

Helsepolitisk program 2026-2028



DEL 1

05 SAMHANDLING

06 REHABILITERING

08 HABILITERING

10 KOMMUNEHELSETJENESTEN

12 SPESIALISTHELSETJENESTEN

14 UTDANNING OG FORSKNING

DEL 2

**17 SYKEFRAVÆR
FRA FRAVÆR TIL FUNKSJON**

18 OFFENTLIG SPESIALISTGODKJENNING

19 HENVISNINGSRETT

20 FØRSTEKONTAKT FYSIOTERAPI

**21 FYSIOTERAPEUT PÅ LEGEVAKT OG
AKUTTMOTTAK**

22 DIGITALISERING I FYSIOTERAPI

23 KILDER

Innledning fra forbundsleder

Et samlet helsepolitisk program for Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) har lenge vært et ønske å få på plass. Med dette dokumentet har vi nå skapt en felles plattform – et tydelig og tilgjengelig verktøy som skal bidra til at hele organisasjonen formidler samme budskap og trekker i samme retning i det helsepolitiske arbeidet framover.

Dette programmet er utviklet for å være til nytte for alle deler av organisasjonen – fra medlemmer og tillitsvalgte, til styrer, råd og sekretariatet. Det gir en felles forståelse av hva NFF står for i helsepolitiske spørsmål, og hva vi arbeider for å oppnå i møte med beslutningstakere og samarbeidspartnere.

Utformingen av programmet har vært en grundig og inkluderende prosess. Det foregår mye fantastisk arbeid av fysioterapeuter rundt om i landet - og mye er bra! Likevel har vi tatt utgangspunkt i utfordringene dere har meldt inn og utfra disse utarbeidet både grunnprinsipper og forslag til konkrete løsninger.

Jeg vil rette en stor takk til arbeidsgruppen for innsatsen og engasjementet, og til alle som har bidratt gjennom å svare på spørreundersøkelser, dele synspunkter og delta i møter. Deres stemmer og erfaringer har vært avgjørende for å sikre at programmet gjenspeiler bredden i medlemmenes perspektiver og behov.

Med dette helsepolitiske programmet løfter NFF blikket fremover. Vi står midt i store endringer: demografiske, sosiale, teknologiske og økologiske. Behovet for helhetlige, bærekraftige og rettferdige helsetjenester er tydeligere enn noen gang. Fysioterapeuter har kompetanse og erfaring som trengs – i samhandling, i hverdagsnære løsninger og i møte med komplekse utfordringer.

Programmet er delt i to deler. Først presenterer vi seks hovedområder som setter retningen for vår helsepolitiske forståelse og innsats: samhandling, rehabilitering, habilitering, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og utdanning og forskning. Disse områdene danner fundamentet for hva vi som profesjon står for – og hva vi vil bidra til i utviklingen av helsetjenestene.

I del to løfter vi frem konkrete særpunkter. Disse representerer målrettede tiltak og fagpolitiske innspill, og henger sammen med hovedområdene. De viser hvordan fysioterapi kan bidra til en mer tilgjengelig, kunnskapsbasert og helsefremmende praksis – med vekt på funksjon, deltakelse og likeverd.

Dette programmet handler ikke bare om fysioterapiens plass, men om hvilket samfunn vi vil være med på å forme. Et samfunn der mennesker kan leve meningsfulle liv – også når helsen utfordres. Der helse ses i sammenheng med deltakelse, arbeid, livsvilkår og miljø. Et samfunn hvor fysioterapi bidrar til bærekraft – både sosialt, økonomisk og økologisk.

Noen av dere savner et eget kapittel om helsefremmende og forebyggende arbeid. Vår politikk på dette området finnes i de politiske plattformene arbeid og helse og folkehelse. Disse ble vedtatt i henholdsvis 2019 og 2021, og er fortsatt gjeldende til de reviderte plattformene er på plass. Vi har dessverre ikke hatt ressurser til å gjennomføre det i år. Disse vil bli revidert i perioden.

Takk for at du bidrar til å utvikle faget og profesjonen – i partnerskap med pasienter, samfunn og kolleger. Fremtiden formes i praksis, sammen.

Stig Fløisand





SAMHANDLING



Styrket samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er nøkkelen til et sammenhengende fysioterapitilbud og raskere rehabilitering for pasientene

God samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp. Likevel opplever mange fysioterapeuter både i kommune- og spesialisthelsetjenesten at overgangen mellom nivåene preges av:

- utilstrekkelig informasjonsflyt
- uklare ansvarsforhold
- manglende struktur i oppfølgingen etter utskriving

Dette kan føre til forsinket, ingen eller fragmentert oppfølging, der pasientens behov ikke alltid fanges opp i tide. Det er store geografiske forskjeller i tilbudet til pasientene. Vi erfarer blant annet at det er utfordrende for kommunefysioterapeuter å få tilstrekkelig tilgang til spesialistkompetanse i psykiatrien, da det er altfor få fysioterapeuter i BUP/DPS.

Samhandling innad i kommunen

Samhandling innad i kommunen kan også være en utfordring. Avtalefysioterapeuter og andre kommunefysioterapeuter bidrar aktivt med å få på plass godt samarbeide med både fastlege, NAV, arbeid, skole, barnehage og øvrige aktivitetsarenaer for å nevne noen.

Strukturelt gap mellom ambisjoner og virkelighet

Helsepolitiske dokumenter og styringssignaler legger stor vekt på helhetlige pasientforløp, tidlig rehabilitering, tverrfaglig oppfølging og pasientmedvirkning.

Likevel er det et tydelig gap mellom disse ambisjonene og det som faktisk skjer i praksis. Dette gapet handler ikke først og fremst om vilje, men om hvordan systemet er rigget:

finansieringsordninger, kapasitetsstyring og organisatoriske prioriteringer støtter i liten grad opp under de tverrfaglige, tverretatlige og tidkrevende prosessene som god rehabilitering og oppfølging krever.

” Styrket samhandling kommer ikke av seg selv. Det må være forpliktende!

Fysioterapeutens rolle i overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste



SPECIALISTHELSE-TJENESTEN

- Mobilisering
- Funksjonsvurdering
- Akutt og avansert behandling
- Spesialisert rehab.
- Diagnostikk/kontroll
- Videreformidling



UTSKRIVING/OVERGANG

- Planlegging
- Informasjonsoverføring
- IP og koordinerende enheter



KOMMUNEHELSE-TJENESTEN

- Funksjonsvurdering
- Avansert beh.
- Rehabilitering
- Tilrettelegging
- Forebygging og tidlig intervensjon
- Trening

NFF mener:

Ansvar: 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.

- **Finansieringsordninger** som bidrar til å sikre god samhandling må forsterkes.



REHABILITERING

En samfunnsutfordring med store konsekvenser

Altfor mange innbyggere får ikke den rehabiliteringen de trenger for å kunne delta i arbeidsliv, familieliv og samfunn i dag. Tilbudet er urettferdig fordelt – hvor du bor og hvem du er, avgjør hvilke muligheter du har. Dette svekker enkeltmenneskers helse og samfunnets bærekraft.

Vi opplever en stille nedbygging i spesialisthelsetjenesten og en vridning fra døgnplasser til poliklinikk. Denne vridningen bidrar ytterligere til geografisk og sosial ulikhet i tilbudet.

Rehabilitering er ikke et tilleggsgode – det er en forutsetning for likeverd, mestring og deltakelse. Når mennesker mister funksjon, mister de også frihet. Da må helsetjenesten bidra til å gjenvinne muligheten til å leve et selvstendig liv med mening.

God rehabilitering bedrer helse og reduserer behov for innleggelse. Mangelen på rehabilitering er ikke bærekraftig – verken for den enkelte eller for samfunnet. Rehabilitering må derfor løftes som en politisk og faglig prioritet.

Fysioterapeuter har en nøkkelrolle i dette arbeidet, som del av et helhetlig, tverrfaglig og fremtidsrettet rehabiliteringssystem.

Definisjon

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 mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet

[Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, §3](#)

Et godt rehabiliteringstilbud tjener som vern mot mulige konsekvenser av den økende andelen eldre i befolkningen

Det er først og fremst et tegn på at vi har lyktes med folkehelse og velferd – flere lever lenger. Utfordringen handler ikke om antallet eldre, men om hvordan vi som samfunn legger til rette for livsvilkår preget av frihet, deltakelse og funksjon gjennom hele livsløpet.

I denne utviklingen er rehabilitering ikke bare en buffer mot fremtidige kostnader, men et aktivt grep for sosial bærekraft og likeverdige helsetjenester.

Grunnleggende prinsipper for rehabilitering

- **Rehabilitering er en rettighet** - alle skal ha like muligheter til å leve et aktivt og meningsfullt liv
- **Rehabilitering gir deltagelse** - i arbeid, utdanning, familie og samfunn
- **Rehabilitering er bærekraftig helsepolitikk** - tidlig innsats gir bedre liv og lavere kostnader
- **Rehabilitering er tverrfaglig** - krever samhandling på tvers av nivåer og profesjoner
- **Fysioterapeuten er sentral** - med kompetanse på funksjon, aktivitet og mestring

Norsk Fysioterapeutforbund mener at:



- Alle innbyggere må ha tilgang til ulike rehabiliteringstilbud når de trenger det - fra topp til bunn i rehabiliteringspyramiden
- Der kommuner selv ikke evner å gi et robust og kvalitativt godt rehabiliteringstilbud, må de inngå samarbeid med andre (kommuner eller rehabiliteringsinstitusjoner)
- Tverrfaglig rehabiliteringstilbud må bygges opp for å dekke befolkningens behov

- Eksisterende og godt fungerende rehabiliteringsavdelinger eller rehabiliteringsinstitusjoner må ikke bygges ned
- Habiliterings- og rehabiliteringsforskriften må revideres. Det må konkretiseres hva rehabiliteringstilbudet skal inneholde
- Alle kommuner må ha en rehabiliteringsplan, og gjerne en interkommunal plan
- Rehabilitering må integreres i alle helse- og omsorgstjenester. Også akuttjenester og beredskap
- Det må stilles minstekrav til habiliterings- og rehabiliteringskompetanse på alle nivå i behandlings- og beslutningskjeden
- Finansieringen må utformes slik at helsetjenesten, uavhengig av organisering, tar sitt ansvar og oppfyller sine oppgaver



Gode eksempler

Forsterket rehabilitering på Aker (FRA) - vellykket kommunal spesialisert rehabilitering der det jobbes tverrfaglig med sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. Ved intensiv trening oppnås raskere og bedre resultater. Pasientene har nylig oppstått funksjonstap som følge av sykdom eller skade. Skal i utgangspunktet hjem.

Innovativ rehabilitering, Indre Østfold kommune Tverrfaglig vurderingsteam er en del av Prosjekt Innovativ Rehabilitering. Teamet jobber systematisk for å styrke kommunal rehabilitering ved bruk av teknologi, tverrfaglighet, riktig intensitet og samhandling: Tar utgangspunkt i personperspektivet.

Rehablos - tverrfaglig, sektorovergrepene og digitalstøttet rehabiliteringsmodell som styrker egenmobilisering og samfunnsinkludering for voksne med ervervet hjerneskade. Dette er et forsknings- og utviklingsprosjekt.

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT), Tromsø. Tverrfaglig team med ansatte fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å styrke helsetjenesten til pasienter med sammensatte og langvarige sykdommer.

IKART - interkommunalt ambulerende rehabiliteringsteam, Rogaland. Et spesialisert tverrfaglig team, som jobber klinisk sammen med kommunens fagpersoner der brukeren bor eller oppholder seg. Teamet består av bestående av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, psykologspesialist, spesialergoterapeut og fysioterapeutspecialist i nevrologisk rehabilitering.



HABILITERING

Habilitering hele livet – med fysioterapeuten på laget

Erfaringer

NFF mener at det er en utfordring at habilitering og rehabilitering defineres likt i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. Rehabiliteringspasientene har hatt en forventet utvikling fram til behovet for rehabilitering oppstod, mens habiliteringsbrukerne ikke har hatt en annerledes utvikling da de enten er født med, eller tidlig har ervervet sine funksjons-nedsettelse. Dette gir gjerne andre utfordringer, som for eksempel kognitive vansker, sansetap, atferdsproblemer eller problemer med å uttrykke smerte for å nevne noe.

Svært ofte er det ikke snakk om å gjenvinne funksjon, men å forhindre/forebygge videre funksjonsnedsettelse.

Vår erfaring er at kommunene i for liten grad har oversikt over habiliteringsbrukernes fremtidig behov. Vi erfarer derfor at verken skole eller boliger er klare til rett tid når barn og unge med nedsatt funksjon skal videre i livsløpet.

Familie og nettverk er koblet tett på disse pasientene, særlig før de fyller 18 år. Dette innebærer at familiedynamikk blir en viktig faktor å forholde seg til. Etter 18 år er det viktig med et godt samarbeid med boligen brukeren bor i, noe som kan være utfordrende da det ofte er utskiftninger av personell i slike boliger.

Det rapporteres om stor grad av underbehandling, men vi erfarer at barn får bedre oppfølging enn voksne.

Overgangen fra barn til voksen (18 år) oppleves som særlig utfordrende for disse pasientene og deres pårørende.

Det er gjerne behov for intensive treningsperioder, men det er mangelfulle tilbud på slike habiliteringsopphold i regi av spesialisthelsetjenesten.

Habiliteringstjenesten er ulikt organisert og ulikt bemannet rundt om i landet. I noen helseforetak er den organisert under psykisk helsevern, mens i andre er den organisert under somatikken.

En annen utfordring er mangelen på forskning, retningslinjer og veiledere.

Definisjon

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 mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet
[Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, §3](#)

Noen aktuelle diagnoser

- Cerebral parese
- Nevromuskulære sykdommer
- Nevrouviklingsforstyrrelser
- Sjeldne syndrom som bl.a. Rett, Down, William-Prader, neurofibromatose

De fleste har enten generelle lærevansker eller spesifikke kognitive vansker

Grunnleggende prinsipper

- Habilitering er ikke det samme som rehabilitering
- Habilitering er en grunnleggende helsetjeneste, en rettighet, der alle som har behov for habilitering skal få det

Habilitering skal bidra til økt mestring, deltagelse og livskvalitet. Dette innebærer en systematisk livsløpsprosess, ikke en engangsinnsats

Fysioterapeuter har en sentral rolle i tverrfaglige habiliteringsteam, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Habilitering må sees i sammenheng med andre samfunnsaktører, herunder barnehage, utdanningsinstitusjoner, arbeid, aktivitetsarenaer og Nav

Brukermedvirkning og rettighetsbasering skal stå sentralt

Norsk Fysioterapeutforbund mener at:

- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator må revideres
- Det må stilles minstekrav til habiliterings- og rehabiliteringskompetanse på alle nivå i behandlings- og beslutningskjeden
- Det må stilles krav til kommuner og helseforetak om habiliteringsplaner og at det er tydelig hvem som har ansvar for hva.
- Kommuner som ikke er i stand til å tilby forsvarlig habilitering må inngå samarbeid med andre.
- Det må stilles krav til at kommunene må ha oversikt over og fremskrive behov for habiliteringsbrukerne.
- Fysioterapeutens rolle i tverrfaglige habiliteringsteam må styrkes. Det er behov for bedre forankring av fysioterapitjenester i habiliteringsforløp, samt økt kapasitet og kompetanse på feltet. NFF vil arbeide for tidlig innsats, lavterskeltilbud og kontinuitet i oppfølgingen, særlig i overganger mellom tjenester og livsfaser.
- Det må på plass bedre finansiering og organisering av habiliteringstilbud, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Taket for egenandelsfritak må heves til 18 år, helst høyere.
- Habilitering må inngå i etterutdanning, spesialisering og fagutvikling
- Forskning på habilitering må intensiveres.



KOMMUNEHELSETJENESTEN

- består av både ansatte og avtalefysioterapeuter



Utfordringer

Kommunene har de siste årene opplevd at oppgavene har vokst raskere enn midlene. Noe som har ført til underbemanning og manglende satsing på helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende tjenester. Dette er tjenester som bidrar til å redusere befolkningens sykdomsbyrde, at eldre kan bo hjemme og at barn og unge kommer seg gjennom skole og utdanning og ut i jobb, og som muliggjør at mennesker med nedsatt funksjon kan være i arbeid og være aktive deltakere i samfunnet.

Frisklivssentral er ikke lovpålagt og det er heller ikke fysioterapeut i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og folkehelsekoordinator. Det fører ofte til at fysioterapi står i fare for kutt på grunn av dårlig kommuneøkonomi. Fysioterapeuters helsefremmende og forebyggende innsats blir dessuten ikke registrert og synliggjort på en tilfredsstillende måte.

Kommunene styrer ikke helsetjenesten på en måte som utnytter potensialet som ligger i fysioterapi. Ressursene til fysioterapi er for små/for få stillinger, organiseringen er ofte fragmentert, og oppfølgingen av de kommunale avtalene er ikke god nok. Vårt klare inntrykk er at det er manglende kunnskap blant kommunale beslutningstakere om bredden i - og effekten og nytten av fysioterapi.

NFF mener at:

● Alle kommuner må ha et tilfredsstillende fysioterapitilbud

Der kommuner selv ikke evner å gi et godt fysioterapitilbud, må de inngå samarbeid med andre kommuner.

● Helsefremmende og forebyggende helsetjenester må styrkes

- Fysioterapeut skal inngå i grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i likhet med helsesykepleier og lege.
- Fysioterapeut skal inn på andre lavterskeltilbud som ACT- og FACT-team
- Frisklivssentral og folkehelsekoordinator er anbefalt organisering av lovpålagte helsefremmende og forebyggende kommunale tjenester, men organiseringen trenger tydeligere insentivstruktur for å være del av fremtidens bærekraftige helsetjeneste. Frisklivssentral og folkehelsekoordinator bør derfor være en "skal-tjeneste". Det kan være naturlig at andre lavterskeltilbud, som helsestasjon for ungdom, barseltrening og helsestasjon for eldre organiseres sammen med frisklivssentralene.
- Samtale og veiledning om forventede og forbigående tilstander til gravide skal være et forebyggende helsetilbud. Nybakte mødre skal få tilbud om 1 time med fysioterapeut med kompetanse i kvinnehelse, gjerne i forbindelse med helsestasjon.



● Egenandelsfritak for unge under 19 år må innføres

Ungdom til og med 18 år må slippe å betale egenandel hos fysioterapeut. Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at ungdom ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi på grunn av dårlig økonomi.



● Førstekontakt fysioterapi – fysioterapeut inn på tverrfaglig legekontor

På et tverrfaglig legekontor kan fysioterapeut undersøke, diagnostisere og henvise pasienter med bl.a. muskelskjelettproblematikk eller sammensatte lidelser. Fysioterapeut kan også følge opp og delta i rehabilitering av pasienter med ulike sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, nevrologiske sykdommer, kvinnehelseproblematikk mv. Fysioterapeuter kan også bidra i sykefraværarbeidet ved å foreta funksjonsvurderinger, være i dialog med Nav, bedriftshelsetjenesten og arbeidsgiver. Fysioterapeuten kan også samhandle med spesialisthelsetjenesten, herunder henvise. Fysioterapeut er også selvskreven i livsstilsintervensjoner.



● Fysioterapeut må inn i bemanningen på legevakt

Det er gode erfaringer internasjonalt med å benytte fysioterapeuter til å vurdere akutte helseproblemer på legevakt. Erfaringene viser at fysioterapeuter der blant annet bidrar til: Tidsbesparelse og økt effektivitet, økt pasientsikkerhet ved at også rehabilitering tas med i vurderingene, forhindrer unødvendige innleggelser, gir bedre pasientflyt, frigjør legenes og sykepleiernes tid til andre oppgaver, mindre bruk av smertestillende medisiner, reduksjon i liggetid, redusert funksjonshemming på sikt, nøyaktig klinisk vurdering, færre feildiagnoser, færre henvisninger til bildediagnostikk og spesialisthelsetjenesten og raskere tilbake i jobb (se også s. 21).



● Eldre må få tilgang til fysioterapeut

Fallforebyggende tiltak, som gruppetrening på frisklivssentral, omsorgssentre og sykehjem må på plass i alle kommuner. Tidlig intervensjon for eldre for å hindre funksjonsfall eller gjenvinne funksjon, blant annet gjennom tilbud om hverdagsrehabilitering, slik at de kan bo lenger hjemme. Tilgjengelighet til fysioterapi for personer på langtidsopphold i institusjon må økes og fysioterapeuter kan og bør være med å tilpasse og utvikle aktivitetstilbud for eldre med demens, og ha et særlig fokus på å innpasse fysisk aktivitet i slike tilbud.



● Alle kommuner må ha innsatsteam

Et innsatsteam er et tverrfaglig team som gir rask, intensiv, tidsavgrenset og målrettet helsehjelp i hjemmet, ofte i en overgangsfase – for eksempel etter utskrivelse fra sykehus eller ved akutt funksjonssvikt.



● Fysioterapi må få en tydelig plass i kommunens planverk

Dette vil bidra til at politikere og andre beslutningstakere får en større forståelse av fysioterapeuters kompetanse og det vil gi en mer effektiv bruk av kommunens fysioterapiressurser. Fysioterapeuter må dessuten involveres når det kommer til hvordan fysioterapeuter skal organiseres og hvordan fysioterapiressursene best skal nyttes.



● Definisjon av nødvendig helsehjelp

Det er krav til kommunene om å yte nødvendig helsehjelp. Det er uklart hva som er nødvendig helsehjelp innen fysioterapi. Dette ble svært tydelig under Covid-pandemien da næringsdrivende fysioterapeuter med og uten avtale i praksis ble permittert noe som resulterte i at mange pasienter ikke fikk den nødvendige behandlingen. Fordi begrepet er vagt, er det også vanskelig å vurdere om kommunen oppfyller sine forpliktelser. Det er behov for en konkretisering av begrepet nødvendig helsehjelp.



● Hele avtalehjemler og fulle stillinger

Det er for mange deltidshjemler. Der det er behov for mer fysioterapi, må disse hjemlene oppjusteres i tråd med behovet. Det samme gjelder deltidsstillinger for ansatte fysioterapeuter.



● Kvalitet og prioritering i helsetjenesten

Kvalitetsarbeid må være en gjennomgående og aktiv prosess i samarbeid mellom fagpersoner og ledelse, der prioriteringer gjøres med vekt på pasientbehov og bærekraftige helsetjenester.



Et bærekraftig helsevesen krever at vi setter pasienten i sentrum, men også at vi prioriterer innsats som gir helsegevinst over tid. Her er fysioterapi ikke bare en faglig ressurs – men et strategisk virkemiddel

SPECIALISTHELSETJENESTEN



Utfordringer

Generelle utfordringer

Spesialisthelsetjenesten står overfor økende press knyttet til kapasitetsutfordringer, økonomisk bærekraft og svake overganger mellom nivåene i helsetjenesten.

Det er i tillegg:

- Økende behov for spesialisthelsetjenester grunnet aldrende befolkning og flere medisinske muligheter
- Bemanningskrise innen flere yrkesgrupper
- Flaskehals i pasientflyt (inn, gjennom og ut av sykehusene)
- Tilgang til spesialisthelsetjenester varierer betydelig
- Ventetidene er ujevne, og noen pasientgrupper får ikke riktig eller nok oppfølging.

Fysioterapiutfordringer

- Kirurgi utføres på tross av at kunnskap tilsier at konservativ behandling skal gis først, eksempelvis artrose
- Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten opplever at det er en utfordring og usynliggjøring av kompetansen at de er organisert som generalister utenfor de toneangivende somatiske fagene medisin og kirurgi
- Fysioterapeuter er i liten grad benyttet i hjemmesykehus
- Fysioterapeuter er fortsatt kun i mindre grad benyttet i oppgavedeling
- Fordi det kun er ortoped som kan rekvirere ortopediske hjelpemidler, brukes det unødig tid for både lege og fysioterapeut
- I mange pasientforløp er ikke fysioterapi nevnt som en del av forløpet
- Fysioterapitilbudet innen psykisk helsevern nærmest fraværende. Fysioterapeuter har kompetanse som i langt større grad kunne vært benyttet til pasienter innen psykisk helsevern

NFF mener at dette må på plass:

● Bedre oppgavedeling - på flere områder

At fysioterapeuter kan overta en del oppgaver for ortopeder er både kjent og vellykket - og benyttet på flere sykehus. Dette har blant annet resultert i kortere ventetider, ved at ortopedene får frigjort tid. Slik oppgavedeling burde gjelde alle sykehus!

Når det gjelder sammensatte lidelser, som utgjør en betydelig andel av henvisningene til spesialisthelsetjenesten, kan fysioterapeuter bidra i større grad. I tillegg kan fysioterapeuter dele oppgaver både innen kvinnehelse og nevrologi, og med sykepleiere på intensivavdelinger, for å nevne noen områder. Fysioterapeuter må også delta i vurderingen når en pasient skal "utskrives" fra sykehus til kommunen.



● Fysioterapeut må ha en naturlig rolle i hjemmesykehus

Viktig at fysioterapeuter er med i prosessen rundt hjemmesykehus. Eksempelvis får en pasient med cystisk fibrose fysioterapi på sykehus. Selv om det er samme behov for fysioterapi i hjemmesykehus også, får ikke pasienten samme tilbud der. Dette gjelder også flere pasientforløp innen kreft, palliasjon, hjerneslag med flere.



● Flere fysioterapeuter i psykisk helsevern

I følge SSB var det 8 fysioterapeutårsverk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), 145 årsverk innen psykisk helsevern for voksne og 15 årsverk innen tverrfaglig rusbehandling i 2024. Dette er altfor lite!



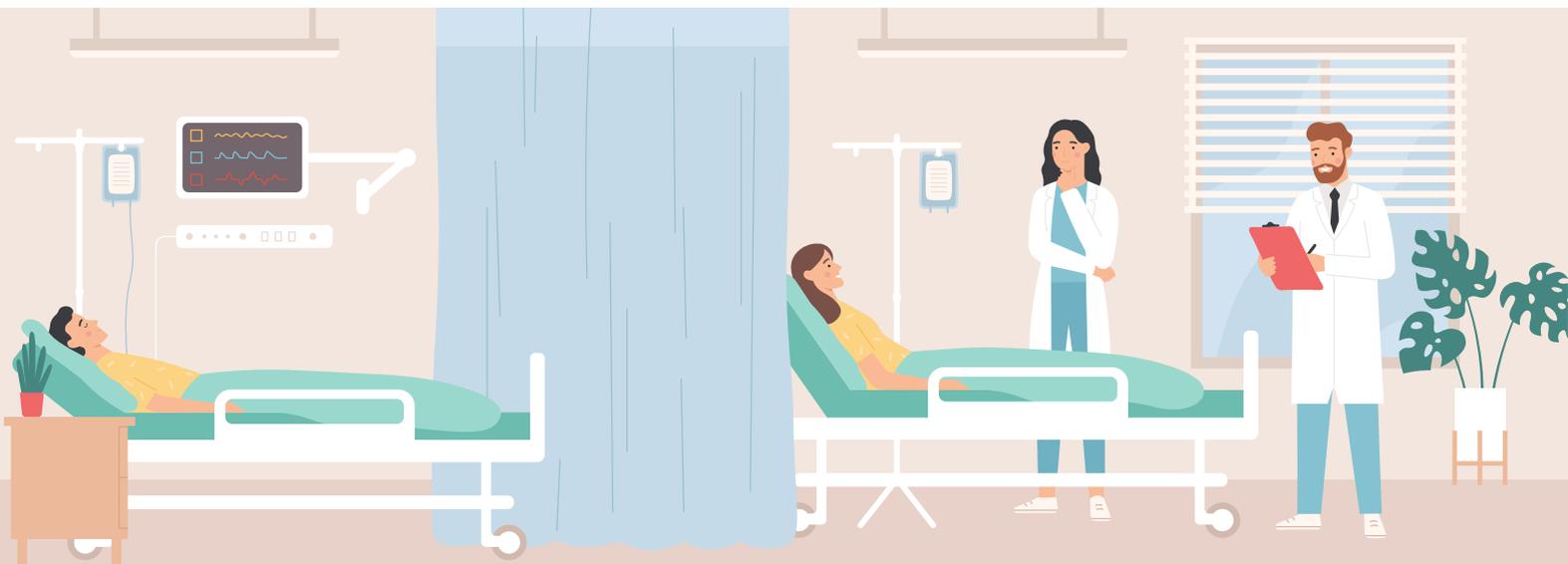
● Rekvisisjonsrett for hjelpemidler og behandlingshjelpemidler

I praksis er det ofte fysioterapeut/ergoterapeut som vurderer behov for hjelpemidler, og fysioterapeut vurderer behandlingshjelpemidler. I stedet for at fysioterapeut må lete opp spesialisten for å signere rekvisisjonen, er det mer hensiktsmessig at fysioterapeut får slik rekvisisjonsrett selv.



● Fysioterapi inn i nasjonale pasientforløp

Pasientforløpene/pakkeforløpene er utviklet for å gi pasientene en helhetlig og koordinert behandling, med mål om å redusere unødvendig ventetid og forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Det er flere pakkeforløp for kreft, psykisk helse og rus og hjerneslag. Fysioterapi, herunder rehabilitering og tilpasset fysisk aktivitet, må vurderes inn i alle disse pasientforløpene.



”

***Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten
– nøkkelen til mobilitet, mestring og trygg hjemreise***

UTDANNING OG FORSKNING



Utfordringer

Grunnutdanning

For få praksisplasser

Utdanningsinstitusjonene rapporterer om økende vansker med å skaffe nok praksisplasser på grunnutdanningen i tråd med forskrift.

Turnustjenesten er under press

Det er for få turnusplasser i forhold til kandidater. På grunn av dette, står det årlig flere fysioterapeuter på venteliste og som dermed ikke kommer ut i jobb. Helse- og omsorgsdepartementet har bestilt en utredning om turnustjenesten fra Helsedirektoratet i 2025.

Utdanningen speiler ikke alltid dagens kliniske virkelighet

Utdanningenes mandat er dels å utdanne til etablert praksis, men også å utdanne morgendagens fysioterapeuter basert på oppdatert kunnskap om hvordan befolkningens behov vil utvikle seg, samt selvsagt myndighetens føringer. Fra klinisk praksis oppleves det i forskjellig grad at kandidatene ikke alltid er godt nok rustet til å svare ut krav og forventninger de møter i helsetjenesten.

Videreutdanning

Finansieringsutfordringer

Mastergradstilbud krever betydelige ressurser både i etablerings- og driftsfase, 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.

Mangel på masterutdanninger på enkelte områder, for få studieplasser på andre

Vi opplever en raskt aldrende befolkning, spesielt i distriktene, noe som gir økt behov for rehabilitering og forebyggende tiltak. Økende forekomst av komplekse og sammensatte lidelser og multisykdom og økt forekomst av sammensatte tilstander hos ungdom som går utover deltagelse i skole og arbeidsliv. Tjenestetilbud flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, noe som innebærer behov for bredere og mer selvstendig fysioterapikompetanse.

Stadig flere pasienter får og overlever kreft og det er behov for fysioterapeuter med spesialisert kunnskap på dette området, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det er derfor ønskelig med masterutdanning på dette området.

Det er få, mellom 20 og 25, studieplasser ved masterutdanningen i manuellterapi ved Universitetet i Bergen, med opptak annethvert år. På grunn av få studieplasser er det blitt estimert at det kan være mellom 20 og 40 norske fysioterapeuter årlig som tar denne utdanningen utenlands.

Det meldes også om få studieplasser og sjeldne opptak for masterutdanning i psykomotorisk fysioterapi, som gir utfordringer med å skaffe vikarer og fylle driftstilskudd.

På andre områder mangler formell videreutdanning for fysioterapeuter.

Etterutdanning

Manglende kompetanseplaner og budsjett for kompetanseheving

En forutsetning for kvalitet i tjenestene er at fysioterapeuter har riktig kompetanse til enhver tid, og en av NFFs viktigste oppgaver er å bidra til at alle fysioterapeuter har tilgang til et etterutdannings-tilbud med høy faglig kvalitet.

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 kompetansehevende tiltak som både er praksisnære og tilgjengelige for yrkesutøverne, og er et viktig supplement til formelle videreutdanninger.

Kunnskap og teknologi utvikler seg i rivende fart. Det som var beste praksis for 10 år siden, kan være utdatert i dag. Kontinuerlig kompetanseutvikling er derfor avgjørende - også for fysioterapeuter. Likevel er det ofte vanskelig å få til både på grunn av tid, rom og økonomi. Det første som kuttes i trange budsjetter er gjerne midler til etterutdanning.

NFF mener at dette må på plass:



- Det må settes inn tiltak, gjerne i form av økonomiske incentiver, for å få på plass nok praksisplasser. Praksisplassene må være i tråd med krav til relevans og veiledningskvalitet
- Det må settes inn tiltak, gjerne i form av økonomiske incentiver, for å få på plass nok turnusplasser
- Skulle turnustjenesten forsvinne som et resultat av utredningsarbeidet som er igangsatt, må en utvidelse av grunnutdanningen til 4-årig bachelor eller 5-årig masterutdanning utredes
- Grunnutdanningen må bidra til at nyutdannede fysioterapeuter kan møte dagens og morgendagens krav og forventninger som blir stilt dem når de kommer ut i klinisk praksis
- Finansieringsutfordringer kan løses gjennom bedre offentlig støtte, eksempelvis gjennom øremerkede midler, tidsbegrenset oppstartstøtte eller ved at masterprogram får høyere poengverdi for kandidatutgang. Dette i kombinasjon med samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og innovativ organisering. Staten har en nøkkelrolle i å stimulere og avlaste risiko, mens institusjonene selv må tenke nytt rundt struktur og samarbeid
- Masterutdanning i allmennfysioterapi, primært rettet mot utfordringene i kommunehelsetjenesten opprettes
- Flere studieplasser i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi opprettes
- Opprettelse av masterutdanninger i flere av NFFs spesialiteter, eksempelvis innen onkologi og kvinnehelse må vurderes
- Offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter opprettes (se s. 18)
- Helseforetak og kommunale enheter må ha en kompetanseplan for sine ansatte, og et årlig budsjett for kompetanseheving
- Nasjonalt kompetansefond for helsesektoren opprettes. Helseforetak og kommuner kan søke midler fra dette fondet for å dekke vikarutgifter ved ansattes etter- og videreutdanning - og derved sikre livslang læring

Kompetanse for fremtiden

Bærekraft, digitalisering og innovasjon må inngå i både grunn-, etter- og videreutdanning i fysioterapi. Fysioterapeuter må trenes i å bruke og vurdere digitale verktøy, bidra til bærekraftige løsninger og delta i utvikling og forbedring av tjenestene. Dette er en del av kvalitetsarbeidet og gjør helsetjenesten bedre rustet til å møte framtidens behov

NFF trenger en tydelig forskningspolitikk

NFF mener at forskningen innen fysioterapi skal skje i tett samarbeid med fysioterapeuter, og det skal være tette bånd mellom forskningen og etter- og videreutdanningen slik at ny kunnskap kan implementeres i praksis. Det må suppleres med større fokus på tjenesteforskning.

Forbundet skal ha en klar rolle i å sikre at fysioterapeuter er faglig oppdatert slik at utøvelsen av faget er i samsvar med eksisterende kunnskapsgrunnlag og gjeldende behandlingsanbefalinger. Det er også viktig at forbundet er tydelige på hvordan forskning kan bidra til å dokumentere effekt av behandling og å videreutvikle fysioterapifaget.

Forbundet skal derfor utvikle en politikk som sikrer at kunnskapsgrunnlaget forvaltes riktig, og bidra til at det finnes sterke forskningsmiljøer i kommuner, på sykehus og utdanningsinstitusjoner. Dette vil bidra til at fysioterapeuter er oppdatert og at faget utvikles i riktig retning.





Sykefravær - fra fravær til funksjon

-fysioterapeutens rolle i en helsefremmende arbeidsevnevurdering

- Fysioterapeuter har en viktig rolle i arbeidet med å støtte mennesker i å gjenvinne eller bevare funksjon og deltakelse i arbeid, også når helseutfordringer er til stede. Fysioterapeuter følger også pasienter i de lange forløpene.
- Fysioterapeuter har i bedriftshelsetjenesten (BHT) er sentrale i forebygging av sykefravær, og bidrar gjennom samhandling med behandlende fysioterapeut, der BHT kjenner arbeidets art, krav og belastninger. Samarbeidet bidrar til å spisse og målrette de rådene som gis og effektiviserer arbeidstakerens retur til arbeid.
- Fysioterapeuters bidrar også i skolehelsetjenesten, der de forbereder elever i den videregående skolen, herunder yrkesfaglige linjer, til arbeidslivet.
- Der dagens sykefraværsordning i stor grad er basert på fraværsløkk, peker erfaringer fra både Norge og internasjonalt på behovet for en mer helsefremmende tilnærming – der fokuset flyttes fra sykdom til muligheter.
- En vurdering av arbeidsevne handler ikke bare om diagnose og begrensninger, men om hva personen kan gjøre nå, og hva som kan bygges over tid – i dialog med den enkelte. Det forutsetter en terapeutisk prosess, der fysioterapeuten sammen med pasienten utforsker og støtter opp under mestring, motivasjon og muligheter for tilrettelegging. Det handler ikke om å presse folk tilbake i arbeid, men om å anerkjenne at mange har ressurser til å delta – hvis forutsetningene ligger til rette. Fysioterapeuten kan bidra til å tydeliggjøre disse forutsetningene, og gi råd om tilpasning, fysisk aktivitet, gradert arbeid og veier tilbake til arbeidsliv.
- Å støtte arbeidsevne handler også om å styrke den enkeltes mulighet til å påvirke sin egen livssituasjon. Når fysioterapeuter får tydeligere rolle og rammer i dette arbeidet, styrkes både kvaliteten på oppfølgingen og muligheten for å leve et aktivt og selvstendig liv – også med helseutfordringer.
- I Norge har arbeidsgivere tilretteleggingsplikt, arbeidstakere aktivitetsplikt og gradert sykmelding blir i økende grad benyttet, særlig i forbindelse med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer (hhv. 42 prosent og 31 prosent av sykmeldingene i disse diagnosegruppene er graderte i følge NAV, 4. kvartal 2024).
- Kvinner har et økt sykefravær i forhold til menn i to livsperioder: etter fødsel og rundt overgangsalder. Det bør iverksettes konkrete tiltak for kvinner i disse livsfasene for å redusere sykefraværet.



” Fysioterapeuter og annet relevant helsepersonell bør i større grad enn i dag foreta funksjons- og arbeidsplassvurderinger. Erfaring fra Storbritannia viser at fysioterapeuter (i større grad enn de andre gruppene med slikt ansvar) benytter mulighetene til redusert/tilrettelagt arbeid framfor full sykemelding.

Fysioterapeuters bidrag vil inkludere:

Funksjonsvurdering: Vurdere pasientens fysiske kapasitet og begrensninger i forhold til arbeidsoppgaver.

Tilretteleggingsråd: Gi anbefalinger om tilpasninger på arbeidsplassen for å muliggjøre gradert arbeid.

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.

Fordeler med ordningen

● Økt arbeidsdeltagelse

Mange med helseutfordringer kan jobbe noe hvis forholdene legges til rette.

Reduserer risikoen for langvarig sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

● Bedre folkehelse og livskvalitet

Arbeid gir struktur, mestringfølelse og sosialt samvær- dette er viktig for mental og fysisk helse.

Reduserer risikoen for depresjon og isolasjon knyttet til langvarig fravær.

● Avlastning for NAV og fastleger

Redusert behov for hyppig legeoppfølging fordi tilpasning skjer i samarbeid med arbeidsgiver.

Mindre press på NAV, da færre havner i langvarige ytelser.

● Økonomisk gevinst for samfunnet

Lavere sykefravær betyr lavere utgifter til sykepenger og høyere verdiskaping. Bedrifter beholder verdifull kompetanse fremfor å miste ansatte til langtidsfravær.



Offentlig spesialistgodkjenning

- en investering i kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet



Tilpasset fremtidens helseutfordringer

Vi står overfor en "eldrebølge", økning i antall yngre med psykiske helseproblemer og økning i langvarige og sammensatte lidelser. Det er behov for mer tverrfaglig innsats. Spesialiserte fysioterapeuter kan spille en nøkkelrolle i forebygging, rehabilitering og oppfølging – og bør derfor ha tydelig formell plass og funksjon i helsetjenesten.



Bedre pasientbehandling og økt trygghet

Spesialistgodkjenning sikrer at fysioterapeuter har den nødvendige kompetansen og kvalifikasjonene for å behandle komplekse og sammensatte tilstander. Dette fører til bedre behandlingsresultater og økt pasientsikkerhet.



Effektiv ressursbruk i helsetjenesten

Spesialister i kommunehelsetjenesten kan avlaste og supplere fastleger og bidra til å **reducere henvisningsbehov** til spesialisthelsetjenesten.



Styrket fagutvikling og rekruttering

En offentlig godkjenningsordning gir et klart insentiv til faglig videreutvikling. Det gir fysioterapeuter noe å strekke seg etter. En tydelig karrierevei med mulighet for spesialistgodkjenning kan gjøre fysioterapiyrket mer attraktivt for nye studenter og bidra til å rekruttere flere dyktige fagfolk til feltet.



Likeverdighet og anerkjennelse

Andre helseprofesjoner har offentlig spesialistgodkjenning – fysioterapeuter bør ikke stå tilbake. Det handler om likestilling og profesjonell anerkjennelse i helsetjenesten.



Manuellterapeuter

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



Dette er smart helsepolitikk

Det koster lite – men gir mye igjen i form av kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet.

Det er i tråd med helsepolitiske mål: mer behandling nær der folk bor, av rett person til rett tid.

Det er en investering i fremtidens bærekraftige helsetjeneste.



Henvisningsrett

-for en raskere, smartere og mer tilgjengelig helsetjeneste

1 Forbedret pasientflyt og redusert ventetid

Fysioterapeuter møter pasienter tidlig i sykdomsforløpet – ofte før allmennlege eller spesialist. Ved å gi fysioterapeuter henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, herunder BUP/DPS og bildediagnostikk (som MR og røntgen), kan man:

- Redusere unødvendige mellomledd, som henvisning via fastlege
- Forkorte pasientens ventetid, som gir raskere tilgang til behandling og utredning
- Unngå dobbeltarbeid og overbelastning hos fastlegene



Eksempel: Pasient med akutt kneskade. Fysioterapeuten vurderer etter en grundig undersøkelse at det er behov for MR-undersøkelse, men må sende pasienten til fastlegen først. En unødig forsinkelse for pasienten og unødig merarbeid for fastlegen.

3 Manuellterapeuter har det

- Norske manuellterapeuter har hatt slikt ansvar siden 2006
- Erfaringene er positive, de tar gode valg

5 Mer helhetlig og pasientsentrert helsetjeneste

Å gi fysioterapeuter dette ansvaret:

- Styrker tverrfaglig samarbeid
- Bidrar til at pasienter får rett hjelp til rett tid
- Gir mer effektiv bruk av helseressurser

2 Høy faglig kompetanse og klinisk vurderingsevne

Fysioterapeuter har solid utdanning i anatomi, fysiologi, sykdomslære og klinisk undersøkelse. De er spesialiserte innen muskel- og skjelettlidelser og har:

- Kompetanse til å identifisere alvorlig patologi og henvise videre ved behov
- Erfaring med å vurdere når bildediagnostikk er indisert for å stille korrekt diagnose og gi riktig behandling



Kompetansen til fysioterapeuter tilsier en naturlig rolle i utredningskjeden.

4 Internasjonale modeller støtter dette

- I Storbritannia har fysioterapeuter rett til å henvise til bildediagnostikk og spesialisthelsetjenester
- Dette har ført til dokumentert økt effektivitet og bedre ressursutnyttelse



Erfaringer fra Norge og andre land viser at dette fungerer – både trygt og kostnadseffektivt

Effektiv helsepolitikk innebærer bedre bruk av fysioterapeuters kompetanse.

Oppsummering:

Raskere hjelp	Mindre venting, færre mellomledd
Kvalifisert yrkesgruppe	Klinisk kompetente til å vurdere og henvise
Internasjonal praksis og norske erfaringer	Flere land har allerede innført dette
Bedre ressursbruk	Avlaster fastleger
Pasientens beste	Effektiv, trygg og tilgjengelig helsehjelp



Førstekontakt fysioterapi

Fysioterapeuter bør ha rolle som førstekontakt ved spørsmål om bevegelsesfunksjon, aktivitet og kroppslig mestring

Fra 2024 skal pasienter i Storbritannia som kontakter fastlege (GP) for muskel- og skjelettproblematikk (MSK) kunne møte en fysioterapeut på legekantoret. 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 legekantoret er ikke innført.

Hvordan dette foregår:

Pasient med MSK

kontakter enten legekantoret eller tar direkte kontakt med fysioterapeut



Førstekontakt fysioterapeut

Ekspertvurdering, sjekker for røde flagg, gir råd om hvordan håndtere MSK og/eller trening, bestiller og tolke evt. undersøkelser, henvise til fysioterapi eller gir MSK-triage for ortopediske henvisninger. Snakke om arbeid og vurdere funksjon



Til spesialisthelsetjenesten; bildediagnostikk, spesialist eller smerteklinikk



Til fysioterapeut for behandling



Til fastlege, hvis det anses som nødvendig

Overbevisende resultater

- ✓ 97 prosent av alle spurte pasienter ville sannsynligvis anbefale en FCP-tjeneste til en venn eller familie. Det vil si svært fornøyde pasienter!
- ✓ 21 prosent reduksjon i ortopediske henvisninger per dag
- ✓ 12 prosent færre resepter ble utskrevet
- ✓ Tilbud om ekspertråd og veiledning
- ✓ Økt kapasitet hos fastlege

Dette kan fysioterapeut bidra med på et tverrfaglig legekantor*:

Muskelskjelett og sammensatte lidelser

Undersøke, diagnostisere og henvise
Sykefraværarbeid (funksjonsvurderinger, dialog med NAV og arbeidsgiver)
Følge opp og samhandle med spesialisthelsetjenesten.

**Dette er oppgaver fysioterapeuter allerede gjør i dag.*

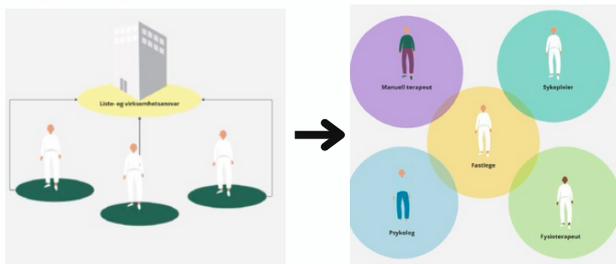
Andre sykdommer og lidelser

Oppfølging og rehabilitering av pasienter med ulike sykdommer: Hjerter- og lungesykdommer, hjerneslag, nevrologiske sykdommer, kvinnehelse mv.

Livsstilsintervensjoner særlig med hensyn til fysisk aktivitet. Ha oversikt over aktuelle aktivitets- og behandlingstilbud, henvise til frisklivsentral mv.

Slik kan dette innføres i Norge

I byer og større kommuner



Der det er stort nok pasientgrunnlag er det ønskelig med tverrfaglige fastlegekontorer. Disse kan bestå av flere fastleger, sykepleier, fysioterapeut og psykolog. Disse inngår i oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid.

Finansiering: Fysioterapeuter kan heve egne takster, eventuelt kan profesjonsnøytrale takster vurderes.

I mindre kommuner ser vi for oss andre løsninger

- ✓ Samlokalisering av virksomhetene, enten som mindre enheter eller som større helsehus.
- ✓ Fysioterapeut på timebasis etter behov på det aktuelle kontoret, jf. eksempler fra Danmark (se kilder)



Fysioterapeut på legevakt og akuttmottak

- Norge henger etter, det er på tide å anerkjenne fysioterapeuter som en nøkkelressurs i akuttmottak

Erfaringer fra Australia

Pasienter som blir møtt av fysioterapeuter i primærhelsetjenestens akuttmottak oppnår:

- Betydelig reduksjon i liggetid og ventetid sammenlignet med vanlig behandling
- Forbedret smertekontroll med redusert opioidbruk og raskere oppnådd smertefrihet.
- Større sannsynlighet for å bli skrevet ut direkte fra akuttmottak, med minimale eller ingen feildiagnoser eller bivirkninger og redusert funksjonshemming på kort sikt.
- Mindre sannsynlighet for å bli henvist til bildediagnostikk
- Høy score med hensyn til nøyaktighet i klinisk vurdering.



Erfaringer fra Sverige

Skåne universitetssykehus (SUS) i Sverige har hatt fysioterapeut på akuttmottaket fra 2016. Dette gjelder også andre sykehus.

Erfaringene har vist at leger og sykepleiere:

- Sparer tid
- Føler seg tryggere på avgjørelsene som ble tatt
- Pasientsikkerheten bedres fordi rehabilitering er med i vurderingen
- Verdsetter fysioterapeutens kunnskap om kommunens ansvar og kontakten med kolleger i kommunen. Det bidrar til enklere utskrivning.

Erfaringer fra Storbritannia

I Storbritannia jobber fysioterapeuter enten som frontlinje akutfysioterapeuter eller som en del av det tverrfaglige terapiteamet i akuttmottak.

Fysioterapeuter bidrar til å redusere forsinkelser og ineffektivitet, forhindrer unødvendige innleggelser og muliggjøre utskrivning av pasienter til rett tid.

Fysioterapeutene møter hovedsakelig pasienter med muskel- og skjelettproblemer. De foretar sakkyndig vurdering, etterspør og tolker undersøkelser, behandler sår, bløtvevsskader og brudd, gir råd og behandling.

Dette frigjør legenes tid til å håndtere mer komplekse forhold og bidrar også til forbedring av pasientflyt.

Erfaringene viser at fysioterapeuter på legevakt/akuttmottak bidrar til:

- Tidsbesparelse og økt effektivitet
- Økt pasientsikkerhet ved at også rehabilitering tas med i vurderingene
- Forhindrer unødvendige innleggelser
- Bedre pasientflyt
- Frigjør legenes og sykepleiernes tid
- Bedre smertekontroll
- Reduksjon i liggetid
- Redusert funksjonshemming på sikt
- Nøyaktig klinisk vurdering
- Færre henvisninger til bildediagnostikk
- Færre feildiagnoser
- Trolig raskere tilbake i jobb



Basert på fysioterapeuters kompetanse og gode erfaringer fra flere land med å benytte fysioterapeuter til å vurdere akutte helseplager/skader, så som muskel- og skjelettskader, bør fysioterapeuter inngå i teamet på skadepoliklinikk/legevakt/akuttmottak.



DIGITALISERING I FYSIOTERAPI

-ikke et mål, men et middel for å møte fremtidens utfordringer

Digitalisering er en sentral drivkraft i utviklingen av helsetjenestene. For fysioterapi representerer dette både muligheter og ansvar. NFF skal delta aktivt i den digitale omstillingen og vise hvordan fysioterapeuter kan bidra til mer tilgjengelige, effektive og bærekraftige helsetjenester.

Politisk retning og rammer

Regjeringens nye strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene legger vekt på at digitale løsninger skal bidra til bedre kvalitet, økt pasientmedvirkning og mer sammenhengende pasientforløp. Helsedirektoratet peker på at digital rehabilitering kan øke behandlingsskapiteten og gi flere tilgang til tjenester. Helseteknologiordningen skal støtte kommunenes arbeid med å anskaffe og innføre slike løsninger.



Bruk av digitale verktøy i fysioterapi

Fysioterapeuter må ha kompetanse til å bruke digitale verktøy selv - og de må også kunne støtte pasienter og brukere til å ta disse i bruk.

Innen fysioterapi finnes det allerede flere områder hvor digitalisering er aktuelt og i bruk:

- ✓ Digital hjemmeoppfølging og egenrehabilitering*
- ✓ Videokonsultasjoner og hjemmebesøk via digitale plattformer
- ✓ Spesialistrådgivning og tverrfaglige fellesmøter
- ✓ Samhandling mellom tjenestenivåer
- ✓ Digitale gruppebehandlinger

*Eksempler på digitale rehabiliteringstilbud finnes blant annet innen hjerneslag, hjerterehabilitering og CFS/ME.

Kunstig intelligens (KI)

KI er i ferd med å endre helsefeltet, og fysioterapi kommer ikke til å være et unntak. Journalsystemer med KI-funksjonalitet, chatbot-baserte pasientverktøy og beslutningsstøtte i klinisk praksis er allerede i bruk internasjonalt. Mange mener vi står overfor en revolusjon, men det er fortsatt uklart hvilken kompetanse som vil være nødvendig fremover. Det som er sikkert, er at helsepersonell må lære å stille gode spørsmål til språkmodeller og bruke KI som et hjelpemiddel – ikke en erstatning for faglig vurdering.

I *fysioterapi*praksis kan KI bl.a. bli benyttet til utarbeidelse av treningsplaner, dataanalyse, journalskriving og beslutningsstøtte. Det kan også bli et nyttig verktøy innen forskning, jf. analyse av store datamengder.

- ✓ Et sentralt prinsipp for fysioterapeuters bruk av KI i forbindelse med fysioterapibehandling, må være at bruker alltid skal ha mulighet til å få kontakt med en analog fysioterapeut, selv i tjenester som i stor grad benytter KI.

NFF skal:

- Delta aktivt i den digitale omstillingen i helsetjenesten
- Støtte bruk av digitale verktøy for å forbedre tjenester og pasientforløp der det er mulig, og fremme nye arbeidsmetoder som bidrar til å opprettholde et godt tilbud til tross for kommende utfordringer
- Synliggjøre hvordan fysioterapeuter bidrar til utvikling og bruk av digitale helsetjenester
- Arbeide for at digitale løsninger innen fysioterapi blir en integrert del av fremtidens helsetjeneste
- Fremme rammebetingelser som sikrer faglig kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdig tilgang til digitale tjenester





KILDER

Samhandling

St.meld.nr 47(2008-2009): Samhandlingsreformen

Helse- og omsorgstjenesteloven §6-2

Spesialisthelsetjenesteloven §§2-1a og e,5-5, 6-3

Nasjonal veileder for samarbeidsavtaler. Helsedirektoratet, 2011

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

Rehabilitering

Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene. Dokument 3:12 (2023-2024). Riksrevisjonen 2024

Nasjonal veileder. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Helsedirektoratet, siste faglige endring 15. desember 2023

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. Lovdata, sist endret fra 1. august 2022

Rehabilitation 2030 initiative. World Health Organization

Gode eksempler:

- Forsterket rehabilitering på Aker (FRA)
- Innovativ rehabilitering, Indre Østfold kommune
- Rehablos
- Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT), Tromsø
- IKART - interkommunalt ambulerende rehabiliteringsteam, Rogaland

Kommunehelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven m aktuelle forskrifter

Helsepersonellkommisjonen. NOU 2023:4.

Bemanning, kompetanse og kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Menon-rapport nr. 51/2018.

Førland O. m.fl. «Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester». Tidsskrift for velferdsforskning, 2021.

Hellesø R. m.fl.: «Prioriteringslandskapet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et velferdsperspektiv». Tidsskrift for omsorgsforskning, 2024.

Nasjonal faglig retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Helsedirektoratet, sist oppdatert 23. april 2025

Nasjonal veileder om kommunale frisklivssentraler. Helsedirektoratet, sist endret 28. februar 2022

Nasjonal veileder: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov Helsedirektoratet 2017
Nasjonale faglige råd om fallforebygging av eldre. Helsedirektoratet, siste faglige endringer 16. mai 2024

Demensplan 2025. Handlingsplan fra Helse- og omsorgsdepartementet
Hverdagsrehabilitering – for økt livskvalitet. KS, 2015

Kommunale planoppgaver. Regjeringen, 2024

KOSTRA, tabell 13533

Spesialisthelsetjenesten

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

Helsepersonellkommissjonen. NOU 2023:4

Lov om spesialisthelsetjenesten

Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. Oslo Economics 2022

Bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, siste faglige endringer 27.05.25

Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Helsedirektoratet 2022

Rundskriv til Forskrift om dekning av utgifter til proteser mv.(bl.a. ortopediske hjelpemidler). Nav 1997

Utdanning og forskning

Evaluerings av styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). KPMG 2025

Unios politikk for praksis i høyere utdanning

Utrede etablering av praksiskontor. Rapport fra Helsedirektoratet, revidert november 2022

Praksis i kommunene. Helsedirektoratet 2019

Kvalitet i praksis – utfordringer og muligheter. Nokut 2019

Til glede og besvær – praksis i høyere utdanning. Nokut 2018

Etterlyser en praksisrevolusjon. Fysioterapeuten 30.08.2017

Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagstudiene. UHR-rapport 2010

Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut. Lovdata 2009

Hvilken kunnskap trenger morgendagens fysioterapeuter. En kvalitativ analyse av programplanen ved bachelorutdanningen i fysioterapi i Norge. Fysioterapeuten 2025

Behandlingsvalg baserer seg på langt mer enn forskning. Fysioterapeuten 2-2023

Evidence based practice in clinical physiotherapy education: a qualitative interpretive description. BMC Med.Educ. 2013

Norge trenger flere med mastergrad, ikke færre. Aftenposten 30.05.2023

Mange blir mer sårbare med ny finansiering. Hvordan skal utslagene fordeles. Khrono 12.07.2024

Finansiering av høyere utdanning. Norsk studentorganisasjon

Regjeringen foreslår ny mastergrad i fysioterapi. Fysioterapeuten 11.04.2025

Sykefravær - fra fravær til funksjon

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/fit-notes-issued-by-gp-practices/june-2024>

<https://www.gov.uk/government/calls-for-evidence/fit-note-reform-call-for-evidence/fit-note-reform-call-for-evidence>

[https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(23\)00038-X/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(23)00038-X/fulltext)

[https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(21\)00074-2/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(21)00074-2/fulltext)

[https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(22\)00023-2/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(22)00023-2/fulltext)

Not fit for purpose. Policy Exchange. 2024

Offentlig spesialistgodkjenning

Helsepersonelloven, §51

Forbundsstyret fortsetter arbeidet med offentlig spesialistgodkjenning, NFF 2024

Regjeringen vil vurdere offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter, NFF 2024

Henvisningsrett

First contact physiotherapy radiology, CSP

Elective care high impact interventions: First contact practitioner for MSK services, NHS England 2019

Physiotherapist referral to specialist medical practitioners, Australian Physiotherapy Association

Direct referrals are a no-brainer reform. AAP, 2024

Evaluering av henvisningsprosjektet. SINTEF 2003

Førstekontakt fysioterapi

First contact physiotherapy, NHS, England

First contact physiotherapy, Chartered Society of Physiotherapy

First contact physiotherapy, Physiopedia

Elective care high impact interventions: First contact practitioner for MSK services, NHS England 2019

Evaluation of the First Contact Physiotherapy model of primary care: a qualitative insight, Physiotherapy 2021.

Førstekontaktkompetanse er avhengig av videreutdanning og erfaring, Fysioterapeuten 04.05.2025

First Contact Physiotherapists, NHS, England

What is first contact physiotherapy, CSP

Physiotherapy in primary care - summary briefing, CSP

Fit Notes Issued by GP Practices, England, June 2024

Erfaringer fra Danmark:

<https://www.fysio.dk/globalassets/documents/raadgivning/arbejdsvilkaar/ovrigt-ansattelsesformer/fysioterapeuter-i-almen-praksis.pdf>

<https://www.fysio.dk/nyheder/nyheder-2018/lasse-aflaster-og-lofter-lagen-i-hals>

<https://www.fysio.dk/laegepraksis-med-fysioterapeut-ansat/fysioterapeuter-giver-bedre-kvalitet-og-trivsel-i-lagehuset>

Fysioterapi på legevakt og akuttmottak

Erfaringer fra Sverige

Erfaringer fra Storbritannia

Erfaringer fra Australia

Digitalisering i fysioterapi

Nasjonale e-helsestrategi, Helsedirektoratet, oppdatert januar 2025

E-rehabilitering etter hjerneslag, Sykehuset i Vestfold, Innomed 2021

Digitale løsninger i hjerterehabilitering, Helse Møre og Romsdal, Innomed 2021

Satsar stort på digital rehabilitering for hjertepasienter, eHjerteRehab, HelseBergen 2021

CFS/ME Digitalt tilbud, Unicare Coperio

Praktisk informasjon om digital rehabilitering, Rehabilitering Vest

InnoMed, Behovsdrevet innovasjon i helsesektoren

Helseteknologi: Pasientene må være med når vi utvikler tjenestene, OsloMet 2025

New AI in physio principles provide a «guideline for the future», Chartered Society of Physiotherapy, 2025

Statement of principles to apply to the use of AI in physiotherapy, CSP 2025



NORSK
FYSIOTERAPEUTFORBUND