



# INNSPILL TIL NASJONAL HELSE- OG SAMHANDLINGSPLAN

## SAMMENDRAG

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



## Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>HELSETJENESTEN BEGRENSER UTGIFTENE I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN .....</b>	<b>3</b>
<b>MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER .....</b>	<b>3</b>
<b>MER FOREBYGGING - MINDRE REPARASJON .....</b>	<b>4</b>
<b>HELSESTASJON OG SKOLEHELSETJENESTE .....</b>	<b>5</b>
<b>ÉN TIME FYSISK AKTIVITET I SKOLEN HVER DAG .....</b>	<b>6</b>
<b>SÆRSKILT SKOLEHELSETJENESTETILBUD PÅ VIDEREGÅENDE SKOLE .....</b>	<b>6</b>
<b>FRITAK FOR EGENANDEL FOR UNGDOM 16–18 ÅR - VIL KOSTE LITE OG BETY MYE.....</b>	<b>6</b>
<b>FRISKLIVSSENTRALEN - EN VIRKNINGSFULL OG UNDERVURDERT KOMMUNAL HELSETJENESTE.....</b>	<b>6</b>
<b>BEFOLKNINGEN MÅ SIKRES EN VERDIG OG BÆREKRAFTIG ALDERDOM .....</b>	<b>7</b>
<b>MER REHABILITERING – MINDRE PLEIE.....</b>	<b>8</b>
<b>BRED GENERALISTKOMPETANSE DEKKER IKKE BEHOVET FOR SPESIALISERTE HELSETJENESTER .....</b>	<b>9</b>
<b>RETT KOMPETANSE PÅ RETT STED .....</b>	<b>9</b>
<b>KVINNEHELSE .....</b>	<b>10</b>
<b>PSYKISK HELSE.....</b>	<b>11</b>
<b>OFFENTLIG ANSVAR FOR ORGANISERING, FINANSIERING OG SAMHANDLING .....</b>	<b>12</b>
<b>SAMHANDLING OG TVERRFAGLIG SAMARBEID .....</b>	<b>12</b>
<b>HELSEFELLESSKAPENE .....</b>	<b>13</b>
<b>KOORDINERENDE ENHETER .....</b>	<b>14</b>
<b>KOMPETANSE .....</b>	<b>14</b>
<b>OFFENTLIG SPESIALISTGODKJENNING FOR FYSIOTERAPEUTER .....</b>	<b>14</b>
<b>VIDEREUTDANNING .....</b>	<b>15</b>
<b>AKTUELLE TILTAK OG GODE EKSEMPLER.....</b>	<b>15</b>
<b>FYSIOTERAPEUTER HINDRER UTENFORSKAP OG UFØRHET .....</b>	<b>16</b>
<b>ØKT SAMHANDLING MELLOM LEGE OG FYSIOTERAPEUT – KNUTEPUNKTMODELLEN .....</b>	<b>16</b>
<b>FYSIOTERAPI I STEDET FOR KIRURGI .....</b>	<b>17</b>
<b>ARBEID OG HELSE .....</b>	<b>18</b>
<b>HELSE OG ARBEID – SYKEHUSET INNLANDET HF .....</b>	<b>18</b>
<b>HYSNES HELSEFORT .....</b>	<b>20</b>
<b>SAMHANDLING OG SAMLOKALISERING – AKER HELSEARENA .....</b>	<b>20</b>
<b>FORSTERKET REHABILITERING AKER (FRA) .....</b>	<b>20</b>
<b>INNOVATIV REHABILITERING INDRE ØSTFOLD.....</b>	<b>21</b>
<b>HELGELAND REHABILITERING .....</b>	<b>22</b>
<b>PASIENTSENTRERTE HELSETJENESTETEAM.....</b>	<b>22</b>
<b>AKTIVA - AKTIV MED ARTROSE .....</b>	<b>23</b>

## Sammendrag

En sterk og bærekraftig offentlig helsetjeneste krever at fokuset må endres – den nye helse- og samhandlingsplanen må derfor bære preg av større forståelse for at mer forebygging gir mindre reparasjon, og mer rehabilitering betyr mindre behov for pleie.

- Hele helsetjenesten må sees som en samlet tjeneste for å sikre kvalitet – både kompetanse, kapasitet, gode pasientforløp og rette prioriteringer.
- I en samlet tjeneste legges det til rette for samhandling og gode løsninger for pasientforløp. Pasientens behov må være i sentrum, uten organisatoriske og finansieringstekniske hindringer.
- Det er nødvendig å videreutvikle helsefelleskapene slik at de legger premissene for gode pasientforløp og for at helsetjenesten som en helhet kan tilby rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner må få økt fokus og fungere etter hensikten i veilederen
- Muskel- og skjelettlidelser prioriteres ned i offentlig helsetjeneste i dag, dette medfører stort sykefravær og store kostnader. Det fører også til ulikhet i helse i et todelt helsevesen.
- Det må være tilstrekkelig og tverrfaglig kompetanse i helsestasjon og skolehelsetjenesten for å ivareta det forebyggende og helsefremmende ansvaret kommunen har for sine innbyggere.
- Det er nødvendig med fysisk aktivitet i skolen hver dag – god helse starter tidlig.
- Barn og unge under 19 år må fritas for egenandel hos fysioterapeut.
- Det må være frisklivssentraler i alle kommuner – dette er et lavterskeltilbud som tilbyr både primær- og sekundærforebyggende tiltak. Det er en billig tjeneste for kommune og pasient, og den bidrar til deltakelse og mestring.
- Fokuset på fysisk aktivitet og deltakelse for eldre må følges opp.
- Norge trenger en rehabiliteringsreform – det er nødvendig med en helhetlig gjennomgang av rehabiliteringsbehovet og -tilbudet for å nå målsettingene i samhandlingsreformen. Det er i dag store geografiske forskjeller i tilbudet.
- Rehabiliteringstilbudet i kommunen må organiseres som en del av helsetjenesten og ikke under pleie- og omsorgstjenesten. For å sikre tilstrekkelig spesialisert kompetanse bør det inngås interkommunale samarbeid og utstrakt dialog med spesialisthelsetjenesten.
- Kvinnehelse må få et nasjonalt løft. For å sikre tilstrekkelig spesialisert kompetanse også her, bør det inngås interkommunale samarbeid og utstrakt dialog med spesialisthelsetjenesten.
- Det er nødvendig med mer kompetanse og kapasitet innen psykisk helse i fysioterapitjenesten.
- En offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter vil være et verktøy for å møte kommunenes behov for spesialisert fysioterapikompetanse.
- Fysioterapeutene har en viktig rolle som brobygger i helsetjenesten da vi har fokus på funksjon og mindre på diagnose.

## Innledning

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil takke for muligheten til å komme med innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vi er glade for at den nye meldingen skal omfatte både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er helt nødvendig å se disse to nivåene i sammenheng for å kunne oppnå de ønskede resultatene, nemlig gode og sammenhengende helsetjenester for alle.

### Helsetjenesten begrenser utgiftene i pleie- og omsorgstjenesten

I invitasjonen står det at målet er å styrke vår felles helse- og omsorgstjeneste. NFFs erfaring er at det er nødvendig og hensiktsmessig å foreta et semantisk skille med helsetjenesten på den ene siden og pleie- og omsorgstjenesten på den andre. I spesialisthelsetjenesten er det et fokus på helse og sykdom. I kommunene ser vi imidlertid at pleie- og omsorgstjenester får større fokus enn tjenester slik som forebygging, helsefremming, diagnostisering, behandling, opptrening og rehabilitering.

Det er ikke bærekraftig, og heller ikke mulig å møte fremtidige behov uten å endre innretningen på, og prioriteringene i kommunehelsetjenesten. Ved å ha fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester og rehabilitering mener vi at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil reduseres. Dette vil gi mer bærekraftig innretning på både helse og omsorgstjenestene i kommunen.

I 2021 var driftsutgiftene til kommunale omsorgstjenester på 143,7 milliarder kroner, mens driftsutgiftene til kommunehelsetjenesten var 32,6 milliarder kroner.<sup>1</sup> Det er helsetjenesten som begrenser økningen i utgifter i pleie- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette håper NFF at nasjonal helse- og samhandlingsplan vil holde fokus på helse, og være bevisst skillet mellom helsetjenesten, og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. De to tjenestene dekker ulike behov.

Vi leser i høringsbrevet at dere ønsker innspill på

- Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
- Hvilke tiltak er aktuelle?
- Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Vi vil starte med å uttrykke vår bekymring for områder der det er store utfordringer som vi mener det er helt nødvendig å adressere. Disse er muskel- og skjeletthelse, forebygging, rehabilitering, kvinnehelse, psykisk helse og det offentlige ansvaret for organisering og styring av helsetjenesten.

## Muskel- og skjelettlidelser

I første kvartal 2022 var det ifølge NAV 2 558 036 tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser.<sup>2</sup> Dette utgjør nær 30 prosent av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær i Norge. Muskel- og skjelettlidelser koster samfunnet store summer hvert år i form av behandlingsutgifter, sykepenger, uføretrygd og andre trygdeytelser.<sup>3</sup>

Menon Economics har oppdatert tallene fra Muskel- og skjelettregnskapet<sup>4</sup> og finner at i 2016 beløp helsetjenestekostnadene av muskel- og skjelettsykdommer seg til nær 18 milliarder kroner pluss et

<sup>1</sup> <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta> og <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

<sup>2</sup> <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

<sup>3</sup> <https://www.menon.no/samfunnskostnader-knyttet-muskel-skjelettsykdom/>

<sup>4</sup> <https://fysio.no/Media/Files/Et-muskel-og-skjelettregnskap.-Forekomst-og-kostnader-knyttet-til-skader-sykdommer-og-plager-i-muskel-og-skjelettsystemet>

produksjonstap på minst 71 milliarder kroner, altså 89 milliarder kroner. I tillegg har Menon beregnet en samlet kostnad av å leve med muskel- og skjelettsykdom på i underkant av 167 milliarder kroner. Totalt gir helsetapet grunnet muskel- og skjelettplager en beregnet samfunnskostnad på 255 milliarder kroner per år.<sup>5</sup> Til sammenlikning har de beregnet en samlet samfunnskostnad knyttet til kreft på 210 milliarder kroner per år.



Skal vi fortsatt bygge og opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn er NFF ikke i tvil om at inkludering i arbeidslivet er avgjørende. Her er det et stort potensial for kostnadsreduksjon og forebygging. Fysioterapeuter er en svært sentral profesjon her. Det vil være fornuftig å satse på helsetjenester som bidrar til å redusere sykefraværet som skyldes muskel- og skjelettlidelser.

### Prioritering

Mange mennesker med muskel- og skjelettplager har falt eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet.

NFF er bekymret for utviklingen for denne pasientgruppen, som har rett til nødvendig helsehjelp, og der tiltak som krever lite ressurser har stor forventet nytte, men fordi muskel- og skjelettlidelser ikke kan kategoriseres som alvorlige i medisinsk forstand, blir ikke disse pasientene prioritert. I kommunene er det knapphet på fysioterapiressurser, og fysioterapeuter som har kapasitetsutfordringer, er pålagt å prioritere pasienter med alvorligere lidelser med hastekarakter. Det synes derfor som den store gruppen pasienter med langvarige muskel- og skjelettlidelser systematisk blir prioritert ned.

Pasienter med økonomiske ressurser velger å benytte private helsetilbud, i stedet for å stå på venteliste, noe som er forståelig. Resultatet er imidlertid større sosial ulikhet i helse, da det å komme raskt til behandling svært ofte har betydning for forløpet. Prioriteringsnøkklene kan slik sett bidra til å forsterke sammenhengen mellom helse og økonomi i et todelt helsevesen.

Muskel- og skjelettlidelser slik som rygg- og nakkelidelser blir heller ikke prioritert når forskningsmidler skal fordeles, på tross av stor sykdomsbyrde. Tall fra Forskningsrådet og Stiftelsen Dam viser at kun om lag 6 % av forskningsmidlene i Norge går til forskning på dette området.<sup>6</sup>

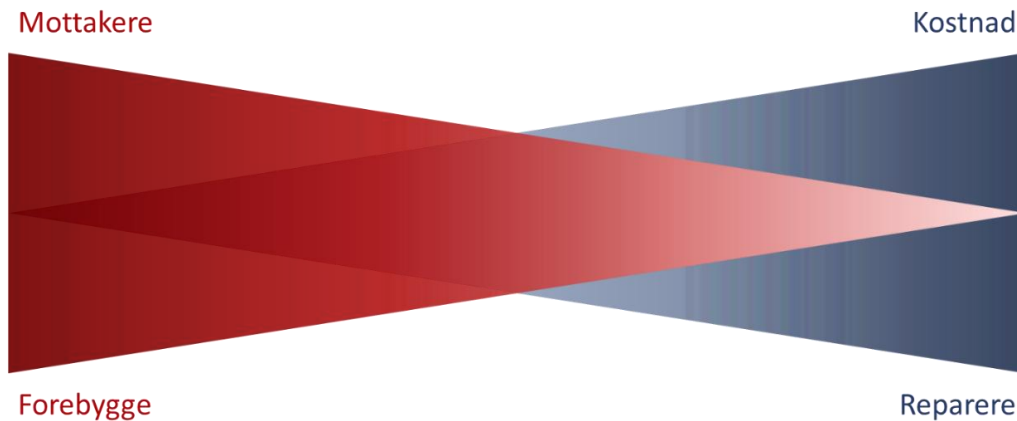
### Mer forebygging - mindre reparasjon

Det er nødvendig med en forskyvning av fokus fra behandling og reparasjon til forebygging og helsefremming. Helsefremmende og forebyggende arbeid er nødvendig for å redusere den voksende ulikheten i helse og bidra til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette er i tråd med OECD-

<sup>5</sup> Menon Economics (2019): Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest – koster mest

<sup>6</sup> <https://tidsskriftet.no/2010/11/leder/rammer-flest-koster-mest-og-far-minst>

rapporten *Health at a glance 2019*<sup>7</sup>, der det understrekes at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer.



Forebygging skjer der folk bor. Derfor må kommuneøkonomien og de kommunale helsetjenestene prioriteres. For å redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer, hindre eller redusere sykefravær og legge til rette for at barn og unge får et langt liv med god helse er det behov for en betydelig satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak. Slike tiltak er svarteper i spillet om ressurser, og det er mange eksempler på at det nettopp er disse tjenestene som er mest utsatt for kutt når kommuneøkonomien er stram. Det er derfor behov for økt kunnskap om gevinsten av slike tiltak i kommunene, og økte insentiv for å satse på forebygging og helsefremmende arbeid.

#### Helsetasjon og skolehelsetjeneste

Kommunene skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og sikre tilstrekkelig fagkompetanse. Tjenesten skal være tverrfaglig, derfor er det sterkt anbefalt at tjenesten bør være bemannet med fysioterapeut, i tillegg til lege og helsesykepleier. Selv om vi har sett en viss økning de siste årene, mangler det fortsatt om lag 500 fysioterapeutårsverk før vi når den anbefalte normeringen fra 2010<sup>8</sup>.



<sup>7</sup> Health at a glance 2019

<sup>8</sup> <https://bit.ly/3CEGNxW>

På helsestasjonen har fysioterapeuter en viktig rolle når det gjelder å fange opp og foreslå tiltak for de barna som har utfordringer når det gjelder motoriske ferdigheter og utvikling. Fysioterapi er aktuelt ved kjente risikofaktorer, diagnoser som tilsier behov, sen eller avvikende bevegelsesutvikling, eller ved andre indikasjoner. Fysioterapeutens veiledningskompetanse overfor foreldre er også viktig, slik som å legge til rette for gode og allsidige bevegelseserfaringer, ansvaret for å etablere gode vaner med hensyn til aktivitet og kosthold etc.

### Én time fysisk aktivitet i skolen hver dag

Vedtaket fra høsten 2017<sup>9</sup>, der Stortinget ba regjeringen fremme sak for Stortinget om en ordning som sikrer elever på 1.–10. trinn minst én time fysisk aktivitet hver dag innenfor dagens timetall må følges opp.

### Særskilt skolehelsetjenestetilbud på videregående skole

I overgangen mellom ungdomsskoletrinn og videregående skole er det svært mange som faller fra idretten uten at det erstattes med annen fysisk aktivitet. Dette er en svært sårbar periode i livet hvor det for mange betyr et mer stillesittende liv. Alle videregående skoler bør ha helsesykepleier og fysioterapeut som kan drive aktivt helsefremmende arbeid med undervisning og veiledning om kosthold og fysisk aktivitet.

Mange av elevene ved videregående skole har valgt yrkesfag og skal ut i et arbeidsliv hvor det å bruke kroppen på en best mulig måte vil hjelpe dem til å unngå muskel- og skjelettplager. Norge trenger håndverkere som klarer å stå i jobb til de når pensjonsalder.

### Fritak for egenandel for ungdom 16–18 år - vil koste lite og bety mye

I 2017 ble sykdomslisten for fysioterapi fjernet. Sykdomslisten innebar at pasienter med om lag 100 forskjellige diagnoser ble fritatt fra 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 var på 14,5 prosent<sup>10</sup>. 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.

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 vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være høyere hos psykolog enn hos fysioterapeut.

### Frisklivssentralen - en virkningsfull og undervurdert kommunal helsetjeneste

For å gi befolkningen flest mulige år med god helse, og for å spare samfunnet for store utgifter til helsevesenet, må det være et tydeligere fokus på å forebygge og hindre videreutvikling av ikke-smittsomme sykdommer. Utfordringer som stillesittende liv, stress, røyking, høyt alkoholkonsum, dårlig kosthold, ensomhet, sosial ulikhet mv. kan være årsak til mange tapte leveår og dårlig fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Den er der pasientene og brukerne er. Målgruppen er de som har økt risiko for å utvikle – eller har utviklet – sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer, både somatiske og psykiske. I tillegg er frisklivssentralen en samarbeidspartner i sykefraværsoppfølgingen. Alle

<sup>9</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=69702>

<sup>10</sup> Beklageligvis har vi ikke ferskere tall. Disse tallene ble publisert i Statsbudsjettet fra HOD i 2018 (s. 257)



kommuner skal ha tilbud om forebyggende helsetjenester til befolkningen, og frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike tjenester på. Stadig flere kommuner etablerer frisklivssentral, og det er positivt, selv om veksten etter vårt synspunkt går for sakte.



Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste. Målt 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 statlig etableringstilskudd tar slutt.

Befolkningen må sikres en verdig og bærekraftig alderdom



Alle kommuner må ha tilbud om tidlig intervensjon for eldre for å hindre funksjonsfall eller gjenvinne funksjon, blant annet gjennom tilbud om hverdagsrehabilitering. Det må videre stilles krav til innholdet og kvaliteten i helsetilbudene på sykehjem. Det må sikres at alle eldre som får tildelt eller vurderes for sykehjems plass får en vurdering av fysisk funksjon og tilrettelagt opptrening.

Selvfølgelig skal beboere i sykehjem, og hjemmeboende, få nødvendig omsorg og pleie. Men, de må også sikres tilstrekkelige helsetjenester. Det er liten tvil om at fagmiljøene og beslutningstakere



Ønsker mer rehabilitering og mer fysisk trening og bevegelse hos sykehjemsbeboere og for brukere av hjemmetjenesten. Mye tyder på at dette ikke følges opp tilstrekkelig i kommunen og det enkelte sykehjem. Det er behov for nye tiltak som sikrer at alle, også eldre, får brukt sine ressurser, og at de får den treningen og rehabiliteringen de bør ha for å hindre funksjonstap, vedlikeholde og eventuelt bedre sin funksjon. Det bidrar til at flere kan bo lenger hjemme, utsette pleiebehov, klare seg selv og mestre hverdagen, unngå fall som koster helsetjenesten millioner hvert år, og gi lavere pleietyngde.

Fysioterapeutene spiller en viktig rolle på sykehjem, gjennom tilrettelegging av tiltak for å maksimere beboernes funksjonsnivå mentalt og fysisk, samt ved å vektlegge deltakelse i daglige aktiviteter, som vil bidra til å vedlikeholde funksjoner.

Undersøkelser viser videre at kommunene vil tjene på å ansette flere fysioterapeuter i tjenesten. Fysioterapeuter ser ut til å ha en gunstig effekt på kostnader, produksjon og kvalitet. Innovasjon i eldreomsorg handler ikke bare om bruk av ny teknologi, men om bruk av kompetanse og vilje til å tenke nytt og prioritere annerledes. For å sikre nødvendig endring og likeverdige tilbud er det nødvendig med tydelige føringer.

## Mer rehabilitering – mindre pleie



Habilitering- og rehabilitering er helt avgjørende for at mennesker skal kunne leve selvstendige liv og oppnå mestring. Rehabiliteringen starter samtidig med medisinsk behandling, men fortsetter når den medisinske behandlingen og pleien avsluttes. Habilitering og rehabilitering er først og fremst personens egen prosess som handler om å leve et fullverdig liv med en funksjonsnedsettelse eller et funksjonstap.

Samhandlingsreformen har ikke nådd målsettingene, og spesielt ikke på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Over tid har vi sett at spesialisthelsetjenesten har redusert antall habiliterings- og rehabiliteringsplasser og gitt ansvaret for disse tjenestene til kommunene. Mange kommuner er for små til at det er mulig å ha tilstrekkelig kompetanse på alle nødvendige områder. Resultatet av utviklingen er store geografiske variasjoner i tilbudet. NFF mener at det ikke gir likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.

NFF er en del av aktørnettverket for nasjonal rehabiliteringsreform, som består av over 20 aktører fra bruker- og fagmiljøer. Vi viser til at det er sendt inn et eget felles innspill fra aktørnettverket. Også

her vil vi understreke behovet for at det oppnevnes en nasjonal tverrsektoriell ekspertgruppe, som har representanter fra både i og utenfor helsesektoren. Gruppen anbefales å ha en sammensetning av representanter fra blant annet brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner, KS/kommunene og NAV. 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.

Økt innsats innen habilitering og rehabilitering er viktig for den enkelte, men også god samfunnsøkonomi med mer deltakelse i utdanning og arbeid, færre innleggelses og reinnleggelses og redusert press på hjemmetjenester og sykehjem. Å nå den enkelte persons målsettinger krever kompetanse og innsats fra personen selv og fra flere helseprofesjoner sammen. Til tross for dette er helsetjenesten i liten grad innrettet slik at de som bør være involvert i et habiliterings- eller rehabiliteringsteam faktisk arbeider under organisatoriske og økonomiske rammer som fremmer samarbeid.

### Bred generalistkompetanse dekker ikke behovet for spesialiserte helsetjenester

Geografiske områder med liten befolkning og store avstander har alltid hatt større utfordringer med tjenesteforsyningen enn byområder. Dersom vi bruker mål som fysioterapeut per innbygger, fastlege pr innbygger osv., så vil flere distriktskommuner komme bedre ut enn mer sentrale kommuner. Det slike tall imidlertid ikke viser er kommunens samlede *kompetanse*. Små kommuner trenger helsepersonell med generalistkompetanse. Det dekker behovene til store deler av befolkningen. Bred generalistkompetanse er imidlertid ikke tilstrekkelig for innbyggere som trenger mer spesialiserte helsetjenester.

Eksempelvis vil et tiltak slik som hverdagsrehabilitering forde god generalistkompetanse hos helsepersonell, og kunne treffe bredt blant hjemmeboende eldre med mindre funksjonsfall. Men, hverdagsrehabilitering er på ingen måte tilstrekkelig for å habiliter og rehabiliter personer med revmatisme, lymfødem, fatigue, traumer, kroniske lidelser osv. Det krever spesialisert kompetanse å behandle disse pasientgruppene. Heldigvis har ikke et flertall av norske kommuner flere slike pasienter i året. Men, det gir utfordringen at disse pasientene ikke har et tilstrekkelig spesialisert helsetjenestetilbud i sine kommuner.

Det er nødvendig å undersøke om norske kommuner har forutsetning for å tilby tilstrekkelig spesialisert helsehjelp eller om det er nødvendig at kommunene samhandler om kompetanse eller at vi ser på ansvarsfordelingen mellom tjenestenivåene.

### Rett kompetanse på rett sted

Kvalitet i tjenestene forutsetter rett kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og hensiktsmessig organisering. Personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse vil i mye større grad iverksette habiliterings- og rehabiliteringstiltak enn kompensierende tiltak som for eksempel hjelpemidler og kirurgiske inngrep der det ikke er indikasjon for det, en endring som er nødvendig for å sikre bærekraft i helse- og omsorgstjenesten. NFF mener derfor at det er helt nødvendig at helsepersonell som tar beslutninger om behandlingsform og tjenester har habiliterings- og rehabiliteringskompetanse.

For å ta ut de samfunnsmessige gevinstene av innsatsen, må den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen styrkes, i hele tjenesten. NFF mener derfor at det må stilles minimumskrav til hvilke faggrupper som skal finnes i habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger og -team både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## Kvinnehelse

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 får snakke om at de har. Det er ikke vanskelig å se hvordan disse plagene reduserer livskvalitet.

Muskulaturen får en enorm belastning under graviditet og fødsel og under en vaginal fødsel kan bekkenmuskulaturen forlenges opptil tre ganger sin egen lengde, og styrken kan reduseres med 50-60 prosent. Strukturert og kyndig veiledet trening av bekkenbunns-muskulaturen er viktig og over 70 prosent av kvinner med urininkontinens og underlivs prolaps blir bra eller bedre med bekkenbunnstrening. Og vi har norsk forskning i verdensklasse, som understøtter dette.

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. Det er derfor forståelig at kvinnene oppsøker informasjonen der de finner den, på nettet, og tar til takke med det de finner der. 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.

Alle barselkvinner, som et minimum, må derfor få minimum én time med konsultasjon hos fysioterapeut med rett kompetanse etter fødsel.

Videre må vi understreke at graviditeten i seg selv utfordrer alle systemer i kroppen og er en enorm "stresstest" for kvinnen og en risikoperiode for å utvikle alvorlige komplikasjoner (svangerskapsdiabetes og svangerskapsforgiftning), som igjen gir økt risiko for metabolsk og kardiovaskulær sykdom senere i livet. Trening før, under og etter graviditeten er sterkt anbefalt, både som primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. På grunn av fysiske utfordringer med

graviditet og noen spesielle hensyn som må tas med graviditeten og etter fødsel, er fysioterapeuter viktige samarbeidspartnere for å veilede tilpasset trening på individuelt nivå.

## Psykisk helse



Når det gjelder forekomst av psykiske problemer i befolkningen som helhet, anslås det at om lag halvparten av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og omtrent en tredjedel i løpet av et år. Pasienter med psykiske lidelser har gjerne også dårlig fysisk helse, blant annet har  $\frac{3}{4}$  av psykisk syke en eller flere fysiske sykdommer og alvorlig psykisk syke har 20 år forkortet forventet levetid. Pasienter med depresjon har dobbelt så stor risiko for hjertesykdom og 65 prosent økt risiko for å utvikle diabetes. Det er flere årsaker til dette, men en av årsakene er livsstilsrelaterte. Eksempelvis røyking og fysisk inaktivitet. Det er også rapportert at psykisk syke i mindre grad benytter helsetjenester og at helsetilbudet til denne gruppen ofte er mangelfull, og psykiatri og somatikk er dårlig koordinert. Disse pasientene må sikres helsefaglig kompetanse, og fysioterapeuter har mye å bidra med til denne gruppen. Når individuelle planer skal lages, må somatisk helse, herunder fysioterapi integreres. Kroppen må få større plass i psykisk helsevern.

NFF har nylig sendt inn innspill til ny opptrappingsplan for psykisk helse<sup>11</sup> der foreslo vi blant annet:

- Fysioterapeuter har en viktig funksjon i helsestasjon, skolehelsetjeneste, BUP, DPS og at disse tjenestene bør rustes opp, slik at tverrfagligheten blir ivaretatt. Bemanningsnorm er aktuelt for eksempel når det gjelder skolehelsetjenesten.
- Det er behov for flere fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse i kommunene. Henvisningsrett et verktøy som kan innføres for å unngå forsinkelser og øke samarbeidet på tvers og langs i helsetjenesten
- Psykisk helse begynner i svangerskapet! God oppfølging spesielt under graviditet og etter fødsel er sterkt samsvarende med kvinners psykiske helse. Hvis mors helse – både fysisk og psykisk – ikke blir kartlagt under og etter fødsel vil vi ikke kunne iverksette nødvendige tiltak og undersøkelse. Fysioterapeuter med kompetanse på kvinnehelse har de nødvendige verktøyene

---

<sup>11</sup> <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Aktuelt/Nyheter/Kroppen-maa-faa-stoerre-plass-i-psykisk-helse>

for kartlegging, undersøkning, forebygging og behandling. Mors psykiske helse har betydning for barnets oppvekstvilkår.

- I aldersgruppen over 65 år er det om lag 70 prosent som ikke oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet. Eldre med liten funksjonsevne, har mye å hente på fysisk trening. Fysisk aktivitet har også klar og positiv effekt på den psykiske helsetilstanden. Arenaer som kombinerer sosiale møteplasser med fysisk aktivitet er særlig gunstig, da ensomhet er et økende problem for eldre. Fallforebyggende tiltak, som gruppetrening på frisklivssentral og på omsorgssentre må derfor på plass i alle kommuner.

## Offentlig ansvar for organisering, finansiering og samhandling

NFF er opptatt av at hele befolkningen må sikres et likeverdig helsetjenestetilbud, uavhengig av geografi og økonomi. Befolkningens behov for helsetjenester er et offentlig ansvar og bør i all hovedsak finansieres via fellesskapets midler. Det er behov for en sterk offentlig helsetjeneste som styres av helsefaglige prioriteringer. Helsetjenestene må være underlagt politisk styring og kontroll som klargjør målsetting, prioritering, ressurstildeling og tilgjengelighet. Rammebetingelsene og prioriteringene må sikre at helsepolitiske mål kan realiseres.

Det har gått et tiår siden samhandlingsreformen ble innført, men fortsatt er det vesentlige endringer som gjenstår før vi kan kalle dette en vellykket reform.

### Samhandling og tverrfaglig samarbeid

For å ha en god helsetjeneste må hele kjeden fungere. Vi må ha gode helsefremmende og forebyggende tjenester som utsetter og forhindrer sykdom og skade. Vi må ha en god akuttmedisinsk kjede i både spesialist- og kommunehelsetjenesten når vi likevel blir syke eller utsatt for skade. Likeledes er det viktig med en god rehabiliteringstjeneste som bidrar til at vi kan nå våre mål om funksjon og mestring og klare oss selv. I tillegg er det viktig med gode pleie- og omsorgstjenester til de behovene vi ikke klarer å dekke på egenhånd, selv ved hjelp av helsetjenesten og andre viktige aktører. Kjeden fordrer at det er et godt samarbeid mellom yrkesgrupper, mellom tjenestenivå og mellom sektorer.

En forutsetning for et godt pasientforløp, er koordinering og samarbeid mellom involverte instanser på tvers av tjenestenivåer og organisatoriske enheter. Tverrfaglig samarbeid der flere profesjoner får benytte sin kompetanse og sine innfallsvinkler gir en merverdi som en yrkesgruppe alene ikke ville kunne yte. Tverrfaglig samarbeid gir læring og økt kompetanse. Samtidig er det viktig å tilrettelegge for at profesjonene får utvikle sin særfaglige kompetanse og profesjonsidentitet, noe som først og fremst skjer i homogene fagmiljø.

Når en person f.eks. får slag er det viktig at den akuttmedisinske kjeden fungerer best mulig.<sup>12</sup> Forskning viser at tiltakene som begrenser uførhet blant slagpasienter er behandling av spesialister slik som fysioterapeuter og logopeder. Fysioterapeutene skal inn i akuttfasen for å starte rehabiliteringen, for å hindre uførhet. Det er derfor særdeles viktig at det er fokus på tverrfaglig samarbeid og å benytte hver profesjons styrker for å gi pasienten best mulig forutsetning for å gjenvinne funksjon og begrense behovet for pleie- og omsorgstjenester.

NFF mener at tverrfaglighet må fremmes i hele helsetjenesten. I et pasientforløp er det viktig å se hele mennesket. Mange vil trenge tiltak fra flere profesjoner, som hver og en vil gjøre det de kan best.

---

<sup>12</sup> Helsebiblioteket: Akuttbehandling for hjerneslag



## Helsefellesskapene



*Helsefellesskapene skal organiseres på tre nivåer. Foto: Helse- og omsorgsdepartementet*

Helsefellesskapene er viktige for å fremme samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Og vi tror at de kan benyttes i langt større grad enn i dag for å få til gode pasientforløp. Det er ikke gitt at alle kommuner har tilgang til den spesialiserte kompetansen som kreves for å kunne tilby befolkningen nødvendige tjenester, i slike tilfeller bør kommunen og spesialisthelsetjenesten kunne avtale at det er mer hensiktsmessig at oppgaven løses i spesialisthelsetjenesten, på tross av at ansvaret i utgangspunktet tilligger kommunen.

Rehabilitering må få en egen plass i helsefellesskapene. Ikke bare på faglig nivå, men helt opp på partnerskapsmøtet-nivå. Det er helt nødvendig med et økt fokus på habilitering og rehabilitering for å motvirke veksten i kompenserte tjenester, bidra til verdighet og selvhjelpenhet, og ikke minst for å høste økonomiske gevinster i form av færre reinnleggelser og økt samfunns- og arbeidsdeltakelse. For alle fire befolkningsgrupper som skal prioriteres i helsefellesskapene, er rehabilitering, funksjon og mestring det aller viktigste. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser vil aldri bli helt friske. De kan få økt mestring og leve godt med helseutfordringene sine.

Det nevnes stadig at spesialisthelsetjenesten har fokus på diagnoser, mens kommunehelsetjenesten har fokus på funksjon. Fysioterapeuter er en helsepersonellgruppe som i stor grad legger vekt på funksjon og mestring og som er opptatt av det som er viktig for pasienten. Fysioterapeuter er derfor en profesjon som kan bidra til å utvikle et felles språk og kommunikasjon mellom tjenestenivåene.

NFF mener at det er nødvendig med nye styringssignaler på dette området, styringssignaler som understøtter at spesialisthelsetjenesten og kommunene er partnere heller enn parter.



### Koordinerende enheter

Det står i veilederen at Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner er faste gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet bør omfatte informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale utviklingsområder.<sup>13</sup>

Likevel er det et stort spørsmål både om de koordinerende enhetene fungerer etter hensikten, og om de blir benyttet.

I høringsversjonen til Helse Nords Rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge fremheves behovet for å styrke koordinerende enhets rolle. De skriver at koordinerende enhets rolle er generelt for lite kjent. I små kommuner er det ofte personer som har funksjonen i en liten del av sin stilling. I noen større kommuner er det etablerte team. Det oppleves at funksjonen har liten myndighet og er for dårlig forankret i ledelsen. Det er heller ingen krav til kompetanse. Det er derfor utfordrende å få etablert en velfungerende koordinerende enhet.<sup>14</sup>

I Helse Vest sin Regionale plan for habilitering og rehabilitering 2016 – 2020 skriver de at det mangler god kjennskap til koordinerende enhets rolle og ansvar i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.<sup>15</sup> En forutsetning for at koordinerende enhet (KE) i kommunene blir tatt i bruk som kontaktpunkt for meldinger om behov for habilitering og rehabilitering, IP og koordinator er at det må utvikles IKT-løsning med elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og koordinerende enheter i kommunene.

For å få gode pasientforløp og helhet i helsetjenesten må koordinerende enheter fungere etter hensikten i veilederen.

### Kompetanse

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.

### Offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter



Samhandlingsreformen har medført desentralisering av avanserte oppgaver, og dermed økt kompetansebehov i kommunene, noe også kommunene selv påpeker. Siktemålet er at færre skal behandles i spesialisthelsetjenesten ved at primærhelsetjenesten i større grad skal diagnostisere, behandle og følge opp en stor gruppe pasienter med økt behov for kompetanse innen oppfølging av sykdommer som hjerte- og karlidelser, nevrologiske sykdommer og skader som blant annet hjerneslag og Parkinsons sykdom, kreft, lungesykdommer (KOLS, astma), nyresvikt, muskel- og

<sup>13</sup> <https://bit.ly/3L7MBSN>

<sup>14</sup> <https://bit.ly/3BBuLnW>

<sup>15</sup> <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>

skjelettlidelser, fedme, diabetes type 2, sansetap, inkontinens, angst og depresjon, samt alderspsykiatriske sykdommer som eksempelvis demens.

Samhandlingsreformen betinger en ny type kompetanse som kan lette samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten - "samhandlingskompetanse". Mer konkret omfatter det kompetanse i koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjon og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp.

En offentlig spesialistgodkjenning vil bidra til kvalitet i pasientbehandlingen ved å sikre en uhildet myndighetsvurdering av kompetansen hos helsepersonell som har en særlig selvstendig yrkesrolle, slik fysioterapeuter har.

En offentlig spesialistgodkjenning vil også medvirke til standardisering av kompetanse gjennom felles krav som skal oppfylles for å få en spesialistgodkjenning innen en gitt spesialitet. Ordningen med offentlig spesialistgodkjenninger er videre et virkemiddel for å oppnå større rolleklarhet mellom helsemyndigheter og yrkesorganisasjoner.

For befolkningen er det viktig at norsk helsevesen er helhetlig og oversiktlig, og at ikke hvem som helst kan kalle seg spesialist. NFF mener at det bør stilles høye faglige krav for å kunne kalle seg spesialist, og det bør også pasientene kunne forvente seg. Med en offentlig spesialistgodkjenning vil både pasienter, brukere og arbeidsgivere være trygge på at fysioterapeuten har den kompetansen som skal til for å kunne kalle seg spesialist.

Endringer i sykdomsutvikling og et økt ansvar i primærhelsetjenesten har fått konsekvenser i form av økt behov for både generell og spesialisert kompetanse. Med dette som bakgrunn, blir det avgjørende at tilgangen på rett kompetanse er tilstrekkelig. Offentlig spesialistgodkjenning vil hjelpe helsetjenesten til å rekruttere, bygge opp og sette sammen riktig kompetanse.

### Videreutdanning

I Hurdalsplattformen skriver regjeringen at de vil gjennomføre en kompetansereform for livslang læring. Det står at Regjeringen vil utrede hvordan arbeidstakere kan opparbeide rett til etter- og videreutdanning. De vil også gjennomføre en bred kompetansereform, legge frem en langtidsplan for livslang læring og gjøre det mer attraktivt for universitet og høyskoler å tilby kortere etter- og videreutdanningstilbud.<sup>16</sup> Dette høres fornuftig ut, og noe NFF støtter.

Helsepersonell har kontinuerlige behov for å oppdatere sin kompetanse, for den medisinske utviklingen går raskt.

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.

### Aktuelle tiltak og gode eksempler

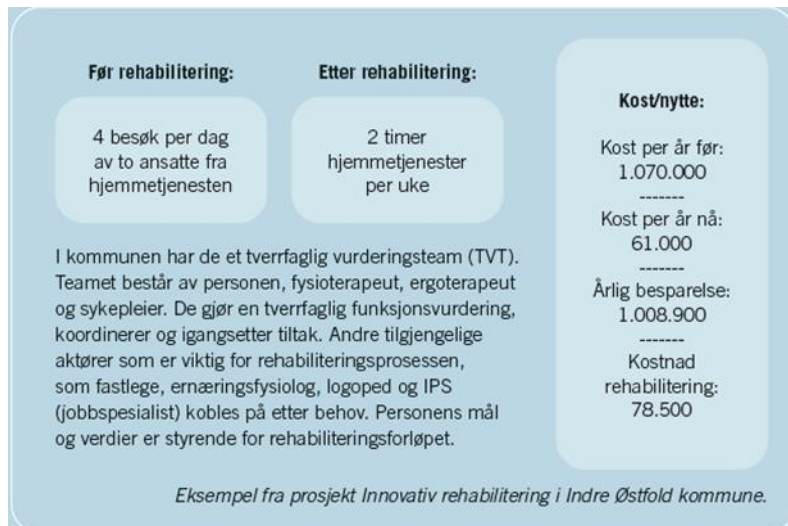
Det er lett å foreslå økt bevilgninger til helsesektoren. NFF ser at det er begrensede midler til rådighet. Bevilgningene må derfor benyttes der de gjør best nytte og bidrar til økt bærekraft.

---

<sup>16</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>

## Fysioterapeuter hindrer utenforskap og uførhet

Vi vet at nedsatt balanse og fall er en stor utgiftspost både for kommunene og sykehusene. I en kjent studie fra 2014<sup>17</sup> ble det beregnet at gjennomsnittskostnaden som følge av et hoftebrudd var vel 500.000 kroner fordelt på forvaltningsnivåene. Nyere tall fra bydel Nordstrand i Oslo viser at hvert hoftebrudd koster bydelene rundt NOK 600.000 det første året. Dette er ikke medregnet kostnader for selve operasjonen eller sykehusoppholdet.<sup>18</sup> Mange som gjennomlever et hoftebrudd får pleie- og omsorgsbehov, noe som innebærer hjemmetjenester og/eller institusjonsplass. Dette kan beløpe seg til over en million kroner i året. Nesten en firedel av de som overlever hoftebrudd dør innen kort tid. Fallforebyggende grupper slik som sterk og stødig er billige og effektive tiltak for å hindre fall.



Vi vet også at rehabilitering kan gi store økonomiske besparelser i form av reduserte pleiebehov. Dette er dokumentert i flere rapporter om hverdagsrehabilitering, og i prosjektet innovativ rehabilitering i Indre Østfold.<sup>19</sup> I deres regneeksempel sparte de over en million kroner i året på tjenestene til en pasient, bare ved å investere i rehabilitering.

En fysioterapeut tjener i gjennomsnitt 507.000 kroner i året.<sup>20</sup> Det er lett å se at ved å investere i fysioterapeuter kan kommunene, og sykehusene, og NAV spare million- og milliardbeløp hvert år.

## Økt samhandling mellom leger og fysioterapeuter – Knutepunktmodellen

Det er viktig at kommunehelsetjenesten er bedre rustet til å hjelpe pasienter med muskel- og skjelettplager og sammensatte lidelser. Derfor har Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmenntjenestemedisin og NFF gått sammen i et prosjekt for å styrke og utvikle samarbeid mellom avtalefysioterapeut og fastlege om gode pasientforløp. Prosjektet, også kalt «Knutepunktmodellen», baserer seg på tett kontakt og personlig kjennskap mellom fastlege og fysioterapeut. Målet er å gi pasientene bedre behandling og oppfølging og sikre at pasienter med stor potensiell nytte, får behandling. Knutepunktmodellen er særlig aktuelt for pasienter med langvarige og sammensatte problemstillinger eller som står i fare for å utvikle sammensatte problem. Typisk pasienter som har flere behandlere og som mottar helsetjenester over tid.

<sup>17</sup> <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/18>

<sup>18</sup> Tall oppgitt i rapport fra Forsterket rehabilitering Aker.

<sup>19</sup> [https://www.io.kommune.no/\\_f/p1/i41f48e04-f061-4120-8b73-8ef9cb32f5ec/pir-5-arsrapport-2016-2020\\_ny.pdf](https://www.io.kommune.no/_f/p1/i41f48e04-f061-4120-8b73-8ef9cb32f5ec/pir-5-arsrapport-2016-2020_ny.pdf)

<sup>20</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/lonnsundersokelsen-2021-dette-tjente-nffs-ansatte-medlemmer-i-fjor/141580>



Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter må delta i et oppstartprogram i form av et kursopplegg med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer. Kursopplegget så langt består av 3 timer over 5 kvelder fordelt på 8 måneder. Opprinnelig startet prosjektet i Trondheim kommune, men er nå også gjennomført i Kristiansand kommune.

NFF er opptatt av at samhandlingen i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og andre viktige aktører, og da i særdeleshet NAV, kan bli bedre. Vi mener derfor at «Knutepunktmodellen», som er en enkel og rimelig modell for samhandling, bør breddes ut over hele landet. Det er et kommunalt ansvar å legge til rette for gode samhandlingsarenaer, men et tilskudd til kommuner som insentiv for å igangsette dette kursopplegget som knutepunktmodellen legger opp til, kan bidra til at flere kommuner ser seg tjent med å få opplegget opp å stå.

### Fysioterapi i stedet for kirurgi

Det er systematiske variasjoner i behandlingen innbyggerne får innen ortopedi, noe Helseatlas for ortopedi viser.<sup>21</sup> Særlig stor er variasjonen ved artroskopi som behandling for degenerative knelidelser (artrose og meniskskade). Dette er et inngrep som har liten effekt for personer fra 50 års alder, og i perioden 2012 til 2016 er antallet inngrep betydelig redusert, men det foretas likevel altfor mange slike operasjoner. For denne gruppen er konservativ behandling i form av fysioterapi langt mer effektivt.

På St. Olav anslås det at om lag 60-70% av pasientene som blir henvist til poliklinikken på grunn av kne- eller hoftededdsartrose ikke trenger operasjon. De ønsker derfor å endre praksis. Individuell samtale med ortoped erstattes med informasjon fra fysioterapeut, revmatolog, farmasøyt, i tillegg til ortoped.<sup>22</sup>

Et annet eksempel har vi fra Haraldsplass sykehus i Bergen. Fra 2017 er det fysioterapeutene som undersøker og vurderer pasientene før eventuell skulderoperasjon. Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger for behandling av voksne med subacromialt smertesyndrom.<sup>23</sup> Ortopedene hadde tidligere denne oppgaven og ventetiden var opptil ni måneder. Etter dette tiltaket ble igangsatt har ventelistene blitt vesentlig kortere, og er nå nede på 3-4 uker. Ventetid for kontroller var også lang, de som skulle inn på tremåneders kontroll ble gjerne ikke innkalt før det var gått over ett år. Også når det gjelder etterkontroller har ventetiden begynt å gå ned.

Tiltaket vurderes som effektivt, og pasientene er fornøyde. På Haraldsplass ønsker de å utvide dette til også skulle gjelde knepasienter.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> <https://www.skde.no/helseatlas/v1/ortopedi/>

<sup>22</sup> [https://fysioterapeuten.no/content/download/6311/70903/version/1/file/Reportasje\\_0815.pdf](https://fysioterapeuten.no/content/download/6311/70903/version/1/file/Reportasje_0815.pdf)

<sup>23</sup> <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Skuldersmerter-Fraaader-operasjon>

<sup>24</sup> <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter>

På Martina Hansens hospital utføres det ikke proteseoperasjon på pasienter med kneleddsartrose uten at pasienter har prøvd ikke-kirurgisk behandling med trening, vektreduksjon, fysioterapi og smertestillende uten god effekt.<sup>25</sup>

Samme form for oppgaveglidning har vi sett på flere sykehus de senere årene, blant annet på Lovisenberg sykehus<sup>26</sup> i Tromsø<sup>27</sup> og på akuten i Sverige<sup>28</sup>. En ny studie viser også at kirurgi ikke gir bedre resultater hos pasienter med røket akilles<sup>29</sup>

## Arbeid og helse

Arbeid er et sentralt levekårsgode som bidrar til økonomisk trygghet og struktur i hverdagen, og for mange en arena hvor man får anvendt og utviklet sine evner og ferdigheter. Arbeid har også en viktig funksjon i å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Arbeid kan dessuten gi tilgang til sosial kontakt og en opplevelse av mestring og at ens innsats blir verdsatt. Tap av arbeid gir økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, og psykisk helse bedres ved tilbakekomst til yrkeslivet. Å være i arbeid kan dermed bidra til eller vedlikeholde god helse.

Tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass er knyttet til økt retur til arbeid. Den sekvensielle tenkningen som lå bak praksis tidligere, og som innebar at pasienten skulle behandles og bli frisk før det var aktuelt å komme tilbake til jobb, er og bør erstattes av samtidighet i intervensjonene.

Det er en viktig sammenheng mellom systemene rundt individet: mellom individets forutsetninger, arbeidsplassen, helsetjenesten, lovverk og sosial sikkerhet. Arbeidsrettet rehabilitering bygger på en slik tankegang.

Det er utallige tiltak både i NAV og i helsetjenesten som har som hovedmål å bidra til at helseutfordringer ikke skal være til hinder for å kunne delta i arbeid.

I spesialisthelsetjenesten finnes det ulike tilbud med ulike mål. Det kan være å utrede hvorvidt en sykdom kan skyldes eksponeringer i arbeid, eventuelt behandle disse sykdommene. Eller det kan være å tilby et arbeidsrettet behandlingstilbud for de som står i fare for eller har falt ut av arbeid, utdanning og skole. Det kan også være et mer omfattende og tverrfaglig arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til arbeid.

Noen av tilbudene gis på sykehus, mens andre utføres på private foretak som har avtale med det regionale helseforetaket.

NFF har en egen [politisk plattform for Arbeid og helse](#) som er relevant å trekke frem her.

## Helse og arbeid – Sykehuset Innlandet HF

Vi kunne trukket frem mange eksempler på ulike former for arbeidsrettet rehabilitering, men velger her å trekke frem Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>25</sup> <https://martinahansen.no/behandlingstilbud/ortopedisk-behandling/kne/kneprotese>

<sup>26</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/protesekirurgi-psykisk-helsevern/fysioterapeuter-har-overtatt-legeoppgaver-ved-lovisenberg/107670>

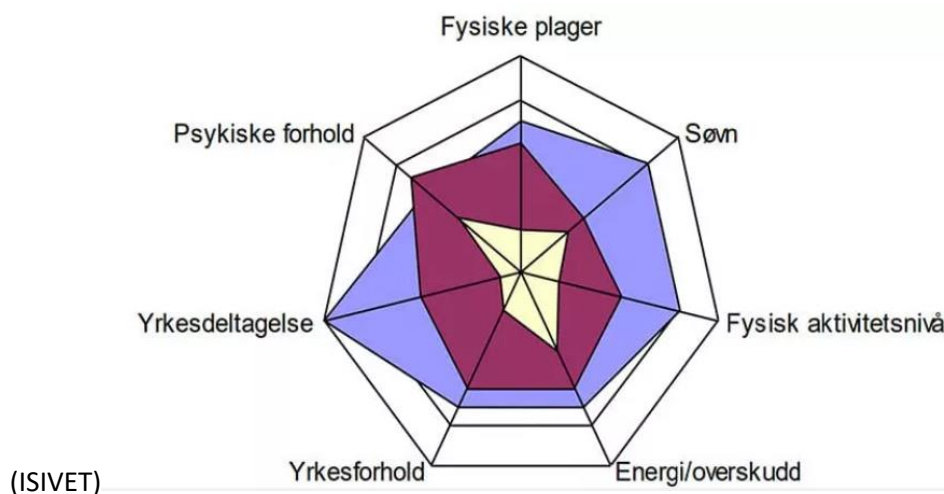
<sup>27</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/fysioterapeutene-har-overtatt-mer-enn-1000-konsultasjoner-fra-ortopedene-i-tromso/139013>

<sup>28</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/akuttmedisin-funksjonsevne-funksjonsvurdering/satte-inn-fysioterapeut-pa-akuttmottaket/119595>

<sup>29</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/04/19/studie-kirurgi-ikke-gir-bedre-resultater-hos-pasienter-med-roket-akillessene/>

Nav-ordningen «Raskere tilbake» ble omgjort til «Helse og arbeid» i 2018 og noen av tilbudene ble lagt til nye steder, andre videreført – noen i private rehabiliteringsinstitusjoner og andre lagt til helseforetak. Omleggingen av «Raskere tilbake» bidrar til at arbeidsrettede rehabiliterings- og behandlingstilbud opprettes i spesialisthelsetjenesten over hele landet. Den nye ordningen har mer fokus på tverrfaglige tilbud og arbeid som en del av behandlingen.

På Sykehuset Innlandet HF, som på mange helseforetak, har de et eget arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for personer med smerter i muskel- og skjelettapparatet. Tilbudet det er snakk om, er først og fremst en utredning. Fordi utfordringene gjerne er sammensatte, er også tilnærmingen sammensatt. Teamet består av lege, sosionom og fysioterapeut. Et av kartleggingsverktøyene som benyttes her er skjemaet ISIVET<sup>30</sup> (Interdisciplinary Structured Interview with a Visual Educational Tool). Gjennom bruken av ISIVET kartlegges ulike dimensjoner ved arbeidet. Disse dimensjonene er arbeidsrelaterte faktorer som er dokumentert til å være av betydning for den enkeltes jobbmotivasjon og jobbtilfredshet. Ideen til dette kartleggingsskjemaet hadde dr. med. Randi Brendbakken<sup>31</sup>, som er seksjonsoverlege ved Seksjon for helse og arbeid ved sykehuset.



I tillegg til utredning kan enkelte av de som henvises også få tilbud om oppfølging i gruppe og/eller individuelt ved sykehusets poliklinikk i en begrenset periode. Andre vil bli fulgt opp av fastlege eller ved andre instanser i hjemkommunen, eventuelt ved andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle tilbud etter utredning er:

LIFT 1: «Lærings -og mestring for pasienter med langvarige muskel – og skjelettsmerter».

LIFT 2: «Mestring av belastninger – basert på kognitiv læringsteori».

Ved behov organiserer sykehuset også samarbeidsmøte med fastlege og evt. andre relevante aktører i helse- og sosialtjenesten.

Dette tilbudet ligner en del på det foreslåtte pasientforløpet for langvarige og sammensatte smertetilstander, men her har tilsynelatende det arbeidsrettede perspektivet fått noe større plass enn i pasientforløpet, som nylig har vært ute på høring.

<sup>30</sup> <https://arbeidoghelse.no/ny-kartleggingmate-avdekker-pasientens-utfordringer/>

<sup>31</sup> <https://arbeidoghelse.no/om-oss/ansatte/>



### Hysnes helsefort

I tillegg vil vi rette oppmerksomheten på det nå ferdigstilte Hysnesprosjektet, som var et oppdrag gitt av Helse og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge. Hovedmålet var å etablere et rehabiliteringssenter som skulle tilby arbeidsrettet rehabilitering til ulike pasientgrupper. Hysnes Helsefort skulle driftes i prosjektperioden (2010 - 2014) samtidig som det skulle gjennomføres forskningsevaluering.

Prosjektet har dokumenter at et 3,5 ukers senterbasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram kan øke tilbakeføring til arbeid.

Deltakerne i studien, og rehabiliteringstilbudet var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettsmerter, lettere psykiske lidelser eller uspesifikke lidelser. De fleste deltakerne hadde vært sykmeldt i mer enn 200 dager ved oppstart. Deltakerne ble rekruttert via NAV. Alle i kommunehelsetjenesten.

De som har kommet til Hysnes Helsefort har alle blitt vurdert av både lege, psykolog og fysioterapeut. Den jobben som er blitt gjort av poliklinikken, har av klinikerne på Hysnes Helsefort blitt beskrevet som meget viktig og en forutsetning for å gi det rehabiliteringstilbudet en har gjort. Studiene viste at sykemeldte med muskelskjelett-, psykiske- eller uspesifikke lidelser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter 3,5 uker rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort.

De kvalitative studiene har vist at de sykemeldte opplever endringer på flere områder etter å ha deltatt i rehabiliteringsprogram ved Hysnes Helsefort.

Tverrfaglig utredning og intensiv innsats hjelper.

Sluttrapport: [Arbeidsrettet rehabilitering og forskning ved Hysnes Helsefort.](#)

### Samhandling og samlokalisering – Aker helsearena

På Aker helsearena er det utstrakt kontakt og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Aker helsearena er betegnelsen på den virksomhet som i dag ligger på området til gamle Aker sykehus. Over 1200 ansatte fra Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Sunnaas sykehus arbeider daglig med klinisk aktivitet, kompetanseutvikling og utprøving av nye og spennende arbeidsformer og samhandlingsmodeller.<sup>32</sup>

Kombinasjonen av disse virksomhetsområdene er vesentlig for samhandlingsarenaens innhold og utvikling. Aker helsearena er også en unik arena for utvikling av ny kompetanse innen klinisk virksomhet knyttet til etablerte kompetanse- og ressursentre.

### Forsterket rehabilitering Aker (FRA)

Oslo kommune har en avdeling for forsterket rehabilitering på Aker helsearena. De jobber tverrfaglig med sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Ved å intensivere treningen er målet å få raskere og bedre resultater. Ved avdelingen har de fysioterapeuter og ergoterapeuter med ulike spesialområder innenfor rehabilitering, sykepleiere med videreutdanning innenfor slagrehabilitering, diabetes, geriatri og psykiatri. Alle ansatte har godkjent helseutdanning. De har tilgang til logoped og leger alle hverdager.

Ved Forsterket rehabilitering Aker (FRA) føres statistikk over resultatene og endringen som pasientene oppnår i løpet av rehabiliteringsoppholdet. I 2019 oppnådde pasientene ved FRA i gjennomsnitt både statistisk og klinisk signifikant bedring av sine resultater. Resultatene som oppnås

---

<sup>32</sup> <http://akerhelsearena.no/>

på FRA, et resultat av riktig trening og tverrfaglig rehabilitering, sparer bydelene for mange unødvendige fall og utgifter.

Før implementering av intensiv gangtrening brukte FRA 3 uker på å oppnå samme resultater som de nå bruker 1 uke på. De sparer samfunnet betydelige summer ved å tilby kunnskapsbasert rehabilitering. De viser at det er intensiv rehabilitering i dedikerte enheter som i mange tilfeller er nødvendig for å oppnå funksjonsforbedring.

#### **FIRST-Oslo, Forsterket rehabilitering Aker og OUS Enhet for Rehabilitering**

FIRST-Oslo er et nylig ferdigstilt implementeringsprosjekt av variert intensiv gangtrening for pasienter med hjerneslag. Prosjektet er utført i samarbeid med RKR Sunnaas og forskere ved Indiana University. Samarbeidsprosjektet oppstod som følge av et ønske om å tilby innovativ og kunnskapsbasert behandling for inneliggende pasienter hjerneslag ved avdelingene på Helsearena Aker. Prosjektet er finansiert med støtte fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

Prosjektet kartla aktivitetsnivå og funksjonsfremgang hos pasienter med hjerneslag inneliggende på rehabiliteringsavdelingene i to kohorter; konvensjonell fase og implementeringsfasen. Pasientene ble testet ukentlig med standardiserte utfallsmål, og aktivitetsnivå ble monitorert med skrittellere.

Resultatene fra implementeringsfasen viser signifikant bedring på gangrelaterte utfallsmål sammenlignet med konvensjonell behandling. I løpet av rehabiliteringsoppholdet etter implementering av variert intensiv gangtrening oppnådde 58 % av pasientene en ganghastighet tilsvarende eller høyere enn det som anses å indikere selvstendig gangfunksjon ute i samfunnet (> 0,93 m/s). Til sammenligning oppnådde kun 26 % av pasienten i konvensjonell fase tilsvarende funksjonell forbedring.

Prosjektet viser at implementering av variert intensiv gangtrening til klinisk praksis er gjennomførbart og fører til større funksjonsfremgang enn konvensjonell behandling.

FRA har flere eksempler på barn og unge med alvorlige nevrologiske skader som har begrenset, eller blitt kvitt, behovet for ganghjelpemidler og rullestol, og som har kunnet gjenoppta sosial deltakelse og meningsfulle aktiviteter med jevnaldrende.<sup>33</sup>

#### **Innovativ rehabilitering Indre Østfold**

I prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold har de hatt stort fokus på å dokumentere pasientenes funksjonsnivå, og deres resultater viser at rehabiliteringen bedrer pasientenes funksjonsnivå både på kort og på lang sikt målt ved SPPB.

Et av suksesskriteriene er TVT, tverrfaglig vurderingsteam, primært med fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, men de har også sosionom, lege og kontaktperson i NAV. De kan dokumentere at intensiv tverrfaglig rehabilitering virker. De får funksjonsbedring på både kort og lang sikt.

Innovativ rehabilitering er ikke lenger et prosjekt, men skal implementeres i ordinær drift. De har i den forbindelse møtt på flere utfordringer, først og fremst at kommunen ikke ser muligheter for å satse på rehabilitering da midlene går til pleie- og omsorg. Slik sett er dette prosjektet et eksempel

<sup>33</sup> <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/aker-rehabilitering/>

på at det er nødvendig med en fokus- og holdningsendring i kommunen for at gevinstene oppnådd i et prosjekt skal videreføres i ordinær drift.

### Helgeland rehabilitering

Sømna kommune på Helgeland har tatt initiativ for å drive Helgeland rehabilitering<sup>34</sup> som et IKS (interkommunalt selskap). Målet er å sikre og styrke forsvarlige rehabiliteringstjenester for innbyggerne på Helgeland.

Kommunene på Helgeland står overfor et demografisk skifte som vil legge press på helsetjenestene og pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg har flere av kommunene relativt lavt befolkningsgrunnlag, noen som også betyr at det er få som jobber i helsetjenestene.

Ledere på Helgeland rehabilitering opplyser at det har jobbet lenge med informasjons- og opplysningsarbeid i kommunene. Behovet for spesialisert rehabilitering også i kommunene, var ikke i tilstrekkelig grad konkretisert i kommunale helse- og omsorgsplaner. I tillegg opplevde de at kunnskapsnivået om både hva spesialisert rehabilitering er, og hvilke gevinster det kan gi, var mangelfull i kommunene. Etter flere møter så kommunene behovet og gevinsten ved å delta i IKS Helgeland rehabilitering. Tilbudet vil føre til bedre rehabiliteringstilbud for pasientene, og bedre fagmiljø sentralt på Helgeland.

At mange kommuner går sammen om å drive et spesialisert rehabiliteringstilbud er en nyvinning. Kommunene er villige til å delta og investere i et IKS fordi de alene ikke kan tilby sterke fagmiljø med nødvendig kompetanse. Og, økonomiske beregninger viser at institusjonsopphold i mange tilfeller er billigere og bedre enn lange reiseavstander, spesielt i tilfeller der pasientene trenger intensiv behandling av fagpersoner.

Etableringen av Helgeland skjer med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljø og tilbud i Sømna. Tilbudet blir organisert som et IKS der alle kommunene har lik eierandel. Første driftsår er 2023. 12 kommuner inngår i samarbeidet.

### Pasientsentrerte helsetjenesteteteam

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) er et tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. Grunntanken bak tilbudet er «hva er viktig for pasienten». Teamet tar derfor utgangspunkt i pasientens preferanser og målsetninger.

PSHT har tilholdssted på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), men er et samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune. I tillegg til teamet i Tromsø er det etablert team i Harstad, Balsfjord, Karlsøy, Lenvik og Narvik kommune.

Teamene er tverrfaglig sammensatt – og består av leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær. Teamene har et proaktivt, forebyggende fokus. Teamet er i tillegg mobilt, ved at de arbeider både på sykehuset og ute i kommunen, der de bistår med planlegging og oppfølging i hjemmet i den første tiden etter utskrivelse. På den måten bidrar de til bedre koordinerte utskrivelser. I hjemmet eller på sykehjem kan teamet foreta tverrfaglige vurderinger og utredning, og starte behandling i samarbeid med fastlege. Kan ved behov også bidra med å organisere undersøkelser ved sykehuset. Teamet er et supplement til eksisterende tilbud i sykehus og kommune – og arbeider tett med disse.

---

<sup>34</sup> <https://helgeland-rehabilitering.no/>

På konferanser har de presentert at ved å rehabilitere og få innsyn i pasientenes helhetlige helseutfordringer har de sett en reduksjon i 32% på liggedøgn i kommunens ø-hjelpstilbud. I tillegg er det 10% færre ø-hjelpsinnleggelses og 2,3 ganger flere politikliniske behandlinger.

### Aktiva - aktiv med artrose

Aktiva<sup>35</sup> er et program hvor hensikten er å implementere internasjonale retningslinjer for pasienter med artrose i klinisk fysioterapi praksis, samt monitorere effekt av tiltakene i kommunefysioterapien og se på nedgang av behandling i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene vektlegger informasjon, trening og vektreduksjon (hvis nødvendig). Målet er at alle pasienter med kne og/eller hofteartrose i Norge skal bli tilbudt denne evidensbaserte behandlingen. Retningslinjene vektlegger informasjon, trening og vektreduksjon (hvis nødvendig).

Aktiva-prosjektet er basert på tilsvarende prosjekt i Sverige (BOA-prosjektet) og Danmark (GLA;D-prosjektet). Resultatene fra Sverige og Danmark viser at pasienter med artrose i hofte og/eller kne oppnår bedre livskvalitet og fysisk funksjon, samt redusert smerte. Det langsiktige målet er å etablere en Nordisk register basert på resultater fra alle tre landene.

Aktiva består av tre deler – et strukturert utdanningsprogram for fysioterapeuter, et kunnskapsbasert informasjons- og treningsopplegg for pasienter med kne- og/eller hofteartrose, og elektronisk registrering som foreløpig driftes i en sentral database forankret ved Oslo Universitetssykehus, Ortopedisk avdeling. Dette er eksempel som viser hvordan vi ved systematisk arbeid i kommunen kan bidra til kvalitetsutvikling og endring. En del av Aktiv A er et kvalitetsregister som skal bidra til å monitorer effekt av tiltakene. Men siden behandlingen her foregår i kommune har ikke dette blitt til et nasjonalt kvalitetsregister da kvalitetsregister per nå kun gjelder for spesialisthelsetjenesten. Det er derfor usikkerhet rundt registerets framtid. Dette er et eksempel på hvor krevende det er å drive utvikling av kommunehelsetjenesten

Pasientene som deltar i Aktiva er med på en artroseskole som gir dem bedre innsikt i deres artrosesykdom (helsekompetanse), behandlingen av denne og hva de selv kan gjøre for å bedre symptomer og plager. Etter artroseskolen vil pasientene gjennomgå et 6 ukers individuelt tilpasset treningsprogram hvor hovedmålet er at pasientene skal få nok kunnskap til selv å kunne vedlikeholde aktivitetsnivået på egenhånd.

Ved oppstart og etter 3, 12 og 24 måneder vil pasientene besvare spørsmål som omhandler om pasientens artrosesykdom, livskvalitet, aktivitetsnivå etc. gjennom et elektronisk registreringssystem. Data fra dette systemet vil bli samlet i en sentral database der anonymiserte resultater kan bli brukt til å forbedre vår kunnskap om behandling av artrose i kne og hofte.

Dette programmet viser at rehabilitering, mestring og håndtering av smerte gir bedre funksjon:

<https://aktivmedartrose.no/resultater/>

---

<sup>35</sup> <https://aktivmedartrose.no/>