

Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene  
*For perioden 1984-2005*

Heftets tittel: Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene

Utgitt: 02/2007

Bestillingsnummer: IS-1422

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling kommunale helsetjenester  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24163000  
Faks: 24 16 30 01  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1422

Forfattere: Kristin Gjellestad  
Bente Moe  
Cathrine Hannevig Welle-Watne

## Forord

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kartleggingen inngår som en del av Helse- og omsorgsdepartementets gjennomgang av fysioterapitjenesten i kommunene. I løpet av de siste 10 år har alle de øvrige kommunale del-tjenester vært bredt utredet, og aktuelle reformer eller spesielle tiltak vært gjennomført.

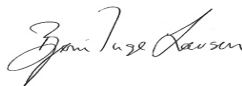
I 1984 ble lov om helsetjenesten i kommunene innført. Det ble der blant annet slått fast at kommunene er pliktig til å tilby en rekke helsetjenester, deriblant en fysioterapitjeneste. Fra og med 1984 ble altså fysioterapitjenesten en lovpålagt kommunal tjeneste med hjemmel i det vi nå bare refererer til som kommunehelsetjenesteloven. Før 1984 var fysioterapitjenesten i all hovedsak drevet som privat praksis, men det var opprettet en del skolefysioterapeutstillinger og vært gjort noen spredte forsøk med distriktsfysioterapeuter i fastlønsstillinger i enkelte kommuner.

I dag er det vel tyve år siden innføringen av kommunehelsetjenestereformen, og i over tyve år har fysioterapi vært del av den lovpålagte kommunale helsetjenesten. Dette åpner for en rekke spørsmål med hensyn til hva som er status for denne tjenesten i dag og danner således grunnlaget for et behov for en evaluering av fysioterapitjenesten.

Formålet med rapporten er å fremskaffe faktagrunnlag om fysioterapitjenesten i kommunene etter innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984 og frem til 2005.

Vi takker alle som har bidratt til kartleggingen og håper rapporten vil være et nyttig bidrag til evaluering av fysioterapitjenesten.

Med hilsen



Bjørn-Inge Larsen  
direktør  
Sosial- og helsedirektoratet

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Forord</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>Innholdsfortegnelse</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Mandat</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>1 Aktuelle lover og forskrifter som regulerer fysioterapitjenesten i kommunene.</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1 Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene .....   | 9         |
| 1.2 Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd, (folketrygdloven) .....   | 9         |
| 1.3 Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, (Helsepersonelloven) .....  | 11        |
| 1.4 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, (Pasientrettighetsloven).....   | 11        |
| <b>2 Fysioterapeuters arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>3 Finansiering av fysioterapitjenester per i dag</b> .....  | <b>15</b> |
| 3.1 Kommunenes utgifter til fysioterapi .....  | 15        |
| 3.2 Andre sentrale avtaler (ASA) ASA 4313.....   | 16        |
| 3.3 Avtaler gjeldende i Oslo kommune .....   | 18        |
| <b>4 Historisk utvikling</b> .....   | <b>20</b> |
| 4.1 Offentlige dokumenter som bidrar til utvikling av fysioterapitjenesten .....   | 20        |
| 4.2 Fysioterapeuters fagforeningstilhørighet .....   | 24        |
| <b>5 Kunnskapsgrunnlaget i fysioterapifaget</b> .....  | <b>25</b> |
| 5.1 Grunnutdanning i Norge .....   | 25        |
| 5.2 Kunnskapsbasert praksis .....  | 27        |
| 5.3 Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter .....   | 28        |
| 5.4 Omfang av offentlig videreutdanningstilbud og mastergradsstudier.....  | 29        |
| 5.5 Fysioterapeuter som har gjennomført videreutdanninger og<br>master/hovedfagsstudier og doktorgrad i perioden 1985-2005 ..... | 31        |
| 5.6 Forskning .....  | 31        |
| 5.7 Fagtidsskrifter .....  | 34        |
| 5.8 Fagforeningenes etterutdanningstilbud .....  | 35        |
| 5.9 Etterutdanning i regi av Private fysioterapeuters forbund .....  | 36        |
| <b>6 Tilgang og avgang på fysioterapeuter</b> .....  | <b>37</b> |
| 6.1 Tilgang på fysioterapeuter i Norge .....   | 37        |
| 6.2 Avgang – fra yrket .....   | 38        |
| 6.3 Arbeidsledighet blant fysioterapeuter .....  | 39        |
| <b>7 Utvikling av årsverksinnsats for fysioterapeuter</b> .....  | <b>41</b> |
| 7.1 Årsverksinnsats fordelt på funksjonsområder.....   | 41        |
| 7.2 Årsverksinnsats fordelt geografisk .....   | 45        |
| 7.3 Tilbud og etterspørsel .....   | 47        |
| 7.4 Bruken av deltidshjemler og oppsplitting av allerede eksisterende hjemler.....   | 50        |
| 7.5 Tildeling av ledige avtaler .....  | 52        |
| 7.6 Avtaleløs fysioterapipraksis.....  | 53        |
| <b>8 Kostnadsutvikling</b> .....   | <b>54</b> |
| 8.1 Rikstrygdeverkets kostnader til fysioterapi .....  | 54        |
| 8.2 Utviklingen av takster til fysioterapi.....  | 56        |
| 8.3 Utviklingen i egenandelstak 2.....   | 58        |
| 8.4 Behandling av pasienter på tvers av kommunegrenser.....  | 59        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>9</b>  | <b>Resultat av spørreundersøkelsen.....</b> | <b>60</b> |
| 9.1       | Fastlønte fysioterapeuter.....              | 60        |
| 9.2       | Avtalefysioterapeuter.....                  | 61        |
| 9.3       | Avtaleløse fysioterapeuter.....             | 62        |
| <b>10</b> | <b>Vedlegg 1: Tabeller.....</b>             | <b>63</b> |
| <b>11</b> | <b>Vedlegg 2: Spørreskjema.....</b>         | <b>72</b> |
|           | <b>Referanser.....</b>                      | <b>75</b> |

## **Mandat**

Sosial - og helsedirektoratet fikk våren 2005 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å kartlegge fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1984-2005. Oppdraget innebar å kartlegge følgende:

### **Oversikt over utviklingen av fysioterapitjenesten siden kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 og frem til i dag når det gjelder:**

- De funksjoner fysioterapeuter ivaretar når det gjelder forebyggende, kurative tjenester, rehabilitering/habilitering, innen pleie-og omsorgssektoren m.v
- Kunnskapsgrunnlaget som de ulike deler av fysioterapitjenesten i kommunene baserer sin virksomhet på
- Hvordan funksjonene ivaretas, og årsverksinnsats på de ulike funksjoner, med geografisk fordeling
- Beskrivelse av samarbeid og samhandling med andre tjenesteområder
- Antall fysioterapeuter knyttet til fastlønnstillinger og driftsavtalepraksiser for de ulike funksjoner, inkludert utbredelsen av praksiser med oppsplitting av avtalehjemler
- Kostnadsutviklingen av fysioterapivirksomheten, knyttet til de ulike funksjoner og tilknytningsformer, inkludert trygdens kostnader
- Utviklingen av fysioterapeutårsverk i kommunene i forhold til spesialisthelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, utdanningsinstitusjoner med mer

### **Tilgangen på fysioterapeuter og yrkesaktivitet**

- Tilgangen på fysioterapeuter som gis autorisasjon hvert år (perioden 1985-2005) og forholdet mellom tilgang og etterspørsel
- Utviklingen av fysioterapeutenes yrkesaktivitet, dvs omfang som praktiserer som fysioterapeuter, og som jobber i andre sektorer
- Fremtidsperspektiver på tilgang og etterspørsel

### **Kunnskaps-og kompetanseutvikling**

- Beskrivelse av forskning og kunnskapsutvikling innen fysioterapifaget-utfordringer
- Omfanget av videreutdanningstilbud og mastergradsstudier (tidligere hovedfagstudier)som er rettet mot fysioterapeuter
- Antall fysioterapeuter som har gjennomført videreutdanninger og mastergrad/hovedfagsstudier i perioden 1985-2005, og antall fysioterapeuter som har tatt doktorgrad i denne perioden

Sosial- og helsedirektoratet har basert kartleggingen på tilgjengelig statistikk og en begrenset intervjurunde i samtlige fylker.

## **Datainnsamling**

### **Data fra kommunal statistikk (KOSTRA)**

Årsverksinnsats for fysioterapi i kommunehelsetjenesten er hentet ut fra offentlig statistikk. Denne avspeiler ikke årsverksinnsats innen alle funksjonsområder for fysioterapi. Dette gjelder særlig innen forebyggende og helsefremmende arbeid, rehabilitering og administrative stillinger. Det samme gjelder fysioterapeuter som arbeider i prosjektrelaterte stillinger i kommunen. Kommunene registrerer årsverksinnsats gjennom Kommune Stat Rapportering (KOSTRA). KOSTRA gir mulighet for ulik registrering i kommunehelsetjenesten Yrkesgrupper som arbeider innenfor flere funksjoner og har ulike stillingsbetegnelser, slik som fysioterapeuter, kan registreres i ulike grupper for samme type arbeid. For eksempel vil noen kommuner definere barnefysioterapeuters årsverksinnsats som forebyggende tjenester og føre dem under helsestasjon og skole og noen vil føre dem under annet forebyggende arbeide og noen under behandling/habilitering. KOSTRA ble obligatorisk for kommunene f.o.m 2001, men først for 2002 var tallmateriale så bra at man kan hente ut sammenlignbare tall for oppgaver fordelt på funksjonsområder.

### **Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)**

En del av kartleggingen er basert på offisiell statistikk fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Rikstrygdeverket (RTV). Tall fra SSB relaterer seg delvis fra KOSTRA og delvis fra registerbasert sysselsettingsstatistikk. Dette er kommentert ved kildehenvisning ved hver enkelt figur og tabell. Ved offisiell statistikk og kildehenvisning fra RTV etter 1.07.2006 blir betegnelsen NAV benyttet.

### **Spørreundersøkelse**

Det er foretatt en spørreundersøkelse blant fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, både fastlønte fysioterapeuter (31) og avtalefysioterapeuter (24). I tillegg er det foretatt intervjuer med 29 fysioterapeuter som arbeider uten avtale med kommunene (avtaleløse fysioterapeuter). Fylkeslederne i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) har i hvert fylke plukket ut to personer med ulik tilknytningsform i kommunehelsetjenesten. I tillegg har de plukket ut to avtaleløse fysioterapeuter i hvert fylke med unntak av Nord Trøndelag, Troms og Finnmark. I disse fylkene var det vanskelig å finne avtaleløse fysioterapeuter. Når det gjelder de øvrige to grupper er alle fylker representert. Avtalefysioterapeutene og fysioterapeuter uten avtale er blitt kontaktet per telefon og/eller ved elektronisk post med spørreskjema. Fastlønte fysioterapeuter er intervjuet per telefon. Materialet i undersøkelsen er lite, det er derfor ikke grunnlag for å trekke for bastante konklusjoner på bakgrunn av resultatene.

Det er i tillegg foretatt intervjuer med ressurspersoner med lang erfaring i kommunehelsetjenesten samt fysioterapeuter med lederansvar.

## **Sammendrag**

### **Kapittel 1 Lovgrunnlaget**

Ved innføring av lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven 1984), ble fysioterapi en lovbestemt tjeneste i kommunen. Loven hjemler i tillegg forebyggende og helsefremmende arbeid, samt habilitering og rehabilitering. Loven gir kommunene adgang til å opprette driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter eller ansette fysioterapeuter på fastlønn. Kommunene kan på den måten påvirke både faglig innhold i tjenesten og geografisk fordeling av fysioterapitilbudet til befolkningen. Lov om Folketrygd (1997) hjemler, i denne sammenheng, medlemmets rett til kompensasjon for særlig utgifter ved sykdom, skade eller uførhet. Trygden yter gjennom loven trygderefusjon som utbetales til avtalefysioterapeuter i henhold til aktivitetsbaserte takster. Andre lover av betydning for fysioterapitjenesten er Lov om helsepersonell (1999) og Lov om pasientrettigheter (1999).

### **Kapittel 2 Fysioterapeuters arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten**

Fysioterapeuter arbeider med brukere i alle aldersgrupper enten som privatpraktiserende fysioterapeut med driftsavtale med kommunen eller som kommunalt ansatt (fastlønnet). Fysioterapeuter arbeider på mange ulike arenaer i kommunen. Blant annet på helsestasjon, i skolen, i hjemmene på aldersinstitusjon og helsesenter. Privatpraktiserende fysioterapeuter arbeider primært i private institutter. Habilitering og rehabilitering er innsatsområder hvor fysioterapeuter er viktige aktører. Flere kommuner har knyttet til seg fysioterapeuter i forebyggende og helsefremmende arbeid. I bedrifter arbeider fysioterapeuter både med å tilrettelegge arbeidsforholdene fysisk, organisatorisk og psykososialt.

### **Kapittel 3 Finansiering av fysioterapitjenesten i dag**

Kommunens utgifter til fysioterapitjenesten består av lønn til fastlønte fysioterapeuter og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen, avtalefysioterapi. Kommunen får tilskudd fra trygden for fysioterapeuter med fastlønn etter visse kriterier hjemlet i forskrift i folketrygdloven. Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984 beregnet man fysioterapeutenes inntekt etter en fordelingsnøkkel på 40 prosent driftstilskudd, 40 prosent refusjon fra trygden og 20 prosent egenandel fra pasientene. I dag utgjør driftstilskuddet en mindre andel av fysioterapeutenes inntektsgrunnlag. Stram kommuneøkonomi kan være årsak til at en del kommuner har valgt å utlyse deltidsavtaler selv om behovet for tjenesten tilsier en heltidsavtale.

### **Kapittel 4 Historisk utvikling**

Etter innføring av kommunehelsetjenesteloven ble den geografiske tilgjengelighet på fysioterapitjenesten bedret. I tillegg ble det lagt opp til et bedre tilbud til barn, funksjonshemmede og eldre. Habilitering/rehabilitering og forebyggende arbeid ble også prioritert. På 1980-tallet baserte kommunene seg primært på den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Ved sykehjemsreformen (1988) fikk kommunene overført et stort antall fastlønnsstillinger. Det var først på 1990-tallet da fastlønnsstilskuddet til kommunene økte betydelig at kommunene i større grad ble stimulert til å etablere nye stillinger. Utvikling av fysioterapiårverk har således vært positiv for begge grupper. Offentlig statistikk viser

derimot en reduksjon av fastlønnsstillinger de siste årene, nettopp for gruppene barn og eldre.

Det er stor pågang av fysioterapeuter som ønsker å arbeide i privat praksis, samtidig som det er mangel på ledigstilte hjemler. Det har derfor utviklet seg et marked for fysioterapeuter uten tilknytning til kommunen, såkalte avtaleløse fysioterapeuter. Det er vanskelig å anslå volumet på dette da mange av dem ikke melder sin tjeneste til kommuneadministrasjonen. Kommunene har derfor ikke full oversikt over slik virksomhet.

### **Kapittel 5 Kunnskapsgrunlaget**

Det har vært utdannet fysioterapeuter i Norge siden 1897, men først etter 1967 i offentlig regi. I dag er utdanningen lagt til fire høgskoler i Norge. Disse er i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Endringer av rammeplanene til utdanningen har endret seg over tid i samsvar med politisk føringer samt endringer i befolkningens behov. I dag er utdanningen nær knyttet til befolkningens behov for fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Det er i dag en betydelig forskning innen fysioterapifaget. Ca 50 fysioterapeuter har tatt doktorgrad, flere hundre har tatt mastergrad / hovedfag i ulike fag. Åtte fysioterapeuter har professorkompetanse. Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter, har bidratt til å bygge opp etterutdanningstilbud, videreutdanningstilbud samt masterstudier. Fond til etter –og videreutdanning for fysioterapeuter har bidratt sterkt til fagutviklingen av fysioterapeuter.

### **Kapittel 6 Tilgang og avgang på fysioterapeuter**

I dag er tilgjengeligheten av fysioterapeuter god. Det utdannes ca 300 fysioterapeuter i Norge per år. I tillegg kommer ca 150 nyutdannede fysioterapeuter fra utlandet årlig og en del utenlandske fysioterapeuter som søker autorisasjon i Norge. Tilgjengeligheten vil være bra noen år frem i tid, forutsatt at utdanningsnivået holdes på dagens nivå. Behovene for fysioterapeuter i kommunene synes å øke. Til tross for dette har mange kommuner redusert antall årsverk for fysioterapeuter i fastlønnsstillinger eller unnlatt å opprette nye stillinger i tråd med befolkningens behov. Beregninger tyder på at et stort antall fysioterapeuter går av med pensjon i 2017. På samme tidspunkt vil antall eldre øke. Med de utfordringer kommunene da vil stå overfor, kan det bety at Norge vil få for liten kapasitet på fysioterapeuter. Det vil derfor være behov for å følge den utviklingen nøye.

### **Kapittel 7 Utvikling av tjenesten fordelt på virksomhetsområder**

Utviklingen av årsverk for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten fra 1984-2005 viser en jevn økning av ressurser for fysioterapeuter i begge tilknytningsformer i kommunehelsetjenesten. Etter 2004 viser offentlig statistikk en stagnasjon og sogar en reduksjon av fastlønnsstillinger for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Reduksjonen er størst for gruppen som arbeider med barn og eldre i institusjon. Samtidig viser statistikken en svak økning av volumet på avtalefysioterapi frem til 2005. Dette har sammenheng med politiske føringer som medførte en økning av årsverksinnsats for avtalefysioterapi 1998 og 2000.

## **Kapittel 8 Kostnadsutvikling**

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut med driftsavtale med kommunen. I tillegg yter trygden tilskudd til kommunene for fastlønnstillinger for fysioterapeuter (fastlønnstilskudd). Bakgrunnen for dette er at kommunene skal stå fritt til å ansette fysioterapeut i fastlønn eller å inngå driftsavtale med privatpraktiserende fysioterapeut. Utgifter til fysioterapi inngår i egenandelstak 2. Utgifter til honorartakspasienter har de siste årene vist en markant økning. I 2005 var utgiftsandelen til denne gruppen kommet opp i 86 prosent. Samtidig har antall årsverk for avtalefysioterapeuter bare vist en svak økning. Utgiftesøkningen kan derfor ha sammenheng med at flere pasientgrupper er innlemmet i gruppen som får gratis behandling, men det kan også ha sammenheng med at flere kommuner splitter driftstilskuddshjemler som sysselsetter et økt antall fysioterapeuter i kommunen. På denne måten vris en større del av kostnadene for fysioterapitjenesten fra kommunen over på trygden.

## **Kapittel 9 Resultat av spørreundersøkelsen**

Direktoratet har foretatt en spørreundersøkelse av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten i alle fylker. I undersøkelsen inngår fastlønte fysioterapeuter (31) og avtalefysioterapeuter (24). I tillegg inngår fysioterapeuter i privat praksis uten driftsavtale med kommunen (29). Svarene som femkommer i undersøkelsen viser at gruppene har ulik praksisprofil.

Gruppen fastlønte fysioterapeuter svarte at de arbeidet mindre forbyggende nå enn tidligere. De arbeidet også mindre i institusjon, men mer rettet mot habilitering og rehabilitering.

I gruppen avtalefysioterapeuter svarte 65 prosent at de arbeidet utover avtalt arbeidstid. De arbeidet i stor grad med kroniske pasienter som får refundert sine behandlingsutgifter full ut av trygden (gratis fysioterapi). Pasientene fikk primært over 12 behandlinger i en behandlingsserie. Dette står i kontrast til de avtaleløse fysioterapeutene som primært behandler yrkesaktive og sykemeldte pasienter under 12 ganger i en behandlingsserie. De avtaleløse fysioterapeutene arbeidet alle i store eller mellomstore kommuner. 59 prosent svarte at de ikke hadde meldt sin helsevirksomhet til kommuneadministrasjonen.

# **1 Aktuelle lover og forskrifter som regulerer fysioterapitjenesten i kommunene**

## ***1.1 Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene***

Kommunens helsetjeneste skal etter lov om helsetjenesten i kommunen, kommunehelsetjenesteloven (khl), blant annet fremme folkehelse og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, skade eller lyte(1). Videre skal den omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering, jf khl § 1-3 første ledd. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for deltjenester, bl.a fysioterapitjeneste jf khl § 1-3 annet ledd.

Den kommunale fysioterapitjenesten yter både forebyggende virksomhet, kurativ virksomhet og rehabiliterende virksomhet (herunder habilitering) i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapitjenesten utøves på helsestasjon, i barnehage, i skolen, i sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem. Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved å enten ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger på fastlønn, eller inngå avtaler om driftstilskudd(driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet jf khl kap 4. § 4-1 og 4-2. De fleste kommuner har begge tilknytningsformer.

### **Relevante forskrifter hjemlet i kommunehelsetjenesteloven:**

- Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering(2)
- Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten(3)
- Forskrift 25.april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern(4)
- Forskrift 23 desember 2004 nr. 1837 om individuell plan(5)

## ***1.2 Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd, (folketrygdloven)***

I folketrygdloven (ftl), er lovens formål i denne sammenheng å gi medlemmet økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved sykdom, skade eller uførhet(6). NAV yter gjennom loven trygderefusjon som utbetales til privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale i henhold til aktivitetsbaserte takster. Arbeidsplassvurdering inngår i forskriften om trygderefusjon. Trygdens ytelser i henhold til ftl § 5-8 er en rettighetsbasert ytelse for den enkelte pasient. Refusjonen tilfaller fysioterapeuten dersom hun/han har inngått avtale om direkte oppgjør med trygden (Jf ftl § 22-2). Fysioterapeuten kan ikke kreve betaling fra pasienten for den del av behandlingen trygden dekker.

I lovens § 5-8 gis det også bestemmelser om at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Departementet gir forskrifter om denne stønaden, herunder også om tilskudd til fellestiltak for fysioterapeuter. I forskriftene er dette nærmere bestemt at fellestiltak er etter- og videreutdanning og skal kanaliseres gjennom Fond til etter – og videreutdanning for fysioterapeuter. (Fondet)

Trygden yter i tillegg tilskudd til kommunene for fastlønnstillinger for fysioterapeuter (fastlønnstilskudd) jf § 5-21. Formålet med fastlønnstilskuddet er ved å ansette fysioterapeuter med fast lønn får kommunene kompensasjon tilsvarende trygderefusjon som privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale kan motta. Det er et vilkår for fastlønn at stillingen utgjør mer enn 1/3 av full stilling og er tillagt kurative oppgaver utenfor institusjon. Kommunen skal altså stå fritt til å organisere fysioterapitjenesten ved avtale om driftstilskudd til fysioterapeuter som driver selvstendig næring eller ansette fysioterapeuter i fastlønnet stilling og motta fastlønnstilskudd.

Behandlingen hos fysioterapeut inngår i frikortordningen for egenandelstak 2, hjemlet i ftl § 5-3. Som egenandel for fysioterapi godtas et beløp som svarer til differansen mellom folketrygdens refusjonstakst og den honorartakst som er avtalt mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund.

**Relevante forskrifter hjemlet i folketrygdloven:**

- Forskrift 21.juni 2006 nr. 674 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi (Takstforskriften)(7)
- Forskrift 25.mai 2001 nr. 542 om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter til fysioterapitjenesten(8)
- Forskrift 19 desember 2002 nr. 1789 om egenandelstak 2(9)

**Ot.prp. nr 28 (2005-2006) om lov om endring i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)**

På bakgrunn av erfaringene med forsøksordningen i 2001 i Vestfold, Hordaland og Nordland, besluttet Stortinget at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m også skulle gjelde fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. ( fysioterapeuter med mastergrad / videreutdanning i manuellterapi). Ordningen ga utvidede rettigheter. Evalueringen av prosjektet ga grunnlag for å gjøre ordningen landsomfattende fra og med 01.01.2006. Utgiftene til behandling hos kiropraktor og manuellterapeut dekkes etter folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor(10).

### **Forskrifter som hjemler utvidede rettigheter ved behandling hos manuellterapeut (jf pkt 4.1.6)**

- Forskrift 21.desember 2005 nr. 1668 om unntak av vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførhet med erklæring(11)
- Forskrift 27.juni 2003 nr 959 om stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter(12)
- Forskrift 21.juni 2006 nr 695 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege(13)
- Forskrift 21.desember nr. 1656 om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor(14)
- Forskrift 1.desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlig helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionalt helseforetak(15).

### ***1.3 Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, (Helsepersonelloven)***

Helsepersonelloven (hpl) erstatter lov om fysioterapeuter og mensendieksykegymnaster av 1956 og tidligere lov om sykegymnaster av 1936, og viderefører autorisasjonsordningen av fysioterapeuter(16). Loven skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten. Loven setter krav til helsepersonellens yrkesutøvelse gjennom forsvarlighet i forhold til faglige kvalifikasjoner.

#### **Forskrift hjemlet i helsepersonelloven:**

- Forskrift 21.desember 2000 nr. 1382 om praktisk tjeneste for helsepersonell (turnustjeneste)(17).

### ***1.4 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, (Pasientrettighetsloven)***

Loven skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp, og sikre kvalitet i helsetjenesten gjennom å gi pasienter rettigheter i forhold til medvirkning, informasjon og ivaretagelse av den enkeltes integritet(18). Pasienten gis i denne loven rett til øyeblikkelig hjelp, og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, herunder fysioterapi. Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.

## **2 Fysioterapeuters arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten**

Fysioterapeuter innehar spesiell kompetanse om kropp og bevegelse i et helseperspektiv. Kunnskap om kroppslige reaksjoner og sykdommer kan henge sammen med opplevelser og livssituasjon, som står sentralt innen fagets kompetanseområder. Med kjennskap til hvilke risikofaktorer som kan gi skader og sykdommer, vil fysioterapeuter også være sentrale bidragsyttere i helsefremmende og forebyggende arbeid. Siden tjenesten utøves på så mange arenaer inngår tverrfaglig samarbeid som en hyppig anvendt arbeidsform.

I små kommuner er det ofte kun en fysioterapeut som ivaretar alle aldersgrupper. I større kommuner er tjenesten ofte delt inn i egne team for barn og egne team for voksne.

### **Fysioterapi til barn og unge**

Fysioterapeuter arbeider med barn og unge i alderen 0-18 år med hovedvekt på den yngste aldersgruppen. Mange fysioterapeuter har i tillegg til grunnutdanning tatt etter – og videreutdanning i barne- og ungdomsfysioterapi.

### **Barnefysioterapi 0-6 år**

Forskning har vist at intensiv og tidlig stimulering forebygger motoriske avvik senere i livet. Barnefysioterapeutene arbeider derfor på ulike arenaer i nærmiljøet. Dvs i hjemmet, barnehage, på helsestasjon/helsesenter og private institutter. I tillegg er fysioterapeutene tilstede i ulike tverrfaglige fora for å fange opp barn med spesielle behov. Arbeidsoppgavene består av observasjon av barnet i ulike situasjoner, vurderinger undersøkelse, behandling og veiledning av foreldre og personale på helsestasjon og i barnehage.

### **Fysioterapi i skolen:**

Fysioterapeuter arbeider i SFO og i grunnskolen. Helseproblemer hos barn og unge er sammensatte. Fysioterapeuter i skolehelsetjenesten bidrar med ulike miljørettede - og individuelle tiltak i det forebyggende arbeidet. Psykososiale vansker, stress og belastningslidelser er de senere årene kommet mer i fokus. Videre er det tegn som tyder på at inaktivitet blant barn og unge er et økende problem.

Fysioterapeuter deltar i planleggingen for å sikre skoleelevers fysiske og psykososiale arbeidsmiljø, tilgjengelighet for funksjonshemmede barn, forebygging av ulykker, forebygging av belastningslidelser og psykosomatiske lidelser. Fysioterapeutene bidrar til økt fysisk aktivitet i løpet av skolehverdagen.

De fleste barn med spesielle behov integreres i dag i den vanlige skole. Disse barna har ofte behov for særskilt tilrettelegging som krever utstrakt grad av tverrfaglig og tverretatlig samhandling.

Enkelte kommuner har spesialskoler for funksjonshemmede barn. Fysioterapeuter er her viktige aktører i behandling av barna samt et viktig bindeledd mellom spesialskolen, og samarbeidende aktører i nærmiljøet.

### **Habilitering**

Habilitering og behandling av funksjonshemmede barn er et annet viktig arbeidsområde. Barnefysioterapeutene driver utstrakt tverrfaglig arbeid og er sentrale aktører i ansvarsgrupper samt bidragsyter i utarbeiding av individuell plan. Fysioterapeuten utprøver og tilpasser tekniske og ortopediske hjelpemidler samt ivaretar saksbehandlingen i forbindelse med slike oppgaver.

### **Fysioterapi til voksne og eldre**

Fysioterapeutene arbeider i pasientenes hjem, på dagsenter, helsesenter, ulike aldersinstitusjoner samt private institutter. Brukergruppen er pasienter med ulike funksjonshemninger, pasienter som er operert i muskel-skjelettsystemet, og pasienter med akutte skader eller smertetilstander. Fysioterapeuter gir veiledning om fysisk aktivitet og kan gi råd om hva man kan gjøre for å fremme god helse i alderdommen. En viktig del av arbeidet er å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpen slik han kan bo i egen bolig. Fysioterapeuter bidrar også i behandlingen av psykisk syke i kommunehelsetjenesten.

### **Rehabilitering**

Fysioterapeuten arbeider med voksne som har behov for rehabilitering etter sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse på de fleste arenaer i kommunen. Arbeidet foregår i nært samarbeid med andre faggrupper. Mange kommuner har egen rehabiliteringsavdeling hvor fysioterapeuten er en sentral aktør. Fysioterapeuter er ofte tilsatt som koordinator for rehabilitering i kommunen.

### **Forebyggende og helsefremmende arbeid**

I forebyggende og helsefremmende arbeid blir fysioterapeuter benyttet til veiledning, informasjons- og koordineringsfunksjoner. Fysioterapeuter arbeider ofte i kommunehelsetjenesten i prosjekter relatert til forebyggende og helsefremmende arbeid. Mange kommuner har et nært samarbeid med høgskolene om slike prosjekter. En mye benyttet innfallsvinkel for å stimulere til bedre fysisk aktivitet for befolkningen er oppretting av FYSAK (et modellprogram for fysisk aktivitet initiert fra Sosial- og helsedirektoratet). Fysioterapeuter er ofte ansatt i FYSAK- konsulentstilling i hel eller deler av en stilling i kommunen.

### **Bedriftsfysioterapi**

Fysioterapeutens rolle innenfor ergonomi og HMS er svært mangfoldig. Ergonomi innebærer å tilrettelegge arbeidsforholdene både fysisk, organisatorisk og psykososialt. Kjernekompetansen er kunnskaper om muskel- og skjelettsystemet og forebygging av belastningsslidelser i arbeidslivet. Målet er å bidra til å skape helsefremmende arbeidsplasser. Avtalefysioterapeuter kan påta seg bedriftsbesøk for enkeltpersoner på oppdrag fra NAV. Arbeidet utløser refusjon fra Trygden.

### **Tilgjengelighet**

Ventetid for brukere til privat fysioterapibehandling kan være ulik avhengig av blant annet tilbudet i kommunen. Undersøkelser som er foretatt i enkelte kommuner viser at avtalefysioterapeutene ofte prioriterer pasienter fra spesialisthelsetjenesten, barn, og sykmeldte pasienter samt kroniske pasienter med smerteproblematikk. Enkelte fysioterapeuter opererer med lange ventelister på behandling, noe som har medført at det har utviklet seg et marked for fysioterapeuter uten driftsavtale. (Se pkt 7,5 avtaleløs fysioterapipraksis).

### **Samarbeid med andre tjenesteområder**

I nyere helsepolitiske føringer legges det stor vekt på flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid – noe som blant annet nedfeller seg i helsefagutdanninger på både grunn- og videreutdanningsnivå.

Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten samarbeider med ulike aktører tverrfaglig og tverrsektorielt. Samarbeid for barne – og ungdomshelsetjenesten kan være legetjenesten, helsestasjonspersonell, barnehage, skole, PPT, ergoterapeut, fylkeskommunale habiliteringsteam og andre instanser innen spesialisthelsetjenesten. I helsetjenesten for voksne samarbeider fysioterapeuter i tillegg med pleie og omsorgspersonell, ergoterapeuter, eldresentra, institusjoner, diverse helse- og sosialpersonell, ortopediingeniører, leger, rehabiliteringsinstitusjoner og opptreningssentre samt spesialisthelsetjenesten og NAV. Fysioterapeuter har ofte rollen som kontaktperson i ansvarsgrupper og som koordinator i arbeide med individuell plan.

Samarbeidet foregår på ulike måter som samarbeidsmøter om pasienter, informasjonsutveksling ved epikriser og rapporter samt veiledning og hospitering.

Krav til innsparing i kommunehelsetjenesten har gjort at stillingen som fysioterapifaglig leder i økende grad er forsvunnet fra organisasjonskartet og man har i større grad innført flat struktur. Dette har mange steder ført til at samhandling ikke blir vektlagt. I tillegg har det medført uklare ansvarsforhold der det blir vanskelig å foreta riktige prioriteringer. Dokumentasjon i kommunale planer og budsjettarbeid blir dermed også svekket

### **Fysioterapi på andre arenaer**

Mange idrettslag knytter til seg fysioterapeuter både i toppidretten og i breddeidretten. Fysioterapeuter er også ansatt på treningssentre, helsestudioer, og i friskvernsentre.

## 3 Finansiering av fysioterapitjenester per i dag

### 3.1 Kommunenes utgifter til fysioterapi

I 1909 med hjemmel i den første lov om sykeforsikring ble det innført en refusjonsordning for sykegymnastisk behandling som var behovsprøvd. Det vil si at utgiftene ble dekket av trygden til pasienter med lav inntekt. I syketrygdloven fra 1930 ble godtgjøring for utgifter til fysikalsk behandling innført som en pliktmessig ytelse når behandling var rekvirert av lege. Siden da har fysioterapi vært refusjonsberettiget fra trygden med større eller mindre endringer.

Kommunens utgifter til fysioterapitjenesten består av lønn til fastlønte fysioterapeuter og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale, avtalefysioterapeuter. Trygden yter stykkprisfinansiering begrenset til pasienter som behandles hos fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen. Kommunen får tilskudd fra trygden for fysioterapeuter med fastlønn etter visse kriterier hjemlet i forskrift i khl (jf pkt 1.2). Tilskuddet gis i stedet for stykkprisrefusjon. Det er rapporteringsplikt for kommunene på tilskudd til fastlønte fysioterapeuter.

Intensjonen med disse to ordningene var opprinnelig at det skulle være kostnadsnøytralt for kommunen om man benyttet den ene eller den andre tilknytningsformen. På den måten kunne kommunen påvirke både faglig innhold og geografisk fordeling av fysioterapitilbudet til befolkningen.

Et viktig prinsipp ved innføring av khl var at store deler av behandlingsforløpet skulle foregå i kommunene og ikke i spesialisthelsetjenesten. Det ble forutsatt at en relativt stor del av utgiftene til tjenesten skulle finansieres av kommunene. Det ble foretatt beregninger av den avtalebaserte fysioterapitjenesten som tilsa at fysioterapeutens inntekt skulle baseres på 40 prosent driftstilskudd, 40 prosent refusjon fra trygden og 20 prosent egenandel fra pasientene for en fulltidshjemmel. På grunnlag av foreliggende takstbruksundersøkelser for 2004/2005 viser beregninger at driftstilskuddet utgjør i snitt 25 prosent av den totale inntekten i en fulltidshjemmel- dvs 15 prosent-poeng mindre enn forutsatt ved innføring av khl. Den resterende del finansieres i økende grad av trygden fordi en stor del av pasientene får refundert sine behandlingsutgifter fullt ut (gratis behandling). I tillegg tyder mye på at en del av avtalefysioterapeutene arbeider i deltidshjemler med en reell arbeidstid som er større en avtaletiden med kommunen. Avtalefysioterapeutenes anledning til å utløse takster fra trygden reduseres ikke tilsvarende dersom vedkommende arbeider i deltidshjemmel.

Enkelte kommuner har inngått avtale med privatpraktiserende fysioterapeuter om behandling av særskilte grupper pasienter, hjemmebehandling eller arbeid ved kommunal institusjon. Det blir som oftest inngått timeavtale for dette arbeidet etter egne takster eller timepris etter avtale mellom partene.

Driftstilskuddet til avtalefysioterapeutene er fremforhandlet av staten og utgjør samme sum for allmennfysioterapeuter og fysioterapeuter med spesialistkompetanse. I tillegg er det en del kommuner som dekker tapt arbeidsfortjeneste i forbindelse med møter, undervisning, kurs og lignende. Dette gjøres for å kvalifisere fysioterapeutene til å behandle særskilt prioriterte brukergrupper.

Utgifter til fastlønte fysioterapeuter er hovedsakelig lønnsutgifter, driftskostnader i form av kontorhold, utstyr, reiseutgifter samt faglig oppdatering. Til fradrag kommer fastlønnstilskuddet.

**Tabell 3.1: Utgifter per årsverk fysioterapi per 01.01.2006**

|  | Utgifter til avtalefysioterapi       | Utgifter til fastlønnfysioterapi |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| Et kommunalt driftstilskudd privat avtalefysioterapi per år  | Kr 216 000                           |                                  |
| Reisegodtgjørelse hjemmepasient/ kommunale oppgaver per km kr 3  |                                      |                                  |
| Ev tapt arbeidsfortjeneste (anbefalt i siste ASA 4313) i forbindelse med samarbeidsmøter samt tilskudd kurs, undervisning ved spesielle pasientgrupper | Kr 1 000                             |                                  |
| Kommunal fysioterapistilling med gjennomsnittslønn inklusiv sosiale utgifter   |                                      | Kr 380 000                       |
| Driftsutgifter, husleie, kompetanseoppbygging, reiseutgifter, telefon/data o.l..   |                                      | Kr 40 000                        |
| Sum  |                                      | Kr 420 000                       |
| - fastlønnstilskudd  |                                      | Kr 139 000                       |
| <b>Sum kostnader for kommunen</b>  | <b>Kr 217 000 + ev reiseutgifter</b> | <b>Kr 281 000</b>                |

Sammenligner en kommunens kostnader til en fastlønsstilling for fysioterapeut og tilskudd til en avtalefysioterapeuthjemmel ser en at forskjellen er liten på de reelle utgifter i de to tilknytningsformene. Dette forholdet var også intensjonen i 1984 at kommunene skulle kunne velge organisasjonsmodell av fysioterapitjenesten ut fra en kostnadsnøytral vurdering av de to tilknytningsformene.

Ugiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter gikk ned fra 201,4 mill kr i 2004 til 188,9 mill kr i 2005. Ugiftene kan variere noe fra år til år som følge av tilfeldig variasjoner i tidspunkt for de halvårslige oppgjørene. Reduksjonen viser imidlertid den samme utvikling som statistikken (tabell 7.1) nemlig at antall årsverk fastlønsstillinger i kommunen er redusert.

### **3.2 Andre sentrale avtaler (ASA) ASA 4313**

Ved forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, Ot.prp. nr 66 (1981-1982) forutsatte man at det ble fremforhandlet en sentral rammeavtale mellom fagforeningen Norske Fysioterapeuters Forbund (i dag Norsk Fysioterapeutforbund NFF) og Kommunenes

Sentralforbund (KS). Denne ble første gang fremforhandlet i 1983 og het da *Overenskomst mellom Norske Kommuners Sentralforbund og Norske Fysioterapeuters Forbund om fysioterapeuters avtale med kommunene om drift av privat praksis etter lov om helsetjenesten i kommunene*. Denne er i prinsippet lik dagens ASA 4313 *avtale mellom KS og NFF om drifts av privat praksis for fysioterapeuter*(19). Avtalen er en sentral avtale som er forutsatt supplert med en individuell avtale mellom den enkelte kommune og utøver. Partenes forslag til individuell avtale ligger som vedlegg til den sentrale avtalen. Endringene i den sentrale avtalen overstyrer den enkelte lokale individuelle avtale. Den sentrale avtalen har blitt endret flere ganger siden 1983. De viktigste endringene har vært:

- I 1984 ble avtalen gjort tidsbegrenset. Opprinnelig hadde de individuelle avtalene 10 års varighet. I tillegg ble plikten til å arbeide for kommunen begrenset til maksimalt 8 timer per uke forutsatt at dette var forhandlet om i forkant. Flyttebestemmelsen ble også myket opp. Heretter ga 1984-avtalen fysioterapeuten langt på veg rett til å flytte praksisen innen kommunegrensen så lenge ikke flyttingen hadde negativ konsekvens for den geografiske fordeling av fysioterapitilbudet.
- I 1987 ble det åpnet for at kommunen kunne inngå avtale med selskap dersom kommunen ønsket dette. Avtalen hadde hittil bestemt at individuelle avtaler skulle være eneste alternativet.
- I 1998 ble det innført en bestemmelse om at driftstilskudd ikke kunne være mindre enn 1/5. Det ble videre fastslått at fysioterapeuter med driftsavtale ikke kunne ta høyere egenandel enn det som staten hadde bestemt. Som et resultat av Ot. prp. nr 47 (1996-1997) ” Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell ” kom bestemmelsen som ga avtaleløse utøvere rett til inntil full avtale med kommunen og med utgiftsdekning fra Staten forutsatt at de kunne dokumentere volumet på praksisen. Staten finansierte 80 prosent av driftstilskuddet øremerket for fysioterapi i fem år.
- I 2000 ble det laget en overgangsordning for innehavere av små driftsavtaler som hadde hatt disse siden 1984. Disse ble gitt rett til å utvide sine avtaler forutsatt at dette kunne begrunnes i deres behandlingsvolum. Siden reformen i 1998 og den statlige finansieringen kun omfattet de avtaleløse utøverne, ble det skapt et misforhold i forhold til avtaleinnehavere med små avtaler. I 2000 ble det tatt inn i avtalen en henvisning til at tildeling av driftstilskudd etter utlysning av ledig driftshjemmel var enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette ble gjort med bakgrunn i at sivilombudsmannen hadde kommet til dette standpunkt etter en konkret sak i 1997. I 2000 ble også bestemmelsen om pliktarbeid tatt ut. Ordningen var lite gunstig for fysioterapeuten, det ble hevdet at ordningen ble lite benyttet og slik den var formulert skapte den kime til konflikt.

- I 2003 ble det foretatt endringer av mindre betydning.

### **3.3 Avtaler gjeldende i Oslo kommune**

#### **3.3.1 Overenskomst mellom Oslo kommune og Norske Fysioterapeuters Forbund om avtale med kommunen om privat fysioterapipraksis etter kommunehelseloven (1984)**

Avtalen regulerte kommunens og fysioterapeutens rettigheter og plikter. Avtalen var i stor grad lik ASA 4313. Den ble sagt opp i 1986. Det har siden vært flere forsøk på reforhandling uten at det har ført frem. De fysioterapeutene som drev privat virksomhet i Oslo i 1984 har imidlertid beholdt sine avtaler.

#### **3.3.2 Overenskomst mellom Oslo kommune og Norske Fysioterapeuters Forbund om drift av privat spesialistpraksis. (1994)**

Oslo kommune innførte i 1994 en egen ordning hvor spesialister i NFF, i manuell terapi og psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi, ble forvaltet som en byomfattende ordning lagt til Helsevernetaten. ( i dag Helse- og velferdsetaten). Det ble etablert en egen rammeavtale for denne ordningen. Oslo kommune sa opp denne avtalen i 1997. Det var tenkt at ny avtale skulle forhandles etter man kom i mål med forhandlinger som skulle gjelde for allmennfysioterapeutene i bydelene. Som nevnt ovenfor har forsøk på forhandling ikke ført frem. Det har dermed ikke vært noen gjeldende avtale mellom Oslo kommune og Norsk Fysioterapeutforbund om privat fysioterapipraksis i bydelene siden 1986 og ingen gjeldende avtale i det hele tatt siden 1997.

#### **3.3.3 Midlertidig avtale om privat fysioterapipraksis i Oslo kommune**

I henhold til Ot. prp. 47 (1996-1997) ” Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell” inngikk Oslo kommune avtale med en gruppe fysioterapeuter per 1.07.1998. Da det fortsatt ikke forelå forhandlingsresultat mellom Norsk Fysioterapeutforbund og Oslo kommune ble de nye avtalefysioterapeutene tilbudt ”midlertidig avtale om driftstilskudd m.v. for privat fysioterapipraksis”.

Avtalen ga kommunen rett til å tilplikte fysioterapeuten kommunale oppgaver som skulle betales med fastsatt timepris. I tillegg var en del av rettighetene ved permisjon og fravær endret. Avtalen har to utgaver. En for allmennfysioterapeutene og en for spesialistgruppen som inngår i den byomfattende ordningen. Dette var en avtale som ikke var forankret i en rammeavtale. De individuelle avtalene basert på denne malen ble prolongert i to perioder. Da det ble klart at det heller ikke nå ville bli et

forhandlingsresultat, besluttet kommunen å tilby avtaler basert på de oppsagte overenskomster, i den grad bestemmelsene i disse fortsatt var lovlige og relevante. Dette var for å redusere ulikheter i avtaleforhold mellom ”nye” og ”gamle” fysioterapeuter.

### **3.3.4 Ny avtalepolitikk i Oslo kommune**

Fra og med 15.11.2005 ble ny mal for individuell avtale innført i Oslo kommune for tildeling av driftstilskudd for fysioterapeuter etter denne dato. Malen er ikke et resultat av avtale inngått mellom Oslo kommune og NFF, men en individuell avtale mellom Oslo kommune og den enkelte fysioterapeut. Malen blir brukt i tilfeller der kommunen inngår nye avtaler om driftstilskudd. Avtalen gir kommunen større styringsrett over nye avtalefysioterapeuters praksis i Oslo kommune. Blant annet brukes betegnelsen *skal praksisen være tilgjengelig for funksjonshemmede* og ikke som tidligere *bør*. I tillegg heter det i avtalen at *dersom pasienten ikke kan møte frem til praksisen, skal behandling tilbys i hjemmet til pasienten*. Videre heter det i avtalen at *pasienter som er bosatt i bydelen skal prioriteres*.

Det stilles også krav om at fysioterapeuten skal delta i tverrfaglige møter vedrørende den enkelte pasienten. Videre heter det i avtalen at fysioterapeuten ikke kan kreve betaling for ”goodwill” ev betaling uten motytelse eller lignende overfor fysioterapeuter som skal inn i samme virksomhet. Kommunens anledning til å si opp avtalen begrunnet i forhold på kommunens side, er i den nye malen begrenset til å gjelde for fire år.

De allerede inngåtte avtalene før 15.11.2005 forblir i utgangspunktet uendret. Den nye avtalemalen er også tatt i bruk for spesialistordningen til fysioterapeuter i den byomfattende ordningen.

## 4 Historisk utvikling

Hovedintensjonen med kommunehelsetjenestereformen var å prioritere forebyggende og rehabiliterende virksomhet. LEON- prinsippet, lavest effektive omsorgsnivå, var et av grunnprinsippene i reformen. Det var videre av stor nødvendighet å rette opp geografiske skjevfordelinger av fysioterapitilbudet mellom kommuner, samt styrke samarbeid og samhandling mellom fysioterapitjenesten og andre tjenester.

Før 1984 var den kommunale fysioterapitjeneste lite utbygget(20). Fysioterapi var en virksomhet som eksisterte i spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten var fysioterapitjenesten knyttet til behandling av sykdom og skader utført av fysioterapeuter som arbeidet primært i private praksiser / fysikalske institutter. Økte behov og prioriteringer av nye oppgaver tvang imidlertid frem en strukturendring. Spesielle oppgaver knyttet til barn og unge samt funksjonshemmede og eldre skulle prioriteres. For å imøtekomme dette behovet, opprettet kommunene fastlønnsstillinger. I små kommuner ble oppgavene gjerne lagt til en stilling. I større kommuner delte man oppgavene i egne team rettet mot henholdsvis barn og voksne. Fra og med 1988 ble sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene, og dermed ble alle fastlønnsstillingene for fysioterapeuter ansatt i sykehjem, overført til kommunene(21).

Senere kom satsingen på bedre tjenestetilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming (HVPU-reformen i 1991) og mennesker med psykiske lidelser som oppholdt seg i institusjoner. Det var ofte mer hensiktsmessig for brukeren å få fysioterapi der de var store deler av dagen som for eksempel i barnehagen, skolen eller i hjemmet. Dermed utviklet det seg et større behov for tverrfaglig samhandling og samordning av tjenester.

Reformen førte til en bedre geografisk fordeling av ressurser. Før 1984 hadde fysioterapeuter stort sett etablert seg i byer og større kommuner. De nye tilskuddsordningene stimulerte distriktskommuner til å etablere stillinger og avtaler med fysioterapeuter. Mye tyder på at det først var på midten av 90-tallet at alle norske kommuner hadde en kommunal fysioterapitjeneste.

### ***4.1 Offentlige dokumenter som bidrar til utvikling av fysioterapitjenesten***

#### **4.1.1 Ot.prp nr. 48 (1985-86) Om lov om endring i lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten)**

Fra 1. januar 1988 ble sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene, og i den forbindelse ble mange fastlønnsstillinger for fysioterapeuter overført til kommunene(21). Det samme skjedde i forbindelse med HVPU-reformen noen år senere (1991) da institusjoner for psykiske utviklingshemmede ble avviklet og oppfølging av de

utviklingshemmede ble overført til kommunene. For å tilfredsstille kravene til fastlønnsstilskudd måtte fysioterapeutene i institusjon ta del i rehabiliterende oppgaver for brukere utenfor institusjonen.

## **Erfaringer med kommunehelsetjenesteloven etter de fem første årene**

Det ble i 1989 gjennomført flere undersøkelser for å kartlegge hvorvidt målsettingen med khl var nådd hva gjaldt fysioterapitjenesten. Blant disse var NIS-rapport 4/89 ”hva dreier det seg om” av Bård Paulsen og Tor Inge Romøren sin rapport fra 1989 ”kommunehelsetjenestens fem første år”

I NIS-rapport 4/89 konkluderes det med følgende:

*”Avtalebasert privatpraksis er den mest brukte tilknytningsformen i samtlige kommunetyper. Fastlønnsordningen brukes hyppigst i småkommunene, men også her utgjør fastlønnsfysioterapeutene bare i underkant av 40 % av samtlige. De største kommunene bruker fastlønnsordningen mer enn middelstore. I småkommunene er sannsynligvis fastlønnsordningen primært begrunnet i rekrutteringsproblemer – mange av disse kommunene er for små til å gi grunnlag for privatpraksis. I de større kommunene har fastlønnsordningen en annen begrunnelse: Å danne basis for spesielle tiltak som ikke lar seg passe inn i en vanlig praksis.”*

Romøren-rapporten konstaterte at forebyggende oppgaver og annen kommunal virksomhet (bl.a rehabilitering og eldreomsorg) utgjorde en økende andel i de fastlønte fysioterapeutenes virksomhet i perioden 1985-88. Tilsvarende fagutvikling hadde ikke skjedd hos fysioterapeuter med driftsavtale. Samlet sett hadde det likevel skjedd en endring i praksisprofil for fysioterapitjenesten i denne perioden, med en utvikling som hadde gått i forebyggende og rehabiliterende retning. Endringen kunne imidlertid i all hovedsak tilskrives økningen av fastlønnsstillinger.

Romøren konkluderte i sin rapport at fysioterapitjenesten var den delen av kommunehelsetjenesten som hadde vist den mest positive utviklingen mht å prioritere forebyggende, habiliterende og rehabiliterende oppgaver. Årsaken var økt fastlønnsstilskudd som ga kommunen anledning til å ansette fysioterapeuter som skulle prioritere disse oppgavene.

### **4.1.2 St. meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane**

I stortingsmeldingen ble det konkludert med at endringene som følge av reformen i 1984 bør stimuleres for slik å fortsette den ønskede utviklingen. Man ønsket derfor fremdeles å stimulere fagutviklingen mot rehabilitering og forebyggende tiltak, samt en fortsatt geografisk utjevning av fysioterapitjenesten. For å oppnå dette, vurderte man det nødvendig å opprettholde ordningen med fastlønnsstilskudd til kommunene. Når det gjelder de privatpraktiserende fysioterapeutene, ble det foreslått å vurdere forenkling av takstsystemet. I meldingen fremgår det følgende:

*”Departementet er av den oppfatning at takstane for godtgjersle av utgifter til fysikalsk behandling er forelda, og synest ikkje å møte behovet til brukarane. Desse bør derfor reviderast slik at dei blir betre tilpassa behova til brukarane.”*

Den overordnede konklusjonen var imidlertid at fysioterapitjenesten samlet sett var kommet inn på riktig spor ut i fra de målsettingene som fremkom av forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, men at det likevel gjensto mange nye og utfordrende oppgaver for denne tjenesten.

#### **4.1.3 NOU 1992:10 Finansieringsordninger for allmennlege og fysioterapitjeneste**

Som en oppfølging av Stortingsmelding nr.36 (1989-90) ble det satt ned et offentlig utvalg under Tor Borgenviks ledelse (Borgenvik utvalget). En av oppgavene var å vurdere finansieringsordninger for allmennlege og fysioterapitjeneste(22). I utvalgets generelle vurderinger ble det lagt til grunn at kommunene fortsatt skulle ha det grunnleggende ansvaret for primærhelsetjenester. Endringer som ville innebære forandringer på dette punkt ble derfor ikke vurdert. Videre la utvalget til grunn at de sentrale økonomiske overføringsordningene mellom staten og kommunene skulle forbli uendret. Det vil si at lege- og fysioterapitjenesten skulle finne sin plass innenfor et system som i hovedsak bygger på rammeoverføringer til kommunenes ulike virksomhetsområder.

Utvalget foreslo blant annet følgende tiltak:

*”I noe større grad enn nå å stimulere fastlønnordninger både for leger og fysioterapeuter. Dette oppnås først og fremst ved å gjøre det mer attraktivt for kommunene å velge fastlønnordninger gjennom økt fastlønnstilskudd (...) Å motivere kommunene for helsefremmende og forebyggende oppgaver”*

Utvalget foreslo også en økning i fastlønnstilskuddet for fysioterapeuter fra daværende (1991) 63 500 kroner til 90 000 kroner. I denne sammenheng ble det uttalt:

*”Utvalget vil også peke på at fastlønnordningen er bærebjelken for fysioterapitjenesten i mindre kommuner i utkant-Norge. Et økt fastlønnstilskudd til kommunene vil gjøre det mulig å sette inn rekrutteringstiltak av ulik art”*

Forslaget ble fulgt opp i 1993, da tilskuddet ble økt med 40 prosent ut over vanlig regulering. I samme NOU ble det også foreslått å ta bort refusjonsrett fra trygden til leger og fysioterapeuter uten avtale med kommunen. Fra 1. januar 1993 ble retten til trygderefusjon for fysioterapeuter (jf leger og psykologer) med praksis uten driftstilskudd fjernet, men med unntak for behandlere som allerede hadde etablert praksis.

#### **4.1.4 Ot.prp 47 (1996-1997) Om lov om endring i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell)**

Ved behandling av Ot.prp nr 47 ”Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell” (23) vedtok Stortinget å avvikle refusjonsretten fra 1.07.1998 også for dem som hadde etablert praksis uten avtale før 10.10.1992 med unntak for eldre yrkesutøvere. Samtidig ble det opprettet et øremerket tilskudd til kommuner som inngikk driftsavtaler med avtaleløse fysioterapeuter som hadde avtale om refusjonsrett med trygden. Tilskuddet utgjorde 80 prosent av driftstilskuddet. Tilskuddet ble utbetalt til kommunene i fem år. Deretter inngikk tilskuddet i den finansielle rammen til kommunene. Disse øremerkede midlene til fysioterapi i kommunene gjorde at de avtaleløse fysioterapeutene med avtale om refusjonsrett med trygden, nå også kunne tilbys kommunalt driftstilskudd. Dermed økte det offentliges utgifter til fysioterapi, men praksisvolumet forble stort sett det samme. Endringen lå i at fysioterapipraksisen ble kommunalt regulert.

Fra og med 1.07.1998 var det kun to kategorier fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale og fastlønte fysioterapeuter (jf dagens ordning).

#### **4.1.5 NOU- 2004:18 Helhet og plan i sosial - og helsetjenestene**

Sosial- og Helsedepartementet oppnevnte i 2003 et utvalgt som fikk i oppdrag å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Bernt utvalget)(24). Bakgrunner var blant annet at et stort antall personer mottar i dag til samme tid tjenester som er hjemlet i både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Nytt høringsnotat er under arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet etter høringsrunden i 2005.

#### **4.1.6 Ot.prp. nr. 28 (2005-2006) Om lov om endring i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)**

På bakgrunn av erfaringene med forsøksordningen i 2001 i Vestfold, Hordaland og Nordland, besluttet Stortinget at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m også skulle gjelde fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi (fysioterapeuter med mastergrad / videreutdanning i manuellterapi). Ordningen ga utvidede rettigheter(10). Evalueringen av prosjektet ga grunnlag for å gjøre ordningen landsomfattende og permanent fra og med 01.01.2006. Dette innebar at kravet om henvisning fra lege for å utløse trygderefusjon ble avvirket, samt at de to personellgruppene fikk anledning til å henvise til legespesialist, sykemelde pasienter i inntil 8 uker i tillegg til å rekvirere radiologiske undersøkelser samt å henvise til fysioterapi.

## ***4.2 Fysioterapeuters fagforeningstilhørighet***

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er den største fagforening for fysioterapeuter i Norge. Det er kun NFF som har forhandlingsrett med stat og kommune. Forbundet ivaretar fysioterapeuter innen alle tilknytningsformer i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, stat og fylkeskommune, samt andre tilknytningsformer i arbeidslivet inkludert studenter i inn og utland. Per 31.12.2006 hadde NFF 8418 medlemmer. Disse medlemmene fordelte seg på følgende grupper: Offentlig ansatte 3905, privatpraktiserende 2542, studenter 598, ikke yrkesaktive 593, medlemmer i utlandet 76, medlemmer med ukjent arbeidssted 486. NFF var i mange år den eneste fagforening for fysioterapeuter i Norge. Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984 ble det forut for loven gjennomført forhandlinger mellom NFF og KS om en overenskomst som skulle regulere avtalefysioterapeuters rettigheter og plikter. Resultatet av forhandlingene endte opp med en rammeavtale – kalt overenskomst (jf pkt 3.2). Det var stor misnøye blant privatpraktiserende fysioterapeuter med det offentliges inngripen i en yrkesgruppes frie arbeidsforhold. En undergruppe i NFF av privatpraktiserende fysioterapeuter brøt ut i 1983 og dannet en egen forening kalt Private Fysioterapeuters Forening (PFF). PFF hadde i starten ca 1000 medlemmer. Foreningen endret senere navn til Private Fysioterapeuters Forbund og har per 31.12. 2006 560 medlemmer. PFF har ikke forhandlingsrett med stat eller kommune.

I 2006 oppsto en interessekonflikt i NFF med faggruppen for manuell terapi (faggruppe for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi). Med bakgrunn i behov for å fremheve manuellterapeutenes merkesaker, valgte en liten gruppe av manuellterapeutene å bryte ut av NFF. Norsk manuellterapeutforening (NMF) ble startet i mars 2006. Foreningen har ved utgangen av 2006 194 medlemmer og har ikke forhandlingsrett med stat eller kommune.

## 5 Kunnskapsgrunnlaget i fysioterapifaget

### 5.1 Grunnutdanning i Norge

Utdanning av sykegymnaster ble opprettet i Norge i 1897 etter modell fra sykegymnastutdanningen i Sverige, og den var privat drevet frem til 1967 da Statens fysioterapiskole i Oslo ble opprettet. Utdanningen var særlig rettet mot sykehustjenesten og privat fysioterapivirksomhet med refusjon fra trygden.

Utvikling av fysioterapiutdanningene i Norge må sees i lys av den sammenheng den formes i, den helsepolitiske virkelighet og av de rammer som har vært gjeldende til enhver tid. I tråd med økt helsepolitisk vektlegging av kommunehelsetjenesten har også fysioterapiutdanningen endret fokus. De utfordringer kommunehelsetjenesten representerer for fysioterapeuter gjenspeiles i større grad både i utdanningenes kunnskapsgrunnlag, i den pedagogiske tilnærmingen og i valg av praksisarena.

Den første felles rammeplan for fysioterapiutdanningen i Norge kom i 1976. Planen representerte en felles ytre ramme for all fysioterapiutdanning i Norge og fastslo samtidig en utvidelse av utdanningen fra to til to og et halvt år i tillegg til ettårig turnustjeneste. Her står det blant annet:

*”praksisundervisningen skal være minst 700 timer. Hovedvekten av denne undervisningen må være tilknyttet sykehus/poliklinisk virksomhet. Skolene står fritt til å legge opp sin egen praksisundervisning.”*

På den tiden var fysioterapitjenesten i kommunene i støpeskjeen ved blant annet at de første fastlønte fysioterapistillingene i kommunene ble etablert. Det ble der åpnet en ny arena for fysioterapeuter i kommunene, med muligheter til primærforebyggende arbeid i skoler, barnehager og helsestasjon, samt behandling av funksjonshemmede og eldre. Grupper som vanskelig kunne benytte tilbud på private institutter. Året etter (1977) ble den nye arbeidsmiljøloven innført der forebyggende helsearbeid ble satt på dagsorden(25). I den sammenheng startet også Statens fysioterapiskole i Bergen, som den andre godkjente fysioterapiutdanningen i landet etter Statens fysioterapiskole i Oslo. (Mensendieck-skolen i Oslo ble først statlig i 1979 og ble da hetende Statens Mensendieckskole). Bergenskolen integrerte de nye politiske føringene inn i sine planer; de ”ønsket helt fra starten av å forberede studentene på de nye oppgavene innen kommunehelsetjenesten som de regnet med ville komme snart”. Forebyggende arbeid ble en del av fagplanen og på tross av formuleringene i rammeplanen valgte man blant annet å bruke kommunehelsetjenesten i hele Vest-og Nord Norge som praksisarena.

I 1987 ble fysioterapiutdanningene i Norge utvidet til en 3-årig utdanning. Fortsatt med påfølgende ettårig turnustjeneste. En ny rammeplan kom imidlertid ikke før i 1990, ett år etter oppstart av Fysioterapihøgskolen i Tromsø. Den nye rammeplanen var betydelig

fyldigere enn den første ved at den beskrev fagets kunnskapsgrunnlag og forventninger til fagutøvelsen i større grad enn det tidligere var gjort; i tillegg til å angi rammer for utdanningene i form av vekttall innen de ulike fagområder. Nytt ved denne rammeplanen var at samfunnsfagene ble vektlagt mer enn tidligere; dvs fysioterapeututdanningen forankret seg mer i en forståelse av mennesket i sin samfunnsmessige sammenheng, i sitt daglige liv. Den nye rammeplanen bekreftet også den vektleggingen av kommunehelsetjenesten som allerede hadde skjedd ved flere av skolene, blant annet ble det presisert at: *”veiledet praksis skal utgjøre 1/4 del av utdanningen og at derav skal 60 prosent være i kommunehelsetjenesten”*.

Fysioterapihøgskolen i Tromsø ble etablert 5 år etter kommunehelsereformen i 1989 og ble argumentert frem bl.a for å bedre rekrutteringen til fysioterapitjenesten i distriktskommunene i Nord-Norge. Fagplanen hadde kommunehelsetjenesten som fokusområde og var organisert med en temainndeling som samsvarte med problemstillinger fysioterapeuter møter i kommunene. Hovedmålgrupper var definert i tråd med målene i Nasjonal helseplan: barn, eldre og funksjonshemmede.

Fysioterapeututdanningen i Trondheim ble etablert i 1989; også der ble vektleggingen av fysioterapitjenesten i kommunene videreført med de utfordringer det gir for utviklingen av fysioterapeutenes kompetanse.

Som en oppsummering av det historiske tilbakeblikk kan man se at her har det foregått en parallell prosess der utdanningene er blitt utviklet i tråd med nye helsepolitiske målsettinger og endringer i helsevesenet og i de utfordringer fysioterapeuter har møtt i sin praksisutøvelse. Rammeplanene har kommet etter og representerer mer en formalisering av det arbeidsgrunnlag, kunnskaps- og idegrunnlag utdanningene allerede bygger på.

### **Dagens fysioterapeututdanning**

Utdanningen i dag forholder seg til rammeplanen fra 2004 som gjenspeiler en tre-årig utdanning, 180 studiepoeng som tilsvarer tidligere 60 vekttall. Dette gir Bachelor i fysioterapi. Ved gjennomføring av ettårig turnustjeneste i tillegg, gis det offentlig autorisasjon som fysioterapeut hvilket ble innført allerede i 1936. Fire høgskoler i Norge tilbyr bachelorutdanning i fysioterapi i dag: Høgskolen i Oslo (HiO), Høgskolen i Bergen (HiB), Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) og Høgskolen i Tromsø (HiTø)

Siste tilskudd til norsk fysioterapiutdanning er et desentralisert nettbasert deltidsstudium på HiTø. Det gjennomføres i nært samarbeid med fysioterapitjenesten i kommunene ved hjelp av moderne IKT-teknologi.

### **Akademisering av utdanningene**

Lærerne i fysioterapifagene hadde tidligere lite akademisk utdanning, men stor verdifull praktisk kompetanse. I tråd med endret organisering og blant annet innlemming i høgskolesystemet (1981), ble det stilt økte krav til den pedagogiske kompetansen blant de faglige ansatte. Både høgskolereformen med sammenslåing av høgskolene til større tverrfaglige enheter, og ikke minst kvalitetsreformen stiller ytterligere krav til akademisk

utdanning blant høgskolelærerne. Det er i dag krav om minimum hovedfag/mastergrad for fast ansettelse, og flere av lærerne har doktorgrad eller er i doktorgradsprogram.

### 5.1.1 Turnustjeneste

Fra og med statens overtagelse av Fysioterapiskolen i Oslo i 1967 ble det innført ettårig turnustjeneste etter fullført fysioterapiutdanning som vilkår for autorisasjon som fysioterapeut. Kravet er hjemler i forskrift (se pkt 1.3). Den ensidige vektleggingen av institusjonshelsetjenesten ble endret i 1990 da det ble godkjent nye retningslinjer for turnustjenesten. Det ble vedtatt en to-delt ordning med et halvt år i institusjon og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Den uttalte hensikten var at kandidatene skulle få erfaring ikke bare fra sykehus, men også fra f.eks bedrifter, skoler, sykehjem og helsesentra. Kommunen mottar fastlønnstilskudd for turnuskandidater i turnustjeneste i kommunehelsetjenesten etter forskrift om fastlønnstilskudd(17).

## 5.2 Kunnskapsbasert praksis

Fysioterapifaget har tradisjonelt en sterk forankring i praksis og erfaringsbasert kunnskap. Kunnskapsbasert fagutøvelse er nå et mål for hele helsetjenesten. Det betyr at gode beslutninger baseres på både erfaringsbasert, forskningsbasert og brukerbasert kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis kan illustreres som vist nedenfor



**Figur 5.1:** Illustrerer hvordan forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap er blitt likeverdige

**Kilde:** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tidligere har fysioterapeuter benyttet erfaringsbasert kunnskap i sin tilnærming til pasienten. Etter hvert som blant annet helsemyndighetene har etterspurt dokumentasjon av effekt av ulike behandlingsmetoder innen fysioterapi har forskningsbasert kunnskap fått større plass i fysioterapeuters valg av behandling og tilnærming til pasienten. I dag baserer fysioterapeuter i stor grad sin tilnærming på forskningsbasert kunnskap.

I fysioterapifaget satses det på kunnskapsutvikling og kompetanseheving gjennomgående ved å satse på alle nivåer i kunnskapskjeden:

- Forskning – bygge opp forskningsmiljøer for å utvikle ny kunnskap og etterprøve etablert kunnskap – alt med høy vitenskapelig kvalitet.
- Fagutvikling – anvende forskningen, stimulere til systematisering og utviklingsarbeid i praksisfeltet som er forankret i kvalifisert veiledning.
- Videreutdanning – fagutvikling gir bedre fagspesifikk, klinisk kompetanseutvikling og best mulig fysioterapifaglig bidrag i helsetjenesten.
- Etterutdanning – med bredt fagspesifikt og generelt tilbud med kompetente kursledere
- Grunnutdanning – med økt kompetanse hos lærerne og forskningsbasert undervisning i eget fag.

### ***5.3 Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter***

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fondet) ble avtalt som del av oppgjøret mellom staten og NFF ved takstrevisionen i 1974(26). Det ble inngått avtale om en årlig prosentvis avsetning av totalrammen for folketrygdens utgifter til fysikalske behandling til fellesformål for fysioterapeuter. Fra og med forhandlingene per 1.juli 2006 er avsetningen endret til et fast beløp per år. Avsetningen er en del av totalrammen for oppgjøret. Profesjonen selv, ved NFF, har således selv vært pådriver for å etablere Fondet. Intensjonen er å få til kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i faget.

Med midler fra Fondet er det initiert og bygget opp etterutdanningstilbud, videreutdanninger, masterstudier. Fondet har også bidratt til å få etablert forskningsmiljøer for fysioterapeuter. Kompetanseheving er gjort lettere tilgjengelig for den enkelte fysioterapeut gjennom fondets ulike stipendordninger.

Finansiering med midler fra Fondet har vært sterkt medvirkende til at det innen profesjonen er mange hundre fysioterapeuter med hovedfag – / mastergradskompetanse, ca 50 med doktorgrad, mer enn 30 som er i gang med doktorgradsarbeid og åtte med professorkompetanse. Det er bygget opp gode forskningsmiljøer innen fysioterapi ved universitetene i Oslo, Bergen Trondheim og Tromsø og flere regionale helseforetak.

Det er utarbeidet vedtekter for Fondet. Disse skal godkjennes av Sosial og helsedirektoratet og ble sist endret i 2004. Staten er representert i Fondets styre med en representant og personlig varamedlem. De øvrige fire styremedlemmer velges av NFFs landsmøte.

## **5.4 Omfang av offentlig videreutdanningstilbud og mastergradsstudier**

### **Videreutdanningstilbud**

Den første videreutdanning for fysioterapeuter startet i 1975;

Pedagogisk kompetansegivende videreutdanning for fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster. Fra 1987 ble denne tverrfaglig og offentlig finansiert.

- 1981-86; halvårlig generell videreutdanning i fysioterapi
- 1983-97; Videreutdanning i forebyggende fysioterapi og ergonomi
- 1990, Videreutdanning i fysioterapi for barn og unge ved HiST
- 1996-99; Videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid
- 1996-99; Kommunehelsetjenestekurset ved Statens institutt for Folkehelse. Fra 2000 ble de to siste videreutdanningene samordnet og gjort tverrfaglig til videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid ved HiO.
- 1999- Videreutdanning i fysioterapi for barn ved HiO. Fra 2004 med offentlig finansiering
- 1992-93, 1997-98; Videreutdanning i manuell terapi ved HiO, prøveprosjekt -60 stp)
- 2001-05; Videreutdanning i manuell terapi ved Universitetet i Bergen (UiB), prøveprosjekt -120 stp. Denne videreutdanningen er fra 2005 etablert som et 2-årig klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuell terapi, under Masterprogrammet i helsefag, (120 stp).
- 1994-99; Videreutdanning i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi HiO, prøveprosjekt (60 stp)
- 1999- Videreutdanning i psykisk helsearbeid; tverrfaglig fellesdel med fordypning i psykomotorisk fysioterapi (60stp - 180 stp)
- Videreutdanning i Bevegelsesvitenskap / Motorisk atferd ( HiST-15stp)
- Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (Høgskolen i Tromsø, Oslo, Trondheim 60 stp)
- Fysioterapi for barn HiO (30 stp)
- Elektroterapi ved HiB (6 stp)
- Intensivfysioterapi HiB (30 stp)
- Medisinsk treningslære HiB (30 stp)
- Medisinsk treningsterapi HiB (15 stp)
- Basic Body Awareness Methodology HiB(60 stp)
- Videreutdanning i Helsefremmende og forebyggende arbeid, Høgskolen i Vestfold. En modul ved denne videreutdanningen er fysioterapispesifikk.
- Videreutdanning i fysioterapi for eldre, HiO (er tildelt midler og under planlegging for oppstart i 2007)

I tillegg er det tverrfaglige videreutdanninger som også fysioterapeuter deltar på, men hvor det ikke finnes tallmateriale.

## **Hovedfag/mastergrad**

Inntil 1980-tallet måtte fysioterapeuter som ønsket en akademisk utdanning ta hovedfag i andre fagområder så som: sosiologi, psykologi, pedagogikk, sosialantropologi mm. Dette førte ofte til at de ofte forsvant fra fysioterapifaget. Etter Høgskolereformens innføring av kvalifikasjonskrav for fast tilsetning i undervisningsstillinger ved høgskolene ble det etablert følgende:

- 1981: Samarbeid med Statens Spesiellærerhøgskole for å ta hovedfag i spesialpedagogikk med fysioterapiprofil.
- 1991: Tilpasset hovedfagsstudium i samarbeid mellom UiO, Institutt for spesialpedagogikk og HiO for å kvalifisere til høgskolelektor.
- 1991: Hovedfag i fysioterapi ved UiB
- 1995: Hovedfag i helsefag (tverrfaglige, med ulike studieretninger) i Oslo, Bergen, Trondheim
- 1997: Hovedfag i helsefag i Tromsø

Hovedfaget skulle styrke den akademiske kompetanse for fysioterapeuter innen administrasjon, lederskap, klinikk og utdanning. Hovedfagsstudiene ble omgjort til masterstudier som følge av Kvalitetsreformen ved universiteter og høgskoler fra 2003. Kvalitetsreformen medførte også at den 3-årige fysioterapiutdanningen fører til bachelorgrad som gir grunnlag for opptak til masterstudier. Med dette er en akademisk utdanningsvei vesentlig lettere tilgjengelig for fysioterapeuter. For en profesjonsutvikling der daglige kliniske aktiviteter er sentralt er det viktig med det bidraget masterstudiene gir til å knytte sammen forskning og klinisk praksis.

Norge har tilpasset seg det europeiske system for Bachelor, Master og PHD og innført ECT's internasjonale studiepoeng i henhold til Bologna-avtalen i EU/EØS.

## **Mastergradsprogram (120 studiepoeng)**

Helsefaglige masterprogram tilbys på flere universiteter og høgskoler. Mange av disse masteroppgavene er fysioterapispesifikke problemstillinger. Det er derfor vanskelig å få en fullstendig oversikt over fysioterapifaglig mastergradsarbeid. I denne oversikten er det derfor bare tatt med det fysioterapispesifikke tilbudet.

### **Universitetet i Bergen tilbyr to fysioterapispesifikke studieretninger under masterprogram i helsefag:**

- Fysioterapivitenskap
- Klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuell terapi

### **Universitetet i Tromsø tilbyr**

- Master i helsefag, fagspesifikk fordypning i fysioterapi

## Norges Idrettshøgskole tilbyr

- Master i idrettsfysioterapi (Startet opp høst -06)

Flere fysioterapispesifikke studieretninger er under utvikling; klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiB, klinisk masterstudium i neurologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø, master i klinisk fysioterapi ved HiB.

Det har siden Kvalitetsreformen ble innført vært arbeidet med å utvikle relevante masterstudier for fysioterapeuter, der det er lagt vekt på politiske føringer, samfunnets behov og tilgjengelige ressurser.

### ***5.5 Fysioterapeuter som har gjennomført videreutdanninger og master/hovedfagsstudier og doktorgrad i perioden 1985-2005***

#### **Doktorgrader**

I Norge disputerte den første fysioterapeuten i 1977 i et fysioterapifaglig emne ved UiO. Den neste i 1990. På 90-tallet disputerte totalt 15 fysioterapeuter, og innen utgangen av 2006 var det nær 50 fysioterapeuter som har tatt doktorgrad. I 1991 ble den første fysioterapeuten ansatt som professor ved hovedfagsutdanningen i fysioterapi, UiB.

I 2006 ble den første professor i fysioterapi ansatt ved fysioterapiutdanningen, HiB. Åtte fysioterapeuter har nå professorkompetanse og er blant annet ansatt ved universitetene og høgskolene og Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter. Flere enn 30 fysioterapeuter er for tiden i stipendiatstillinger, ansatt ved universiteter og høgskoler.

#### **Mastergrad/hovedfag**

Flere hundre fysioterapeuter har tatt mastergrad/hovedfag i ulike fag.

82 fysioterapeuter har avlagt hovedfagseksamen i fysioterapivitenskap eller mastergrad ved Universitetet i Bergen siden 1993.

52 fysioterapeuter har avlagt hovedfagseksamen eller mastergrad i helsefagvitenskap ved Universitetet i Oslo siden 1997.

10 fysioterapeuter har siden 1998 gjennomført hovedfag i helsefag ved UiT

7 fysioterapeuter har gjennomført hovedfag i helsevitenskap ved NTNU siden 1997.

Antallet fysioterapeuter som tar mastergrad vil øke ettersom flere studietilbud kommer i gang.

### ***5.6 Forskning***

Frem til 1990 var det imidlertid relativt lite forskning i fysioterapifaget, blant annet fordi det var få fysioterapeuter som hadde høyere akademisk kompetanse/forskerkompetanse. Dette bidro til økt etterspørsel etter forskning i fysioterapi. Gjennom finansiering av Fondet ble NFF's Kompetansesenter i fysioterapi etablert i 1989/1990. Senteret bidro til å få fysioterapirelatert forskning inn i universitetsmiljøene. Det ble lagt til rette for

stipendiatstillinger og bygget opp forskningsmiljøer innen fysioterapi ved de fire universitetene fra 2000, samtidig som Kompetansesenteret ble avviklet.

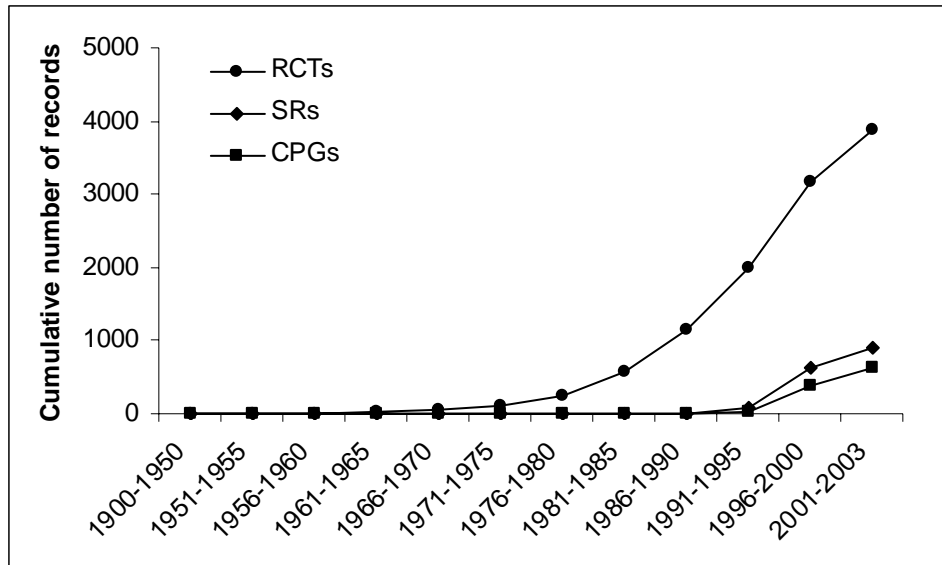
Forskning og fagutvikling i fysioterapi foregår på flere nivåer med forankring på universiteter, høyskoler, andre forskningsinstitusjoner og i praksisfeltet. Fysioterapiforskning i Norge spenner over mange tematiske områder innen helsetjenesten og med ulike forskningsmetodiske tilnærminger. Kunnskapsutvikling og kompetanseheving i fysioterapi er i stor grad i tråd med de helsepolitiske prioriteringer i samfunnet. Det har blant annet vært en økning innen evalueringsforskning for å kunne dokumentere effekten av fysioterapitiltak. Forskningsaktivitet er også knyttet til spørsmål om diagnostikk og måleinstrument, årsaksforskning og prognosestudier. Studier som har som mål å beskrive og fortolke erfaringer, opplevelser, samhandling og innhold er også viktige bidrag i kunnskapsutviklingen. Fysioterapeuter bidrar også med å oppsummere eksisterende forskning i systematiske oversikter. Mangfoldet vises blant annet i de mastergrader og doktorarbeider som er gjort.

Nedenfor gis noen eksempler som viser noe av bredden i forsknings-/fagutviklingsprosjekter innen fysioterapi.

- Undersøkelse og behandling av smertepasienter
- Intensiv motorisk trening for barn med CP
- Rehabilitering av uføretrygdede med ryggplager
- The epidemiologi of dizziness and vertigo in the Norwegian working population
- Praksisstudier i fysioterapi: -studenters oppfatning av hva som har betydning for deres læring
- Utvikling av profesjonelt skjønn hos fysioterapeuter
- Hvordan går det med de aller minste for tidlig fødte? En 5 års oppfølgingsstudie
- Rehabilitering for yngre kreftpasienter
- Preoperativ trening av pasienter med gonartrose som er aktuelle for protese kirurgi
- Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren.

En oversikt over effekt av fysioterapi ble publisert British Medical Journal i 2001(27). Den viser noe av bredden i faget. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet foretatt en kunnskapsoppsummering om manuelle behandlingsformer (2005). Rapporten konkluderer med at mange behandlingsmetoder benyttet av manuellterapeuter og fysioterapeuter er veldokumenterte og har positiv effekt overfor en rekke lidelser og plager i muskelskjelettapparatet.

Økningen i forskningsaktivitet i Norge følger den samme trenden man ser internasjonalt. Figur 5.2 viser økningen av evalueringsstudier (RCT), systematiske oversikter og faglige retningslinjer i fysioterapi fra 1900 til år 2006(28). Det er en markert økning i forskningsaktiviteten fra ca. 1990, og i november 2006 er det internasjonalt publisert nesten 8000 RCTer og over 1400 systematiske oversikter innen fysioterapi.



**Figur 5.2:** Viser utviklingen av publiserte internasjonale fysioterapiartikler. Norske fysioterapeuter har bidratt til dette ved hvert år å publisere arbeider i internasjonale vitenskapelige tidsskrift.

RCTs - Randomized controlled trials (randomiserte kontrollerte forsøk)

SRs - Systematic review (Systematiske oversikter)

CPG's - Clinical practice guidelines (kliniske retningslinjer)

Forskning innen fysioterapi foregår som nevnt bl.a. ved universitetene. Her gis en oversikt over noen forskningsprosjekter som foregår ved fire av universitetene, samt ved Kunnskapssenteret:

#### Universitetet i Oslo

Overvekt som livserfaring – en empirisk undersøkelse med utgangspunkt i et behandlingsopplegg.

Bevegelse og trening som erfaring hos barn og unge med cerebral parese og barn og unge med medfødt hjertefeil

Bevegelse og funksjon – en naturvitenskapelig og fenomenologisk tilnærming.

(”Kunnskap på tvers”)

Focus on Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. Diagnosis, incidence and prognostic factors.

#### Universitetet i Bergen

Patellofemoralt smertesyndrom (PFS), årsaker og psykososiale aspekter.

Fysioterapi for pasienter med svimmelhet.

Asymmetrisk gange – en klinisk og metodisk utfordring.

Intensive treningsperioder for barn med cerebral parese. En studie for å evaluere endring i funksjon som følge av deltakelse i tre ukers intensiv fysioterapitrening for barn i gruppe.

Identifisering av subgrupper og differensiert behandling hos pasienter med lokaliserte korsryggplager.

Kroppserfaring, bevegelse og refleksjon. Psykomotorisk fysioterapi i behandling av langvarige muskelsmerter.

## NTNU

Effekt av trening i svangerskapet i forebygging og behandling av svangerskapsrelatert sykdom.

Balanse og kortikal reorganisering etter hjerneslag.

Nevromuskulær kontroll – Whiplash.

Segmentell, muskulær stabilitet ved kroniske korsryggsmerter.

## Universitetet i Tromsø

Diagnostikk av post-traumatiske nakke-/hodesmerter.

Fysioterapibehandling til for tidlig fødte barn. En praksisstudie.

## Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kartlegging av fysioterapipraksis ved kneleddsartrose

## **5.7 Fagtidsskrifter**

### **5.7.1 Tidsskriftet ”Fysioterapeuten”**

Fysioterapeuten er fagtidsskriftet for det store flertall av fysioterapeuter i Norge, med et opplag på ca. 8400 eksemplarer per år. Utgiver er Norsk Fysioterapeutforbund.

Tidsskriftet ble opprettet i 1936, og kommer ut med 12 numre i året, og har også egne nettsider – [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

Utgiver er Norsk Fysioterapeutforbund. Formål er å fremme faglig utvikling, skape debatt og ta opp faglige så vel som fagpolitiske spørsmål.

Fysioterapeuten har de siste 3-4 år brukt mye ressurser på å utvikle det fagvitenskapelige innholdet. Det er et uttalt mål å få flere fysioterapeuter til å skrive/publisere og søke etter dokumentert kunnskap. Redaksjonen har lagt vekt på nettverksbygging ved å besøke sentrale fagmiljøer innen fysioterapi.

Retningslinjer for publisering av fagartikler ble senest revidert i 2005, og er i tråd med internasjonal standard. Tidsskriftet har også en refereeordning, med ca. 40 referees. I det nye systemet for vektning av forskning (UHR) tilfredsstiller tidsskriftet de krav som stilles til en vitenskapelig publikasjon på nivå 1.

I desember 2005 ble det opprettet en egen underside for Fag og vitenskap, [www.fysioterapeuten.no/fag](http://www.fysioterapeuten.no/fag)

### **5.7.2 Tidsskriftet ”Fysioterapi i privat praksis”**

Tidsskriftet er et organ for Private Fysioterapeuter Forbund (PFF). Det ble etablert i sin nåværende form i 1992 og gis ut 8 ganger i året(29). Opplaget er på ca 2000 eksemplarer per år og sendes alle private institutt i landet gratis.

Formålet med tidsskriftet er å være et bindeledd mellom forbundets ledelse, administrasjon og medlemmene i PFF samt å presentere relevante faglige artikler for fysioterapeuter som arbeider i privat praksis. Tidsskriftet har en egen nettside hvor deler av tidsskriftet er lagt ut: [www.fysioterapi.org/](http://www.fysioterapi.org/)

## **5.8 Fagforeningenes etterutdanningstilbud**

### **5.8.1 Etterutdanningstilbud i regi av Norsk Fysioterapeutforbund**

Etterutdanningstilbud har vært en sentral oppgave i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) helt siden 1959/1960-tallet, og ble i hovedsak bekostet av fysioterapeutene selv. Siden 1974 da fondet ble opprettet, har det skjedd en betydelig utvikling i kurstilbud og videreutdanning. NFF arrangerer ved hjelp av finansiering fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter ca 60 kurs per år. Kursene som tilbys er fysioterapispesifikke med forskjellig varighet. Kursene er under stadig revisjon og nye kurs utvikles i tråd med kunnskapsutviklingen i faget, helsepolitiske prioriteringer og samfunnets behov.

NFF organiserer 12 faggrupper og ett fagforum innenfor ulike fagfelt i fysioterapi. Disse faggruppene arbeider kontinuerlig med fysioterapifaglige spørsmål.

#### Spesialistordningen:

NFF har siden 1990 hatt en egen ordning for godkjenning av spesialister.

Spesialistordningen setter følgende krav til utdanning: To og et halvt års etter- og videreutdanning eller mastergrad med en fordypning innen spesialistområdet, dokumenterte kunnskaper i vitenskapsteori og forskningsmetoder, deltakelse i kollegaveiledningsgruppe og veilederopplæring. Spesialister må sørge for fornyet godkjenning hvert 7.år. Det er krav til medlemskap i NFF for å bli godkjent spesialist. Det godkjennes spesialister innen følgende områder:

- Allmenn fysioterapi
- Barne- og ungdomsfysioterapi
- Helse- og miljøarbeid
- Idrettsfysioterapi
- Manuell terapi
- Onkologisk fysioterapi
- Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi
- Rehabilitering med fordypning i:
  - geriatrisk og gerontologisk fysioterapi
  - hjerte- og lungefysioterapi
  - nevrologisk fysioterapi
  - kvinnehelse
  - ortopedisk fysioterapi
  - reumatologisk fysioterapi

**Tabell 5.3: Spesialister godkjent av Norsk Fysioterapeutforbund per 31.12.2006**

|  |     |
|--|-----|
| Allmenn fysioterapi  | 46  |
| Barne –og ungdomsfysioterapi   | 132 |
| Helse-og miljøarbeid   | 50  |
| Idrettsfysioterapi   | 22  |
| Manuellterapi  | 97  |
| Onkologisk fysioterapi   | 19  |
| Psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi                                  | 197 |
| Rehabilitering med fordypning i geriatrik gerontologisk fysioterapi    | 11  |
| Rehabilitering med fordypning i hjerte- og lungefysioterapi            | 17  |
| Rehabilitering med fordypning i nevrologisk fysioterapi                | 46  |
| Rehabilitering med fordypning i ortopedisk fysioterapi                 | 8   |
| Rehabilitering med fordypning i obstetrisk og gynekologisk fysioterapi | 4   |
| Rehabilitering med fordypning i revmatologisk fysioterapi              | 7   |

**Kilde:** Norsk Fysioterapeutforbund

### **Veiledning**

Det finnes flere etter- og videreutdanninger innen temaet veiledning i tillegg til tilbud om deltakelse i kollegaveiledningsgrupper i NFFs regi. Der kan fysioterapeuter sammen belyse og bearbeide egen fagutøvelse og egen yrkesrolle. Veiledningspedagogikk og den kommunikasjonsformen den er kjennetegnet av, er et nyttig verktøy for å utvikle fysioterapifaget generelt og for den enkeltes spesifikke kompetanseheving.

### **System for faglig ajourføring i regi av NFF**

NFF har under utvikling et system som skal inspirere fysioterapeuter i klinisk praksis til å holde seg oppdatert på en målrettet og systematisk måte. Dette omfatter videreutdanninger og kurs, men også nettverksgrupper, hospiteringer, veiledning og andre læringsaktiviteter. Ved å bevisstgjøre og strukturere sin egen ajourføring, vil den enkelte fysioterapeut kunne bidra i å fremme kunnskapsutvikling og styrke fysioterapitjenesten

NFF utarbeidet i 1992-98 faglige standarder innen ulike arbeidsområder innen fysioterapifaget. Det ble etablert et prosjekt for å evaluere disse standardene og for å tilfredsstillende kravene fra Sosial- og helsedirektoratets veileder ”retningslinjer for retningslinjer” og World Confederation for Physical Therapy (WCPT) sine retningslinjer for utvikling av retningslinjer i fysioterapi. De aktuelle kliniske standardene har blitt evaluert ved hjelp av et internasjonalt utviklet evalueringsverktøy for faglige retningslinjer AGREE og funnet at de ikke tilfredsstilte kravene, men kan være nyttige som faglige temaskriv.

### **5.9 Etterutdanning i regi av Private fysioterapeuters forbund**

PFF har ca 560 medlemmer som utelukkende arbeider i privat virksomhet. De fleste har driftsavtale med kommunen. Forbundet driver egne kurs og har en egen spesialisering innen klinisk ortopedisk fysioterapi. Spesialistene må søke om fornyet godkjenning hvert 5. år. Ved utgangen av 2006 var det 37 fysioterapeuter som har denne spesialisttittelen.

## 6 Tilgang og avgang på fysioterapeuter

Tilgangen på fysioterapeuter er i dag god. Det er stor søkning til ledige stillinger og avtalehjemler, også i distriktsNorge. Arbeidsledighet blant fysioterapeuter som er registret hos NAV viser en svak økning de siste fire år.

### 6.1 Tilgang på fysioterapeuter i Norge

Tilgangen på fysioterapeuter i Norge består av tre kategorier:

- Fysioterapeuter som er utdannet i Norge
- Norske fysioterapeuter som er utdannet i utlandet
- Utenlandske fysioterapeuter som søker norsk autorisasjon

#### 6.1.1 Utdanningskapasitet i Norge

Fysioterapiutdanningen var i 1984 lokalisert ved tre utdanningsinstitusjoner i Norge. Derav to i Oslo, Fysioterapihøgskolen i Oslo (HiO) og Norsk Mensendieckhøgskole (MHF) samt ved Høgskolen i Bergen (HiB). I løpet av 1990-tallet skjedde det en økning i utdanningskapasiteten ved at det ble opprettet fysioterapeututdanning i Tromsø (HiTø) og Trondheim (HiST).

**Tabell 6.1: Uteksaminerte fysioterapeuter ved de ulike høgskoler i Norge**

| Sted | 1984 | 1992 | 1995 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| HiO  | 100  | 100  | 100  | 109  | 106  | 107  | 100  |
| MHF  | 50   | 50   | 50   | 49   | 57   | 50   | 46   |
| HiB  | 40   | 40   | 60   | 71   | 73   | 67   | 70   |
| HiTø |      | 30   | 30   | 32   | 30   | 29   | 32   |
| HiST |      | 25   | 60   | 68   | 68   | 60   | 60   |
| Sum  | 190  | 250  | 290  | 329  | 334  | 313  | 308  |

**Kilde:** Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell - SAFH

Tallene i tabell 6.1 er hentet fra ”Database for statistikk om høyere utdanning (2002 – 2005) og supplert ved telefoniske henvendelser til utdanningsstedene. Tallene for 1984-95 er beheftet med en viss usikkerhet.

Ved høgskolen i Tromsø har de for tiden en prøveordning med 12 deltidsstudenter som gjennomfører studiet på 4 år.

### 6.1.2 Utdanning i utlandet

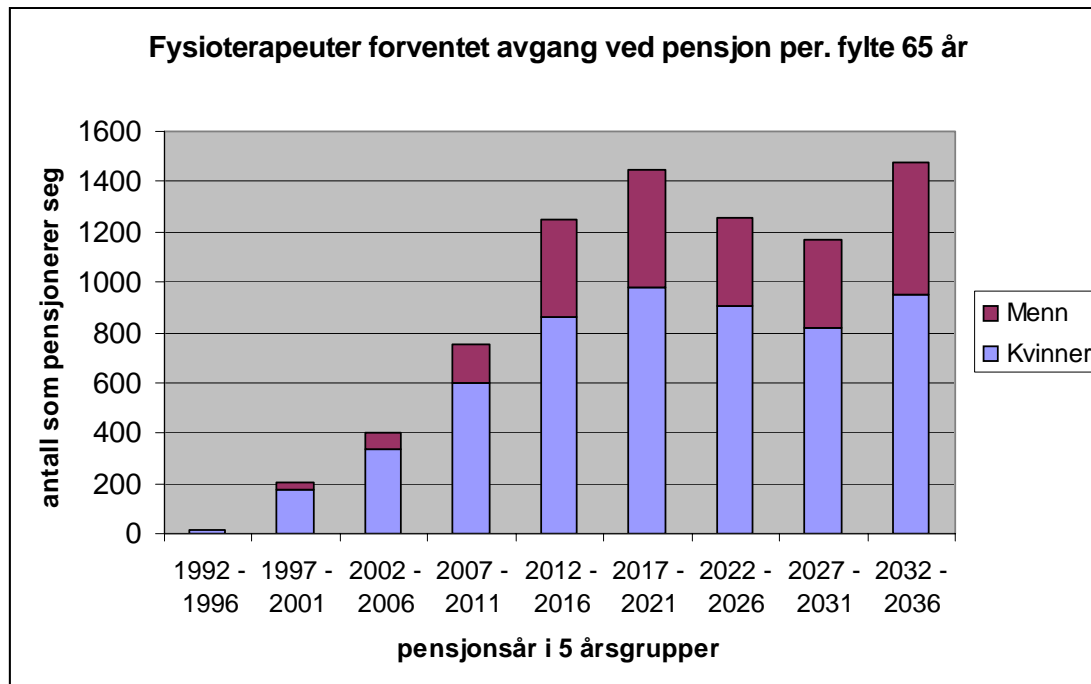
I tillegg til fysioterapeututdanning i Norge, har det vært et betydelig antall norske studenter som har tatt utdanning i utlandet. (Se tabell 6.2). I 2003 var det 202 norske fysioterapeuter som var utdannet i utlandet som fikk autorisasjon i Norge. I 2005 var tallet 109. Reduksjonen kan ha sammenheng med at Lånekassen fjernet gebyrstipendet for utenlandsstudenter slik at det ble kostbart å studere i utlandet. Et vanskelig arbeidsmarked for fysioterapeuter kan også ha medvirket til reduksjonen. Det er Statens Autorisasjonskontor For Helsepersonell (SAFH) som vurderer søknader og innvilger autorisasjon for utenlandske fysioterapeuter og norske fysioterapeuter utdannet i utlandet

### 6.1.3 Utenlandske fysioterapeuter

Tall fra SAFH viser antall utenlandske fysioterapeuter som har fått autorisasjon i Norge i perioden 2000 – 2005 (jf tabell 6.3). Antallet i 2005 var 44. Antallet er redusert noe fra 2000. Det pressede arbeidsmarkedet for fysioterapeuter kan muligens være årsak til dette.

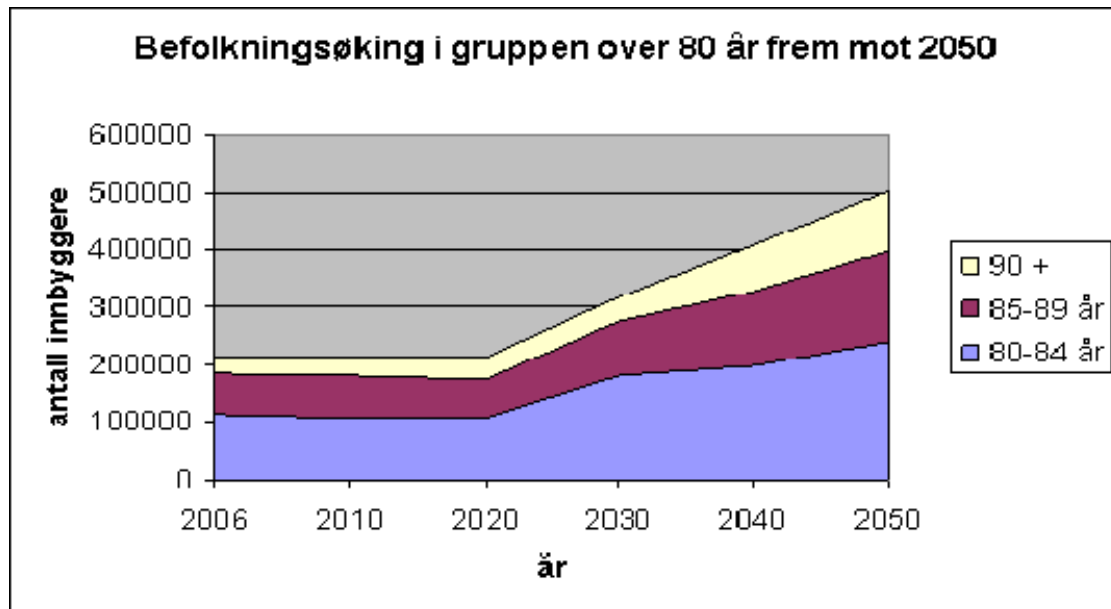
## 6.2 Avgang – fra yrket

Fysioterapeuter er en yrkesgruppe som tradisjonelt arbeider til oppnådd pensjonsalder. Forutsatt dagens arbeidsmønster og alderssammensetning vil det fra ca 2017 bli stor avgang på fysioterapeuter (jf figur 6.1). Det er her tatt høyde for pensjonsalder på 65 år.



**Figur 6.1:** Antall autoriserte fysioterapeuter som arbeider i dag beregnet etter fødselsår i de ulike intervaller. Det er lagt til grunn en pensjonsalder på 65 år (jf tabell 6.4).

**Kilde:** SAFH



Figur 6.2: Befolkningsøkningen i gruppen over 80 år gruppert etter alternativ 80 – 84 år, 85 – 89 år samt over 90 år (jf tabell 6.5)

Kilde: SSB (2006 MMMM)

Ser en på befolkningsfremskrivningen sammenlignet med i dag med middels fruktbarhet, middels levealder, middels flyttenivå og middels nettoinnvandring (MMMM) vil eldrebølgen slå kraftig ut mot år 2020. Prosentvis vil den største økningen skje i gruppen over 90 år. Omtrent på samme tid vil et stort antall fysioterapeuter gå av med pensjon. (Se figur 6.1). Beregninger foretatt med HELSEMID- (SSB) viser at det blir underdekning av fysioterapeuter forutsatt at årsverksinnsatsen i kommunene blir som i dag og man legger brutto nasjonalproduktet til grunn.

### 6.3 Arbeidsledighet blant fysioterapeuter

NFF har gitt signaler om at nyutdannede fysioterapeuter i økende grad har vansker med å skaffe seg arbeid som fysioterapeut. Hos NAV viser den registrerte arbeidsledigheten blant fysioterapeuter noen sesongmessige variasjoner. Det er naturlig at det er et større antall ledige fysioterapeuter i august enn ellers i året. På dette tidspunkt har mange nettopp avsluttet turnustjenesten og ikke skaffet seg nytt arbeid ennå. De reelle ledighetstallene er nok høyere da fysioterapeuter i liten grad antas å melde seg arbeidsledige. Mange nyutdannede fysioterapeuter arbeider i store praksiser sammen med avtalefysioterapeuter. Disse arbeider uten driftsavtale og trekkes inn ved behov når det er lange ventelister. Mye tyder også på at fysioterapeuter søker seg til andre sektorer som personlige trenere/instruktører ved helsestudio, ev friskvernsentre fremfor å melde seg arbeidsledige.

**Tabell 6.6: Antall fysioterapeuter som er meldt arbeidsledige i perioden 2001-2006**

| <b>Periode</b> | <b>Antall ledige</b> |
|----------------|----------------------|
| August 2001    | 69                   |
| Desember 2001  | 38                   |
| August 2004    | 71                   |
| Desember 2004  | 63                   |
| August 2005    | 85                   |
| Desember 2005  | 61                   |
| August 2006    | 90                   |
| Desember 2006  | 51                   |

**Kilde:** NAV

## 7 Utvikling av årsverksinnstas for fysioterapeuter

Offentlig statistikk for fysioterapeuter i kommunehelestjenesten eksisterer fra 1985. Tallene fra 1985 – 2000 er hentet fra kommunestatistikken. Disse tallene er noe usikre, men de viser en trend over utviklingen.

Ved innføring av kommunehelseloven i 1984 var det få fastlønnsstillinger for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. I løpet av 80 årene gjorde ordningen med fastlønnsstilskudd det mulig for kommunene å øke antallet på fastlønnsstillinger. Dette skjedde parallelt med at oppgavene i kommunehelsetjenesten ble utvidet. I 1988 kom sykehjemsreformen som innebar at forvaltningen av sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene. I den forbindelse fikk den kommunale fysioterapitjenesten en stor tilvekst av ressurser(21).

Utviklingen viser en jevn økning av antall årsverk for fysioterapeuter frem til år 2002-2003. Deretter viser offentlig statistikk en stagnasjon og sogar en reduksjon av fastlønnsstillinger for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Utviklingen synes å ha sammenheng med stram kommuneøkonomi. Dette bekreftes av informanter som er kontaktet i kommuner i alle landets fylker (jf resultat av spørreundersøkelsen, kapittel 9).

**Tabell 7.1: Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten 1985-2005**

|                       | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Fysioterapeuter i alt | 2292 | 2520 | 2858 | 3870 | 4009 | 4025 | 4011 | 3994 |
| Avtalefysioterapeuter | 2096 | 2104 | 2017 | 2376 | 2467 | 2495 | 2503 | 2531 |
| Fast lønn             | 188  | 367  | 757  | 1357 | 1417 | 1401 | 1366 | 1326 |
| Turnus                | 8    | 49   | 84   | 137  | 125  | 129  | 142  | 137  |

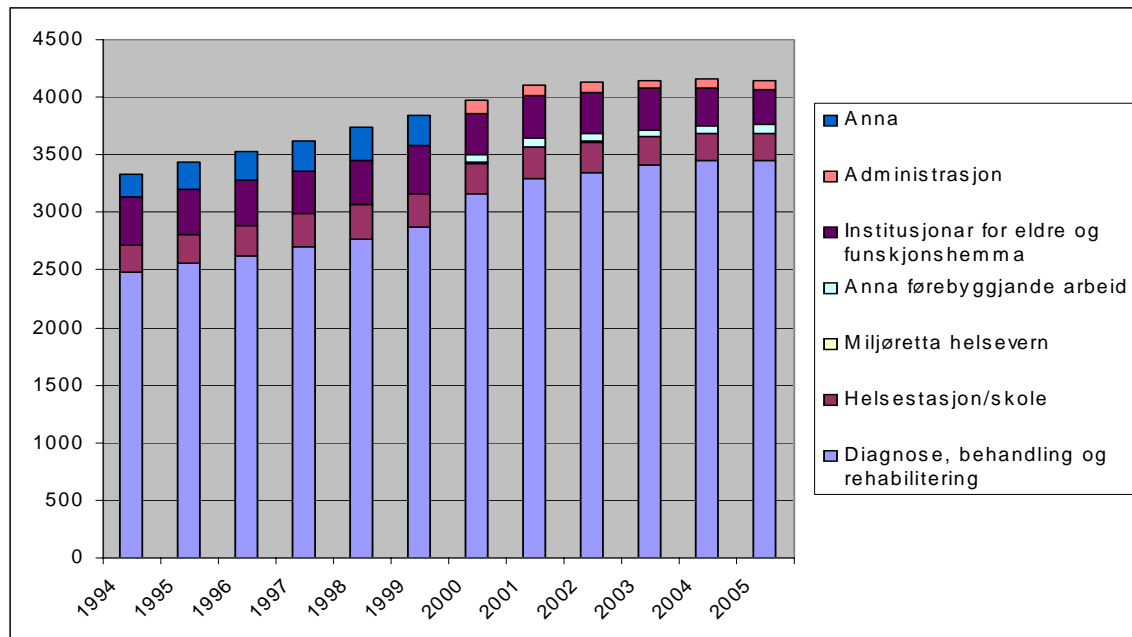
**Tabell 7.1:** Viser en økning av årsverksinnsats for fysioterapeuter fra 1985 – 2005. Det er bare i gruppen fastlønte fysioterapeuter hvor det fremkommer en reduksjon i årsverksinnsats sist i perioden. Registrerte fysioterapeuter uten driftsavtale er ikke medregnet.

**Kilde:** SSB- statistikkbanken

### 7.1 Årsverksinnsats fordelt på funksjonsområder

Fra år 2000 skjedde det en endring i rapporteringen for kommunal statistikk. Dette fremkommer i figur 7.1. Før den tid var ikke funksjonsområdene inndelt på samme måte. Statistikken er derfor ikke sammenlignbar mht inndeling i funksjonsområder før og etter 2000. Det finnes ikke offentlig statistikk fordelt på funksjonsområder fra perioden 1984-1994. Fra 2001 er det god kvalitet på dataene. Statistikken for 2000 kan være beheftet med noe usikkerhet, men den taes likevel med.

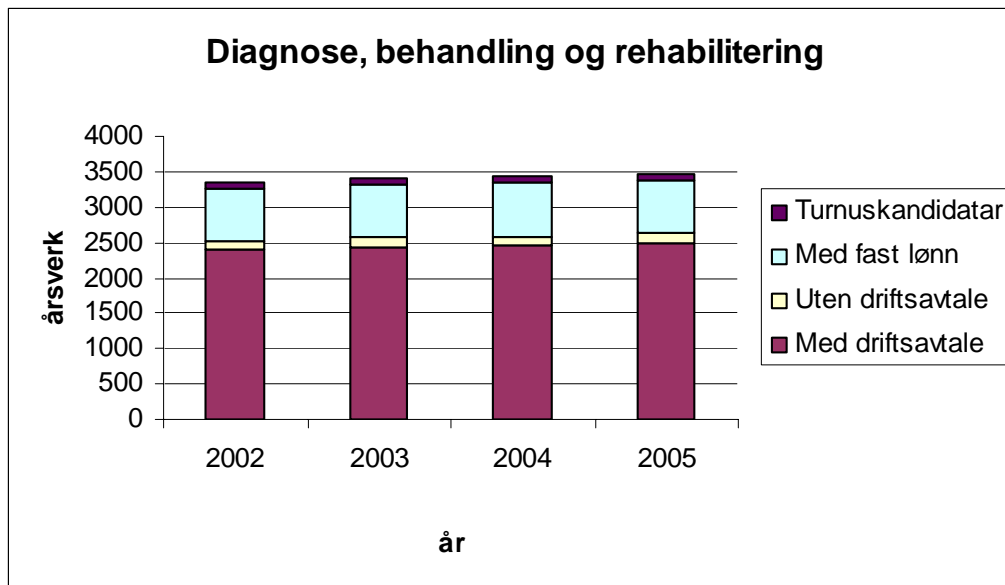
### Årsverksinnsats fysioterapeuter etter funksjonsområder



**Figur 7.1:** Viser årsverksinnsats for fysioterapeuter fra 1994-2005 innenfor ulike funksjonsområder i perioden 1994-2005.

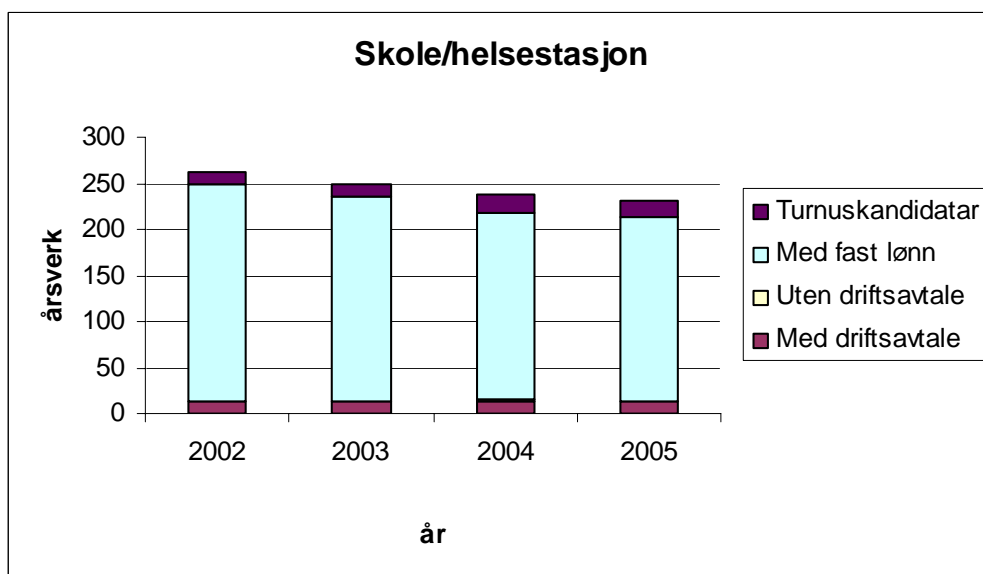
**Kilde:** SSB statistikkbanken

Årsverksinnsatsen for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten økte fra 1994 fra 3 336 årsverk til 4162 i 2004. I 2005 viser den totale årsverksinnsatsen en reduksjon med 14 årsverk. Reduksjonen var primært i gruppen fastlønte fysioterapeuter. (Jf tabellene 7.2, 7.3, 7.6). Gruppen avtalefysioterapeuter viser en økning av årsverksinnsatsen for samme periode (jf tabell 7.2). For 2005 er den totale årsverksinnsatsen for fysioterapeuter redusert sammenlignet med 2004. Reduksjonen er størst innenfor området institusjoner for eldre og funksjonshemmede, men også innenfor helsestasjon, skole og administrative stillinger. Innenfor området diagnose, behandling og rehabilitering ser en derimot en jevn økning frem mot 2004. Nye endringer i lovgrunnlaget i 1998 og 2000 ga en volumøkning innen gruppen avtalefysioterapeuter i de aktuelle periodene (jf pkt 2,1 og 3,5).



**Figur 7.2:** Fordelingen av årsverk fordelt på ulike tilknytningsformer innen for diagnose, behandling og rehabilitering i perioden 2002-2005. Årsverksinnsatsen for denne perioden er relativt stabil. (Jf tabell 7.3)

**Kilde:** (SSB KOSTRA )

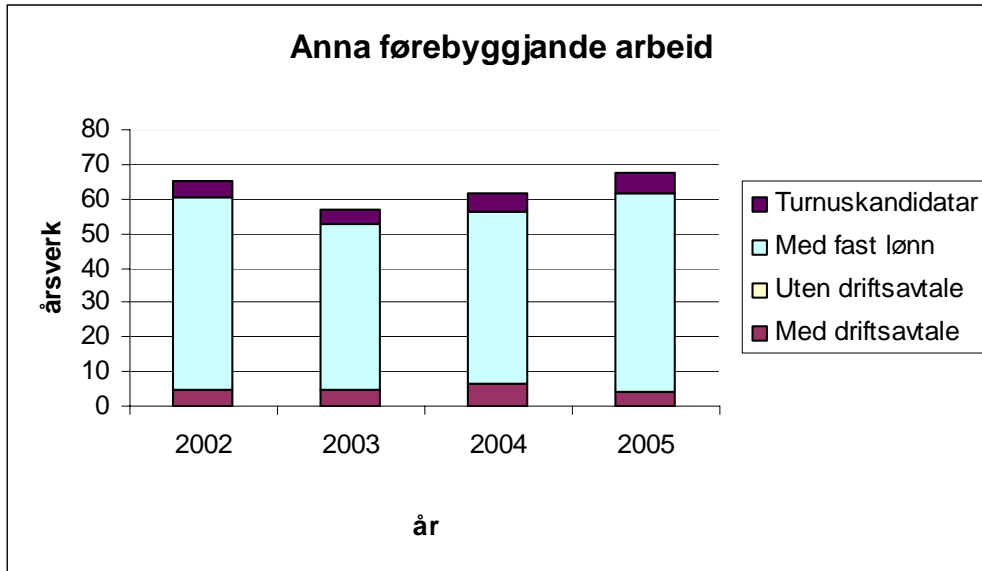


**Figur 7.3:** Fordeling av årsverk fordelt på ulike tilknytningsformer innen skole og helsestasjonsvirksomhet. Den totale årsverksinnsatsen for funksjonsområde skole/helsestasjon viser en nedgang fra 2002 – 2005 med 32 årsverk. Nedgangen er størst for fastlønte fysioterapeuter (jf tabell 7.4).

**Kilde:** (SSB, KOSTRA )

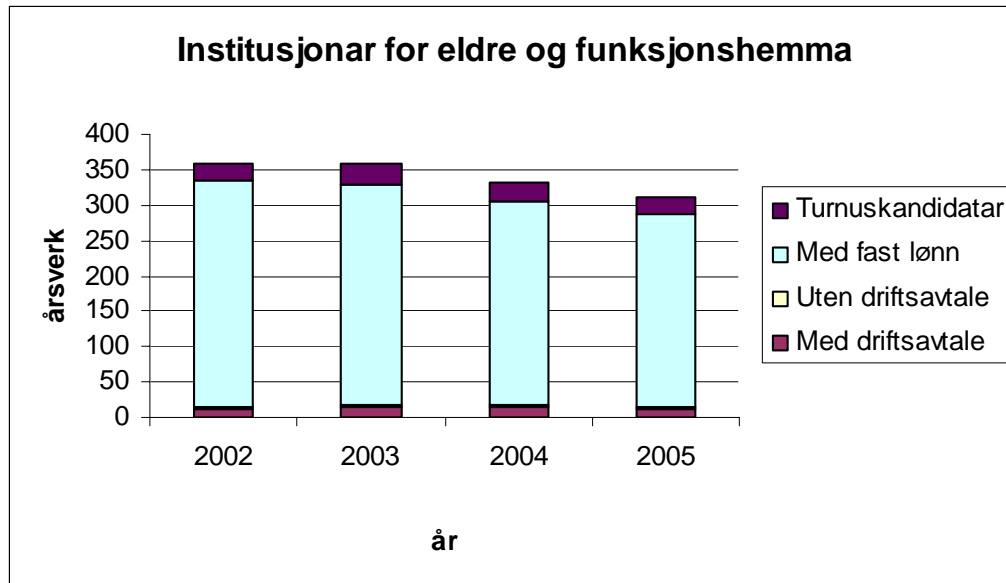
Ved intervju av fastlønte fysioterapeuter (N= 31) fra alle fylker i landet som arbeider innen området skole, helsestasjon og barnehage beskrives en situasjon hvor innsatsen har

vært større tidligere. Vanskelig kommuneøkonomi har fremtvunget en større satsing på habilitering og kurativ virksomhet for funksjonshemmede barn. Mindre ressurser benyttes i dag til forebyggende og helsefremmende tiltak. Mange beskriver også vansker med å rekruttere ergoterapeuter, noe som gjør at fysioterapeuter som arbeider med barn og unge må forsøke å fylle deler av denne yrkesrollen. Dette gjelder oppgaver som praktisk tilrettelegging i hjem, barnehage og skolesituasjon samt å søke om og foreta utprøving av tekniske hjelpemidler.



**Figur 7.4:** Fordeling av årsverk fordelt på ulike tilknytningsformer innen annet forebyggende arbeid. Hovedtyngden av arbeidet foretas av fastlønte fysioterapeuter. Etter å ha vist en nedgang frem mot 2003 har årsverksinnsatsen igjen vist en økning de siste to år (jf tabell 7.6).

**Kilde:** SSB KOSTRA



**Figur 7.5:** Fordeling av årsverk fordelt på ulike tilknytningsformer innenfor institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Utvikling viser en reduksjon i innsatsen for alle tilknytningsformer. Reduksjonen er størst innenfor gruppen fastlønte fysioterapeuter. For avtalefysioterapeuter og turnuskandidater er tallene nokså stabile fra 2002 (jf tabell 7.7).

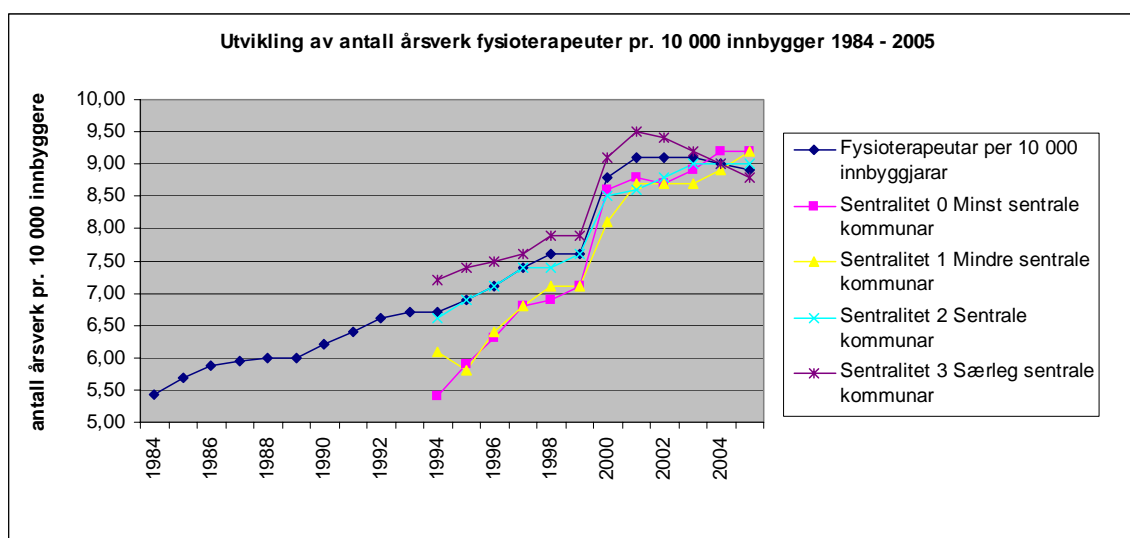
**Kilde:** SSB

## 7.2 Årsverksinnsats fordelt geografisk

Statistikk av årsverksinnsats per 10 000 innbyggere fra 1994 – 2005 med bakgrunn i ulike kommunestørrelse viser at det i 1994 var gjennomsnittlig 5,4 årsverk i de minst sentrale kommunene og 7,2 årsverk i særlig sentrale kommuner i Norge. Ved utgangen av 2005 var variasjonene gjennomsnittlig 9,2 årsverk i de minst sentrale kommunene og 8,8 årsverk i de mest sentrale kommunene. Årsaken til at forholdet er snudd har trolig sammenheng med svak kommuneøkonomi i de større kommunene. Dette har igjen ført til nedskjæringer blant annet innen fysioterapitjenesten.

Sett i forhold til befolkningsutviklingen er det en liten nedgang total i antall fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere for landet som helhet mot slutten av perioden.

## Utviklingen av antall årsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere i perioden 1984-2005



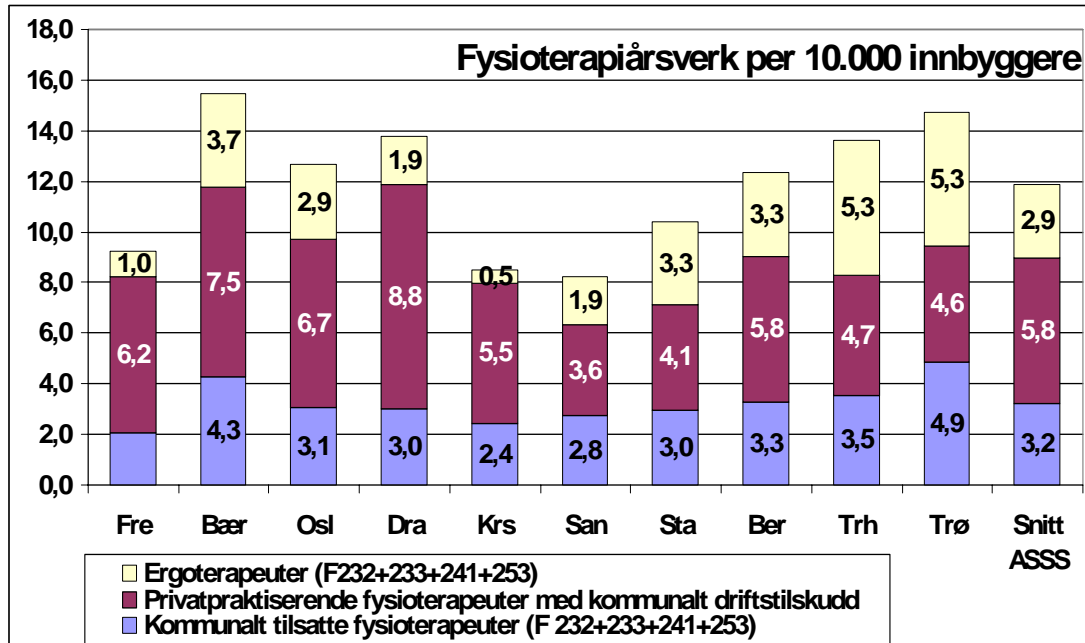
**Figur 7.6:** Fordeling av årsverk basert per 10 000 innbyggere i intervaller fra minst sentrale til særlig sentrale kommuner. Det foreligger ikke tall for slik beregning for hele perioden. Fra 1984 vises det totale antall fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere. Fra år 2000 er fysioterapeuter i institusjon talt med samt avtalefysioterapeuter i den byomfattende ordningen i Oslo kommune. I tillegg har politiske føringer i 1998 og 2000 medført økning av volumet av avtalebasert fysioterapi. Disse forholdene er årsaken til at det fremstilles som er betydelig volumøkning i figuren (jf tabell 7.8).

**Kilde:** SSB- KOSTRA og kommunestatistikken

Som nevnt i pkt 4.1.4 ble refusjonsretten for fysioterapeuter uten avtale om driftstilskudd med kommune avviklet per 01.07.1998. (Ot.prp 47- Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell)(23). Fysioterapeuter med trygdeavtale ble tilbudt avtale med kommunen i tråd med det faktiske arbeidsvolum de hadde med maksimalt et årsverk. Fra og med 1998 ble derfor avtalevolumet for denne gruppen registrert i kommunen. Dette resulterte i en økning av registrert antall årsverk, men ingen økning i faktisk utført arbeid.

Ser man på fordeling av antall årsverk per 10 000 innbyggere fordelt på fylker var gjennomsnittet for 2005 på 8,8 årsverk. Oppland fylke hadde best dekning med gjennomsnittlig 10,5 årsverk. Rogaland hadde den laveste dekningen med gjennomsnittlig 6,9 årsverk per 10 000 innbyggere (jf tabell 7.9).

## Årsverk fysioterapeuter og ergoterapeuter i de største kommunene – 2005



Figur 7.7: Årsverksinnsatsen for avtalefysioterapeuter og fastlønte fysioterapeuter samt ergoterapeuter i kommunene: Fredrikstad, Bærum, Oslo, Drammen, Kristiansand, Sandnes, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø pr 10 000 innbyggere. Bærum og Tromsø har større årsverksinnsats enn gjennomsnittet på fastlønte fysioterapeuter. Kristiansand og Sandnes har den lavest årsverksinnsatsen for samme gruppe. Når det gjelder avtalefysioterapeuter er variasjonene større. Bærum og Drammen ligger over gjennomsnittet for alle kommunene. Kristiansand, Stavanger, Sandnes og Trondheim ligger under gjennomsnittet for kommunene.

Kilde: SSB-Statistikkbanken (Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner ASSS)

### 7.3 Tilbud og etterspørsel

Behovet for fysioterapitjenester er vanskelig å definere. Det kan i praksis være vanskelig å skille mellom behov, etterspørsel og tilbud. Erfaringsmessig vil et økt tilbud gi større etterspørsel. Det foreligger ingen offisiell norm for beregning av behovet for fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Mye tyder på at behovet for fysioterapi er økende. Følgende forhold indikerer dette:

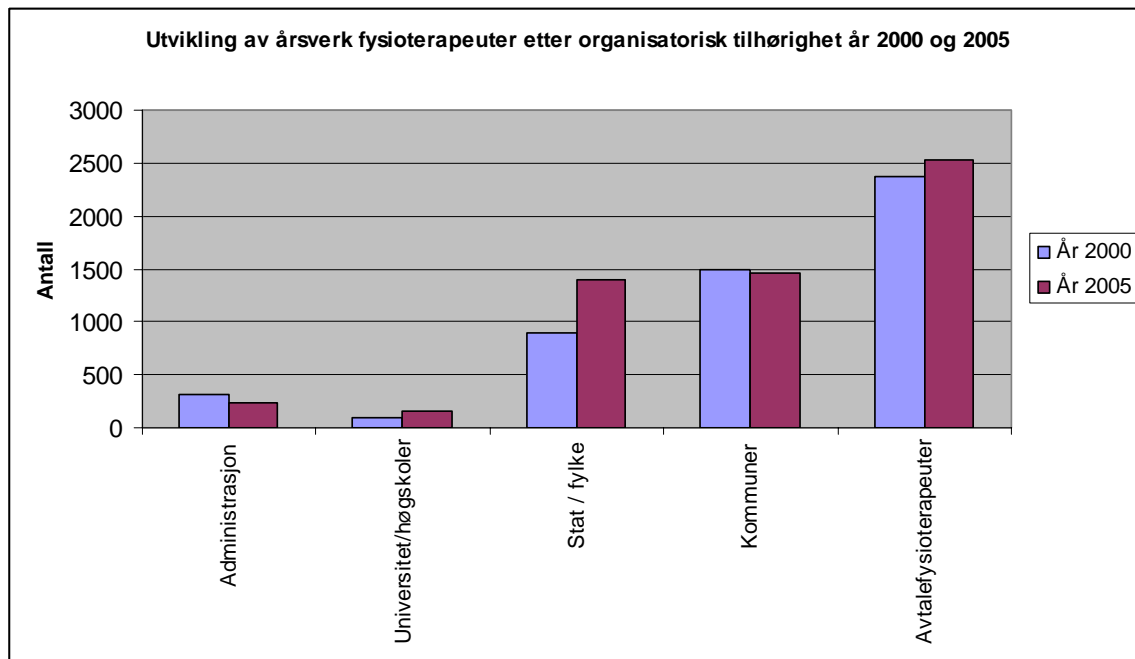
- I henhold til Levekårsundersøkelsen (2005) anslås 10 % av befolkningen i aldersgruppen 16-66 år som funksjonshemmet. Da er ikke aldersgruppen under 16 år og eldre enn 66 år tatt med. Spesielt den siste gruppen er en stor gruppe. Andre undersøkelser viser høyere prosentandeler.

- I dag ”reddes” stadig flere premature barn fra tidlig død. Disse barna har ofte forsinket motorisk utvikling med de følger det får for barnets videre tilpasning i samfunnet.
- I henhold til Dr. med Egil W. Martinsen vil 50 prosent av den norske befolkningen i løpet av livet få en behandlingstrengende psykisk lidelse som oftest i form av depresjon, angst og misbruk eller avhengighet av rusmidler(30).
- Utskrivning av pasienter fra helseforetakene skjer i dag raskere enn tidligere. Dette gir ekstra press på primærhelsetjenesten inklusiv fysioterapitjenesten. For å oppnå optimal effekt av f eks ortopediske og kirurgiske inngrep i muskel-skjelettsystemet, er det helt nødvendig at fysioterapi iverksettes raskt etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- En stor andel av befolkningen har muskel-skjelettplager. I Nasjonalt ryggnettverks rapport nr 1, 2004 ”plager flest- koster mest” heter det blant annet at: ”hele 80% av befolkningen har hatt plager fra muskel-skjelettsystemet i en eller annen form innen den siste måned. Dette inkluderer også lettere plager som ikke nødvendigvis trenger behandling. Pasienter med lidelser i muskel-skjelettsystemet er storforbrukere av både offentlige og private helsetjenester(31).”
- Offentlig statistikk viser at sykefravær i stor grad skyldes belastninger i muskel- og skjelettsystemet, spesielt relatert til rygg-, nakke-, skulder-, og armproblematikk(32).  
Sykefravær i Norge var høyere i 2006 enn i 2005. Økningen fremkom i de fleste næringsgrupper samt i alle aldergrupper. Sterkest var veksten for det legemeldte sykefraværet i gruppen 20 – 24 år(33).
- Norges befolkning øker i vekt pga mangel på mosjon. WHO betegner inaktivitetsutviklingen som en global epidemi. Mange skader som behandles i dag hos fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten kunne ha vært unngått dersom befolkningen hadde hatt en bedre basis for utøvelse av fysisk aktivitet. I henhold til St. melding nr 16 (2002-2003)- Folkehelsemeldingen, er kommunehelsetjenesten en viktig innfallsport(34).
- I henhold til St. melding nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening” vil forlenget levealder og store fødselskull fra 1945 til 1960 føre til at antall eldre vil bli betydelig høyere i årene som kommer(35). Antall personer over 67 år vil fordobles fra 2000 til 2050. Det største omsorgsbehovet finnes imidlertid for gruppen over 80 år. Veksten i antall eldre vil særlig finne sted fra rundt 2020. For gruppen 90 år og eldre skjer det allerede en kraftig vekst de nærmeste årene. Til tross for at fremtidens eldre vil ha god helse, er det mye som taler for at gruppen også vil ha et stort behov for ulike helsetjenester inklusiv fysioterapi.

Det utdannes hvert år ca 300 fysioterapeuter i Norge. I tillegg kommer fysioterapeuter utdannet i utlandet samt utenlandske fysioterapeuter som innvilges autorisasjon i Norge. Samlet utgjør dette ca 450 nye årsverk per år. Fysioterapeuter arbeider primært i i tilknytning til det offentlige, dvs i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten som fastlønte eller avtalefysioterapeuter. HELSEMOD har foretatt beregninger av antall sysselsatte fysioterapeuter som er i markedet i perioden 1999- 2004(36). For menn viste beregningen at 93 prosent av alle registrerte fysioterapeuter var sysselsatt i 1999 og 88 prosent i 2004. For kvinner var det 88 prosent i 1999 og 2004. Da var administrative stillinger samt stillinger i undervisningssektoren talt med. Når det gjelder arbeid blant fysioterapeuter i forhold til et årsverk arbeidet menn 3 prosent utover et årsverk i 1999 og 7 prosent utover et årsverk i 2004. Kvinnene arbeidet 13 prosent mindre enn et årsverk i 1999 og 6 prosent mindre enn et årsverk i 2004.

### 7.3.1 Fysioterapeuters yrkesaktivitet i ulike sektorer

Undersøkelser foretatt i 2002 ved Universitetet i Oslo og Bergen blant studenter som har gjennomført hovedfag i helsefag eller fysioterapivitenskap, viser at mange har gått over i andre stillinger der de fleste inneholder forsknings- og utviklingsoppgaver (37). Fysioterapeuter som er kontaktet i forbindelse med kartleggingen beskriver at de kjenner til fysioterapeuter som arbeider i andre sektorer i kommunen. Dette er som oftest, folkehelsekoordinatorer, Fysak-konsulenter, HMS-konsulenter samt fysioterapeuter i ulike folkehelseprosjekter.



**Figur 7.8:** Fordeling av fysioterapeuter i sektorene offentlige sykehus, offentlig administrasjon, universitet og høgskoler, kommuneansatte og avtalefysioterapeuter

**Kilde:** SSB- registerbasert sysselsettingsstatistikk og KOSTRA (gjelder fastlønte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter)

I 2005 var det 10 015 fysioterapeuter i Norge under 66 år (SSB – registerbasert sysselsettingsstatistikk). Av disse var 8 970 sysselsatt. I denne gruppen er inkludert fysioterapeuter som arbeider innen andre næringer enn fysioterapi. Utviklingen fra 2000 – 2005 (figur 7.8) viser en reduksjon i antall administrative årsverk og fastlønte fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Figuren viser en økning for gruppen fysioterapeuter som arbeider ved Universitet/Høgskole. Likeledes er det økning for gruppen Stat/Fylke. Denne innbefatter blant annet årsverk knyttet til sykehus, spesialsykehjem, psykiatriske institusjoner, rehabiliterings -og opptreningsinstitusjoner samt fylkeskommunale habiliterings-/rehabiliteringsteam. Gruppen avtalefysioterapeuter viser som tidligere nevnt, også en økning (Jf tabell 7.10).

### **7.3.2 Fremtidsperspektiver på tilgang og etterspørsel**

Det autoriseres ca 450 fysioterapeuter i Norge per år. I rapporten ”Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025” fra SSB skriver byrået at

*”Siden veksten i etterspørselen blir noe høyere enn veksten i tilbudet, kan en vente en moderat underdekning av fysioterapeuter i årene framover” Videre skriver byrået ” Som en følge av antall eldre i befolkningen vil imidlertid behovet for fysioterapeuter vokse sterkere fra rundt 2015. Uten en økning i utdanningskapasiteten kan det derfor gå mot underdekning fram mot 2025”.*

Rapporten dokumenterer økt behov for driftsavtaler og stillinger i kommunehelsetjenesten for fysioterapeuter. Samtidig er det viktig å presisere at beregningene SSB har foretatt ikke gir noen sikker prognose om fremtiden, men er et hjelpemiddel til å illustrere hva som kan skje under bestemte forutsetninger.

Denne kartleggingen indikerer økt etterspørsel etter fysioterapeuter i årene fremover og behov for økt utdanningskapasitet. Dette står i kontrast til dagens arbeidsmarkedssituasjon for fysioterapeuter. NFF har gitt signaler om at nyutdannede fysioterapeuter i økende grad har vansker med å skaffe seg arbeid som fysioterapeut. Tallene fra A-etat viser en liten økning i antall arbeidsledige fysioterapeuter. Antallet avtaleløse fysioterapeuter øker (jf pkt 7.6). Det er grunn til å se nærmere på dette i den etterfølgende evalueringen av fysioterapitjenesten i kommunene.

### **7.4 Bruken av deltidshjemler og oppsplitting av allerede eksisterende hjemler**

Et relativt nytt fenomen er den økte bruken av deltidshjemler og oppsplittingen av allerede eksisterende avtalehjemler. I avtaleverket (ASA 4313 punkt 7.1) heter det:

*”Kommunen kan opprette deltidshjemler når dette samsvarer med det reelle behovet. Det kan ikke avtales mindre enn 1/5 driftstilskudd”.*

I de siste årene har henvendelser til KS fra kommuner og NFF gitt grunn til å anta at oppretting av deltidshjemler og oppsplitting av hele avtalehjemler i mange tilfeller er begrunnet med at avtaleløse fysioterapeuter skal oppnå rettigheter til trygderefusjon og/eller at kommunene skal få ”mer fysioterapi for pengene” ved at fysioterapeutene jobber mer enn avtalt tid. Ofte er det en kombinasjon av begge forhold. En slik praksis er ikke i samsvar med partenes forutsetninger i avtaleverket.

NFF foretok i 2005 en spørreundersøkelse blant medlemmer i privat praksis. 865 medlemmer i privat praksis deltok i en ”questbackundersøkelse” av 2064 utvalgte(38). Utvalget baserte seg kun på de privatpraktiserende medlemmer som var registrert med e.postadresse. Svarprosenten var 41,9.

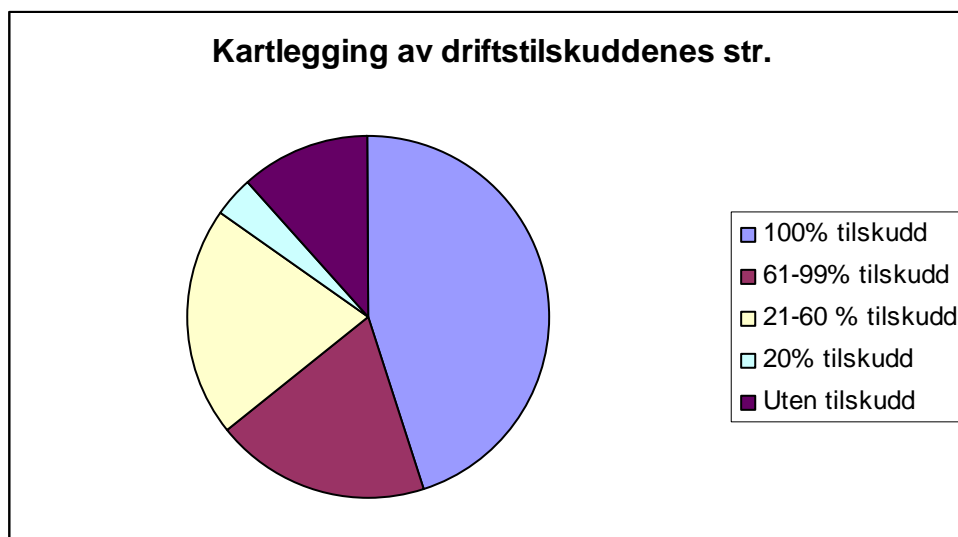
Størrelsen på driftstilskuddene fordelte seg som følger:

**Tabell 7.11: Resultat av NFF’s spørreundersøkelse**

| <b>Driftstilskuddsstørrelse i %</b> | <b>Antall fysioterapeuter</b> | <b>Prosent av 865</b> |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 100%                                | 352                           | 40,7%                 |
| 61-100%                             | 150                           | 17,3%                 |
| 21-60%                              | 162                           | 18,7%                 |
| 20%                                 | 77                            | 8,9%                  |
| Uten tilskudd                       | 91                            | 10,5%                 |

**Kilde: NFF**

332 (38,4 %) svarte at de ikke hadde valgt å redusere driftstilskuddet selv. Det vil si at det i utgangspunktet er inngått en deltidsavtale i 1984 eller senere på bakgrunn av dokumentert arbeidsvolum, eller at de har søkt en utlyst deltidsavtale.



**Figur 7.9: Fordeling av driftstilskuddsstørrelse hos fysioterapeuter**

**Kilde: NFF**

Mye tyder på at det er en økende bruk av deltidsavtaler for fysioterapeuter som arbeider full tid. Opplysninger fra NAV viser at tallet på fysioterapeuter som har mottatt refusjon fra trygden i tidsrommet 1998/99-2003/04 har økt med om lag 15 prosent. Antall årsverk i samme perioden økte med 9,5 prosent.

Det kan synes som om svak kommuneøkonomi de senere år har gjort at kommunene ikke har hatt anledning til å opprette nye avtalehjemler i tråd med behovet. Ved ledigstilte avtaler har disse ofte blitt splittet opp i deltidsavtaler som sysselsetter flere fysioterapeuter og som gjør at kommunen får et bedre tilbud samtidig som utgiftene føres over på trygden. Enkelte kommuner har i tillegg inngått tilplikning til spesielle oppgaver knyttet til en 20 % driftsavtale (ca 7 timer per uke). Dette kan medføre at tid til behandlende virksomhet i praksisen er svært marginal, noe som medfører at fysioterapeuten må arbeide langt utover sin driftsavtale for å kunne opprettholde økonomiske forpliktelser i praksisen.

Store praksiser har ofte høye faste kostnader. Eiere av slike har sett en mulighet til å få inn flere leietakere i praksisen som både kan bidra til å redusere ventelistene, men som også kan bidra til å redusere driftskostnadene på de øvrige fysioterapeutene i praksisen ved at det blir flere fysioterapeuter til å dele på fellesutgiftene.

## **7.5 Tildeling av ledige avtaler**

I henhold til ASA 4313 skal kommunen, etter utlysning, tildele driftsavtale til den best kvalifiserte søker. De eventuelt gjenværende fysioterapeuter i praksisen skal ha uttalerett. Fysioterapeutenes uttalelser skal tillegges stor vekt. Mange kommuner har ikke fulgt denne prosedyren og overlatt til praksisen å utlyse driftsavtalen og foreta tildelingen. På

denne måten kan økonomisk evne til å investere i praksisen få større betydning enn søkerens faglige kvalifikasjoner.

## ***7.6 Avtaleløs fysioterapi praksis***

Avtaleløs fysioterapivirksomhet øker i omfang. Det er en stor utfordring for kommunene å anslå volumet på denne type praksis. Mye tyder på at dette er et storbyfenomen som har hatt sitt opphav i forbindelse med en stigende arbeidsledighet for fysioterapeuter. I den senere tid synes det som om dette er mer utbredt over store deler av landet, også i mellomstore kommuner. Ved spørreundersøkelsen var det ikke mulig å komme i kontakt med fysioterapeuter uten avtale i Nord Trøndelag, Troms og Finnmark. Det betyr ikke at avtaleløs praksis ikke eksisterer i disse fylkene, men det kan tyde på at det ikke er noe stort marked for denne type praksis i disse fylkene. Av gruppen som responderte på spørreundersøkelsen ellers i landet, oppga 79 prosent at de arbeidet i en stor kommune dvs over 20 000 innbyggere.

Mange avtaleløse fysioterapeuter melder ikke i fra til kommunal helsemyndighet ved etablering av praksis. I mange tilfeller skyldes dette at de ikke er kjent med helsepersonellovens bestemmelser om meldeplikt (jf hpl kap 4, § 18 ). Dette medfører at det spesielt i store kommuner er vansker med å få oversikt over omfanget. Et slikt tilbud fungerer på siden av det kommunale system. De er ikke inkludert i kommunens planer og samarbeid. De utløser ikke trygderefusjon, noe som gjør at kronikere og andre pasienter med rett til fri behandling i mindre grad oppsøker disse. Det kan tyde på at de har en spesiell nisje de opererer innenfor med særskilt kompetanse på et arbeidsområde som gjør at pasienter som er villige til å betale hele honorartaksten for behandlingen, oppsøker disse. Ofte er dette en gruppe som også kombinerer sin praksis med bedriftsoppdrag og annen virksomhet som treningsveiledere og lignende.

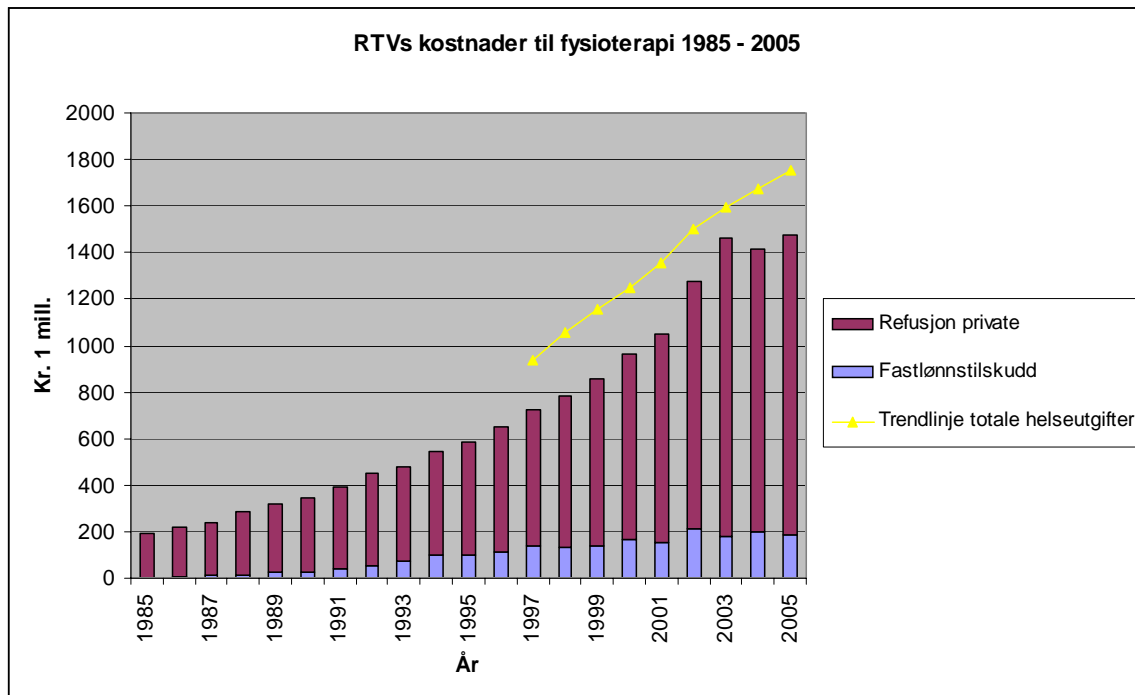
Flere av våre informanter i de største kommunene oppga at de i stadig økende grad mottok barn og pasienter med kroniske lidelser. Dette er pasienter som i utgangspunktet har rett til gratis behandling i henhold til folketrygdloven, men som likevel betaler hele honorartaksten for å komme raskt til behandling.

## 8 Kostnadsutvikling

### 8.1 Rikstrygdeverkets kostnader til fysioterapi

I tråd med økning av årsverksinnsats for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten har trygdens totale utgifter til tjenesten økt. I 1986 var de totale utgiftene til fysioterapi fra trygden 221 mill kroner. Dette inkluderte refusjoner avtalefysioterapi kr 213 mill kr og fastlønnstilskudd for fastlønte fysioterapeuter 8 mill kroner. I 2006 var kostnadene 1 481 mill kr. Henholdsvis 1 290 mill kr i refusjon for avtalefysioterapi og 191 mill kr refusjon fastlønnstilskudd. For gruppen avtalefysioterapi viser utgiftene i 2004 – 2006 en moderat økning i forhold til tidligere år, og for fastlønnstilskudd en reduksjon (jf tabell 8.1).

#### Kostnadsutvikling avtalefysioterapeuters honorarinntekter og fastlønnstilskudd med trendlinje for kostnadsutgifter i helse-Norge for øvrig



**Figur 8.1:** Utvikling av kostnader for avtalefysioterapeuters honorarinntekter fra trygden samt utvikling av kostnader fastlønnstilskudd fra 1985-2005. Trendlinjen viser den prosentvise utvikling av kostnadene i helsenorge for øvrig. Disse tallene er internasjonalt sammenlignbare, men bare fra 1997(39). Trendlinjen er ikke relatert til kostnadene i Y-aksen.

Kilde: NAV

Per 01.01.2003 ble det innført en omlegging av oppgjørsordningen for avtalefysioterapeuter. Det medførte en fremskynding av kostnader, noe som illustreres i figur 8.1. Forskyvninger av utbetalinger kan derfor være årsak til at det i figuren for 2004 fremkommer en reduksjon i utbetalingene for avtalefysioterapeuter sammenlignet med 2003 og 2005.

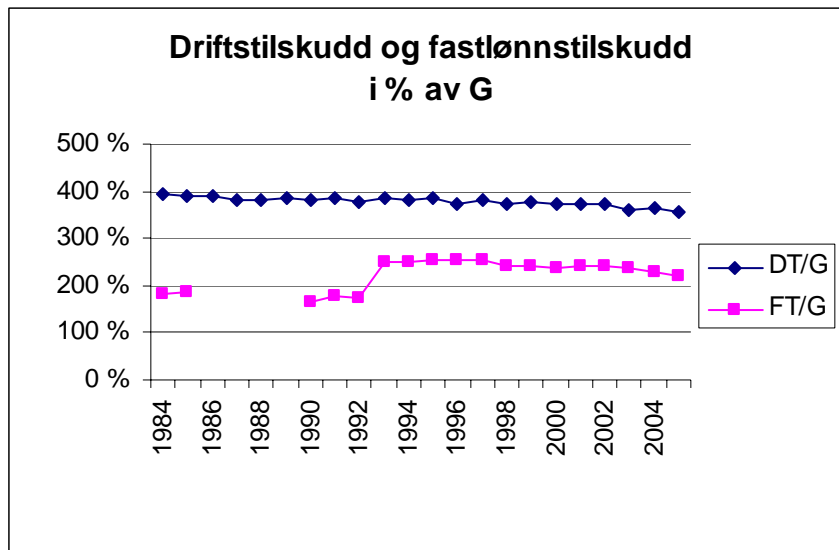
Undersøkelser som er foretatt av Rikstrygdeverket i perioden 1998/1999 – 2003/2004 viser at trygdens refusjonsutgifter til fysioterapi økte med ca 82 prosent.

I samme periode økte tallet på fysioterapeuter som mottok refusjon fra trygden med 15 prosent. Antall avtaleårsverk økte i samme periode med 9,5 prosent. Dette viser at det i samme periode sannsynligvis ble en økning av oppsplittede hjemler.

Videre viser undersøkelsen at antall konsultasjoner har økt i perioden med 37 prosent. Det er også gjort tidsbruksundersøkelser som viser at for samme periode er tidsbruken per pasient sunket per fysioterapeut fra 38,6 minutter i 1998/1999 til 33,6 minutter i 2003/2004.

Veksten i antall konsultasjoner må sees i sammenheng med at effektiviteten i spesialisthelsetjenesten i samme periode har økt betraktelig. Dvs at jo flere kne – og hofteproteser som opereres, jo flere pasienter må fysioterapeutene ivareta postoperativt. Dette medfører at en økning av effektiviteten på spesialisthelsetjenesten også vil medføre et øket press på primærhelsetjenestefunksjoner.

Dersom kostnadene relateres til Grunnbeløpet blir bildet slik:



**Figur 8.2:** Størrelsen på det offentliges andel av midler til den enkelte ansatte /avtalefysioterapeut er redusert de senere årene i forhold til grunnbeløpet (G).

**Kilde:** NAV

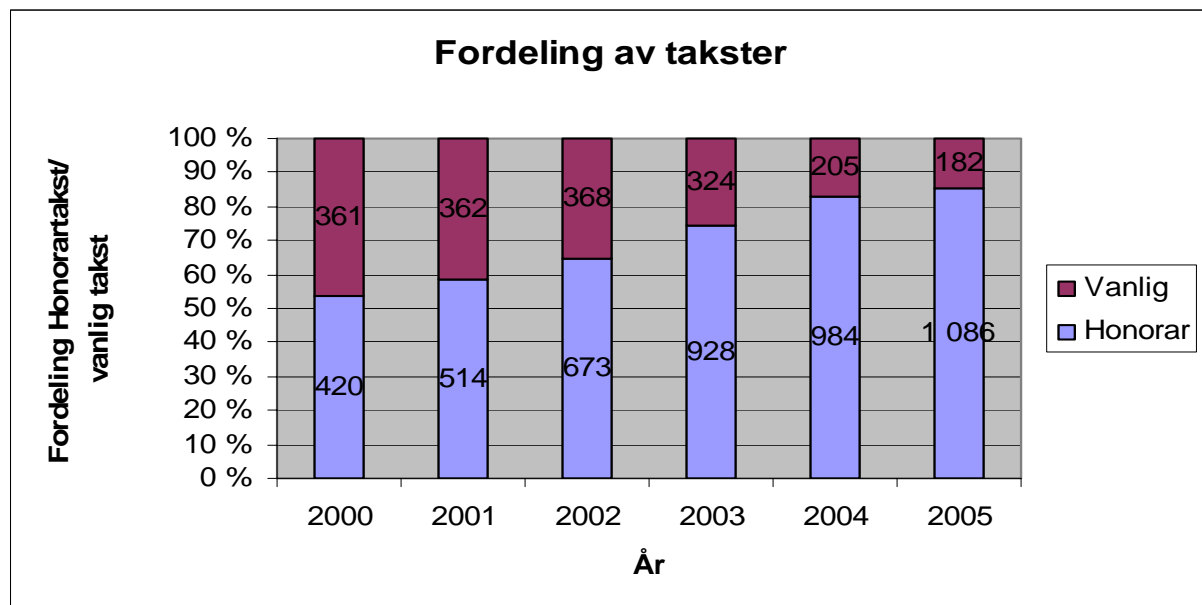
**Tabell 8.2: Utviklingen av driftstilskudd og fastlønnstilskudd i løpende kroner per årsverk**

| Årstall | Driftstilskudd | Fastlønnstilskudd |
|---------|----------------|-------------------|
| 1984    | 95 000         | 44 600            |
| 1990    | 129 000        | 56 800            |
| 1998    | 168 240        | 109 000           |
| 2005    | 216 828        | 134 300           |

Kilde: Statsbudsjettet 1985,1991,1999,2006

## 8.2 Utviklingen av takster til fysioterapi

NAV foretar jevnlig takstbruksundersøkelser om fysioterapeuters bruk av takster. Slike undersøkelser har vært gjennomført siden 1998/1999. Før dette var det ikke god nok statistikk for takstbruk ved fysioterapibehandling. Bakgrunnen for undersøkelsene er å følge utviklingen av takster som igjen gir et viktig faktagrunnlag for takstforhandlinger mellom Staten, KS og NFF.



**Figur 8.3: Utvikling av takster for fysioterapi i perioden 2000 – 2006 for honorartakstpasienter (takster som benyttes for pasienter som får gratis behandling) og takster som benyttes for pasienter som betaler vanlig takst (egenandel).**

Kilde: NAV

Ved takstforhandlingene har det siden 1984 vært en gradvis dreining av takster mot aktive behandlingsformer. Dette gjenspeiles både i hvilke takster som er prioritert i takstoppgjørene og hvilke takster som har hatt størst frekvensøkning. Det har i tillegg

blitt innført noen nye takster i tråd med nye forskningsresultater og fysioterapibehandlingens målbare effekt. Utviklingen har ellers i perioden vært preget av en utvidelse av retten til full refusjon fra trygden til nye pasientgrupper(honorartakst). Det har også vært fokusert på å redusere ventelistene til ortopediske operasjoner. Med kortere liggetid på sykehus har dette samlet ført til flere behandlingstrengende pasienter i privat praksis. Det er i tillegg flere ”alvorlige” syke pasienter og pasienter med store funksjonshemminger som behandles hos avtalefysioterapeuter i dag enn tidligere. Dette har sammenheng med at et større antall funksjonshemmede i dag bor i egen tilrettelagt bolig. Det er i tillegg, gjennom avtaleverket, krav til fysisk tilgjengelighet i private fysioterapipraksiser, samt krav til åpningstid. Dette bidrar til at flere sterkt funksjonshemmede brukere i dag gis mulighet til behandling hos fysioterapeut i privat praksis. Det kan også ha sammenheng med at det er færre fastlønte fysioterapeuter til å behandle denne pasientgruppen.

I 2002 var ca 65-75 prosent av de totale refusjonsutgifter til fysioterapibehandling relatert til honorartakst. Årsaken til denne høye andelen er:

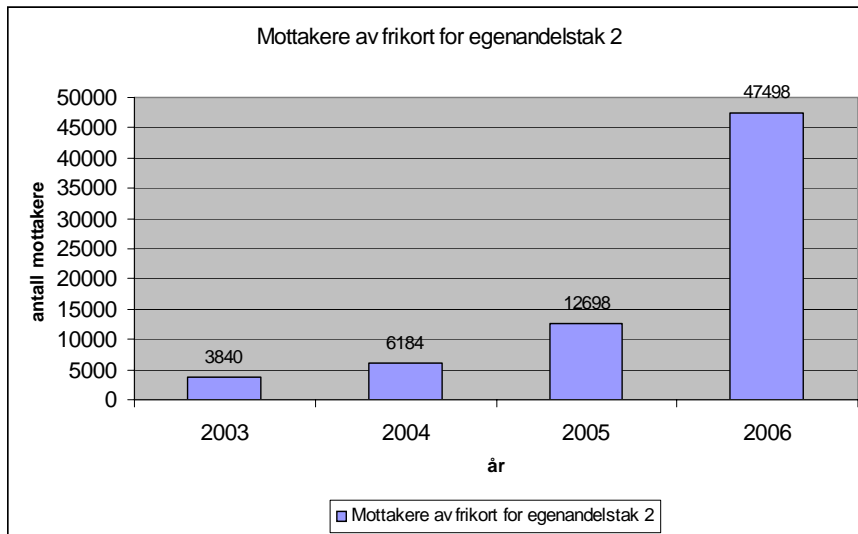
- honorartakstpasientene har lenger behandlingsserier enn pasienter som betaler vanlig takst (egenandel)
- utgiftene per behandling er høyere for honorartakstpasienter fordi man ofte bruker aktiv oppvarming (kombinasjonstakster)
- taksten inkluderer utgifter til refusjon av egenandeler til honorartakstpasienter (pasienter som har rett til gratis behandling fra diagnoselisten inkl barn)

I 2005 var utgiftsandelen for honorartakstpasienter kommet opp i 86 prosent. Den sterke veksten de senere årene antas å ha sin bakgrunn i:

- store egenadelsøkninger i 2003 (10 prosent) 2004(12 prosent) og 2005 (8 prosent)
- mer bruk av aktiv oppvarming / behandlingstakster for diagnoselistepasienter (nye takster som kan kombineres med behandlingstakster)
- flere pasienter defineres inn under diagnoselisten
- økt antall fysioterapeuter med små driftsavtaler som gir dem rett til å sende regning til trygden

### 8.3 Utviklingen i egenandelstak 2

Etter 01.01.2003 har fysioterapi inngått i egenandelstak 2

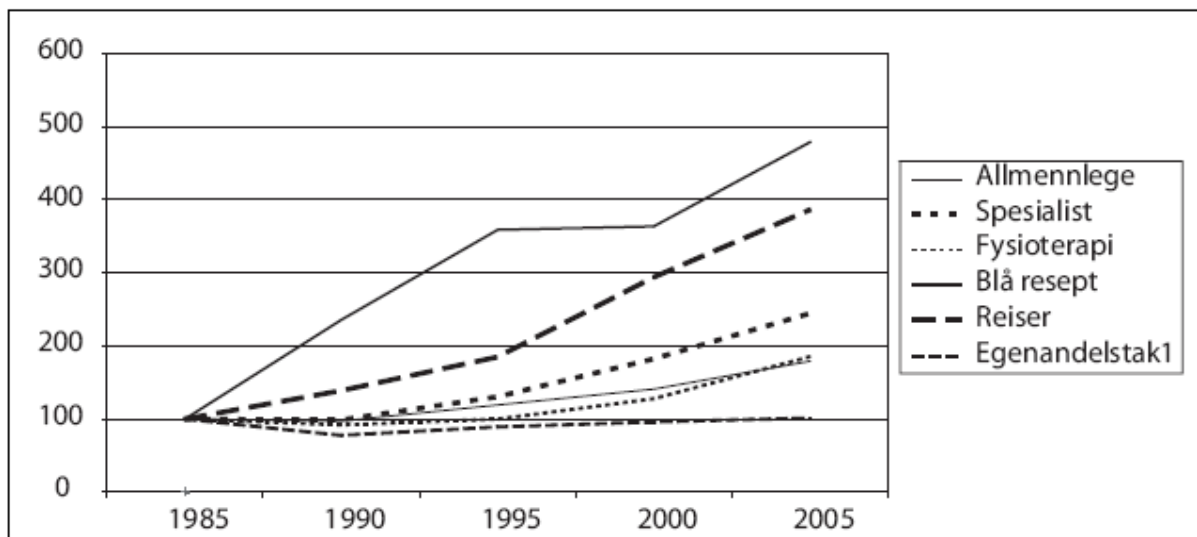


**Figur 8.4** Viser antall mottakere av frikort egenandelstak 2

**Kilde:** NAV

Folketrygdens utgifter til refusjon av egenandeler for brukere med frikort egenandelstak 2 utgjorde i 2006 127,5 millioner. Av disse gjaldt 106,1 millioner kroner egenandeler for fysioterapi, dvs. 83,2 prosent av de totale utgiftene. Dette indikerer at fysioterapi er den tjenesten som i størst utstrekning bidrar til opptjening av frikort egenandelstak 2.

Den kraftige økningen av mottakere av frikort under egenandelstak 2 i 2006 skyldes at egenandelstak 2 ble redusert fra kr 3500 til kr 2500 per 1.01.2006. Det gjorde at en større gruppe brukere av fysioterapi kom inn under ordningen. Det ble i statsbudsjettet for 2006 innført en egenandel på kr 50 per behandling (9) for pasienter på den såkalte diagnoselisten (pasienter med rett til fritak for egenandel). Den nye egenandelen medførte at flere brukere oppnådde egenandelstak 2. Ordningen ble opphevet etter 1. halvår 2006.



Figur 8.5: Prosentvis utvikling i utvalgte egenandeler og egenandelstak 1 (indeks faste kroner)

Kilde: St.meld nr. 1 (2006-2007) (40)

Figur 8.5 viser at uttrykt i faste kroner økte egenandelene hos allmennlege og fysioterapeut med henholdsvis 19 og 0 prosent fra 1985 – 1995 og med 50 og 86 prosent fra 1995 til 2005.

#### **8.4 Behandling av pasienter på tvers av kommunegrensler**

Enkelte kommuner, har unnlatt å tilpasse fysioterapitilbudet etter innbyggerens behov. Dette har medført at innbyggerne pendler til nabokommuner for å få behandling. Ofte er dette innenfor særskilte spesialiteter. Flere kommuner har kartlagt dette ”pendlerfenomenet” og forsøkt å sende regningen for tjenesten til nabokommunen uten at dette har ført frem. Andre kommuner har samarbeidet om finansiering av driftstilskudd.

## 9 Resultat av spørreundersøkelsen

Det er ikke foretatt noen nasjonal kartlegging av fysioterapitjenesten med henblikk på praksisprofil. Enkelte kommuner har foretatt kartlegginger over tid for å følge utviklingen av praksisprofil blant fysioterapeuter med ulike tilknytningsformer. Disse kartleggingene er ikke foretatt etter samme mal og er derfor lite sammenlignbare. Direktoratet ba derfor NFF om hjelp til å finne 6 fysioterapeuter i hvert fylke, derav to fastlønte fysioterapeuter, to avtalefysioterapeuter og to avtaleløse fysioterapeuter. Den siste gruppen lot seg ikke oppspore i Troms, Finnmark og Nord-Trøndelag. Informantene ble kontaktet per telefon (fastlønte fysioterapeuter) eller per elektronisk post (avtalefysioterapeuter og avtaleløse fysioterapeuter). Av 114 fysioterapeuter som ble plukket ble 108 kontaktet. Derav besvarte 84 henvendelsen (78 prosent). Disse fordelte seg på følgende måte:

31 fastlønte fysioterapeuter  
24 avtalefysioterapeuter  
29 avtaleløse fysioterapeuter

Det ble plukket ut fysioterapeuter fra store kommuner (over 20 000 innbyggere), middels store kommuner (5 000 – 19 999 innbyggere) og små kommuner (under 4 999 innbyggere)

Ved innhenting av svar var det ikke forutsatt at informantene (fysioterapeutene) skulle basere sine svar på statistisk materiale. Svarene fra hver enkelt er derfor basert på en mer generell oppfatning av pasientgrunnet og praksisprofilen. Det er likevel svært mange fellestrekk ved svarene for hver enkelt gruppe.

### 9.1 *Fastlønte fysioterapeuter*

Av de 31 informantene arbeidet 13 i store kommuner, 7 i mellomstore kommuner og 11 i små kommuner. De som arbeidet i store kommuner arbeidet enten med barn 0-18 år, med hovedvekt på barn under 6 år, eller med voksne funksjonshemmede og eldre. I mellomstore kommuner var fordelingen ulik. I små kommuner arbeidet samme fysioterapeut stort sett med alle aldersgrupper. Det var her stor sett bare en fysioterapeut i kommunen, og denne var fastlønnet.

Av hele gruppen svarte 77 prosent at de benyttet 80 prosent eller mer til pasientrettet arbeid inklusiv møter, og administrativt arbeid knyttet til pasienter. Den resterende tiden ble benyttet til reisetid (gjennomsnittlig 7 prosent av arbeidstiden) og tverrfaglige møter og kunnskapsutvikling.

Arenaer som ble benyttet til pasientkontakt var helsestasjon, barnehage/skole, pasientens hjem, aldersinstitusjon/korttidsavdeling og rehabiliteringsavdeling. På grunn av at det var store variasjoner mellom arbeidsformen til fysioterapeutene er tallene for prosentvis fordeling av arbeidsarena ikke sammenlignbare. Generelt kan det sies at for

fysioterapeutene som arbeidet bare med barn, var barnehage og kommunalt treningshall de mest brukte arenaer. Blant fysioterapeuter som arbeidet bare med voksne var pasientens hjem og treningsareal lagt til dagsenter/eldresenter, korttidsavdeling og rehabiliteringsavdeling den mest brukte arena. En svært liten del av fysioterapeutene arbeidet på sykehjem. Av gruppen som arbeidet med voksne og eldre beskrev de fleste at de ikke lenger var en del av miljøet på sykehjem, men ble trukket inn ved enkeltoppdrag. De beskrev av beboere med fast plass i sykehjem som oftest ikke får noe behandlingstilbud i dag. Det ble beskrevet at dårlig kommuneøkonomi de siste årene hadde gjort at det var krav til strengt prioritering mellom oppgavene innen eldreomsorgen.

På spørsmål om hvor stor del av stillingen som ble benyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid svarte 68 prosent at de benyttet under 10 prosent av arbeidstiden til dette arbeidet. De fleste beskrev at dette arbeidet ikke var like mye vektlagt i kommunen som tidligere på grunn av sterkere prioritering av behandling og rehabilitering. 58 prosent svarte at de brukte under 5 prosent av arbeidstiden på gruppeaktiviteter. 65 prosent hadde deltatt i planarbeid i kommunen på overordnet nivå, dvs helseplan, fysioterapiplan, habiliterings- og rehabiliteringsplan. 48 prosent svarte at kommunen hadde ansatt fysioterapeut i stilling øremerket for forebyggende arbeid. Dette var primært som folkehelsekoordinator, FYSAK-konsulent eller HMS-konsulent.

Flere kommenterte at strengere krav til fysioterapeuters dokumentasjon av praksis, krav til større tverrfaglig samhandling samt deltagelse i individuell plan har gjort at fysioterapeuter trekkes ut av den rene behandlerrollen.

## **9.2     *Avtalefysioterapeuter***

Gruppen besto av 24 informanter. Av disse var fordelingen mellom små, mellomstore og store kommuner jevn. Alle fylker i landet var representert. To hadde 20 prosent avtale. De øvrige hadde fra 50 prosent til 100 prosent driftsavtale. Gruppen med 100 prosent driftsavtale utgjorde 45 prosent. 65 prosent arbeidet gjennomsnittlig utover avtalen. Dette var fra 1-4 timer daglig. Samtlige oppga at deres pasienter hovedsaklig var i aldersgruppen 19-66 år. Flere oppga at aldersgruppen over 67 år var økende i antall. Ingen hadde barn som sin primære pasientgruppe. Pasientens status som yrkesaktiv og/eller sykmeldt var nokså likt fordelt. Gruppen kronisk syke utgjorde en stor del av pasientgruppen. På spørsmål om hvem de samarbeidet med, oppga de fleste fastlegen, fastlønte fysioterapeuter og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Ellers var kiropraktorer, NAV, arbeidsgiver, ergoterapeuter og hjemmesykepleien nære samarbeidspartnere. På spørsmål om hvor ofte de deltok i tverrfaglig møter med minimum 3 andre faggrupper svarte 25 prosent at det gjorde de aldri. De øvrige samarbeidet fra 1-2 ganger per mnd til 1 gang per år med minimum tre andre yrkesgrupper. På spørsmål om hvor ofte de tok oppdrag utenfor instituttet svarte 20 prosent at det gjorde de aldri, mens 80 prosent svarte at de gjorde dette fra 1 gang per

måned til flere ganger per uke. Oppdraget besto som oftest i å behandle pasienter i hjemmet. Dette gjorde de til tross for at kun 10 prosent av dem hadde tilpliktning til kommunale oppgaver i sin driftsavtale.

79 prosent behandlet pasientene gjennomsnittlig mer enn 12 ganger i en behandlingsserie og 8 prosent svarte "vet ikke" på dette spørsmålet. Fysioterapeutene beskrev at et stort antall pasienter med kroniske lidelser med rett til fri behandling påvirket dette resultatet.

### ***9.3 Avtaleløse fysioterapeuter***

I gruppen, bestående av 29 avtaleløse fysioterapeuter, arbeidet 79 prosent i store kommuner. 21 prosent arbeidet i mellomstore kommuner. Ingen arbeidet i små kommuner. Gruppen representeres av relativt nyutdannede fysioterapeuter. 59 prosent svarte at de var utdannet fra år 2000 eller senere. 66 prosent svarte at de var utdannet i utlandet. 38 prosent oppga at de arbeidet primært med idrettsskader. 52 prosent oppga at de hadde arbeidet avtaleløst i mer enn to år. De arbeidet alt fra 0,2 til 1,5 årsverk. Herav svarte 31 prosent at de arbeidet utover et årsverk. 59 prosent oppga at de ikke hadde meldt om sin helsevirksomhet til kommuneadministrasjonen (jf Helsepersonelloven Kap 4, § 18).

Hele gruppen svarte at den behandlede pasientgruppen i hovedsak var i gruppen 19-67 år. 89 prosent oppga at pasientene primært var yrkesaktive. 62 prosent oppga at pasientene primært var sykemeldte. Gruppen behandlet naturlig nok svært få kroniske syke, men flere oppga at denne gruppen var økende i antall. Til tross for at pasienten (som har rett på gratis behandling hos avtalefysioterapeuter) ikke får dekket sine behandlingsutgifter over trygden. 86 prosent oppga at pasienten fikk under 12 behandlinger i en behandlingsserie. Dette funnet står i sterk kontrast til funnet hos avtalefysioterapeutene hvor 79 prosent svarte at de behandlet sine pasienter over 12 ganger i en behandlingsserie. 79 prosent svarte at de ville ha takket nei til tilbud om en fastlønnsstilling eller avtalehjemmel dersom det ville medføre flytting til annen kommune.

## 10 Vedlegg 1: Tabeller

**Tabell 5.1: Rammeplan – 1990 etter innføring av 3-årig utdanning**

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>1. Helse, miljø og samfunn</b>  | <b>6 vekttall (studiepoeng:18)</b>   |
| Herunder: - Sykdomsbildet i vårt samfunn i dag<br>- Sammenheng mellom helse og ytre livsvilkår<br>- Helse- og sosialpolitiske mål  |                                      |
| <b>2. Mennesket – helse, funksjon og bevegelse</b>   | <b>15 vekttall (studiepoeng:45)</b>  |
| Herunder: - Grunnlags- og verdspørsmål i helsearbeid<br>- Menneskets anatomiske oppbygning<br>- Fysiologiske og biokjemiske prosesser i organismen<br>- Menneskets sansemotoriske utvikling og funksjon<br>- Bevegelseslære og funksjonsanalyse<br>- Bevegelsesaktiviteter<br>- Sykdomslære<br>- |                                      |
| <b>3. Fysioterapi – teori og praksis</b>   | <b>36 vekttall (studiepoeng:108)</b> |
| Herunder: - Hva er fysioterapi?<br>- Funksjonsvurdering<br>- Forebyggende arbeid og behandling generelt<br>- Forebyggende arbeid og/eller behandling ved ulike typer funksjonsforstyrrelser<br>- Forskning, forsøks- og utviklingsarbeid<br>-  |                                      |
| <b>4. Fysioterapi i dagens helse- og sosialtjeneste</b>  | <b>3 vekttall(studiepoeng:9)</b>     |
| Herunder: - Organisering av fysioterapi-, helse- og sosialtjenesten<br>- Utvikling av fysioterapifaget<br>- Lov og regelverk<br>-  |                                      |
| <b>Sum antall studiepoeng</b>  | <b>180 studiepoeng</b>               |

**Tabell 5.2: Rammeplan fra 2004(dagens rammeplan)**

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>1 Naturvitenskapelige emner</b>                         | <b>36 studiepoeng</b>  |
| A Anatomi  | 21 studiepoeng         |
| B Fysiologi  | 15 studiepoeng         |
| <b>2 Samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner</b>      | <b>45 studiepoeng</b>  |
| A Psykologi og pedagogikk                                  | 9 studiepoeng          |
| B Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning            | 6 studiepoeng          |
| C Sosiologi og sosialantropologi                           | 6 studiepoeng          |
| D Stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk     | 9 studiepoeng          |
| E Vitenskapsteori og forskningsmetode                      | 6 studiepoeng          |
| F Etikk  | 9 studiepoeng          |
| <b>3 Bevegelseslære</b>                                    | <b>24 studiepoeng</b>  |
| A Personlige, sosiale og kulturelle aspekter ved bevegelse | 6 studiepoeng          |
| B Biomekaniske og nevrofysiologiske aspekter ved bevegelse | 12 studiepoeng         |
| C Bevegelsesanalyse og bevegelseserfaring                  | 6 studiepoeng          |
| <b>4 Helse og sykdom, vurdering og tiltak</b>              | <b>75 studiepoeng</b>  |
| A Helse-, behandlingsfilosofi og faghistorie               | 6 studiepoeng          |
| B Sykdomslære og funksjonshemming                          | 12 studiepoeng         |
| C Behandling, rehabilitering og habilitering               | 42 studiepoeng         |
| D Helsefremmende og forebyggende arbeid                    | 15 studiepoeng         |
| <b>Sum</b>   | <b>180 studiepoeng</b> |

**Tabell 6.2: Norske fysioterapeuter utdannet i utlandet**

| <b>Land</b>                 | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Frankrike                   | 3           | 1           | 3           |             |             |             |
| Belgia                      | 3           |             |             |             |             |             |
| Nederland                   | 26          | 59          | 82          | 119         | 90          | 47          |
| Tyskland                    | 25          | 16          | 8           | 8           | 6           | 1           |
| Storbritania og Nord Irland | 50          | 40          | 33          | 34          | 32          | 12          |
| Danmark                     | 22          | 16          | 19          | 26          | 23          | 35          |
| Spania                      |             |             |             | 1           |             |             |
| Sverige                     | 4           | 9           | 7           | 8           | 4           | 9           |
| Island                      |             |             |             | 1           |             |             |
| Finland                     | 1           |             |             |             |             |             |
| Ungarn                      | 1           | 1           | 5           | 1           | 2           | 1           |
| USA                         |             | 1           | 1           | 2           | 1           | 1           |
| Canada                      |             |             |             |             | 1           |             |
| Australia                   |             | 1           | 1           | 1           | 2           | 3           |
| Polen                       |             |             | 1           |             |             |             |
| New Zealand                 |             |             |             | 1           |             |             |
| <b>Sum</b>                  | <b>135</b>  | <b>144</b>  | <b>160</b>  | <b>202</b>  | <b>161</b>  | <b>109</b>  |

**Tabell 6.3: Utenlandske fysioterapeuter med autorisasjon i Norge**

| <b>Land</b>                       | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Frankrike                         |             |             | 1           |             |             |             |
| Nederland                         | 3           | 5           | 5           | 4           | 3           | 2           |
| Tyskland                          | 8           | 14          | 7           | 6           | 7           | 5           |
| Storbritania<br>og Nord<br>Irland | 4           | 2           | 2           | 2           | 2           |             |
| Irland                            |             |             | 1           |             |             |             |
| Danmark                           | 41          | 20          | 16          | 12          | 13          | 17          |
| Sverige                           | 16          | 6           | 7           | 5           | 6           | 6           |
| Finland                           | 9           | 7           | 6           | 5           | 2           | 1           |
| Island                            |             | 1           | 3           | 1           | 1           | 1           |
| Polen                             | 1           |             |             | 1           | 1           | 4           |
| India                             |             | 1           |             | 2           |             | 1           |
| Singapore                         |             |             |             |             |             | 1           |
| Filipinene                        |             |             | 1           |             |             |             |
| Australia                         |             |             | 1           | 1           |             | 1           |
| Italia                            | 1           |             |             |             |             | 1           |
| Sveits                            | 1           |             | 1           | 3           |             | 1           |
| Latvia                            | 1           |             |             |             |             |             |
| USA                               |             | 1           |             | 2           | 1           |             |
| Spania                            |             |             | 1           | 1           |             |             |
| Tyrkia                            |             |             |             | 1           |             | 1           |
| Estland                           |             |             |             | 1           |             |             |
| Tsjekkia                          |             |             |             | 1           |             | 1           |
| Slovakia                          |             |             |             | 1           |             |             |
| Jugoslavia                        |             |             |             | 1           |             |             |
| Jamaica                           |             |             |             | 1           |             |             |
| Østerrike                         |             |             |             |             | 2           |             |
| Bosnia<br>Hercegovina             |             |             |             |             | 1           |             |
| Colombia                          |             |             |             |             | 1           |             |
| Canada                            |             |             |             |             |             | 1           |
| <b>Sum</b>                        | <b>85</b>   | <b>57</b>   | <b>52</b>   | <b>51</b>   | <b>40</b>   | <b>44</b>   |

**Tabell 6.4: Fysioterapeuters forventede avgang**

| Årsgrupper | Kvinner | Menn | Totalt | Årstall for pensjonsalder |
|------------|---------|------|--------|---------------------------|
| 1927-1931  | 12      | 2    | 14     | 1992-1996                 |
| 1932-1936  | 177     | 26   | 203    | 1997-2001                 |
| 1937-1941  | 333     | 66   | 399    | 2002-2006                 |
| 1942-1946  | 598     | 151  | 749    | 2007-2011                 |
| 1947-1951  | 861     | 386  | 1247   | 2012-2016                 |
| 1952-1956  | 977     | 472  | 1449   | 2017-2021                 |
| 1957-1961  | 907     | 353  | 1320   | 2022-2026                 |
| 1962-1966  | 819     | 351  | 1170   | 2027-2031                 |
| 1967-1971  | 951     | 524  | 1475   | 2032-2036                 |

**Tabell 6.5: Befolkningsøkning i gruppen over 80 år frem mot 2050**

| Alder    | 2006    | 2010    | 2020    | 2030    | 2040    |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 65-69 år | 177 048 | 210 619 | 266 980 | 294 069 | 318 325 |
| 70-74 år | 149 638 | 156 424 | 251 740 | 264 274 | 304 029 |
| 75-79 år | 139 273 | 131 502 | 170 597 | 222 575 | 252 567 |
| 80-84 år | 115 967 | 107 260 | 107 638 | 181 400 | 200179  |
| 85-89 år | 67 935  | 72 978  | 65 102  | 92 714  | 129 088 |
| 90+      | 30 485  | 33 986  | 39 310  | 43 656  | 78 756  |

**Tabell 7.2: Fysioterapeutårsverk etter funksjonsområder 1994-2005**

| År   | Diagnose<br>behand<br>og rehab | Helsest<br>og skole | Miljøret<br>helsev | Annet<br>forebygg | Institusjon<br>eldre og<br>funksjonsh | Adm | Annet | Fys i alt |
|------|--------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|-----|-------|-----------|
| 1994 | 2485                           | 237                 |                    |                   | 415                                   |     | 198   | 3336      |
| 1995 | 2561                           | 241                 |                    |                   | 398                                   |     | 231   | 3431      |
| 1996 | 2627                           | 264                 |                    |                   | 392                                   |     | 244   | 3528      |
| 1997 | 2701                           | 291                 |                    |                   | 371                                   |     | 263   | 3627      |
| 1998 | 2769                           | 296                 |                    |                   | 382                                   |     | 297   | 3743      |
| 1999 | 2872                           | 293                 |                    |                   | 419                                   |     | 254   | 3838      |
| 2000 | 3163                           | 263                 | 6                  | 74                | 355                                   | 109 |       | 3968      |
| 2001 | 3299                           | 271                 | 5                  | 68                | 369                                   | 99  |       | 4112      |
| 2002 | 3351                           | 263                 | 3                  | 65                | 357                                   | 91  |       | 4130      |
| 2003 | 3405                           | 249                 | 7                  | 57                | 357                                   | 77  |       | 4152      |
| 2004 | 3449                           | 237                 | 6                  | 62                | 332                                   | 76  |       | 4162      |
| 2005 | 3453                           | 231                 | 8                  | 67                | 311                                   | 77  |       | 4148      |

**Tabell 7.3: Diagnose, behandling og rehabilitering**

|                       | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fysioterapeuter i alt | 3 351       | 3 405       | 3 449       | 3 453       |
| Med driftsavtale      | 2 413       | 2 439       | 2 446       | 2 480       |
| Uten driftsavtale     | 119         | 126         | 143         | 148         |
| Med fast lønn         | 739         | 760         | 769         | 738         |
| Turnuskandidater      | 79          | 80          | 91          | 87          |

**Tabell 7.4: Skole og helsestasjon**

|                       | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fysioterapeuter i alt | 263         | 249         | 237         | 231         |
| Med driftsavtale      | 14          | 14          | 12          | 14          |
| Uten driftsavtale     | 0           | 0           | 3           | 0           |
| Med fast lønn         | 234         | 220         | 203         | 199         |
| Turnuskandidater      | 15          | 15          | 19          | 18          |

**Tabell 7.5: Miljørettet helsevern**

|                       | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fysioterapeuter i alt | 3           | 7           | 6           | 8           |
| Med driftsavtale      | 1           | 1           | 1           | 1           |
| Uten driftsavtale     | 0           | 0           | 0           | 1           |
| Med fast lønn         | 2           | 5           | 4           | 6           |
| Turnuskandidater      | 0           | 0           | 1           | 0           |

**Tabell 7.6: Annet forebyggende arbeid**

|                       | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| Fysioterapeuter i alt | 65   | 57   | 62   | 67   |
| Med driftsavtale      | 5    | 5    | 6    | 4    |
| Uten driftsavtale     | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Med fast lønn         | 56   | 48   | 50   | 58   |
| Turnuskandidater      | 4    | 4    | 6    | 6    |

**Tabell 7.7: Institusjoner for eldre og funksjonshemmede**

|                       | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| Fysioterapeuter i alt | 357  | 357  | 332  | 311  |
| Med driftsavtale      | 12   | 16   | 14   | 12   |
| Uten driftsavtale     | 4    | 1    | 3    | 3    |
| Med fast lønn         | 318  | 313  | 289  | 271  |
| Turnuskandidater      | 23   | 28   | 26   | 25   |

**Tabell 7. 8: Utvikling av antall årsverk per 10 000 innbyggere 1994-2005**

|   | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Fysioterapeuter per 10 000 innb           | 6,7  | 6,9  | 7,1  | 7,4  | 7,6  | 7,6  | 8,8  | 9,1  | 9,1  | 9,1  | 9    | 8,9  |
| Sentralitet 0<br>Minst sentrale kommuner  | 5,4  | 5,9  | 6,3  | 6,8  | 6,9  | 7,1  | 8,6  | 8,8  | 8,7  | 8,9  | 9,2  | 9,2  |
| Sentralitet 1<br>Mindre sentrale kommuner | 6,1  | 5,8  | 6,4  | 6,8  | 7,1  | 7,1  | 8,1  | 8,7  | 8,7  | 8,7  | 8,9  | 9,2  |
| Sentralitet 2<br>Sentrale kommuner        | 6,6  | 6,9  | 7,1  | 7,4  | 7,4  | 7,6  | 8,5  | 8,6  | 8,8  | 9    | 9    | 9    |
| Sentralitet 3<br>Særlig sentrale kommuner | 7,2  | 7,4  | 7,5  | 7,6  | 7,9  | 7,9  | 9,1  | 9,5  | 9,4  | 9,2  | 9    | 8,8  |

**Tabell 7.9: Årsverk fysioterapeuter per 10 000 innbyggere fordelt på fylker**

| <b>Fylke</b>     | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Østfold          | 7,4         | 7,6         | 7,5         | 8,3         | 8,4         |
| Akershus         | 8,4         | 8,5         | 8,4         | 9,4         | 9,1         |
| Oslo             | 10,3        | 10          | 9,8         | 10,1        | 9,7         |
| Hedmark          | 8,5         | 8,8         | 8,6         | 9,8         | 10          |
| Oppland          | 9,2         | 9,3         | 9,2         | 10,4        | 10,5        |
| Buskerud         | 9,6         | 9,8         | 9,5         | 10,2        | 10,1        |
| Vestfold         | 7,2         | 7           | 7           | 7,6         | 7,5         |
| Telemark         | 7,2         | 7,7         | 8           | 8,6         | 8,6         |
| Aust-Agder       | 7,6         | 7,6         | 8           | 8,5         | 8,7         |
| Vest-Agder       | 7,1         | 7,3         | 7,3         | 8,1         | 8           |
| Rogaland         | 6,6         | 6,6         | 6,6         | 7,3         | 6,9         |
| Hordaland        | 8           | 7,8         | 7,9         | 8,6         | 8,7         |
| Sogn og Fjordane | 7,3         | 7,4         | 7,7         | 9           | 9,3         |
| Møre og Romsdal  | 7,1         | 7,1         | 7,4         | 8,3         | 8,4         |
| Sør-Trøndelag    | 6,5         | 6,8         | 7,2         | 8,1         | 7,9         |
| Nord-Trøndelag   | 7,5         | 7,6         | 7,6         | 8,4         | 8,4         |
| Nordland         | 7,6         | 7,6         | 8,4         | 9,1         | 9           |
| Troms            | 9           | 9,2         | 8,7         | 9,3         | 9,3         |
| Finnmark         | 8,3         | 8,2         | 7,9         | 8,8         | 8,5         |

**Tabell 7. 10: Antall årsverk fysioterapeuter etter organisatorisk tilhørighet**

| År   | Administrasjon | Universitet<br>Høgskole | Stat<br>Fylke | Kommuner<br>* | Avtale<br>Fysioterapeuter<br>* |
|------|----------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|
| 2000 | 320            | 89                      | 898           | 1494          | 2376                           |
| 2005 | 240            | 151                     | 1398          | 1463          | 2532                           |

**Tabell 8.1: Rikstrygdeverkets kostnader til fysioterapi**

|                                       | 1986 | 1990 | 1995 | 1997   | 2000    | 2004    | 2005    | 2006  |
|---------------------------------------|------|------|------|--------|---------|---------|---------|-------|
| Refusjon<br>Private *                 | 213  | 316  | 480  | 584    | 798     | 1 215   | 1 288   | 1 290 |
| Fastlønns<br>tilskudd                 | 8    | 28   | 102  | 140    | 165     | 201     | 189     | 191   |
| Trendlinje<br>totale<br>helseutgifter | -    | -    |      | 94 008 | 124 728 | 167 259 | 175 579 | -     |

\* beløpene er inklusiv avsetning til Fondet og eksklusiv utgifter til arbeidsplassvurdering

Beløpene er oppgitt i millioner kroner



## Spørsmål til avtalefysioterapeuter

Navn:

1. Kommune:
2. Kommunestr: 0-4999 innb.....5000-19 999 innb.....20 000> innb.. .....
3. Volum på din driftsavtale ( f eks 12/36 ):
4. Arbeider du på årsbasis utover din driftsavtale med kommunen?  
I så fall i hvor stort omfang (antall timer pr uke/)?

### Praksisprofil:

5. Den primære aldersgrupper på dine pasienter  
0-18 år:  
19-66 år:  
Over 67 år:
6. Er dine pasienter hovedsaklig  
Yrkesaktive:  
Sykmeldte :  
Kronisk syke:  
Annet:
7. Hvilke andre yrkesgrupper / instanser samarbeider du med?
8. Hvor ofte deltar du i tverrfaglige møter med min 3 ulike yrkesgrupper?  
1 x pr uke :  
1-2 x pr mnd:  
1 x pr år:  
Aldri:
9. Hvor ofte tar du hjemmebesøk, bedriftsbesøk, besøk på helsestasjon/skole ev institusjon/bolig (kommunale oppgaver- sett kryss)?  
pr uke:                      pr mnd:                      pr år:                      aldri:
10. Har du tilpliktning til kommunale oppgaver i din praksis?
11. Hvor mange behandlinger får dine pasienter i gjennomsnitt i løpet av en behandlingsserie?  
Under 12 behandlinger:  
Over 12 behandlinger:

## Spørsmål til fysioterapeuter uten avtale

1. Fysioterapeutens navn:  
Telefon: \_\_\_\_\_ E.postadr: \_\_\_\_\_
2. Kommune:
  1. Kommunestr: 0-5000 innb                      5000-19 999innb                      20 000 innb >.
  2. Utdannet hvor (land) og når:
  3. Har du spesielle faglige interesseområder i din praksis: F eks akupunkturbehandling, triggerpunktbehandling, idrettskader, mensendieckbehandling, o.a. :
  4. Hvor lenge har du arbeidet uten avtale?
  5. Omfanget av din praksis (antall timer pr uke):
  6. Har du meldt fra om din virksomhet til kommuneoverlegen i din kommune/bydel?

### Praksisprofil:

7. Hvilke aldersgrupper behandler du hovedsakelig?  
0-18 år: .....  
19-66 år: .....  
Over 67 år : .....
8. Er dine pasienter hovedsakelig:  
Yrkesaktive:  
Sykmeldte:  
Kronisk syke:
9. Hvor mange behandlinger får pasientene i gjennomsnitt i din praksis?  
Under 12:  
Over 12:
10. Dersom du ble tilbudt en fastlønsstilling eller driftstilskuddsavtale i en annen kommune i landet, kunne du da tenke deg å flytte?  
Ja: \_\_\_\_\_ Nei: \_\_\_\_\_

## Referanser

### Referanser

1. Lov om helsetjenesten i kommunene nr 66 (19-11-1982).
2. Forskrift om habilitering og rehabilitering. FOR nr 765 (28-6-2001). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>.
3. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR nr 450 (3-4-2003). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>.
4. Forskrift om miljørettet helsevern. FOR nr 486 (25-4-2003). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030425-0486.html>.
5. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. FOR nr 1837 (23-12-2004). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>.
6. Lov om folketrygd (folketrygdloven) nr 19 (28-2-1997). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19970228-019.html>.
7. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. FOR nr 674 (21-6-2006). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20060621-0674.html>.
8. Forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. FOR nr 542 (25-1-2001). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010525-0542.html>.
9. Forskrift om egenandelstak 2. FOR nr 1789 (19-12-2002). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021219-1789.html>.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Om lov om endring i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (Regulering av behandling hos kiropraktor og manuell terapeut). Oslo: Departementet; 2005. Ot.prp. nr. 28 (2005-2006). Tilgjengelig fra: <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/otprp/048001-050010/dok-bn.html>.
11. Forskrift om unntak av vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførhet med erklæring. FOR nr 1668 (21-12-2005). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20051221-1668.html>.

12. Forskrift om stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier- og røntgenvirksomheter. FOR nr 959 (27-6-2003). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0959.html>.
13. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. FOR nr 695 (21-6-2006). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20060621-0695.html>.
14. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. FOR nr 1656 (21-12-2005). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20051221-1656.html>.
15. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. FOR nr 1389 (1-12-2000). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1389.html>.
16. Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) nr 64 (2-7-1999). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>.
17. Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell. FOR nr 1382 (21-12-2000). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1382.html>.
18. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) nr 63 (2-7-1999). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>.
19. Norum A. Fysioterapi : avtalen om privat praksis (ASA 4313) [nettdokument]. Oslo: KS; [oppdatert 2006 Dec 19] [sitert 2007 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://ks.no/templates/Page.aspx?id=32227>.
20. Kaale H. Kommunefysioterapeutar si yrkesrolle : korleis den er . Fysioterapeuten 1996;63(10):4-11.
21. Sosial- og helsedepartementet. Sykehjemmene i den kommunale helse-og sosialtjenesten. Oslo: Departementet; 1982. Ot.prp. nr. 48 (1985-1986)
22. Finansieringsordninger for allmennlege og fysioterapitjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1992. NOU 1992:10
23. Sosial- og helsedepartementet. Om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd. Oslo: Departementet; 1997. Ot.prp nr 47 (1996-1997)
24. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning; 2004. NOU 2004:18. Tilgjengelig fra: [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/nou/048001-020002/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/048001-020002/dok-bn.html).

25. Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv. - Opphevet nr 4 (4-2-1977). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19770204-004.html>.
26. Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter [nettdokument]. Oslo: Fondet; [oppdatert 2006] [sitert 2007 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/fondet>.
27. Herbert R, Maher CG, Moseley AM, Sherrington C. Effective physiotherapy. BMJ 2001;323(7316):788-90.
28. Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, Maher CG. Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Australian Journal of Physiotherapy 2002;48(1):43-9.
29. Private Fysioterapeuters Forbund [nettdokument]. Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund; [oppdatert 2006] [sitert 2007 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://www.fysioterapi.org/>.
30. Martinsen EW. Fysisk aktivitet for sinnets helse. Tidsskrift for den norske lægeforening 2000;120(25):3054-6.
31. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest - koster mest : muskel-skjelettlidelser i Norge. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, Forskningsenheten/Formidlingsenheten; 2004. Rapport (Nasjonalt ryggnettverk (prosjekt)) nr 1
32. Sykefraværstilfeller 3 kv 2002-2006. Diagnose og kjønn. Antall [nettdokument]. Arbeids- og velferdsetaten (NAV); [oppdatert 2007] [sitert 2007 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/805333209.cms>.
33. Sykefravær, egen- og legemeldt, 3. kvartal 2006 [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; oppdatert 2006 Dec 21 [sitert 2007 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/>.
34. Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen). Oslo: Departementet; 2003. St.meld. nr. 16 (2002-2003). Tilgjengelig fra: <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040003/dok-bn.html>.
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening : framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Departementet; 2006. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Tilgjengelig fra: <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/048001-040003/dok-bn.html>.
36. Texmon I, Stølen NM. Arbeidsmarked for helse-og sosialpersonell fram mot år 2025. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD i 2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005. RAPP 2005/38
37. Hovedfag førte til jobbytte. Fysioterapeuten 2002;69(14):17.

38. Lindvåg D. Sterk støtte til "trygderefusjonen bør følge pasienten". Fysioterapeuten 2006;73(2):5.
39. Helseregnskap, 1997-2005 Oslo: Statistisk sentralbyrå; [oppdatert 2006 May 30] [sitert 2006 Jan 26]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/>.
40. Finansdepartementet. Nasjonalbudsjettet 2007. Oslo: Departementet; 2006. St.meld. nr. 1 (2006-2007). Tilgjengelig fra: <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/statsbudsjett/2007/>.