av løsningen på de største helsepolitiske utfordringene Norge står overfor.

#### 1. Tydeligere helsepolitisk hovedretning

Programmet bør ta tydeligere utgangspunkt i de store helse- og folkehelseutfordringene og koble de tydeligere til fysioterapeuters kjernekompetanse i funksjon, aktivitet, mestring, bevegelse, rehabilitering, habilitering, forebygging og deltakelse.

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste må i større grad forebygge sykdom og funksjonsfall, fremme aktivitet og deltakelse, styrke rehabilitering og habilitering, og bruke riktig kompetanse tidligere i pasientforløpet. Fysioterapeuter har en nøkkelrolle i denne omstillingen.

#### 2. Forebygging, rehabilitering og habilitering

NFF har over tid hatt et sterkt budskap om «mer forebygging – mindre reparasjon». Dette bør være et bærende politisk budskap i programmet. Programmet bør tydeliggjøre fysisk aktivitet, funksjon og mestring som viktige virkemidler for bedre helse, høyere livskvalitet og mer bærekraftige tjenester.

NFF Region Midt mener også at rehabilitering bør løftes som en hovedprioritet. Rehabilitering er ikke et tillegg til behandling og pleie, men en forutsetning for bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Programmet bør derfor tydeligere løfte behovet for tidlig innsats, tilstrekkelig kapasitet, riktig kompetanse og forpliktende pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og avtalefysioterapeutene.

Habilitering og rehabilitering bør også ses mer i sammenheng. Skillet mellom habilitering og rehabilitering er ofte dynamisk i praksis. Mange mennesker vil gjennom livsløpet ha behov for både å oppøve, opprettholde, gjenvinne eller bedre funksjon. Der programmet omtaler kompetansekrav i behandlings- og beslutningskjeden, bør det derfor vurderes om formuleringen bør være «habiliterings- og rehabiliteringskompetanse».

### **3. Brede språk og samarbeid**

Programmet har enkelte steder et for snevert pasientperspektiv. Fysioterapeuter møter ikke bare pasienter i tradisjonell forstand. Vi møter også barn, foreldre, elever, arbeidstakere, pårørende, eldre, grupper og lokalsamfunn.

Mange fysioterapitiltak handler om forebygging, veiledning, aktivitet, funksjon, mestring og deltakelse før sykdom eller behandlingsbehov oppstår. Programmet bør derfor bruke et språk som rommer både pasienter, brukere, innbyggere, barn, unge, arbeidstakere og pårørende.

Programmet bør også omtale samarbeid med NAV, barnehage, skole, utdanningsinstitusjoner, arbeidsliv, frivillighet, idrett og øvrige aktivitetsarenaer tydeligere. Dette er særlig viktig innen folkehelse, habilitering, rehabilitering og arbeid/helse.

### **4. Samhandling, kommunehelsetjenesten og arbeid/helse bør konkretiseres**

Programmet bør tydeliggjøre hva det skal samhandles om, hvilke aktører som må forpliktes, og hvilken rolle fysioterapeuter skal ha. NFF bør særlig løfte fysioterapi, rehabilitering og funksjonsvurdering inn i helsefelleskapenes arbeid, i pasientforløp og i vurderinger av kapasitet mellom tjenestenivåene.

Kommunehelsetjenesten bør beskrives mer helhetlig. Programmet bør tydeliggjøre fysioterapitjenesten som en samlet del av kommunens ansvar, der både ansatte fysioterapeuter, avtalefysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter inngår i det totale tilbudet. NFF Region Midt støtter også at sykefravær er tatt inn i programmet. Programmet bør legge hovedvekten på funksjon, arbeidsevne, gradert aktivitet, arbeidsplassvurderinger, tilrettelegging og bedre samhandling mellom fysioterapeut, fastlege, arbeidsgiver, NAV og bedriftshelsetjeneste. Dersom programmet skal vise til konkrete modeller som Fitnote, bør det fremgå hva modellen innebærer, hvilket kunnskapsgrunnlag den bygger på, og hvordan den eventuelt kan tilpasses norsk sykefraværsoppfølging.

### **5. Redaksjonelt**

NFF Region Midt mener at programmet bør struktureres tydeligere slik at det blir lettere å bruke politisk, organisatorisk og kommunikativt.

Det bør også skilles tydeligere mellom politisk program og vedlegg/bakgrunnsstoff. Definisjoner, eksempler, mulige budskap og omtale av first contact physiotherapy bør vurderes flyttet til vedlegg eller intern verktøykasse.

Eksempler i programmet må kvalitetssikres og dateres. Dersom tidligere prosjekter eller modeller omtales, må det fremgå om de er avsluttet, videreført i drift eller kun brukes som historiske eksempler.

### **Avsluttende merknad**

Regionstyret NFF Region Midt mener at revidert helsepolitisk program har et godt utgangspunkt, men at det bør spisses for å få større politisk kraft. Vi mener NFF ikke først og fremst bør fremstå som en organisasjon som ber om større plass for fysioterapeuter. NFF bør vise hvorfor fremtidens helse- og omsorgstjeneste trenger mer fysioterapikompetanse.

### **Mvh**

Regionstyret, NFF region Midt

## Høringssvar fra NFFs faggruppe for arbeids- og folkehelse

Faggruppen takker for muligheten til å kommentere NFF sitt reviderte forslag til Helsepolitisk program 2026-2028. Vi takker også for utsettelsen av høringsfristen. Vi har tre hovedkommentarer til dokumentet.

### 1. Dokumentets oppbygning:

Dokumentet har mye godt innhold, som vi tenker ville kommet bedre fram med en annen oppbygning. Vi vurderer overskriften «Samhandling» som god, og har prøvd å finne flere overskrifter med lignende politiske appell. Numrene i parentes er linjenumrene fra høringsdokumentets innholdsoversikt. Forslag til ny oppbygning:

#### **SAMHANDLING** (5)

- Samhandling spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste (6)
- Samhandling innad i kommunene (7)

#### **BREDDE** (Ny overskrift)

##### Tilnærming, evt arbeidsfelt (Ny overskrift):

- Behandling, inkl lindrende.. (Nytt punkt)
- Rehabilitering (10)
- Habilitering (11)
- Forebygging og helsefremming (Nytt punkt, kan evt deles i to). Det som står om frisklivssentraler og folkehelsekoordinator kan kanskje flyttes hit.

##### Tjenester (Ny overskrift):

- Kommunehelsetjenesten (12)
- Spesialisthelsetjenesten (13)

#### **KOMPETANSE** (Ny overskrift)

- Utdanning og forskning (14)
- Det som står om turnustjeneste.
- Offentlig spesialistgodkjenning (16)

#### **NYTENKING** (Ny overskrift)

##### Organisering (Ny overskrift):

- Fysioterapeut på tverrfaglig legekantor (8) + (25)
- Fysioterapeut på legevakt og i akuttmottak (9)
- Henvisningsrett (17)

##### Teknologi (Ny overskrift):

- Digitalisering (18)
- Kunstig intelligens (19)

#### **INTERNASJONALISERING** (Ny overskrift)

Her kan det gjerne være en innledning som poengterer viktigheten av å få input utenfra, og samtidig å bidra i andre lands utvikling. Det kan nevnes eksempel som beskriver noe av det som allerede gjøres av internasjonalisering. For eksempel deltar mange faggrupper, vår inklusive, i internasjonale nettverk. Og deretter nevne noen av de eksemplene som står fra side 13 og utover, som NFF ønsker å hente mer lærdom fra i perioden det politiske programmet gjelder, f.eks. First contact fysioterapi i Storbritannia. Det er viktig å synliggjøre

at man verdsetter internasjonisering. Det hadde også vært bedre å ha et dokument der alt stoffet var integrert i et dokument, uten tilleggsdel.

## 2. Kommentarer til innhold.

Det er et ønske fra faggruppen at dokumentet, synliggjør bredde i fokus og praksis, uten at man trenger å skrive mye om alt som nevnes.

- Samarbeid: Når det gjelder hvem fysioterapeuter skal samarbeide med, så savner vi flere, spesielt aktører utover helsetjenesten. Ett eksempel: I helsefremmende og forebyggende arbeid samarbeider fysioterapeuter mye med frivillig sektor; frivilligsentraler, idrettslag, stiftelser mfl.
- Bredde: handler om ulike tilnærminger / arbeidsfelt og tjenester (se over), men også om målgrupper for fysioterapi. Når det gjelder målgrupper har vi to kommentarer:
  - o Det er vanskelig å finne gode kategoriseringer. I dokumentet nevnes konkrete diagnoser, type problematikker som muskel/skjelett, ulike aldersgrupper i livsløpet. Vi vet, fra kontakt med klinisk praksis, at noen bruker prioriteringskriteriene i kategorisering: Behov for hjelp med helse og / eller funksjon av en viss alvorlighet, og som vil ha nytte av fysioterapi. Noe av begrunnelsen for dette er at en og samme pasient kan ha flere diagnoser. Vedkommende kan ha både en muskel/skjelett- og nevrologisk problematikk, eller både en psykososial - og muskel-skjelett problematikk. Samtidig som alder spiller inn. Kanskje prioriteringsbegrepene / - prinsippene kan brukes som kategorisering?
  - o Vi savner flere store målgrupper i dokumentet: Vi savner spesielt personer med psykiske plager / -lidelser, som vi finner høyt oppe på statistikker over sykefravær og uføretrygd, og der fysioterapeuter har kunnskap til å bidra både i forebygging, behandling og rehabilitering. Her kan fysioterapeutens rolle synliggjøres innenfor kommunale psykisk helse- og rustjenester, i lavtersktilbud rettet mot angst, depresjon, stress og belastningslidelser (som Rask psykisk helsehjelp, RPH), som del av tverrfaglige team og helhetlige pasient-/brukerforløp innen psykisk helse.  
  
Vi savner også personer med utviklingsnedsettelse, og personer som faller inn under betegnelsen migrasjonshelse.
- Bredde. Under det som står om kommunehelsetjenesten savner vi at arbeid på samfunns-/befolkningsnivå nevnes. Fysioterapeuter har viktig kunnskap både når det gjelder planarbeid og universell utforming.
- Bredde: Rehabilitering og habilitering er tilnæringsmåter/ arbeidsfelt hvor fysioterapeuter har mye å tilby. Vi støtter derfor at disse arbeidsfeltene løftes fram. Vi ønsker likevel at også behandling og helsefremmende- og forebyggende arbeid nevnes som viktige arbeidsfelt i denne sammenhengen.
- Sykefravær. Legge til under kulepunkt «Fysioterapeuter bør i større grad foreta funksjons- og arbeidsplassvurderinger – jfr. Fitnote»: «og bidra i dialogen mellom arbeidsgiver og -taker om tilrettelegging på arbeidsplassen -jfr. arbeidsgivers bruk av bedriftshelsetjeneste i Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.» [Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning](#)

## 3. Språk

Denne kommentaren er kanskje unødvendig, siden det å jobbe med språk automatisk er en del av den slutføringen av et dokument. Vi vet av egen erfaring at flere i sekretariatet er gode med språk og kan løfte / finpusse det litt, slik at dokumentet er optimalt informativt, lett å lese og tilpasset målgruppene.

06.05.26

Mvh,  
Faggruppen for arbeids- og folkehelse.

## **Høringsvar fra Region Vest**

### **Utarbeidet 050526 i fellesmøte for delegater og styre**

Region Vest vil først takke for arbeidet som er gjort med forslag til helsepolitisk program! Forslaget omfatter viktige fagpolitiske tema, og synliggjør mange av utfordringene som påvirker fysioterapeuter, brukere og samfunn. I det følgende vil vi dog fokusere på det som vi mener er forbedringsmuligheter.

#### **STRUKTUR**

Region Vest mener at programmet er uoversiktlig og vanskelig å lese. Når vi synes det, tror vi det også vil gjelde for tillitsvalgte, medlemmer og eksterne aktører som vi håper skal bruke det ferdige produktet.

Det er ofte vanskelig å se tydelig sammenheng mellom innledende beskrivelse av tema, og forslag til løsning i kulepunktene. Det er ikke alltid klart for oss hvorfor punktene har havnet under den hovedoverskriften der de står.

Videre er det mange overskrifter og mange punkter - vi savner prioritering, at det fremkommer hva som er langsiktige visjoner versus politiske krav på kort sikt, og hva som er punkter vi mener må utredes for at vi skal kunne utvikle en politikk/mene noe (f.eks, utdanningslengde/turnus).

Region Vest mener derfor at programmet bør forenkles, struktureres og spisses, slik at det blir et reelt politisk verktøy for organisasjonen. En av våre delegater jobber parallelt med samme høring på vegne av faggruppen for arbeids- og folkehelse, og vi støtter forslaget til inndeling av politisk program som de foreslår i sitt høringssvar. Det omfatter områdene samhandling, bredde, kompetanse, nytenkning/utvikling

Region Vest ønsker også at hver hoveddel tydeliggjør hva dagens situasjon er, hva utfordringen er, og hva NFF vil oppnå. Vi tror dette vil gjøre dokumentet mer brukervennlig.

#### **INNSPILL TIL DET FORELAGTE DOKUMENTET**

Samhandling

Region Vest støtter vektleggingen av samhandling, men mener flere formuleringer er for uklare, og må konkretiseres. Eksempler på dette er:

- sykehus og store kommuner må ta større ansvar
- rehabilitering og fysioterapi må sikres en stemme
- sterkere bindinger mellom kommuner og sykehus

Videre savner vi mer om digital samhandling (journalssystemer, meldingsutveksling), f.eks. at den enkelte ansatte fysioterapeut i kommunen må kunne samhandle elektronisk med fastleger og spesialisthelsetjeneste. Og - for å illustrere poengene fra innledningen – vi synes det er krevende med den strukturen dette dokumentet har, å si om denne kommentaren hører til her under samhandling, eller under digitalisering...

#### Rehabilitering og habilitering

Vi støtter mye av de som skrives, men synes også her noen formuleringer blir uklare, f.eks «Alle kommuner må ha en rehabiliteringsplan, **og helst en interkommunal plan**» Hva er en interkommunal plan i denne sammenhengen?

#### Kommunehelsetjenesten

Under dette punktet visers tydelig det vi innledningsvis kommenterer under struktur. Punkter som omhandler fulle avtalehjemler, at fysio må inn på legevakt, hvem som skal ha rett til behandling, og at vi må delta i planarbeid kommer «hulter til bulter».

I tillegg nevner man spesifikt noen brukergrupper, som f.eks eldre, mens andre grupper innen bl.a. psykisk helse, rus og migrasjon er helt fraværende i dokumentet.

Vi forstår ikke hva som menes i linje 199 der det står at fysioterapeuter mangler mulighet til å rekvirere hjelpemidler. I kommunen kan fysioterapeuter søke hjelpemidler fra både kommunalt lager og fra NAV. Avtaleterapeutene mangler takster for å gjøre dette, men det er ikke en begrensning som ligger i terapeutrollen, men i takstsystemet.

Vi ønsker i tillegg å minne om vårt eget forslag til Landsmøtet (se linje 620-625).

Fysioterapeuter i kommunene utfører i økende grad oppgaver som ikke krever fysioterapikompetanse. Dette må belyses og gjøres synlig. Både for å vise bredden i oppgavene, og for å sikre at fagkompetansen brukes der den gir størst helsegevinst.

#### Utdanning og forskning

Turnustjenesten har høy faglig verdi og bidrar til robuste yrkesutøvere. Dersom turnusordningen endres eller fjernes, må det sikres likeverdig praksis med høy kvalitet andre steder i utdanningsløpet.

Forslag om 4-årig bachelor eller 5-årig master bør **utredes**, inkludert konsekvenser for kvalitet, kompetanse, lønn og kostnader

Når det gjelder offentlig spesialistgodkjenning støtter Region Vest intensjonen, men mener begreper som «sammenlignbar videreutdanning» må presiseres.

### Tillegg til helsepolitisk program

Region Vest synes tilleggene bør integreres i hoveddokumentet – særlig når det gjelder definisjoner, men også en del eksempler. Alternativt bør eksemplene og budskapene omarbeides til en idé- eller inspirasjonsbank.

Region Vest mener at opplisting av enkelte diagnoser bør fjernes. Slik det er nå gir det ikke mening for oss at noen diagnoser er nevnt, mens svært mange andre er utelatt. Dokumentet bør heller ta utgangspunkt i behov, funksjon og livsløp, i tråd med prioriteringsforskrifter og gjeldende veiledere.

Kildehenvisningen må gjennomgående være bedre i dokumentet, men også i referanselisten. Det er viktig at man faktisk kan finne igjen rett kilde.

Til sist vil vi takke for muligheten til å gi innspill. Vi skulle ønske vi hadde fått romsligere tidsramme, fordi vi ønsker å gjøre det skikkelig – men ser også at det er frister som gjør det krevende å få til.

Vi ønsker lykke til med arbeidet for å ferdigstille det helsepolitiske programmet!

### **Høringssvar fra Faggruppen for barne- og ungdomsfysioterapi**

Punkt 157: det står "abilitetsbrukere", det er vel feil ord? habiliteringsbrukere?

Punkt 169: Stryk "det er behov for bedre forankring av fysioterapitjenester i habiliteringforløp, samt økt kapasitet og kompetanse på feltet". Skriv heller: Fysioterapeuten er en svært viktig aktør i habiliteringstjenestene og det er behov for flere tilbud om intensive treningsopphold for flere pasientgrupper flere steder i landet for å sikre likhet i tjenestetilbud.

Punkt 173: Det bør avtales en norm som setter grenser for antall ansatte per bruker per uke/måned? Dette har vel lite med fysioterapi å gjøre, heller et ressursproblem i kommunene...?

Punkt 220: Det står "Nybakte mødre skal få tilbud om 1 time med fysioterapeut med kompetanse i kvinne, gjerne i forbindelse med helsestasjon". BUF krever at "gjerne i forbindelse med helsestasjon" fjernes, som vi også presiserte på landmøtet. Dette fordi fysioterapeuter for barn og unge allerede har liten plass på helsestasjonen og da er det urimelig å tenke at fysioterapeuter med fokus på kvinnehelse skal "ta plassen" der med individuell oppfølging av kvinner. Kvinner kan gjerne få en time gratis fysioterapi etter fødsel, men det bør ikke knyttes opp mot helsestasjonen. Helsefremmende og forebyggende opplysningsarbeide utføres allerede i stor grad ved fysioterapeut for barn og unge som har tverrfaglige grupper med helsesykepleier eller jordmor før/etter fødsel. Dette arbeidet kan forbedres. Om kvinner skal ha individuell sjekk og potensielt fysioterapibehandling er dette ikke noe som hører innunder helsestasjonen som er et helsefremmende og forebyggende tiltak per definisjon.

## Høringssvar fra Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi

Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi takker for muligheten til å gi innspill til revidert helsepolitisk program for 2026-2028. Faggruppen støtter hovedlinjene i det offensive programutkastet, og anser det som et viktig verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer. Vi er spesielt glade for at forslag #6 fra landsmøtet om at psykisk syke må få tilgang til psykomotorisk fysioterapeut er spilt inn. For å sikre at programmet blir så presist og slagkraftig som mulig, ønsker faggruppen å løfte følgende presiseringer knyttet til fysioterapiens rolle i psykisk helsearbeid:

1. **Bruk av SSB-tallene:** En varslet ressurskrise Programutkastet viser til SSB-tall fra 2024: kun åtte fysioterapeutårsverk i BUP, 145 årsverk innen psykisk helsevern for voksne og 15 årsverk innen tverrfaglig rusbehandling. Faggruppen mener disse tallene bør brukes enda mer aktivt som brekkstang i dokumentet. Tallene illustrerer et enormt udekket behov for psykomotorisk fysioterapi. Dette gapet mellom behov og tilbud rammer pasientsikkerheten og hemmer gode, helhetlige pasientforløp. Videre ga også Riksrevisjon barne og unges psykiske helse det glatte lag nylig også.
2. **Presisering av "fysisk aktivitet" i psykisk helsevern** I kapittelet om kommunehelsetjenesten slås det fast at fysioterapi er nærmest fraværende i psykisk helsevern, til tross for at fysisk aktivitet er en av de viktigste medisinene. Faggruppen ber om at dette utdypes. Fysioterapeutens, og spesielt den psykomotoriske fysioterapeutens, bidrag handler om langt mer enn fysisk aktivitet. Behandling av komplekse psykiske lidelser og traumer krever spesifikk kompetanse på kroppslig bevisstgjøring, emosjonell regulering og forståelse for sammenhengen mellom muskulære spenninger, pust og psyke.
3. **Tverrfaglige legekontor må inkludere psykomotorisk kompetanse** Utkastet foreslår fysioterapeuter som førstekontakt på tverrfaglige legekontor, inspirert av gode resultater fra Storbritannia. Faggruppen vil understreke at et slikt tilbud også må rigges for pasienter med diffuse smerter, tretthet og sammensatte lidelser – pasienter som ofte har behov for en psykomotorisk vurdering. Tidlig intervensjon her vil/kan forhindre langvarige sykemeldinger og unødvendig medisinerings.
4. **Sårbarhet og behandling i marginaliserte grupper** Programmet løfter frem at fysioterapeuter skal inn i lavterskeltilbud som ACT- og FACT-team. Faggruppen støtter dette sterkt. Samtidig bør det presiseres at marginaliserte grupper med høy sårbarhet, for eksempel innen rusomsorg og fengselshelsetjeneste, ofte bærer på komplekse traumer som setter seg i kroppen. For disse gruppene er psykomotorisk fysioterapi ofte den eneste behandlingen som når inn når samtalerterapi alene ikke strekker til. Når begrepet "nødvendig helsehjelp" skal defineres, må tilgang til spesialisert kroppslig behandling for disse pasientgruppene inkluderes.
5. **Utdanningskapasitet som flaskehals** Forbundsstyret peker riktig på at det er for få studieplasser ved masterutdanningene i blant annet psykomotorisk fysioterapi. Faggruppen vil understreke at uten en umiddelbar opptrapping av disse studieplassene, vil verken kommune- eller spesialisthelsetjenesten ha kapasitet til å innfri sentrale politiske føringer om styrket psykisk helsevern i årene som kommer.

## Høringssvar fra NUF

Vi takker for arbeidet som er lagt ned i revisjonen av det helsepolitiske programmet. Vi opplever at programmet er ambisiøst og i stor grad reflekterer de utfordringene fysioterapeutene står overfor i norsk helsetjeneste. Det er mye vi er enige i, og mye vi er

stolte av at NFF løfter frem. Vi har valgt å bruke høringssvaret vårt på én sak som berører våre medlemmer direkte og umiddelbart – spørsmålet om turnus og venteliste. Dette er ikke et fremtidig problem. Det er et problem som rammer ferdigutdannede fysioterapeuter nå, og som vi mener programmet ikke adresserer med tilstrekkelig tydelighet og forpliktelse.

### **Turnus og venteliste**

NUF støtter at programmet løfter frem behovet for tilstrekkelig antall turnusplasser og at tiltak må settes inn. Vi savner likevel en tydeligere og mer forpliktende tone. Formuleringen «gjærne i form av økonomiske insentiver» signaliserer at dette er ett mulig virkemiddel blant flere – det er i våre øyne litt for passivt.

NUF vil derfor være tydelige: det er og vil aldri være akseptabelt at ferdigutdannede fysioterapeuter må stå i kø for å få gjennomført obligatorisk tjeneste. For fysioterapeuter er konsekvensene av venteliste langt mer alvorlige enn for eksempel for leger – det finnes ingen lisensordning eller mellomløsning som gir mulighet til å jobbe som fysioterapeut i påvente av turnusplass. En venteliste betyr i praksis at ferdigutdannede fysioterapeuter ikke kan jobbe i sitt eget fag. Det er enormt negativt for faglig utvikling og det er elendig samfunnsøkonomi.

Dersom en utvidet grunnutdanning med integrert turnus skal utredes, må NFF samtidig forplikte seg til at det iverksettes midlertidige tiltak som sikrer at ingen studenter må vente på turnusplass i mellomtiden. En utredningsprosess kan ta år – og det er uakseptabelt at dagens studenter skal bære kostnadene av en omlegging de ikke har bedt om.

NUF ønsker rett og slett at NFF er tydeligere på budskapet og skarpere i tonen på dette temaet.

## **Høringssvar fra Region Osloområdet**

### **Høringssvar helsepolitisk program NFF 2026-2028**

Vi takker for muligheten til å gi innspill til utkastet til helsepolitisk program. Her følger våre tilbakemeldinger fra NFF region Osloområdet.

- Linje 161; *Det må stilles minstekrav til habiliteringskompetanse på alle nivå i behandlings- og beslutningskjeden.* Her stod det tidligere habiliterings- og rehabiliteringskompetanse og vi mener det er mest hensiktsmessig å opprettholde den formuleringen her. Skjæringspunktet mellom habilitering og rehabilitering er gjerne dynamisk i praksis. Hvis vi veldig enkelt formulert forstår habilitering som å opprettholde og rehabilitering som å gjenvinne/bedre funksjon, tilrettelegge, bryte ned funksjonshemmende barrierer med mer, så vil det være hensiktsmessig å også trekke rehabiliteringsperspektivene inn i habiliteringstjenestene. Internasjonalt brukes også i stor grad rehabilitering som et samlebegrep.
- Linje 468; *Prosjekt Innovativ Rehabilitering* ble avsluttet i 2020. Tverrfaglig vurderingsteam ble opprettet som en del av prosjektet og delvis overført til drift etter

at prosjektet ble avsluttet. Det er derfor ikke aktuelt å vise til prosjektet i sin helhet som det som kan oppfattes som et pågående prosjekt. Dersom det skal nevnes må det tydeliggjøres at prosjektet som er avsluttet.

*Vi velger å gjenta noen av innspillene fra høringssvaret til forrige høringsrunde knyttet til helsepolitisk program;*

Vi mener at programmet på en god måte fremhever fysioterapeuters allsidighet og hvordan vi kan bidra til å lette arbeidsmengden i ulike tjenester. Fysioterapeuter er til stede i hele livsløpet – fra helsestasjon og skole, til arbeidsliv og eldreomsorg – og vi har en viktig rolle både i forebygging, behandling og rehabilitering. Dokumentet gir et solid og helhetlig bilde av fysioterapeuters rolle i helsetjenesten, og vi støtter mange av de retningene og tiltakene som foreslås.

Samtidig ønsker vi å påpeke at programmet har et noe ensidig fokus på "pasienter." I fysioterapeuters hverdag møter vi ikke bare pasienter, men også barn og foreldre, arbeidstakere, elever og andre som ikke nødvendigvis er syke/behandlingstrengende, men som har behov for veiledning, støtte og tiltak fra fysioterapeut. Det er viktig at helsepolitikken også rommer disse tjenestene og tiltakene – som ikke alltid passer inn i en medisinsk eller patologifokusert forståelse.

Vi savner også en bredere omtale av våre samarbeidspartnere. I habilitering og rehabilitering er NAV, skole, barnehage, utdanningsinstitusjoner, arbeid og øvrige aktivitetsarenaer helt sentrale aktører. Dette gjelder også i helsefremmende og forebyggende arbeid, der fysioterapeuter bidrar til å skape gode livsvilkår og funksjon i hverdagen for "folk flest". Vi oppfordrer til at programmet i større grad synliggjør denne tverrsektorielle samhandlingen.

Vi ser frem til å bidra videre i utviklingen av helsepolitisk program.

*Mvh  
Styret NFF region Osloområdet*

## **Høringsvar – Region Sør-Øst**

Region Sør-Øst sendte innspillet til høringen med merknader i teksten. Copilot er benyttet for å ta ut merknadene og knytte de til riktig sted i forslaget.

### 1) Overordnet merknad (generell)

Sted i dokumentet: Helt i starten (generell kommentar til helheten)

Merknad: «Som en generell kommentar mener vi at flere av forslagene er utfordrerne å gjennomføre og åpner en rekke nye spørsmål. Dersom vi ikke har et forslag til "løsning" er vi redd vi i enkelte situasjoner kan bli tatt mindre alvorlig»

---

### 2) Samhandling

#### 2.1 Samhandling innad i kommunene

Sted i dokumentet: Kapittel Samhandling → Samhandling innad i kommunene (ved «Norsk Fysioterapeutforbund mener»)

Merknad: «Kanskje ha med noe om å gi helprivate gode avtalevilkår opp mot helseforsikringer. Hvorfor honorere i dag flere forsikringselskaper naprapater høyere enn fysioterapeuter?»

## 2.2 Fysioterapeut på tverrfaglig legekantor

Sted i dokumentet: Kapittel Samhandling → Fysioterapeut på tverrfaglig legekantor (ved «Fysioterapeuter må være førstekontakt ...»)

Merknader (flere knyttet til samme punkt):

«Skal de kun undersøke eller også behandle? Hvilken kompetanse ønsker vi at skal være representert, msk, psykisk helse (kroppslig mestring)»

«Kanskje begrense til msk??»

«Hvordan skal dette finansieres, med dagens avtaleterapeuter, nyopprettet stillinger/avtaler, Ansatte på legekantor?»

---

## 3) Kommunehelsetjenesten

### 3.1 Om rekvirering/hjelpemidler (avsnitt om rettigheter)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten (i avsnittet om rettigheter/virkemidler)

Merknad: «Alle kan fysio kan søke på hjelpemidler, blir gjort mye av ansatte»

### 3.2 Punkt om at fysioterapeut kan undersøke/diagnostisere/henvise (rolle/kapasitet)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – setningen «Fysioterapeut kan undersøke, diagnostisere og henvise ...»

Merknader:

«Hvem skal følge opp pasientene. Store utfordringer med dagens manglende kapasitet. Økt kapasitet ville gitt pas raskere tilgang/ vurdering til rett kompetanse og oppfølging»

«Skal fysioterapeuter ha krav om innføring av akutt timer?»

«Hvem kan henvise?»

### 3.3 Oppfølging/rehabilitering i legekantor-kontekst (krav til fasiliteter)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – setningen «Fysioterapeut kan følge opp og delta i rehabilitering ...»

Merknad: «Dette stiller ofte krav til fasiliteter som ikke finnes på legekantor i dag. Kan det tolkes ulikt om fysioterapeut skal inn på legekantor vs at det oppfordres til tverrfagligklinikker/ samlikalisering mellom fysio og fastlege (da e har litt ulike praksisbehov, tilrettelagt for begge profesjoner)»

### 3.4 Sykefraværarbeid (tidsbruk/finansiering + samarbeid)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – setningen om at fysioterapeuter kan bidra i sykefraværarbeidet (funksjonsvurderinger/dialog)

Merknader:

«Tidkrevende, hvordan finansieres dette?»

«Opprette gode samarbeidsarenaer»

### 3.5 Samhandling/henvisning (behov for behandling, ikke bare vurdering)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – setningen «Fysioterapeuten kan samhandle med spesialisthelsetjenesten, herunder henvise ...»

Merknad: «Krever også mulighet for behandling, ikke kun undersøke og henvise»

### 3.6 Eldre og tilgang til fysioterapeut (presisering av omfang)

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – avsnittet som starter «Eldre må få tilgang til fysioterapeut ...»

Merknader:

«enig»

«Helt enig, trenger "alle" eldre tilgang til fysioterapeut? Trenger personer på langtidsopphold fysioterapeut, eller trengs det aktive tiltak som kan utføres i samarbeid med annet helsepersonell?»

### 3.7 «Nødvendig helsehjelp» – behov for presisering

Sted i dokumentet: Kapittel Kommunehelsetjenesten – punktet om «Definisjon av nødvendig helsehjelp må inkludere fysioterapi ...»  
Merknad: «Jamf stønadsforskrift og journalkrav, hva er nødvendig?»

---

#### 4) Utdanning og forskning

##### 4.1 Grunntdanning/turnus – lengde og sammenheng med masterløp

Sted i dokumentet: Kapittel Utdanning og forskning – avsnittet om turnustjeneste og mulig 4-årig bachelor/5-årig master

Merknader:

«Hva mener NFF 3-4 eller 5 årig?»

«Hvordan ser man for seg at en evt 5 åig master vil henge sammen med ønske om flere masterløp?»

##### 4.2 Masterutdanning i allmennfysioterapi – behov for avklaring

Sted i dokumentet: Kapittel Utdanning og forskning – punktet «Masterutdanning i allmennfysioterapi ... opprettes»

Merknad: «Hva menes med dette?»

##### 4.3 Masterutdanninger (spesialiteter vs bredde) + redaksjonelt forslag

Sted i dokumentet: Kapittel Utdanning og forskning – punktet om «masterutdanninger i flere av forbundets spesialiteter ...»

Merknader:

«Skal vi ha fokus på forbundets spesialiteter, eller på masterutdanninger innen fysioterapi?»

«Slå sammen med linje 315»

---

#### 5) Sykefravær

##### 5.1 Sykemeldingsrett – hvem, kompetansenivå og rammer

Sted i dokumentet: Kapittel Sykefravær – punktet «Fysioterapeuter bør få sykemeldingsrett»

Merknader:

«Hvem? Og på hvilket komp nivå?»

«Med Klinisk master?»

«Hvor lenge, hvilke diagnoser?»

---

#### 6) Offentlig spesialistgodkjenning

##### 6.1 Presisering av «sammenlignbar videreutdanning»

Sted i dokumentet: Kapittel Offentlig spesialistgodkjenning – avsnittet som omtaler «sammenlignbar videreutdanning»

Merknad: «Hva menes med sammenlignbar. Klinisk master?»

##### 6.2 Hvem omfattes av offentlig spesialistgodkjenning (presisering)

Sted i dokumentet: Kapittel Offentlig spesialistgodkjenning – ved «Norsk

Fysioterapeutforbund mener: Fysioterapeuter må få offentlig spesialistgodkjenning»

Merknad: «Hvem?»

---

#### 7) Henvissingsrett

##### 7.1 Hvem skal ha henvissingsrett og på hvilket nivå

Sted i dokumentet: Kapittel Henvissingsrett – punktet «Fysioterapeuter må få henvissingsrett ...»

Merknad: «Hvem og på hvilke komp nivå? Flere fysioterapeuter.....»

---

## Hørings svar

### Revidert forslag til NFFs helsepolitiske program 2026–2028

Fag- og utdanningspolitisk råd (FUR) takker for muligheten til å gi innspill til revidert helsepolitisk program. Hørings svaret er basert på skriftlige bidrag fra tre rådsmedlemmer og oppsummerer samtlige innspill. Vi håper dette kan være et nyttig grunnlag for Forbundsstyrets behandling 11. mai.

En gjennomgående observasjon fra rådet er at programmet bærer preg av innspill fra mange ulike hold, noe som gir seg utslag i varierende detaljnivå og noe inkonsistent språk. Nedenfor følger innspill kapittelvis.

---

#### 1. Generelle merknader

Terminologi: Dokumentet veksler mellom «helsepolitisk program» og «helsepolitisk plattform». Dette bør harmoniseres gjennomgående – foretrukket betegnelse er «helsepolitisk program» i tråd med tittelen.

Innholdsmessig helhet: Programmet fremstår som et aggregat av innspill fra ulike interessegrupper. En redaksjonell gjennomgang med sikte på å sikre en tydeligere rød tråd, konsistent ambisjonsnivå og enhetlig språk anbefales.

Tabeller og skjemaer bør ikke stå i selve programteksten. Konkrete eksempler og støttende fremstillinger bør samles i vedlegg eller bakerst i dokumentet, som det kan refereres til fra hovedteksten.

---

#### 2. Samhandling

##### 2.1 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Kulepunktene sliter med balansen mellom kortfattet og tydelighet. Formuleringer som «helsefelleskapene må styrkes» og «rehabilitering og fysioterapi må sikres en stemme» er for vage til å ha politisk gjennomslagskraft.

Konkrete innspill:

- Hva mener NFF konkret med å «sikres en stemme»? Bør omformuleres til: fysioterapeuter må aktivt inviteres til og delta i planlegging og gjennomføring av samhandlingen.
- Kommunikasjonen ved overføring mellom nivåene bør eksemplifiseres: informasjonsflyt og tydelig behandlingsplan bør nevnes eksplisitt.

- Formuleringen om at «store kommuner må ta ansvar for mindre kommuner» bør nyanseres. Erfaring tilsier at små kommuner i mange tilfeller fungerer vel så godt. Poenget bør heller være at kommuner må inngå interkommunalt samarbeid for å etablere bærekraftige fagmiljøer - noe samhandlingsreformen i begrenset grad faktisk resulterte i.
- Finansieringsordningene som skal fremme samhandling bør konkretiseres ytterligere. Storbritannia har gode erfaringer med ytelsesbaserte ordninger for hoftenære brudd (Best Practice Tariff, NHS).
- Rekrutteringsprosessen til Helsefelleskapene bør adresseres spesifikt: er det strukturelle hindre som holder fysioterapeuter ute?

## 2.2 Fysioterapeut på tverrfaglig legekontor og legevakt/akuttmottak

Det er få tverrfaglige legekontorer i Norge. Bør programmet tydeliggjøre at NFF arbeider for å få etablert slike, ikke bare for fysioterapeutens rolle på dem der de allerede finnes?

Avsnittene om fysioterapeut på tverrfaglig legekontor, legevakt og akuttmottak er relativt detaljerte og bør vurderes samlet under samhandling, der de tematisk hører bedre hjemme. Akuttmottak-delen hører i tillegg spesifikt hjemme under spesialisthelsetjenesten.

Det bør avklares om avsnittene på linje 86 og 95 versus linje 223 trenger stå på to steder i dokumentet.

## 3. Rehabilitering og habilitering

### 3.1 Rehabilitering

Noen formuleringer er for uklare til å ha politisk gjennomslagskraft. Et godt og anvendbart hovedbudskap som kan ligge til grunn for hele kapittelet er: pasienter må få tilgang til rett helsepersonell til rett tid.

- Kommuner bør ha klare (målbare) effektmål for samhandling og en overordnet plan for å nå disse.
- Utfordringene knyttet til rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten må adresseres tydeligere: det har over tid vært stor usikkerhet rundt utlysning og varighet av avtaler. Lengre og mer forutsigbare avtaleperioder er avgjørende for bærekraftige fagmiljøer, rekruttering og langsiktig planlegging. Formuleringen «Eksisterende og godt fungerende rehabiliteringsavdelinger eller rehabiliteringsinstitusjoner må bestå» bør gi konkret innhold om hva dette faktisk innebærer.

### 3.2 Habilitering

Habilitering og rehabilitering bør behandles som beslektede, men tydelig adskilte områder. Programmet bør rydde i overlapp mellom kapitlene. Referansen til rehabilitering i habiliteringskapittelet bør fjernes.

Egenandelsfritak-aldersgrensen omtales to steder i dokumentet (linje 117 og linje 221/222). Disse bør samkjøres slik at programmet er konsistent.

---

#### 4. Kommunehelsetjenesten

Fysioterapeutens bidrag til folkehelse bør tydeliggjøres og konkretiseres under dette kapitlet, og ikke kun omtales indirekte gjennom kapitlet om sykefravær.

Et sentralt eksempel er oppfølging av breddeidretten, som i stor grad er organisert gjennom frivillig sektor. Fysioterapeuter har tradisjonelt hatt en begrenset rolle her - i hovedsak som mottakere av skadde utøvere snarere enn som forebyggende aktører. Under en «folkehelse»-innramming kan fysioterapiens potensial løftes frem: systematisk veiledning, belastningsstyring og skadeforebyggende tiltak rettet mot utøvere, trenere og foresatte. Dette fremstår som et relativt lite utviklet område og kan løftes som et strategisk satsingsområde.

---

#### 5. Spesialisthelsetjenesten

Kapitlet er tynt, både i innledning og kulepunkter. NFF lider nok under at det ikke finnes en dedikert interessegruppe for spesialisthelsetjenesten, og at fysioterapitjenesten på sykehus er faglig fragmentert.

- Sykehusenes tradisjonelle, hierarkiske organisering reflekterer ikke at fysioterapeuter og andre helseprofesjoner i økende grad overtar oppgaver som tidligere lå til legene. Helseforetakenes strukturer bør revideres slik at de gjenspeiler dagens tverrfaglige praksis.
- Fysioterapeuters deltakelse i tverrfaglige beslutningsprosesser er ofte preget av sen og begrenset involvering. Tidlig inkludering i beslutningsprosesser er et sentralt helsepolitisk tiltak.
- NOU 4:2023 (Tid for handling) peker på manglende ressurser i framtidens helsevesen. Økt satsing på konservative tiltak, der fysioterapeuter er sentrale, må reflekteres i spesialisthelsetjenestens finansieringsordninger.
- Rehabiliteringsinstitusjoners stilling i spesialisthelsetjenesten mangler tydelig omtale (se også pkt. 3.1).
- Forkortelser bør forklares første gang de benyttes i teksten.
- Konkrete eksempler bør flyttes til vedlegg, ikke stå i hovedteksten.

---

#### 6. Utdanning og forskning

«Utdanning og forskning» bør deles i to kapitler med separate overskrifter. Forskningsmiljøene er ikke eksklusivt knyttet til utdanningsinstitusjonene. Dersom en todeling gjennomføres vil innholdet under hvert kapittel bli ganske tynt – noe som kan indikere at stemmer fra utdanning og forskning ikke er tilstrekkelig involvert i revisjonsarbeidet.

- Kvaliteten i praktisk veiledning av studenter og turnuskandidater bør løftes. Det bør stilles tydeligere krav til praksisveiledernes kompetanse og legges til rette for systematisk kompetanseutvikling (f.eks. formell veilederutdanning). Per i dag er bestått bachelorgrad tilstrekkelig for å veilede – dette fremstår utilstrekkelig når målet er høy og sammenlignbar kvalitet. Veiledningsoppgaver må i større grad anerkjennes, bl.a. i lønnsforhandlinger.

- Programmet bør angi strategisk retning for kompetanse og utdanning, men være varsomt med å låse forbundet til spesifikke modeller eller studieløp som ikke er tilstrekkelig utredet. Rolleavklaring mellom stat og institusjon trenger ikke være med i helsepolitisk program (linje 311).

---

### 7. Sykefravær

Skal NFF eksplisitt ta til orde for sykemeldingsrett for fysioterapeuter (linje 198 og 347), eller skal programmet tydeliggjøre fysioterapeuters rolle i funksjonsvurdering, gradert sykemelding og arbeidsrettet oppfølging (linje 520)? Uansett må programmet være konsekvent og tydelig på valgt linje.

Gradert sykemelding bør omtales som et virkemiddel som skal brukes mer systematisk og tidligere, der det er medisinsk og arbeidsmessig forsvarlig.

---

### 8. Øvrige redaksjonelle merknader

- Forkortelser (f.eks. HAVO, MSK) bør forklares første gang de introduseres.
- Det er mulig dobbelt plassering av avsnitt om tverrfaglig legekontor og legevakt/akuttmottak. Bør ryddes.
- Det er mulig inkonsistens i hva programmet mener om egenandel for unge – se linje 117 og linje 221/222. Bør samkjøres.

---

Med vennlig hilsen

### Fredrik Paulsberg

Leder, fag- og utdanningspolitisk råd (FUR)

Norsk Fysioterapeutforbund

leder.fup@fysio.no | 971 45 207

## Høringssvar fra Næringspolitisk råd

### Samhandling innad i kommunene

Privatpraktiserende fysioterapeuter, avtalefysioterapeuter og ansatte kommunefysioterapeuter bidrar aktivt med å få på plass godt samarbeid med blant annet fastlege, NAV, arbeid, skole, barnehage og øvrige aktivitetsarenaer.

Forvaltningen og politikere legger stor vekt på helhetlige pasientforløp, tidlig rehabilitering, tverrfaglig oppfølging og pasientmedvirkning.

Likevel er det et tydelig gap mellom ambisjonene og praksis.

Gapet skyldes blant annet finansieringsordninger, kapasitetsstyring og at organisatoriske prioriteringer i liten grad støtter tverrfaglige, tverretatlige og tidkrevende prosesser som god rehabilitering og oppfølging krever.

### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Sykehus og store kommuner må ta større ansvar, slik at også pasienter som bor i mindre kommuner kan få det tilbudet de trenger.
- Kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder avtalefysioterapeutene, må sikres. Det gjelder begge veier. Dette kan gjøres på ulike måter; eks. hospitering eller fagnettverk der fysioterapeuter fra de to nivåene møtes.
- Helsefelleskapene må styrkes; Hvem som har ansvar for hva må avtales - et sykehus kan ha ulike avtaler med ulike kommuner. Rehabilitering og fysioterapi må få en stemme inn. Fysioterapeuters unike rolle som både forebygger og behandler, tilsier en viktig plass i helsefelleskapene framover. Det må bli sterkere bindinger mellom kommunene/bydelene og sykehusene.
- Finansieringsordning som bidrar til å sikre god samhandling må forsterkes.

**Kommentert [BØ1]:** Må få en tydelig stemme inn

**Kommentert [BØ2R1]:** Veldig muntlig Hele kulepunktet må omskrives

### Fysioterapeut på tverrfaglig legekontor

Fra 2024 skal pasienter i Storbritannia som kontakter fastlege (GP) for muskel- og skjelettproblematikk (MSK) kunne møte en fysioterapeut på legekontoret. Dette ble innført på bakgrunn av svært gode resultater fra pilotprosjekter i førstekontakt fysioterapi (FCP). I Norge har vi direkte tilgang til fysioterapeut, men oppgavedeling med legene på legekontoret er ikke innført.

#### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Fysioterapeuter må være førstekontakt ved spørsmål om bevegelsesfunksjon, aktivitet og kroppslig mestring på et tverrfaglig legekontor

**Kommentert [BØ3]:** På hvilken måte? Avtalefysio på legekontor? Ansatt av kommunen? Kun undersøke og henvise videre til behandling? Hvordan finansiere dette?

### Fysioterapeut på legevakt og akuttmottak

Internasjonale erfaringer viser at fysioterapeuter på legevakt/akuttmottak øker effektivitet og er tidsbesparende for pasienter og helsepersonell. Pasientsikkerheten øker, fordi rehabilitering er med i vurderingene. Det forhindrer unødvendige innleggelser og frigjøres legenes og sykepleiernes tid. Det gir bedre smertekontroll, reduserer liggetid og funksjonshemming på sikt. Pasientene får en nøyaktig klinisk vurdering, det blir færre henvisninger til billeddiagnostikk og færre feildiagnoser. Pasientene kommer raskere tilbake i jobb.

#### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Fysioterapeuter må inngå i teamet på skadepoliklinikk/legevakt/akuttmottak for å vurdere muskel- og skjelettskader

**Kommentert [BØ4]:** Ansatt på sykehuset?

### Rehabilitering

En rekke innbyggere får ikke den rehabiliteringen de trenger for å kunne delta i arbeidsliv, familieliv og samfunnet. Hvor du bor og hvem du er, avgjør hvilke behandlingstilbud du får.

Rehabilitering er en forutsetning for likeverd, mestring og deltakelse i arbeidslivet og sosialt. Når du mister funksjon, mister du også frihet. Da må helsetjenesten bidra til å gjenvinne muligheten til å leve et selvstendig liv med mening.

Riktig rehabilitering til rett tid og med rett personell gir bedre helse, sikrer at flere kan komme tilbake i jobb og at flere kan bo hjemme lenger. Tidlig innsats gir bedre liv og lavere kostnader. I tillegg reduseres risikoen for re-innleggelser og kan bidra til å redusere pleiebehov i kommunene.

## Kommunehelsetjenesten

Manglende satsing på helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende tjenester over flere tiår - sammen med den demografiske utviklingen - gir store utfordringer for kommunehelsetjenesten.

Det er derfor viktigere enn noen gang at kommuner satser på forebygging og rehabilitering; tjenester som reduserer sykdom og fører til at flere står i jobb lenger, eldre kan bo hjemme lenger, barn og unge kommer seg igjennom skole og utdanning og ut i jobb og gjør det mulig for de med nedsatt funksjon kan være i arbeid og være aktive deltakere i samfunnet.

Frisklivssentral er ikke lovpålagt. Det er heller ikke fysioterapeut i helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller folkehelsekoordinator. Det fører ofte til at fysioterapi foreslås kuttes.

Fysioterapeuters helsefremmende og forebyggende innsats blir heller ikke registrert og synliggjort på en tilfredsstillende måte.

Den kommunale fysioterapitjenesten, som omfatter både avtalefysioterapeuter og kommunalt ansatte fysioterapeuter, har for få ressurser. Organiseringen er ofte fragmentert., Vårt klare inntrykk er at mange kommunale beslutningstakere mangler kunnskap om bredden, effekten og nytten av fysioterapi. Det mangler ofte forståelse for hvordan fysioterapitjenesten fungerer. **Innen psykisk helsevern er fysioterapi ofte et lite kjent og underbemannet fagfelt. Fysioterapi omfatter flere tilnærminger til kropp, kroppsopplevelse og kroppsfunksjon, som er essensielt for mennesker med psykisk lidelser.**

Fysioterapeuter mangler også henvisningsrett og sykemeldingsrett, samt mulighet til å rekvirere hjelpemidler. Fysioterapi er nærmest fraværende i psykisk helsevern, til tross for at fysisk aktivitet er en av de viktigste tiltaket i behandlingen av personer med psykiske lidelser. Fysioterapi innen psykisk helsevern er for oppstykket og reduseres (for) ofte kun til fysisk aktivitet.

### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Alle kommuner må ha et tilfredsstillende fysioterapitilbud. Der kommuner selv ikke evner å gi et dekkende fysioterapitilbud, må de inngå samarbeid med andre kommuner.

## Utdanning og forskning

Fysioterapeuter må ha riktig kompetanse for å opprettholde og videreutvikle kvaliteten i tjenestene. Utdanningsinstitusjonene rapporterer om økende vansker med å skaffe nok praksisplasser på grunnutdanningen. Turnustjenesten er foreslått lagt ned/integreres som en del av utdanningsløpet.

**Kommentert [BØ5]:** Rekvirering av hjelpemidler for avtalefysioterapeuter omfattes ikke av folketrygdloven. Dette gjøres av fast ansatte. Mener NFF at folketrygdloven skal endres? Og at arbeidsfordeling mellom fast ansatte og avtale fysioterapeuter skal endres?

**Kommentert [BØ6]:** Hva er et godt tilbud??

**Kommentert [BØ7R6]:** dekkende

Mastergradstilbud krever betydelige ressurser, samtidig som inntjeningen ofte er usikker og langsiktig. Masterprogram gir ofte lavere volum i antall studenter enn bachelorprogram, noe som gir mindre uttelling i resultatbasert finansiering. Vi mangler masterutdanninger på enkelte områder og har for få studieplasser på andre, blant annet ved masterutdanningene i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi.

Etterutdanning er et strategisk og systematisk arbeid for deling og implementering av ny kunnskap. Etterutdanningen skal bygge på kunnskapsbasert praksis og konsensus i fagmiljøene, og kunnskap om tjenestens behov og de nasjonale politiske føringene. Etterutdanningstilbudet skal møte tjenestens behov for kompetansehevede tiltak som både er praksisnære og tilgjengelige for yrkesutøverne, og er et viktig supplement til formelle videreutdanninger.

## Sykefravær

Fysioterapeuter har en viktig rolle i arbeidet med å støtte mennesker i å gjenvinne eller opprettholde funksjon og deltakelse i arbeid, også når helseutfordringer er til stede. Fysioterapeuter følger også pasienter i de lange forløpene.

## Offentlig spesialistgodkjenning

Helsetjenesten krever mer tverrfaglig innsats. Spesialiserte fysioterapeuter sikrer økt pasientsikkerhet og spisskompetanse innen forebygging, rehabilitering og oppfølging. Det sikrer faglig utvikling, øker attraktiviteten av yrket og gir fysioterapeuter en utviklende karrierevei.

Det likestiller fysioterapeuter med andre helseprofesjoner som har offentlig spesialistgodkjenning.

~~Spesialister i kommunehelsetjenesten kan avlaste og supplere fastleger.~~

Fysioterapeuter bidrar sammen med fastleger i helsetjenestens førstelinje og har ansvar for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Fastleger vil selv definere og beskrive hva de trenger av bistand.

Manuellterapeuter har hatt utvidet ansvar og rettigheter siden 2006, og det har vært en suksess. Nå er det på høy tid at fysioterapeuter med sammenlignbar videreutdanning får offentlig spesialistgodkjenning.

### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Manuellterapeuter og fysioterapeuter må få offentlig spesialistgodkjenning.

## Henvisningsrett

**Kommentert [BØ8]:** Tidligere leder i allmennelegeforeningen Petter Brolin ble veldig negativt trigget når for eksempel helsesøstre fortalte på nrk nyheter hva de kunne avlaste legene med. "Det definerer vi selv" var omkvedet hans. Nåværende leder i allmennelegeforeningen Hans- Christian Myklestul sier det samme. Hvis NFF ønsker bistand og drahjelp av legeforeningen, bør vi lytte godt til hvordan de formulerer seg.

**Kommentert [BØ9]:** NPR ønsker også at manuellterapeuter skal få offentlig spesialistgodkjenning

**Kommentert [BØ10]:** NPR ønsker å få frem utfordringene med ulike nivå-- vil en offentlig godkjent spesialist også kunne heve takst? Det er begrensinger på hvilke mastergrader som gir takstkompetanse? Dette kan også bli uoversiktlig for pasientene.

Pasienter har direkte tilgang til fysioterapeut, noe som gjør at fysioterapeutene møter pasientene tidlig i sykdomsforløpet, ofte før legen. I dag må pasientene innom fastlegen for å få henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette fører til unødvendig ventetid for pasientene og er bortkastet tid hos fastlegen.

Manuellterapeuter har hatt henvisningsansvar siden 2006. Erfaringene er positive. Det støttes også av internasjonal erfaring blant annet fra Storbritannia.

### Norsk Fysioterapeutforbund mener

- Masterutdannede Fysioterapeuter må få henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten og billediagnostikk.

**Kommentert [BØ11]:** NPR mener nivået på utdanning må heves til masterutdannede fysioterapeuter

## Tillegg til helsepolitisk program

### Definisjoner

**Habilitering og rehabilitering** skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, §3).

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet ([Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, §3](#))

**Kommentert [BØ12]:** Et veldig viktig område. Definisjonene må grundig gjennomgås

### Noen aktuelle diagnoser

- Cerebral parese
- Nevromuskulære sykdommer
- Nevrouviklingsforstyrrelser
- Sjeldne syndrom (disse gir ofte sammensatte utfordringer innenfor kognitive, motoriske eller psykososiale/emosjonelle områder.)

**Kommentert [BØ13]:** Fra NPR: Er det dette vi ønsker som oppsummerende elementer? psykisk, emosjonelt kognitivt, hvor blir det smør på flesk, og når blir det utfyllende?

Forskjellen på habilitering og rehabilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot funksjonstap som har oppstått senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

Habilitering betyr ofte livslang oppfølging og habiliteringsarbeidet forebygger følgetilstander til grunndiagnosen, som vi ofte vet vil utvikle seg, dersom vi unnlater å iverksette dem (for eksempel store feilstillinger). Når denne forebyggingen ikke betraktes som behandling, skaper det utfordringer med prioriteringer og ressursbruk i kommunene.

- **Funksjonsvurdering:** Vurdere pasientens ferdigheter, psykiske og fysiske kapasitet og begrensninger i forhold til arbeidsoppgaver.
- **Tilretteleggingsråd:** Gi anbefalinger om tilpasninger på arbeidsplassen for å muliggjøre gradert arbeid. Vurdere restarbeidsevnte
- **Treningsprogrammer:** Utarbeide individuelle programmer som støtter pasientens tilbakeføring til arbeid.
- **Tverrfaglig samarbeid:** Jobbe sammen med leger, bedriftshelsetjenesten, arbeidsgivere og NAV for å koordinere den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen.

**Kommentert [BØ14]:** Må få til en bedre definisjon. Hva er en funksjonsvurdering, og hva utgjør en vurdering av relevant funksjon på de ulike fagområdene? Knipefunksjonen på bekkenbunn er som regel ikke spesielt relevant for mine pasienter.

**Kommentert [BØ15]:** Kun tilbake til arbeid??