

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 2. mai 2023

## **Høring – NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**

### **Innledning**

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) høringsbrev og Helsepersonellkommisjonens rapport, NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

NFF vil først knytte noen generelle kommentarer til utfordringsbildet/kunnskapsgrunnlaget, for deretter å komme med innspill og kommentarer til rapportens seks tiltaksområder.

Forbundets innspill til Helsekommisjonen fra 2022 er vedlagt og er å anse som en del av NFFs høringssvar.

### **Generelle kommentarer**

Hvor høyt helsetjenesten skal prioriteres er først og fremst et politisk spørsmål, og vi har merket oss at ikke alle eksperter på framskrivninger og samfunnsøkonomi er enig i kommisjonens grunnforutsetning om at det nødvendigvis vil måtte bli «færre ansatte per pasient» i fremtiden. NFF velger likevel å bygge vårt høringssvar på at den relative veksten i helsepersonell som vi har sett de siste årene, ikke vil fortsette.

NFF opplever at kommisjonen mer eller mindre har oversett fysioterapeuter. Det er drøyt 10.000 fysioterapeuter sysselsatt i helse- og omsorgstjenesten i dag, noe som innebærer at vi er den femte største helsepersonellgruppen i tjenesten. Fysioterapeuter har bred kompetanse – vi jobber helsefremmende, forebyggende, vi rehabiliterer, vi bidrar i det palliative arbeidet, jobber helhetlig både med fysiske, psykiske og sammensatte utfordringer og hjelper pasienter til å mestre sykdomsutfordringer. Det at kommisjonen ikke har sett at fysioterapeuter er en viktig del av de bærekraftige løsningene på utfordringene i helse- og omsorgstjenesten fremover, mener vi er en stor svakhet ved rapporten.

I forbundets innspill til kommisjonen var vi tydelige på at bærekraftige helsetjenester også for fremtiden innebærer at helsetjenestene må dreies i retning av mer forebygging. Derfor må det på plass reell satsing på helsepersonell med kjernekompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Fysioterapeuter er en slik yrkesgruppe.

Videre mener NFF at rehabiliteringsinnsatsen må styrkes for å bidra til at mennesker etter sykdom og skader får de tjenester de trenger for å kunne leve selvstendige liv, samtidig som det bidrar til at behovet for ressurskrevende pleietjenester og helserelaterte ytelser reduseres. Det må derfor også

sattes på helsepersonell som har rehabilitering som kjernekompetanse. Igjen, fysioterapeuter er en slik yrkesgruppe.

Vi ser at også kommisjonen gir uttrykk for å ha sett disse behovene, men dessverre uten at dette gjenspeiles i tiltaksforslagene. NFF mener at en dreining i retning helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tjenester burde vært Helsepersonellkommisjonens forslag til hovedgrep.

I utfordringsbildet som tegnes fremgår det at det er mangel på helsepersonell allerede i dag, og dette stemmer helt klart for en del yrkesgrupper, men ikke for alle. For eksempel er det mange fysioterapeuter som i dag jobber i privatfinansiert helsetjeneste, dette er arbeidskraft som med fordel kunne rekrutteres inn i offentlig finansiert helsetjeneste, eksempelvis i helsetjenester til barn og unge, eldre, pasienter med psykiske helseutfordringer, muskel- og skjelettsykdommer eller som har behov for rehabilitering etter sykdom og skader. Ikke bare jobber det norske fysioterapeuter i privatfinansiert helsetjeneste, men vi får også meldinger om at fysioterapeuter i grensekommuner får stillinger i Sverige. Dette på tross av stort behov for deres kompetanse i hjemkommunene, men stillingene i Norge mangler.

Videre fokuserer kommisjonen på en annen hovedutfordring; overbehandling/unødvendig behandling. Vi er innforstått med at overbehandling foregår på enkelte områder, og er selv med i Gjør kloke valg-kampanjen, der vi og andre organisasjoner gransker oss selv for å identifisere mulig overbehandling.

Fra NFFs ståsted er likevel en langt større utfordring at det i dag foregår utstrakt underbehandling. Muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og sammensatte plager koster samfunnet, virksomhetene og ikke minst den enkelte mye, både i form av utgifter, tapte inntekter og tap av livskvalitet. Tidlig og riktig innsats er viktig for hvordan det går med pasientene. I dag erfarer vi at pasienter ikke får rett behandling til rett tid på grunn av mangel på kapasitet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, ikke minst til fysioterapi. Dette innebærer for lav kvalitet på tilbudet til for mange pasienter og dermed unødig funksjonsfall, som igjen fører til ytterligere belastning på en allerede belastet pleietjeneste.

Dette oppleves som emosjonelt belastende for helsepersonellet som ikke strekker til og som bidrar til det høye sykefraværet og avgang fra yrket, som er uforholdsmessig høyt hos helsepersonell. Dette er en ond sirkel, som må brytes.

Det fører oss over til belastende arbeidsforhold, som var et annet tema NFF fokuserte på i innspillet til Helsepersonellkommisjonen. Skal helsetjenesten rekruttere og beholde helsepersonell som er utsatt for belastende organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljø, må det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i tjenesten styrkes betraktelig. Selv om kommisjonen til en viss grad også belyser noe av dette i rapporten, savner vi også på dette området tiltak som viser at kommisjonen virkelig har satt seg inn i problematikken.

NFF er også opptatt av arbeidstakere som ønsker seg arbeid, men som ikke har noe tilbud på grunn av funksjonsnedsettelse av ulikt slag. NFF etterlyser mer kreativitet i så måte, for oppgavene i helsetjenesten er mange. Eksempel til etterfølgelse: [Scandic hotellene inkluderer personer med ulike funksjonsevner](#)

Brukermedvirkning er viktig og prinsippet om «ingen beslutning om meg, uten meg» er en selvfølge og en rettighet. I kjølvannet av en sterkere brukerbevissthet opplever vi en annen utfordring og det

er hvordan sosiale medier ser ut til å påvirke befolkningen og delvis også helsepersonell til å vri behandling vekk fra god kunnskapsbasert praksis. Dette bekymrer oss.

## **Tiltaksområde organisering**

### ***Topptung sentral administrasjon***

Etter at foretaksmodellen ble innført i 2002 har fordelingen av støtte- og helsepersonell endret seg. Ifølge en undersøkelse utført av Jacobsen<sup>1</sup> viser tall fra 2016 at andelen støttepersonell er nærmest uavhengig av enhetens størrelse, normalt har det vært slik at økning i antall støttepersonell og økning i antall helsepersonell henger sammen. Dette indikerer ifølge Jacobsen en markant reduksjon nedover i hierarkiet. Den praktiske konsekvensen er sannsynligvis at helsepersonellet, som er produsenten av sykehusenes primærprodukt, har mistet lokale støttefunksjoner og må utføre disse selv. Dette tallmaterialet har også avdekket en økning i topptung administrasjon, gjennom at andelen ansatte uten helsefaglig utdanning vokser kraftig i de sentrale helseforetakene. Jacobsen mener det er grunn til å tro at det sentrale nivået skaper et økende antall rapporteringsoppgaver, som må løses og besvares lenger ned i organisasjonen. Potensielt kan helsereformen ha medført at de som skal levere helsetjenester, helsepersonellet, både har mistet lokale støttefunksjoner og fått et større rapporteringskrav fra overordnet administrasjon. Dette kan i så fall forklare at helsepersonell rapporterer økt andel tidsbruk på administrative oppgaver, og dermed mindre tidsbruk på pasientbehandling.

### ***Samhandling, finansiering og ledelse***

NFF vil i denne sammenheng trekke frem utfordringene på rehabiliteringsfeltet, der vi opplever at tilbudet til pasienter som trenger mer omfattende rehabilitering, ikke er godt nok i dag. Dette skyldes at spesialisthelsetjenesten bygger ned sin rehabiliteringskapasitet, mens kommunene ikke har/har ressurser til å bygge opp et godt nok tilbud. I tillegg opplever enkelte rehabiliteringsinstitusjoner at regionale helseforetak har strammet inn på kjøp av rehabiliteringstjenester. NFF mener at før det eventuelt vil være aktuelt å innføre ett felles forvaltningsnivå bør helsefelleskapenes rolle utvikles. Rehabiliteringskompetanse må sikres representasjon på alle nivå i beslutningsstrukturen, slik at ansvaret for tilbudet til pasientene som i dag ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for, plasseres der det er rett kompetanse.

Et godt eksempel på god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som vi mener det er verdt å spre, er de såkalte pasientsentrerte helsetjenesteteamene som Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har med Tromsø kommune og flere andre kommuner, blant andre Harstad, Balsfjord og Narvik<sup>2</sup>.

NFF mener videre at gjennomgående finansiering av pasientforløp bør prøves ut, eksempelvis i Vestre Viken HF/Asker og Bærum kommune. I tillegg er vi kjent med at Helse Nord RHF skal vurdere forsøk med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i ett eller flere helseforetak i samhandling med kommunene og etter avklaring med nasjonale myndigheter<sup>3</sup>, det er

---

<sup>1</sup> [Jacobsen, Astrid Uhrenholdt: Utvikling i andel administrativt personale i norske helseforetak. Universitetet i Oslo 2020.](#)

<sup>2</sup> <https://unn.no/avdelinger/e-helse-samhandlings-og-innovasjonssenteret/pasientorientert-tjenesteutvikling/pasientsentrert-helsetjenesteteam-psht>

<sup>3</sup> [Styrevedtak fra Helse Nord RHF 23. februar 2023](#)

kanskje hensiktsmessig å se på erfaringene derfra og vårt forslag til forsøk med gjennomgående finansiering av pasientforløp, før det eventuelt igangsettes et større utvalgsarbeide.

Fysioterapi er begrenset ressurs og det er viktig at den fagspesifikke ressursen benyttes på best mulig måte. Et rehabiliteringsforløp starter gjerne med en overgang fra sykehus til kommunal institusjon og hjem, deretter avtalefysioterapi. Her kan det bli en opphopning av pasienter som både har behov for og rett til helsehjelp. I slutten av et rehabiliteringsforløp kan det være viktigere med støtte til egeninnsats, som ikke nødvendigvis er betinget av at en fysioterapeut bistår med dette. For at avtalefysioterapeutene kan bruke sin kompetanse og kapasitet til å behandle de pasientene som har størst behov for det, er det derfor viktig at det finnes gode lavterskeltilbud som pasientene kan henvises til i denne overgangen. Slike lavterskeltilbud kan eksempelvis være frisklivssentraler eller lokale treningsgrupper på eldresentret. Slik blir fagkompetansen brukt der den trengs mest.

Andre steder i landet opplever avtalefysioterapeuter at de i liten grad blir regnet med som en del av et rehabiliteringsforløp og etterlyser mer samhandling med for eksempel rehabiliteringsteam i kommunen. NFF vil understreke at avtalefysioterapeuter er en del av den kommunale fysioterapitjenesten og at det ligger uutnyttet potensiale i å integrere deres tjenester bedre.

I tillegg ønsker NFF å understreke behovet for en faglig og helhetlig ledelse av fysioterapitjenesten. Dette vil blant annet kunne gi større muligheter til å kunne jobbe mer forebyggende enn det som er tilfelle i dag. Fysioterapeuter opplever at den ledelsesstrukturen som er mest utbredt i dag (sykepleieleidelse og kun tverrfaglige team) reduserer kvaliteten på faglighet og ressursfordeling i fysioterapitjenesten.

NFF ser ikke behov for å utrede fremtidig sykehusstruktur på nåværende tidspunkt.

## **Tiltaksområde oppgavedeling**

### ***Oppgavedeling – erfaringer og muligheter***

Kommisjonen tar til orde for oppskalering av arbeidet med bedre oppgavedeling. NFF er enig i at kompetansen til helsepersonell må benyttes på rett sted og til rett tid. Bedre oppgavedeling gir bedre kvalitet for brukerne, er mer effektivt og gir større jobbtilfredshet for helsepersonellet. NFF har gode erfaringer med oppgavedeling. Eksempelvis er fysioterapeuters kompetanse i å foreta funksjonsvurderinger i større grad blitt benyttet innen ortopedi; eksempelvis på St. Olavs hospital<sup>4</sup>, Haraldsplass diakonale sykehus<sup>5</sup>, Martina Hansens hospital<sup>6</sup>, Lovisenberg sykehus<sup>7</sup> og i Tromsø<sup>8</sup>. Dette er bra for pasientene, for fysioterapeutene og for ortopedene som får frigitt tid til å operere. Videre kan fysioterapeut på skadepoliklinikk/legevakt for diagnostisering og behandling av muskel-skjelettskader være aktuelt. Fysioterapeuter ved Skånes universitetssykehus i Sverige<sup>9</sup> har testet ut hvordan det fungerte å ha fysioterapeut på akuttmottaket. Fysioterapeutene har bidratt med å

---

<sup>4</sup> [https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/6311/70903/version/1/file/Reportasje\\_0815.pdf](https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/6311/70903/version/1/file/Reportasje_0815.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/oppgavedeling-oppgaveglidning-ortopedi/oppgaver-flyttes-fra-kirurger-til-fysioterapeuter/116456>

<sup>6</sup> <https://www.dagensmedisin.no/blogg/har-ikke-rad-til-fysioterapi-velger-operasjon/128548>

<sup>7</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/protosekirurgi-psykisk-helsevern/fysioterapeuter-har-overtatt-legeoppgaver-ved-lovisenberg/107670>

<sup>8</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/fysioterapeutene-har-overtatt-mer-enn-1000-konsultasjoner-fra-ortopedene-i-tromso/139013>

<sup>9</sup> <https://fysioterapi.se/fysioterapeut-och-arbetsterapeut-pa-akuten-gjorde-skillnad/>

innhente sykehistorie og vurdere pasientenes funksjons- og aktivitetsevne, og det har fungert som en beslutningsstøtte for legene når de har avgjort om en pasient skal legges inn eller sendes hjem. NFF har også noen mindre gode erfaringer med oppgavedeling<sup>10</sup>, og det er når fysioterapeuter må gjøre pleieoppgaver pga. mangel på pleiepersonell. Dette rammer pasientene som trenger opptrening.

Når det gjelder utfordringer innen psykisk helsevern mener NFF at fysioterapitjenesten i langt større grad enn i dag burde vært benyttet som en komplementerende ressurs til allerede eksisterende tjenester. Dette både for å gi økt kvalitet på behandlingen og for avlaste tjenesten, for det er ikke tvil om at psykisk uhelse også gir utslag i kroppslige symptomer, som muskel- og skjelettsmerter. Det er også en økt sannsynlighet for livsstilsrelaterte sykdommer og redusert forventet levealder.

### ***Program for effektiv organisering og oppgavedeling***

Et av de mest omfattende tiltakene kommisjonen foreslår er et program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling. Dette skal finansieres med 300 millioner kroner per år i ti år. NFF er enig i at en mer systematisk gjennomgang av helsetjenestens oppgaver med sikte på bedre oppgavedeling vil være nyttig, men stiller likevel spørsmål ved tiltakets kostnad på 3 milliarder kroner.

### ***Overføre ansvar til brukerorganisasjoner***

Et annet tiltaksforslag vi vil trekke frem er forslaget om å utrede oppgavedeling fra helsetjenesten til brukerorganisasjonene ved at lærings- og mestringstilbudene i helse- og omsorgstjenesten kan overføres til brukerorganisasjonene ved at de reguleres gjennom avtale mellom tjenestene og brukerorganisasjonene. NFF er enig i at frivilligheten kan komplementere helsetjenestens tilbud og at allerede i dag er vår erfaring at frivilligheten spiller en viktig rolle, og at vi samarbeider godt. Når det gjelder avtalefestet overføring av ansvar fra helsetjenesten til frivilligheten er vi derimot mer usikre. Fordi frisklivssentralene er en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen, er vi bekymret for hva som vil skje med denne tjenesten, som fortsatt er en liten og utsatt tjeneste under utvikling. Brukerorganisasjonene er gjerne diagnosefokuseret, hvordan vil de kunne ivareta helheten? Vil det kunne medføre at noen diagnosegrupper får bedre tilbud enn andre diagnosegrupper?

### ***Nybygg og samlokalisering***

Kommisjonen foreslår også at når det skal investeres i nybygg må det tas hensyn til effektiv oppgavedeling mellom helsepersonell. NFF er for oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid og støtter dette. Ved flere sykehus opplever fysioterapeuter at det er utfordrende med plassering av fysioterapitjenesten. Spesielt utfordrende kan det være å få undersøkelsesrom på poliklinikkene. Bedre fysisk tilrettelegging for samarbeid gjelder også i kommunehelsetjenesten – og gjerne også mellom kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere, som eksempelvis Nav. Tverrfaglig samlokalisering vil være ressursbesparende og kunne bidra til økt kvalitet på tjenestene gjennom at det fysisk legges bedre til rette for tverrfaglig samarbeid. Det finnes flere gode eksempler på ulik form for samlokalisering, Sunnfjord medisinske senter er ett slik eksempel, et annet i mindre målestokk er Bjerkreim kommune der fastleger og avtalefysioterapeuter har bygget lokaler sammen. For avtalefysioterapeuter er det viktig at en slik samlokalisering gjennomføres over tid, da mange har inngått langvarige leiekontrakter.

---

<sup>10</sup> <https://www.fysioterapeuten.no/budsjettets-eller-pasientens-beste/121553>

### ***Andre forslag***

NFF støtter Helsepersonellkommisjonens forslag angående erfaringskonsulenter. Å styrke kommunelegens rolle for å bidra til bedre folkehelsearbeid i kommunene støttes også.

### ***Generalistkompetanse og avtalefysioterapi***

Helsepersonellkommisjonen ønsker en større satsing på generalistkompetanse innen helsetjenesten. NFF søkte i 2022 om spesialistgodkjenning fordi vi erfarer større behov for tilgang til mer spesialisert kompetanse, særlig i primærhelsetjenesten. Dette skyldes at blant andre hjerte- og lungepasienter, nevrologipasienter og pasienter med behov for spesialisert rehabilitering nå raskt skrives ut fra sykehuset og må få oppfølging i hjemkommunen. Videre erfarer vi at det er stadig flere pasienter med kompliserte og sammensatte utfordringer, som krever at fysioterapeuten har hatt mulighet til å tilegne seg kompetanse utover grunnutdanningen.

Avtalefysioterapeuter er en viktig del av kommunal helse- og omsorgstjeneste og deres praksis kan på mange måter sammenlignes med fastlegenes, også ved at pasientene tar direkte kontakt. De bidrar blant annet med å forebygge sykefravær hvis pasientene kommer raskt nok til behandling. De trener og motiverer mennesker med et bredt spekter av sykdommer og sammensatte plager tilbake i arbeid, de rehabiliterer og bidrar til mestring. De er alle generalister og mange har i tillegg svært nyttig fordypningskompetanse.

Det er store forskjeller på om kommunene tar ansvar for å tilrettelegge for at avtalefysioterapeuter kan ta etter- og videreutdanning. NFF mener at det må tydeliggjøres at kommuner har ansvar for å tilrettelegge for slik etter- eller videreutdanning.

Det må også understrekes at det er store geografiske forskjeller på tilbudet pasientene får, blant annet gjelder dette psykomotorisk fysioterapi. En annen utfordring vi har erfart er at små kommuner uten egen spesialistkompetanse benytter spesialistkompetansen som finnes i de større kommunene. Dette uten at det nødvendigvis foreligger noen formell interkommunal samarbeidsavtale. Skal landets innbyggere sikres kvalitativt gode tjenester må kommunene ha tilgang til både generalist- og spesialistkompetanse, samtidig som finansiering og organisering må være tilrettelagt for dette.

NFF erfarer at kommunene i mindre grad enn tidligere utlyser driftstilskudd der det er krav til spesialistkompetanse, og da særlig manuellterapikompetanse. En mulig årsak til dette kan være at manglende kunnskap i kommunene om fysioterapi og de ulike etter- og videreutdanningene gjør at man feilaktig tror at spesialister i ett felt ikke har kompetanse til å behandle ulike pasientgrupper. Vårt inntrykk er at kommunene etterspør fysioterapeuter som er generalister, men gjerne med fordypningskompetanse. Det kan også skyldes at kommunene ikke har helt oversikt over kompetansen de har eller hvilke behov kommunen har. I en situasjon med begrensede økonomiske ressurser finner de det sikrere å be om generalister og ikke fysioterapeuter med spesialistkompetanse.

## **Tiltaksområde arbeidsforhold og - tid**

### ***Arbeidsforhold/arbeidsmiljø***

Helse- og sosialtjenester hadde det høyeste sykefraværet av alle næringer og er også den næringen med flest tapte dagsverk. Muskel- og skjelettlidelser er årsaken til flest tapte dagsverk i denne

næringen, med 33,2 prosent. Tapte dagsverk grunnet psykiske lidelser blant ansatte innen helse- og sosialtjenester økte i samme periode med 6,5 prosent, og utgjorde 24,2 prosent av alle tapte dagsverk. Sykefravær og frafall fra yrket er et stort problem for enkelte helsepersonellgrupper. Pleiemedarbeiderne, som innbefatter helsefagarbeidere/hjelpepleiere og ulike typer assistenter har høyest sykefravær, etterfulgt av sykepleierne.

Det er ikke tvil om at arbeidsmiljøet har betydning. Det være seg fysiske belastninger som tunge løft eller høye emosjonelle krav, rollekonflikter, ubalanse mellom jobbkrav og jobbkontroll og ubalanse mellom arbeidsinnsats og belønning. Pleie- og omsorgsarbeidere må ofte utføre løft i ubekvemme stillinger, sykepleiere har ofte en arbeidssituasjon preget av høye emosjonelle krav og har høy forekomst av rollekonflikter.

Krav-kontroll-modellen er en sentral og mye studert arbeidsmiljømodell som retter oppmerksomhet mot rammene rundt selve arbeidet og planleggingen av innholdet i arbeidet. Kombinasjonen av høye jobbkrav og lav jobbkontroll, er definert som en belastende arbeidssituasjon og har i flere systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser vist seg å øke risikoen for hjerte- og karsykdom, mentale helseplager, sykefravær og uførhet. Høye jobbkrav og lav jobbkontroll er særlig utbredt i helse- og omsorgsykker, og sykepleiere er de som rapporterer dette hyppigst (40 %).<sup>11</sup>

Det er viktig at helsepersonell gjennom utdanningen blir rustet til å forstå, gjenkjenne og håndtere både fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøutfordringer. Det å legge til rette for medvirkning, forutsigbarhet og opplevelse av kontroll for arbeidstakerne er viktige forebyggende faktorer for å kunne mestre stressfulle hendelser.

Arbeidsmiljøspørsmål er et lederansvar. Fysioterapeuter opplever, som tidligere nevnt, at dagens ledelsesstruktur i kommunal helse- og omsorgstjeneste svekker faget og det blir mindre attraktivt å jobbe som fysioterapeut i kommunen. Vi erfarer høy turnover og mange nyutdannede og det blir vanskelig å få til god ressursfordeling og oppgavedeling.

Eksempelvis utgjorde sykefraværet i sykehus om lag 1 283 000 tapte dagsverk i 2018. Nær 30 prosent av de som oppgir langtidsfravær oppgir at dette helt eller delvis skyldes jobben. Sykehusansatte ligger også helt på topp på korttidssykefravær, hele 58 prosent oppgir at de har hatt minst ett fravær med egenmelding. Om lag 1 av 7 oppgir av dette fraværet oppgis å være helt eller delvis arbeidsrelatert, noe som er betydelig høyere enn for alle yrkesaktive<sup>12</sup>. Potensialet for å redusere sykefravær og påfølgende frafall fra arbeidslivet er stort i sykehus – men det forutsetter at man retter innsatsen mot de arbeidsmiljøfaktorene som faktisk fører til sykefravær.

Vi er derfor opptatt av at lovverket som regulerer arbeidsmiljøet må oppjusteres betraktelig med hensyn til psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, slik det er gjort i Sverige og Danmark. Det fysiske arbeidsmiljøet er svært godt regulert i forhold.

I tillegg er det viktig at helsepersonell har nødvendig helsekompetanse og også fysisk form som står i forhold til de arbeidsoppgavene de skal utføre. Vi har erfaring med at dette dessverre ikke alltid står i forhold og dermed er ikke kroppen godt nok rustet til å møte de fysiske belastningene arbeidsoppgavene medfører, noe som igjen medfører smerter i muskler og ledd. NFF mener derfor at

---

<sup>11</sup> [Faktabok om arbeidsmiljø og helse, STAMI 2021](#)

<sup>12</sup> <https://derskoentrykker.no/kunnskapsgrunnlag/>

det er viktig at dette i større grad settes på dagsorden i utdanningen av helsepersonell. NFF vil også foreslå at det igangsettes tilrettelagt trening i arbeidstiden for grupper av helsepersonell. Den fysiske treningen kan gjennomføres med stor fleksibilitet tidsmessig, for eksempel en eller flere ganger i uken, med eller uten veiledning. I et arbeidsgiverperspektiv kan treningen utføres ca. en time i uken uten at produktiviteten påvirkes negativt. Tvert imot har enkelte studier vist en forbedret produktivitet, arbeidsevne og redusert sykefravær. For å sikre størst positiv effekt er det viktig at man tar utgangspunkt i treningsfysiologiske prinsipper og at de er tilpasset arbeidseksponeringen og den individuelle arbeidstakers kapasitet og helseprofil, jamfør Helsedirektoratets «Smart mosjon i arbeidslivet<sup>13</sup>».

### ***Arbeidstid***

NFF støtter kommisjonens mindretall som vurderer at det verken er behov for å inngå sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller eventuelt iverksettelse av en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, og mener at dagens ordning med dialog lokalt mellom partene er det eneste riktige. Økt arbeidsbelastning som mer helgearbeid vil sannsynligvis bidra til økt sykefravær og frafall fra sektoren. Mer ugunstig arbeidstid må som sagt avtales lokalt og kompenseres – «gulrot fremfor pisk».

## **Tiltaksområde utdanning og kompetanseutvikling**

### ***Praksisplasser og turnustjeneste***

Turnustjeneste eller praksisplasser for fysioterapeuter er ikke viet oppmerksomhet i rapporten. Også for fysioterapi er det viktig med nok og gode praksisplasser både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, både når det gjelder grunnutdanning og spesialistutdanning. Gode kunnskapsbaserte praksisplasser motiverer studentene og utdanningsinstitusjonene må kunne gi gode praksisplasser. Det er blant annet ønskelig med flere praksisplasser i avtalepraksis. Praksisplasser må honoreres, enten det er snakk om praksis hos avtalefysioterapeuter, annen kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste.

NFF mener også at distriktene må få større andel av praksisplassene og mye tyder på at dette kan virke motiverende for arbeid i distriktene etter gjennomført utdanning. Borteboergodtgjørelse for studentene i fjernpraksis bør følge med. NFF savner mulighet av å ha klinikk på utdanningsstedene. Veilederkompetansen må også styrkes og studentene må erfare tverrfaglig samarbeid i praksis.

Videre er turnustjeneste en viktig del av fysioterapiutdanningen. Det er viktig for fysioterapeutenes kompetanse og pasientenes sikkerhet at nyutdannede fysioterapeuter får god veiledning og opplæring det første året etter at bachelorutdanningen er gjennomført. Slik tilegner de seg ferdigheter og nødvendig erfaring for å kunne utføre selvstendig og faglig forsvarlig arbeid. Enkelte år har det vært vanskelig å for myndighetene å skaffe nok turnusplasser både til norskutdannede og utenlandskutdannede fysioterapeuter. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det har vist seg at for tjenestene har det vært ressurskrevende å gjennomføre, samtidig som det følger for lite ressurser med et slikt ansvar. Av samme årsaker har det også vist seg utfordrende å få private opptreningsinstitusjoner til å ta imot turnuskandidater.

---

<sup>13</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/smart-mosjon-i-arbeidslivet>

### **«Hus og hytte» i utdanningene**

Kommisjonen tar til orde for «hus og hytte»-prinsippet i utdanningene. NFF er opptatt av kunnskap om helsetjenesten og samhandling både vertikalt og horisontalt og ser at kombinerte stillinger er et nyttig tiltak for å sikre praksisnær utdanning. Det vil også bidra til at det blir lettere å få tilgang til pasienter til undervisningen. Det må likevel påpekes at det i dag kan være problematisk å få til slike kombinerte stillinger i praksis, da det har vist seg at stillingsavlønnningene kan være svært ulike i utdanningssektoren og for eksempel avtalepraksis.

### **Begrensende valg**

NFF støtter kommisjonens forslag om at begrensende valg må vektlegges i utdanningene og vil legge til at begrensende kloke valg og det å skape forståelse for prioritering allerede har betydelig fokus i fysioterapiutdanningen i dag.

### **Vedlikehold og oppdatering av kompetanse**

NFF er godt kjent med at det enkelte helsepersonell selv er ansvarlig for å vedlikeholde kompetanse og holde seg faglig oppdatert, men vil likevel understreke at det av hensyn til pasientsikkerhet og for å sikre kvalitativt god tjeneste kunne vært spesifisert mer konkrete krav til slik faglig oppdatering.

NFF støtter kommisjonens forslag om utvidet tilbud om kompletterende utdanning, da det er viktig å benytte kapasiteten til de som kommer til landet av ulike årsaker, men også å ivareta kravet til kompetanse. Mangel på språkkompetanse kan være utfordrende og arbeidsgivere må sørge for at det helsepersonellet som ansettes har språkkompetansen på plass.

NFF støtter også kommisjonens forslag om å utrede hvordan kompetansesentre og kompetansetjenester kan utvikles ved at sentrene knyttes nærmere til helse- og omsorgstjenesten for å bidra til å heve kvaliteten i tjenestetilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## **Tiltaksområde prioritering og reduksjon av overbehandling**

NFF viser til tidligere kommentarer angående prioritering og overbehandling.

Kommisjonens forslag om at før endringer i politikk og nye pasientrettigheter innføres bør virkninger disse har på eventuelle personellbehov inngå i utredningsarbeidet støttes av NFF.

NFF er også enig med kommisjonen om at det er behov for forbedret statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester.

Når det gjelder kommisjonens forslag om å gjennomgå DRG-takstene har vi ikke motforestillinger mot det og mener at DRG-takstene og annen finansiering bør være i tråd med prioriteringene. NFF foreslår også at det igangsettes en pilot med gjennomgående finansiering av enkelte pasientforløp for å sikre gode og effektive forløp.

## **Tiltaksområde digitalisering og teknologisk utvikling**

Helsepersonellkommisjonens desidert mest kostnadskrevende forslag til tiltak er etableringen av et forskningsprogram som har som formål å redusere behovet for arbeidskraft i helse- og

omsorgssektoren. Kommisjonen anslår et beløp på 5 milliarder kroner. Dette er en formidabel sum, som kanskje kunne vært benyttet enda bedre gjennom en reell satsing på folkehelsetiltak og forebyggende og helsefremmende helsetjenester.

Vennlig hilsen

Gerty Lund  
forbundsleder

Kari Bente Sørli  
seniorrådgiver

*Elektronisk godkjent 2. mai 2023*