

Dato 5. april 2017

Høringsnotat

Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav i kommunale fysioterapitjenester

Innhold

Innhold.....	2
1 Innledning.....	3
2 Bakgrunn	4
3 Gjeldende rett	5
3.1 Innledning.....	5
3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven	5
3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven	6
3.4 Helsepersonelloven.....	6
3.5 Folketrygdloven med forskrifter.....	7
3.6 Rammeavtalen	8
4 Avtalehjemler og årsverksutvikling i kommunale fysioterapitjenester.....	9
4.1 Årsverksutvikling	9
4.2 Utvikling i hjemmelsstørrelse.....	10
4.3 Flerpraksiser	11
5 Departementets vurderinger og forslag	12
5.1 Innledning.....	12
5.2 Formål og virkeområde	12
5.3 Kommunens ansvar	13
5.3.1 Innledning	13
5.3.2 Informasjon og samarbeid.....	14
5.3.3 Kvalitet i kommunale fysioterapitjenester	14
5.4 Kvalitets- og funksjonskrav.....	16
5.4.1 Tjenester som er virkningsfulle	16
5.4.2 Sikre og trygge tjenester	17
5.4.3 Kontinuitet og samordning	18
5.4.4 Brukerinvolvering.....	20
5.4.5 God ressursutnyttelse	20
5.4.6 Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling	22
5.5 Andre bestemmelser	23
6 Økonomiske og administrative konsekvenser.....	25
7 Forskriftstekst.....	27

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav i kommunale fysioterapitjenester. Forslaget er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det vises også til Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 i Prop. 1 S (2016-2017) del III hvor tiltaket er omtalt.

I medhold av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (heretter *helse- og omsorgstjenesteloven*) skal kommunen sørge for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Kommunen skal i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 blant annet sørge for habilitering og rehabilitering. Kommunen kan velge å ansette fysioterapeuter på fast lønn eller inngå driftsavtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter for å oppfylle deler av sitt sørge for ansvar.

Departementet foreslår i høringsnotatet å regulere i forskrift enkelte deler ved tjenesteytingen til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (heretter omtalt som *avtalefysioterapeuter*).

Kommunen kjøper tjenester fra avtalefysioterapeuter på bakgrunn av en individuell avtale. Tjenesteytingen må derfor skje innenfor de rammer som gjelder for de kommunale tjenestene. I tillegg har KS inngått en egen rammeavtale med Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) Norsk Manuellterapeutforening (NMF) og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF): *Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivende fysioterapivirksomhet* (ASA 4313, heretter kalt *Rammeavtalen*), som ytterligere regulerer kommunens og fysioterapeutenes plikter og rettigheter. De fleste kommuner har sluttet seg til denne. Oslo kommune har eget avtaleverk. Departementets forslag til forskriftsbestemmelser er dels en presisering av de krav som følger av helse- og omsorgstjenesteloven eller annen lovgivning og dels en presisering og en forskriftsfesting av punkter som er omtalt i Rammeavtalen. I tillegg inneholder forskriften enkelte krav som til nå ikke er regulert.

I kapittel 3 beskrives gjeldende rett, mens det i kapittel 4 gis en oversikt over avtalehjemler og årsverksutvikling for fysioterapeuter i kommunen. I kapittel 5 redegjøres nærmere for departementets vurdering og forslag. I kapittel 6 er de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene nærmere omtalt. I kapittel 7 er forslaget til forskrift.

2 Bakgrunn

Fysioterapeuter er en viktig faggruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunene. Faggruppen har verdifull kompetanse som kan bidra til en helhetlig, tverrfaglig oppfølging og habilitering/rehabilitering for den enkelte pasient. For at avtalefysioterapeutene skal kunne fylle en slik rolle er det imidlertid behov for at kommunene i større grad kan målrette de samlede kommunale ressursene. Formålet med forskriften er å sikre kommunene mulighet til å utvikle og regulere det kommunale fysioterapitilbudet, slik at prioriterte grupper får behandling raskt, og den samlede kapasiteten hos fastlege og avtalefysioterapeut kan utnyttes bedre. Med avklarte krav og forventninger til tjenesten som ytes av avtalefysioterapeutene kan kommunen lettere gå i dialog med fysioterapeutene om deres praksisprofil og ev. kreve endringer dersom det ikke er samsvar mellom fysioterapeutens tilbud, fastsatte krav og kommunens prioriteringer.

Kommunen har det overordnede ansvaret for helsetilbudet til innbyggerne og for det systematiske folkehelsearbeidet. De fleste kommuner velger å løse sitt sørge for ansvar for fysioterapitjenester gjennom å kombinere et tilbud av kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter) og selvstendig næringsdrivende avtalefysioterapeuter. Mens kommunen som arbeidsgiver er direkte involvert i definisjon av arbeidsoppgaver og prioriteringer for de kommunalt ansatte fysioterapeutene, er situasjonen mer komplisert når det gjelder avtalefysioterapeutene. Kommuner gir uttrykk for at de i liten grad kan påvirke avtalefysioterapeutenes virksomhet, og at de ikke fullt ut kan nyttiggjøre seg avtalefysioterapeutenes kapasitet innenfor habilitering og rehabilitering. Det pekes spesielt på udekkede behov for behandling i pasientens hjem.

I dag kan alle pasienter oppsøke selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter direkte uten henvisning. Dersom pasienten imidlertid ønsker å få refundert deler av utgiftene fra folketrygden, må det foreligge henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor, og behandlende fysioterapeut må ha driftsavtale med kommunen. Helse- og omsorgsdepartementet har nylig hatt på høring et forslag om å oppheve kravet om henvisning for å få rett til stønad for dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut (heretter omtalt som *direkte tilgang*). Gjennomføringen av forslaget krever lovendring, se Prop. 71 L (2016-2017) som nå er til behandling i Stortinget. Formålet med forslaget er å forenkle tilgangen til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut, og bidra til raskere oppstart av nødvendig behandling. Direkte tilgang vil bidra til å avlaste fastlegene på muskel- og skjelettområdet. En forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet henger naturlig sammen med forslaget om direkte tilgang.

Det er i dag primært fastlegen som henviser til behandling hos fysioterapeut. Fysioterapeuten prioriterer selv mellom pasienter i egen praksis, i noen grad i samarbeid med kommunen. Fysioterapeuten har et selvstendig ansvar for behandlingen som ytes og skal på selvstendig grunnlag gjøre en vurdering av pasientens ressurser, behov og habiliterings-/rehabiliteringspotensiale. Ulike faktorer har bidratt til at avtalefysioterapeuter prioriterer noen pasientgrupper foran andre. Blant annet kan den nå opphevede sykdomslisten (diagnoselisten) i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. ha bidratt til en uheldig skjevprioritering av enkelte grupper.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten består av en rekke ulike "deltjenester". Kommunale fysioterapitjenester er en slik deltjeneste, og var tidligere eksplisitt nevnt i lovgivningen. Ved ikrafttredelse av helse- og omsorgstjenesteloven 1. januar 2011 ble omtalen av flere deltjenester, blant annet fysioterapitjenester, fjernet fra lovgivningen. Selv om det etter den nye loven ikke gjelder et eksplisitt krav om å ha knyttet til seg fysioterapeut, er det krevende for kommunen å oppfylle de plikter som følger av loven uten å ha denne kompetansen. Departementet viser i den forbindelse til at en rekke av de tjenester som er omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd neppe vil la seg ivareta dersom kommunene ikke har fysioterapeut knyttet til seg. Departementet viser også til at helse- og omsorgstjenesteloven i all hovedsak viderefører kommunens plikter etter den tidligere kommunehelsetjenesteloven hvor det eksplisitt fremgikk at kommunen skulle ha fysioterapitjeneste. Gitt at Stortinget slutter seg til regjeringens forslag i Prop. 71 L (2016-2017), vil kravet om alle kommuner må ha tilknyttet seg en fysioterapeut igjen være presisert i lov fra 1. januar 2018.

For å kunne løse de oppgavene kommunen er satt til å løse har alle kommuner tilknyttet seg en eller flere fysioterapeuter. Fysioterapeuter som er ansatte i kommunen eller har inngått en driftsavtale med kommunen bidrar således til å oppfylle kommunens sørge for ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven. I Lov om pasient- og brukerrettigheter (*pasient- og brukerrettighetsloven*) er kommunens ansvar langt på vei speilet i pasienters rett på tjenester fra kommunen.

En forskrift som skal stille krav til fysioterapeuter med kommunal driftsavtale må videre se hen til de plikter og rettigheter avtalefysioterapeuter allerede har etter gjeldene rett. Lov om helsepersonell mv. (*helsepersonelloven*) stiller krav til forsvarlighet under ytelse av helsehjelp og krav om journalføring som er særlig relevant. Det samme er bestemmelser i Lov om folketrygd (*folketrygdloven*) om avtalefysioterapeuters mulighet til å utløse trygderefusjoner på vegne av pasienten. Rammeavtalen mellom KS og fysioterapeutorganisasjonene er også et svært relevant dokument når virksomheten til avtalefysioterapeuter skal reguleres i forskrift.

Under følger en gjennomgang av sentrale deler av gjeldende rett samt viktige elementer i Rammeavtalen.

3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens ansvar for å tilby alle som oppholder seg i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Bestemmelsens 2. og 3. ledd presiserer at kommunens ansvar gjelder for alle pasient- og brukergrupper og at kommunens ansvar omfatter planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomheten. I medhold av 5. ledd står kommunen fritt til å utføre tjenestene selv eller inngå avtale med offentlige eller private tjenesteytere. Landets

kommuner har inngått en rekke slike avtaler med selvstendig næringsdrivende helsepersonell, der leger og fysioterapeuter utgjør de største gruppene.

Loven er ikke detaljert når det gjelder hvilke deltjenester kommunen skal ha, men § 3-2 1. ledd lister opp en rekke oppgaver kommunen skal utføre. I listen nevnes oppgaver som utredning, behandling, habilitering og rehabilitering. Dette er oppgaver som er særlig relevante for fysioterapeuter å utføre, enten alene eller i samarbeid med andre faggrupper. I medhold av § 3-2 5. ledd har departementet hjemmel til å fastsette kvalitets- og funksjonskrav om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen.

Flere andre bestemmelser er relevante for en forskrift om kvalitets og funksjonskrav til avtalefysioterapeuter. De mest sentrale er § 4-1 om forsvarlighet i tjenestetilbudet, § 4-2 om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, § 5-10 om journal- og informasjonssystemer, § 11-2 om vederlag for helse- og omsorgstjenester og § 12-1 om taushetsplikt. Kommunens plikter etter disse bestemmelsene gjelder alle som utfører tjenester på kommunens vegne. Kommunen kan heller ikke delegere sitt ansvar om å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester ved å inngå avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Kommunen vil fortsatt ha et systemansvar for disse tjenester. Det forhold at tjenestene skal være forsvarlige er særlig viktig, jf. § 4-1 første ledd første punktum. Bestemmelsen, sammen med § 4-2 om kvalitetsforbedring, synliggjør blant annet viktigheten av å ha gode rutiner for å avdekke og følge opp svikt, både hos den enkelte utøver og ved systematiske svakheter.

3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven er en generell lov som gjelder både for statlige, fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. Loven hjemler en rekke sentrale pasient- og brukerrettigheter, så som retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, retten til informasjon, innsynsrett i journaler og retten til å klage på mottatt helsehjelp. Retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste følger av § 2-1 a andre ledd. Loven speiler således de plikter kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven.

3.4 Helsepersonelloven

Fysioterapeuter er en autorisert helsepersonellgruppe, jf. helsepersonelloven § 48 første ledd bokstav g). De plikter og rettigheter som følger av helsepersonelloven gjelder fullt ut for avtalefysioterapeuter. Loven har en rekke bestemmelser knyttet til helsepersonell og deres utøvelse av yrket. Noen er omtalt over, så som krav til forsvarlighet og dokumentasjonsplikt. Videre har helsepersonelloven egne kapitler om taushetsplikt, opplysningsplikt og plikt til å melde fra om ulike hendelser. Plikter som er pålagt helsepersonell gjennom denne loven gjelder uavhengig av om personellet er ansatt, har driftsavtale eller arbeider privat uten kommunal tilknytning.

Gjennom ordningen med direkte oppgjør, se under, kan helsepersonell på nærmere vilkår utløse betalingsforpliktelser for folketrygden. Det er viktig at myndighetene har den

nødvendige tilliten til personellet. Tillit er nødvendig i alle sammenhenger, også når det gjelder forvaltningen av fellesskapet midler. I helsepersonelloven § 6 er dette presisert. Bestemmelsen lyder:

"Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift".

Helsepersonelloven inneholder bestemmelser om både taushetsplikt og om opplysningsplikt. Dette er i utgangspunktet to hensyn som ofte kan stå i motstrid til hverandre, og som lovgiver har løst når det gjelder helsepersonell, jf. lovens kap. 4-7. I lovens kapittel 8 omtales plikten til å føre journal, men også bestemmelser om utlevering av opplysninger til annet helsepersonell. På nærmere vilkår åpner helsepersonelloven §§ 25 og 45 for utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom samarbeidende helsepersonell. Krav til epikrise er omtalt i lovens § 45a.

3.5 Folketrygdloven med forskrifter

Det følger av folketrygdloven § 1-1 at *"Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall"*.

Ytelsene etter folketrygdloven er forbeholdet dets medlemmer, andre med avledende rettigheter (forsørget ektefelle og barn) eller personer med rettigheter i medhold av gjensidighetsavtale med Norge. Folketrygdloven har et eget kapittel (kapittel 5) om stønad ved helsetjenester. Formålet med bestemmelsene i dette kapittelet er å gi medlemmet hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lye, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd, jf. § 5-1 første ledd. I § 5-8 er det gitt en egen bestemmelse om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et krav at fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å få stønad etter denne bestemmelsen. Hvis Stortinget slutter seg til regjeringens forslag om direkte tilgang, jf. Prop. 71 L (2016-2017), blir kravet om henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut opphevet.

I medhold av § 5-8 femte ledd har departementet gitt forskrift om stønad etter denne bestemmelsen, se mer nedenfor. Andre bestemmelser av særlig interesse er § 8-7 om dokumentasjon av arbeidsuførhet, jf. forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring, § 21-11a om saksbehandlingsregler for ytelser etter lovens kapittel 5 og 22-2 om direkte oppgjør mellom folketrygden og behandlende helsepersonell. I tillegg har loven en rekke andre bestemmelser som direkte eller indirekte angår avtalefysioterapeuter, så som tap av retten til å praktisere for trygdens regning ved tap av nødvendig tillit til behandlere, regler om å fremme refusjonskrav, regler om tilbakebetaling og plikter for sykmeldere.

I forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. (heretter omtalt som *stønadsforskriften*) fastsettes blant annet de egenandeler pasienter må betale for å få behandling hos fysioterapeut i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det regler om størrelse på driftsavtaler som inngås mellom kommunen og fysioterapeuter og

bestemmelser om direkte oppgjør mellom Helfo og fysioterapeuten. Fysioterapeuter som inngår avtale med kommunen er bundet av de honorartakstene som fremkommer av denne forskriften, dette gjelder også størrelsen på egenandeler de kan kreve av pasientene.

3.6 Rammeavtalen

Rammeavtalen regulerer en rekke forhold knyttet til avtalefysioterapeuters virksomhet. Formålet med Rammeavtalen er å skape forutsigbare rammebetingelser i forholdet mellom den enkelte fysioterapeut og kommunen, og i forholdet mellom fysioterapeuter ved opphør av praksis mv. Avtalen omhandler gjensidig bebyrdende plikter og rettigheter for kommunen og fysioterapeuten. Den til enhver tid gjeldende rammeavtale danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av den individuelle avtalen. Kapitlene 3 og 4 handler om innholdet i tjenesten og hvordan avtalefysioterapeuter kan bidra med å løse kommunens sørge for ansvar knyttet til pasienter med særlige behov. Kapitlene 5 og 6 omhandler blant annet kommunens ansvar for å informere avtalefysioterapeutene samt prosedyrer ved kunngjøring og tildeling av avtalehjemler. I øvrige kapitler er forhold som overdragelse, nedtrapping, inntak av vikar, oppsigelse av avtalen og rett til fravær på nærmere vilkår regulert.

Rammeavtalen er ikke en tariffavtale og hver enkelt kommune må slutte seg til avtalen. KS anbefaler kommunene å slutte seg til denne, og å bruke avtalen også overfor fysioterapeuter som ikke er medlem av fagforeninger som er part i avtalen. I tillegg til Rammeavtalen inngår kommunen og fysioterapeuten en individuell avtale.

4 Avtalehjemler og årsverksutvikling i kommunale fysioterapitjenester

4.1 Årsverksutvikling

Dersom kommunen velger å inngå driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeut, plikter kommunen å utbetale et månedlig driftstilskudd basert på avtalens størrelse. Avtalefysioterapeuter får imidlertid størstedelen av inntektene sine fra aktivitetsbaserte honorarer som består av statlige trygderefusjoner og egenandeler fra pasienter. Pasienten betaler en egenandel med mindre pasienten har krav på full refusjon av behandlingsutgifter på grunnlag av alder (<16 år) eller godkjent yrkesskade. Egenandeler utover utgiftstaket for egenandelstak 2 dekkes av folketrygden.

Avtalefysioterapeutene utgjorde 2701 årsverk av totalt 4690 fysioterapeutårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene per 31.12.2015 (tall fra SSB/Kostra, se tabell 1- foreløpige tall). Disse var fordelt på 3357 avtalehjemler. Det vil si at mer enn halvparten av det totale antallet fysioterapeutårsverk i kommunene ytes av avtalefysioterapeuter. Det er en svak vekst i antall avtaleårsverk, og en noe større vekst i antall fysioterapeuter som mottar fastlønn fra kommunen. Samlet sett er det en svak økning i fysioterapidekningen, fra 8,6 per 10 000 i 2011 til 9,0 per 10 000 i 2016.

Tabell 1 Årsverksutvikling, fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Årsverk Fysioterapeuter totalt	4292	4295	4429	4535	4596	4690
Årsverk m avtale	2617	2619	2633	2642	2671	2701
Årsverk fast lønn	1523	1534	1649	1730	1768	1829
Gjennomsnittlig avtalestørrelse	0,76	0,76	0,77	0,77	0,79	0,79
Turnuskandidater	142	142	147	163	158	160
Per 10 000		8,6	8,8	8,9	8,9	9,0
Antall avtalehjemler	3436	3475	3449	3410	3360	3357

Kilde: SSB

Fordelingen mellom fastlønte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter varierer mellom kommuner. I henhold til en spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten foretatt av Agenda i 2008 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet varierte

andelen avtalefysioterapeuter med kommunens størrelse. Kommuner med 20 000 – 49 999 innbyggere hadde høyest andel avtalefysioterapeuter (59%). Ca. 40 kommuner har i dag ikke inngått avtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter (KOSTRA 2015). Dette er små distriktskommuner.

I 2016 var det 3894 fysioterapeuter som hadde direkte oppgjør fra Helfo. Per 1.mars 2017 sendte 64 pst av fysioterapeutene oppgjør til Helfo elektronisk over linje via Helsenetten. Utbetalt refusjon i 2016 var 1974 mill. kroner.

4.2 Utvikling i hjemmelsstørrelse

Ved innføring av driftstilskuddsordningen i 1984 var forutsetningen at avtalefysioterapeutens inntekt skulle baseres på 40 pst. egenandeler fra pasienten, 40 pst. fra kommunalt driftstilskudd og 20 pst. fra statlig trygderefusjon. Over tid ble denne fordelingen forrykket blant annet fordi enkelte kommuner, av ulike årsaker, splittet opp fulltidshjemler, og f.eks. utlyst 5 x 20 pst hjemler som da var minste tillatte hjemmelsstørrelse. Kommunene kunne på denne måten få 5 årsverk avtalefysioterapi til kostnaden av en fulltidshjemmel.

Det er kun driftstilskuddets størrelse som avgrenses ved deltidshjemmel. Det innebærer at den enkelte avtalefysioterapeut kan kreve refusjon for behandling utover forventet arbeidstid i henhold til sin avtalehjemmel. Konsekvensen av oppsplitting av hjemler ble en uoversiktlig tjeneste hvor det ble uklart når fysioterapeuten arbeidet i henhold til driftsavtalen og når og om fysioterapeuten i tillegg drev helprivat virksomhet. Videre så man at enkelte fysioterapeuter tok andre og høyere egenandeler fra pasientene for å kompensere for lavere driftstilskudd.

Oppsplitting av hjemler førte også til en rask og uoversiktlig vekst i statens utgifter til refusjon til avtalefysioterapeuter. Denne utviklingen medførte at Helse- og omsorgsdepartementet la om finansieringen i 2009 og 2010. Den aktivitetsbaserte finansieringen via takster ble redusert, mens det kommunale driftstilskuddet og overføringer til kommunene ble økt. Etter omleggingen utgjorde gjennomsnittlig driftstilskuddets andel av total inntekt for alle avtalefysioterapeuter 31 pst. For en vanlig fysioterapeut med gjennomsnittlig inntekt som jobbet i samsvar med sin driftshjemmel, ble driftstilskuddets andel om lag 40 pst. med andre ord tilsvarende det som var forutsetningen i 1984. I 2008 ble bestemmelsen i statsavtalen om at det ikke var anledning til å inngå avtaler mindre enn 20 pst hevet til 40 pst av full driftsavtale. Fra 2013 ble bestemmelsen tatt inn i stønadsforskriften og endret til ikke mindre enn 50 pst. Det ble også understreket i at kommunen kun skal opprette deltidshjemler når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Tilsvarende bestemmelse er også tatt inn i Rammeavtalen pkt. 13.

Omlegging av finansieringen har medført at det er mindre interessant for fysioterapeuter å arbeide utover avtalehjemmelen. Omleggingen medførte dermed også at aktiviteten hos avtalefysioterapeutene totalt sett ble redusert. Flere kommuner har bevisst arbeidet med å løfte avtalehjemlene i de kommunale budsjettprosessene de senere årene slik at hjemlene i større grad samsvarer med intensjonen med ordningen og med fysioterapeutens praksisvolum.

Andelen avtalefysioterapeuter som mottar fullt driftstilskudd (100 pst.) har økt fra 46 pst. i 2010 til 51 pst. i 2015. Andelen avtalehjemler som er mellom 20 og 40 pst. er halvert i samme periode, men ligger fortsatt på 6,5 pst. av alle avtalehjemler. Se tabell 2.

Tabell 2 Utvikling i hjemmelsstørrelse, fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Hjemmelstørrelse	2010	2011	2012	2013	2014	2015
100 pst	1590	1647	1633	1685	1712	1720
40-100 pst	1411	1439	1427	1435	1421	1426
20-40 pst	435	389	389	290	227	211

Kilde: SSB

4.3 Flerpraksiser

Avtalefysioterapeutenes praksisarena har over tid utviklet seg i retning av flerpraksiser, ofte i kombinasjon med treningsarenaer. Mange er samlokalisert med annet helsepersonell som fastleger, kiropraktorer, psykolog og utøvere som driver alternativ medisin. Driftsformene kan være ulike, men mange fysioterapeuter i flerpraksiser har etablert et AS. Andre er leietagere i en praksis hvor hele eller deler av driftstilskuddet går til eier eller eierne av praksisen. Det ble i 1984 inngått enkelte selskapsavtaler. Disse var særlig lokalisert til de største kommunene. I slike tilfeller har kommunen inngått en avtale med et selskap som inneholder flere hjemler. Det er selskapet selv som står som avtalepart og eier av selskapet tildeler selv hjemler ved ledigstilling. Kommunene har i ettertid ansett slike avtaler som problematiske da kommunen har mindre styring på hvem som tildeles avtalehjemmelen og den faglige aktiviteten i hjemmelen. I Rammeavtalen er det tatt inn en bestemmelse om at det fra 1. januar 2018 ikke lenger er anledning til å inngå nye selskapsavtaler. Det er også tatt inn overgangsbestemmelser for eksisterende selskapsavtaler. Det innebærer at når en fysioterapeut tilknyttet en selskapsavtale slutter så skal kommunen dersom den velger å opprettholde avtalevolumet utlyse hjemmelen som en individuell driftsavtale.

5 Departementets vurderinger og forslag

5.1 Innledning

En forskrift som regulerer den kommunale fysioterapivirksomheten, og stiller krav til kvalitet og funksjon, kan regulere mange sider ved det å drive fysioterapivirksomhet. Forskriftens formål er å bidra til å sørge for tilgjengelige tjenester av god kvalitet til pasientene. Det er viktig at forskriften blir et effektivt virkemiddel for kommunene, som de kan bruke til å utvikle tjenesten i tråd med lokale behov og prioriteringer.

God kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer tjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. En slik forståelse av kvalitet stiller krav til evidens- og kunnskapsbaserte tjenester, systematisk innsats for å forebygge uheldige hendelser og brukerinvolvering. Gode strukturer og gode pasientforløp øker sannsynligheten for et godt resultat.

5.2 Formål og virkeområde

Det er flere formål som søkes oppnådd med en forskrift som regulerer kommunale fysioterapitjenester. Det å sikre kommunenes innbyggere nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet vil være det viktigste formålet. Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd ansvar for å tilby alle som oppholder seg i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder fysioterapitjenester. En rekke øvrige lover og forskrifter stiller krav for hva som forventes av et kommunalt fysioterapitilbud, jf. omtale av de viktigste lovene i kapittel 3. Departementet mener likevel det både er rom for, og nødvendig, å presisere de generelle bestemmelsene når det gjelder kommunale fysioterapitjenester. Dette har blant annet sammenheng med hvordan tilbudet er organisert og finansiert, jf. omtale nedenfor om virkeområde.

Kommunen tilbyr en rekke helse- og omsorgstjenester. Fysioterapeuter inngår i flere av disse, som kommunalt ansatte med ansvar for ulike fagfelt eller i tverrfaglige team, eller som selvstendig næringsdrivende alene eller i en avtalepraksis med andre fysioterapeuter. I utgangspunktet kan det tenkes tre ulike grupper av fysioterapeuter i samme kommune; de som er ansatt i en kommunal virksomhet, avtalefysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten driftsavtale. Mens kommunalt ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter er en del av den offentlig finansierte kommunale helsetjenesten, yter selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten driftsavtale et tilbud som supplerer de offentlige tjenestene. Kommunens ansvar for tjenestetilbud som ligger utenfor det offentlig finansierte tilbudet vil være vesentlig annerledes, og departementet foreslår derfor at disse ikke reguleres i denne forskrift. Kommunene har i praksis liten oversikt over selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten avtale, da mange unnlater å melde fra om sin virksomhet til kommunen.

Lovpålagte krav til kvalitet og funksjon gjelder alle aktører som tilbyr kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan tale for at en forskrift som skal regulere kommunale

fysioterapitjenester bør omfatte hele tjenesten, både de som ytes av avtalefysioterapeuter og tjenester som ytes av ansatte (fastlønte) fysioterapeuter. Kommunen vil like fullt ha ulike behov når det gjelder muligheten for å kunne gå i dialog med den enkelte fysioterapeut om prioriteringer og praksisprofil. Avtalefysioterapeutene står i dag langt friere til selv å prioritere egne pasienter enn ansatte fysioterapeuter gjør. Hensynet til ulike behov, organisasjonsform og generelle krav til kvalitet blir viktige momenter i vurderingen av denne forskriftens virkeområde. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 siste ledd lyder:

"Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen."

Et viktig formål med denne forskriften er at den skal være et effektivt verktøy for kommunen i utformingen av det kommunale tjenestetilbudet. Kommunens behov knyttet til å komme i dialog med ansatte fysioterapeuter er godt ivaretatt av arbeidsgivers generelle styringsrett. Den gir kommunen et betydelig handlingsrom når det gjelder både utføringen av oppgaver og prioriteringer. En forskrift om funksjons- og kvalitetskrav vil derfor ikke i samme grad være et nødvendig verktøy for kommunens mulighet til å utvikle kommunale fysioterapitjenester som ytes av fastlønte fysioterapeuter.

I mange kommuner utgjør avtalefysioterapeutene en helt avgjørende del av de kommunale fysioterapitjenestene. Kommunen er derfor avhengig av å ha en tett dialog med avtalefysioterapeutene, og mulighet for å påvirke tjenesteytingen om nødvendig. Tjenester som tilbys av avtalefysioterapeuter er i dag hovedsakelig regulert av Rammeavtalen og en individuelle driftsavtale. Disse avtalene vil fortsatt være viktige. En forskrift med krav til funksjon og kvalitet vil ikke ta opp i seg forhold som naturlig bør ligge i avtaler.

Det vises til utkast til forskrift § 1 for en nærmere utforming av bestemmelsen om formål og virkeområde. I utkast til § 2 er det tatt inn noen sentrale definisjoner knyttet til begreper som underbygger forskriftens virkeområde

5.3 Kommunens ansvar

5.3.1 Innledning

I følge helse- og omsorgstjenesteloven er det kommunen som skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Plikten er ikke begrenset til de som har fast bosted i kommunen. Kommunens plikter gjelder også personer som midlertidig oppholder seg i kommunen. Dette er et forhold kommunen må ta hensyn til når de skal dimensjonere sitt tjenestetilbud, også når det gjelder tilgangen til tjenester ytt av fysioterapeuter. Mange kommuner har inngått avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter for å oppfylle sitt sørge for ansvar.

5.3.2 Informasjon og samarbeid

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter et ansvar om å informere om det tjenestetilbudet som tilbys. Dette inkluderer tilbudet som ytes av fysioterapeuter med driftsavtale. Det kan argumenteres for at avtalefysioterapeuter har et eget ansvar for å informere om sine tjenester. Dette er til en viss grad riktig, men det fratår ikke kommunen sitt generelle informasjonsansvar om kommunale tjenester. Utkast til forskrift § 4 presiserer kommunens informasjonsplikt overfor brukerne av tilbudet.

For å sikre et velfungerende tjenestetilbud er det viktig med gode rutiner for kommunens samarbeid med avtalefysioterapeutene. Dette handler både om hvordan kommunen legger til rette for samarbeid med avtalefysioterapeutene, og om deling av informasjon. I utkast til forskrift §§ 4 og 6 er det tatt inn egne bestemmelser om kommunens plikter når det gjelder å legge til rette for samarbeid og med å holde avtalefysioterapeutene orientert om beslutninger som kan påvirke deres praksis. For at avtalefysioterapeutene skal kunne bidra til å oppfylle kommunens sørge for ansvar, inkludert kommunale prioriteringer, er det avgjørende at kommunen informerer om planer og beslutninger som kan ha betydning for avtalefysioterapeutenes virksomheter, jf. utkast til forskrift § 4 andre ledd. I utforming av planer eller prioriteringer som i vesentlig grad påvirker avtalefysioterapeutenes arbeidshverdag vil det være hensiktsmessig å involvere fysioterapeutene. Hvordan kommunen gjør dette, og en nærmere konkretisering av hvilken informasjon som vil være relevant, vil det være opp til kommunen og avtalefysioterapeutene å definere. Departementet foreslår derfor ikke å ta inn bestemmelser om dette i forskriften. I Rammeavtalens punkt 5.1 fremkommer muligheten for å opprette et samarbeidsutvalg dersom enten kommunen eller fysioterapeutene krever det.

Det er viktig at kommune sørger for god informasjon, men like viktig er det at avtalefysioterapeutene deltar i denne dialogen og samarbeidet med kommunen. Fysioterapeutens plikter, inkludert deltakelse i samarbeidsmøter med kommunen, omtales nærmere nedenfor.

Et helhetlig og velfungerende tjenestetilbud til pasienter og brukere forutsetter dessuten gode rutiner for samarbeid mellom ulike tjenestetilbud i kommunen, og samarbeid mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuter med avtale bidrar til å oppfylle kommunens sørge for ansvar og må følgelig bidra til at tjenestetilbudet fungerer godt. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å legge til rette for et godt samarbeid. I utkast til § 6 andre og tredje ledd er kommunens ansvar med å legge til rette for samarbeid presisert. Se kapittel 5.4 for en nærmere drøfting av avtalefysioterapeutens ansvar.

5.3.3 Kvalitet i kommunale fysioterapitjenester

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Av samme lov §§ 4-1 og 4-2 følger det at helse- og omsorgstjenester ytt etter denne lov skal være forsvarlige, og at enhver som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sørge for at virksomheten arbeider

systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Avtalefysioterapeutenes yter tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven og har følgelig et selvstendig ansvar for kvaliteten i sitt tilbud, se kap. 5.4.1 under for en nærmere drøfting av dette ansvaret.

Kommunens ansvar er tydelig beskrevet i loven. Det gjelder opplagt når kommunen selv yter tjenestene, men også i de tilfellene hvor kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å yte tjenester på deres vegne har kommunen et ansvar. Kommunen kan med andre ord ikke gå fra sitt ansvar etter loven ved å inngå avtaler med andre om å utføre oppgaver på deres vegne. Krav til funksjon og kvalitet til avtalefysioterapeutene påvirker følgelig i høysete grad også kommunen, og krever at kommunen blant annet følger opp kravene som stilles til fysioterapeutene. Dette er et ansvar som allerede påligger kommunene i dag. En presisering av dette i ansvaret vil ikke utvide det kommunale ansvaret knyttet til disse tjenesteyterne. Når kommunen velger å inngå avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter må kommunen ha et system for å følge opp og kontrollere om tjenestene leveres i tråd med avtalen, og at krav til funksjon og kvalitet oppfylles, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 3.

Kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlig tjenesteyting har videre nær sammenheng med kompetansen til den enkelte tjenesteyter. Det påligger den enkelte tjenesteyter et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, dette er nærmere omtalt under. Men for at avtalefysioterapeutene skal ha en reell mulighet til å tilegne seg ny og oppdatert kompetanse må også kommunene bidra. I medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 andre ledd skal kommunen medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. En måte å medvirke til dette er å samtykke til fravær og eventuelt inntak av vikar i praksisen ved fravær knyttet til etter- og videreutdanning. I Rammeavtalen pkt. 15 fremkommer blant annet at kommunen som hovedregel skal samtykke til fravær grunnet etter- og videreutdanning i fysioterapi. Kommunen kan også velge å yte driftstilskudd under gjennomføring av etter- og videreutdanning, jf. Rammeavtalens pkt. 16:

"Kommunen kan etter en konkret vurdering opprettholde utbetaling av driftstilskuddet til fysioterapeut som gjennomfører etter- og videreutdanning som er særlig viktig for kommunens fysioterapitjeneste, også i tilfelle der vikar ikke inntas."

Departementet mener kompetansehevende tiltak i form av etter- og videreutdanning av avtalefysioterapeutene er et viktig virkemiddel for sikre kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenestetilbudet. Departementet foreslår at kommunens plikter i medhold av § 8-2 annet ledd presiseres i forskriften. Det blir opp til kommunen å beslutte hvordan de ønsker å legge til rette for at nødvendig etter- og videreutdanningen. Rammeavtalens pkt. 16, se over, er et eksempel på hvordan kommuner kan bidra. Departementets utkast til bestemmelse, § 5, overlapper noe med bestemmelsen i Rammeavtalen. Rammeavtalen binder imidlertid ikke staten hva angår å forskriftsfeste krav i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet forutsetter at Rammeavtalen på de aktuelle punkter oppdateres ved neste anledning.

Sykdomsbildet i befolkningen har over få tiår endret seg betydelig. Samtidig som det blir flere eldre og flere med sammensatte behov, er det flere som lever lenge med sykdom, ofte med endringer i funksjonsnivå. Medisinsk og teknologisk utvikling gjør det mulig å bo hjemme til tross for funksjonsutfordringer, samtidig som det å legge til rette for selvstendig liv i egen bolig i det lange løp gir en mer fornuftig offentlig ressursutnyttelse. Som ledd i det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet vil det være økende behov for at også fysioterapi kan ytes i pasientens hjemmemiljø. Etter Rammeavtalens pkt. 4 skal behandling tilbys i pasientens hjem, barnehage, skole eller andre lokaler. Kommunen skal etter drøfting med samarbeidsutvalget eller en kontaktperson for avtalefysioterapeutene, når det ikke er opprettet et samarbeidsutvalg, utarbeide retningslinjer for slikt samarbeid. Det er viktig for brukerne av fysioterapitjenestene at kvaliteten i disse tjenestene er gode. For avtalefysioterapeutene er det også viktig at krav til behandling utenfor praksisen blir så effektiv som mulig. I Rammeavtalen gis kommunen en plikt til å legge til rette for at behandlingsoppgaver utenfor fysioterapeutens lokaler kan gjennomføres effektivt og med kvalitet. Når det nå stilles krav til fysioterapeuten om å utføre tjenester utenfor praksisen, foreslår departementet å ta inn en tilsvarende bestemmelse i forskriften, jf. § 5 fjerde ledd.

5.4 Kvalitets- og funksjonskrav

[Norsk Standard](#), NS-EN ISO 9000, definerer kvalitet som i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helse-tjenesten* utgitt av Helsedirektoratet i 2005 (IS-1162) utdyper kvalitet som begrep. Oppsummert er det flere elementer som må være på plass for at en tjeneste skal holde god kvalitet. Tjenestene må være virkningsfulle, sikre og trygge, tjenestene må sikre brukerinvolvering, være samordnet og sikre kontinuitet, sikre effektiv ressursbruk og være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

5.4.1 Tjenester som er virkningsfulle

Faglige avveininger og beslutninger må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Ofte brukes begrepet *kunnskapsbasert praksis* hvor forskning, klinikerens erfaring og brukererfaringer til sammen danner en ramme for hva som er oppdatert kunnskap.

Fysioterapeuten skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, jf. helsepersonelloven § 4. Det innebærer at fysioterapeuten er selvstendig ansvarlig for å sikre at han eller hun har nødvendig faglig kunnskap til å ivareta sine pasienter. I det ligger en forutsetning om at tjenesten som leveres er kunnskapsbasert. I forskriften foreslås dette presisert i § 8 hvor det stilles krav om at fysioterapeuten holder seg faglig oppdatert, herunder også holde seg orientert om nasjonale anbefalinger. I de tilfeller hvor fysioterapeuten ønsker å delta i formalisert etter- eller videreutdanning, påligger det kommunen et ansvar for å medvirke til dette, jf. omtale under punkt 5.3.3.

Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende og forebyggende tiltak rettet mot bevegelsesapparatet. Det er en utfordring at en rekke godt etablerte fysioterapeutiske tiltak og behandlingsformer mangler tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon for effekt. Rammene for hvilke tiltak som er virkningsfulle kan dermed være vanskelige å definere. Bildet kompliseres ytterligere av at enkelte fysioterapeuter tilbyr alternative behandlingsformer, herunder akupunktur og osteopati, dels uten at dette tydelig skilles fra stønadsberettiget behandling. Stønadsforskriften gir i § 4 en nærmere oversikt over hvilke behandlingsformer som kan utløse refusjon. I tillegg til de generelle rammene som forsvarlighetskravet setter, foreslår departementet at denne bestemmelsen legges til grunn for hvilke behandlingsformer og tiltak som kan tilbys i avtaletiden, jf. utkast til § 9 første ledd. Departementets utkast til bestemmelse, § 4 andre ledd, overlapper med bestemmelsen i Rammeavtalens pkt. 3. Rammeavtalen binder imidlertid ikke staten hva angår å forskriftsfeste krav i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Det er videre viktig at en så viktig rammebetingelse også fremgår av en forskrift og ikke bare en avtale.

Hvorvidt tjenestene er virkningsfulle må også vurderes på individnivå. Tilbudet til den enkelte pasient må jevnlig evalueres med tanke på om det gir ønsket effekt for pasienten. Behandling som ikke er virkningsfull skal avsluttes, jf. utkast til § 12, annet ledd, både med tanke på pasientsikkerhet og hensiktsmessig bruk av de samlede faglige ressursene i kommunen. Dette avgrenser likevel ikke virkningsfulle tjenester til tiltak som har til hensikt å gjøre pasienten frisk eller gjenopprette funksjon helt eller delvis. I noen tilfeller vil de tiltak som gjøres i et kronisk eller palliativt forløp først og fremst bidra til å optimalisere funksjon eller begrense et pågående funksjonstap. Dersom tiltakene bidrar til dette vil de fortsatt ha ønsket effekt for den enkelte pasient og kunne anses som virkningsfulle tjenester.

5.4.2 Sikre og trygge tjenester

For å kunne si at en tjeneste holder god kvalitet er det en forutsetning at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum. Trygghet og pasientsikkerhet har flere dimensjoner. Fysioterapeuten må ha nødvendig fagkunnskap, jf. omtale over, til å gi gode faglige råd og veiledning. Personvernet må ivaretas på en god måte, herunder også rutiner for å ivareta taushetsplikt og unngå at personsensitiv informasjon kommer på avveie. Plikt til informasjon om tilbud, behandling og forventet resultat vil også være elementer som bidrar til trygge og sikre tjenester.

I utkast til § 8 presiseres fysioterapeutens ansvar for å redusere risiko for uønskede hendelser i egen virksomhet. Systematisk pasientsikkerhetsarbeid er nødvendig for å redusere risiko for uønskede hendelser og er et krav etter helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2. Tiltak for å redusere risiko følger også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Et viktig ledd i systematisk kvalitetsarbeid er kravet om løpende dokumentasjon av tilbudet som gis. Jevnlig journalføring gir fysioterapeuten verdifull informasjon om progresjon og resultat av behandling, som igjen gir grunnlag for evaluering jf. diskusjon

ang. virkningsfulle tjenester. Fysioterapeutens dokumentasjonsplikt følger av helsepersonelloven § 39 og forskrift om pasientjournal § 8. Fortløpende journalføring er utdypet i forskrift om pasientjournal, og innebærer at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. For å kunne kreve refusjon er det dessuten et krav at fysioterapeuten kan dokumentere sine vurderinger, og at pasientjournalen inneholder alle opplysninger som er relevante og nødvendige, jf. stønadsforskriften § 5. Dessverre rapporterer uavhengige sakkyndige i pasientskadesaker, tilsynsmyndigheter, fastleger og Helfo om at det gjennomgående er svakheter knyttet til løpende journalføring blant selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Manglende eller mangelfull journalføring og notater som mangler begrunnede evalueringer av gjennomførte tiltak er blant meldinger som går igjen. Selv om fysioterapeutenes dokumentasjonsplikt er regulert i både lov og forskrift kan det av sakskomplekset i tilsynssaker se ut til at journalføring fortsatt er et betydelig sviktområde for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Fordi løpende journalføring av god kvalitet anses å være avgjørende for å kunne kvalitetssikre tjenesten foreslår departementet derfor at dokumentasjonsplikten også fremgår av forskrift om kvalitets- og funksjonskrav, jf. utkast til § 10. Videre presiseres også krav til journalsystem, herunder at dersom fysioterapeuten bruker elektroniske pasientjournal-system skal dette oppfylle krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern fastsatt i lov og forskrift.

Fysioterapeuten er selvstendig ansvarlig for den undersøkelse og vurdering som gjøres av den enkelte pasient. Dersom fysioterapeuten i sin undersøkelse og oppfølging oppdager forhold som vil kunne medføre behov for nærmere utredning og/ eller henvisning til spesialist, har fysioterapeuten et ansvar for at slike opplysninger blir videreformidlet til pasientens fastlege, jf. krav til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 første og andre ledd, og videre krav til videreformidling av relevante helseopplysninger i lovens § 45.

5.4.3 Kontinuitet og samordning

Kontinuitet som begrep kan beskrive ulike forhold ved tjenestetilbudet. Det kan omhandle kontinuitet i hva slags informasjon og behandling som gis på tvers av fagpersoner/ faggrupper, og det kan omhandle kontinuitet i personkontakt, dvs. hvilke og hvor mange fagpersoner man møter. En forutsetning for å kunne tilby et samordnet tjenestetilbud er en tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling, innad i de kommunale tjenestene, og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Forløpsperspektiv

Fysioterapeuter følger gjerne pasienten tett med hyppige kontakter over kortere eller lengre tidsperioder, og har mulighet til å følge pasientens symptomutvikling tett. I de fleste tilfeller forholder pasienten seg til samme fagperson over lengre tid, noe som bidrar til kontinuitet for pasienten. Dette gir samtidig fysioterapeuten en sentral rolle i pasientens utredning og behandling, og i den kommunale helse- og omsorgstjenestens tverrfaglige oppfølging av den enkelte. I utkast til § 11 presiseres det at fysioterapeuten

skal yte sine tjenester i et forløpsperspektiv. Med det menes at fysioterapeuten som fagperson med jevnlig og hyppig kontakt med pasienten har et særskilt ansvar for å sikre at tjenestetilbudet sees i en større helhet, og at nødvendig tverrfaglig samhandling sikres. Dersom en pasient har behov for langvarige og koordinerte tjenester plikter fysioterapeuten å informere om individuell plan og pasientens rett til å få oppnevnt koordinator, samt medvirke til utarbeidelse av individuell plan (omtalt i utkastet til § 12).

Henvisning og deling av informasjon

Samhandling og god dialog med pasientens fastlege er nødvendig for å sikre at pasienten henvises videre ved behov, uten unødige forsinkelser. Plikt til å innhente bistand, samarbeide og henvise, samt plikt til å dele helseopplysninger, jf. helsepersonelloven §§ 4, 25 og 45, aktualiseres ytterligere i medhold av lovforslaget om direkte tilgang til fysioterapeut. For fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeut) som kan henvise til spesialist eller bildeundersøkelser m.m. tas det inn alminnelige krav til henvisning, i tråd med hhv. helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Krav til fysioterapeutens henvisningsrutiner er omtalt i utkast til §§ 12 og 18. For manuellterapeut som også er sykmelder stilles det krav om sykefraværsoppfølging tilsvarende forskrift om fastlegeordning i kommunene, jf. utkast til § 19. Plikt til sykefraværsoppfølging avgrenses til de tilfeller der fysioterapeuten selv er sykmelder.

Et samordnet tilbud med kontinuitet i informasjon forutsetter at de ulike aktørene som yter helsehjelp er informert om hverandres vurderinger og tiltak. Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste, og har derfor et særlig behov for oppdatert informasjon. Stønadsforskriften § 2 stiller krav om at fysioterapeuten etter avsluttet behandling og etter pasientens samtykke skal sende epikrise til henvisende behandler. Plikt til en slik deling av informasjon er vesentlig for kvalitet og samhandling. Departementet foreslår at plikt til å utarbeide epikrise tas inn i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav. For å ivareta forslaget om direkte tilgang presiseres teksten slik at mottaker av epikrise er fastlege og/ eller henvisende instans, slik at plikten til å skrive epikrise ikke er knyttet til om pasienten er henvist eller ikke, utkast § 10, tredje ledd. I utgangspunktet har helsepersonell taushetsplikt knyttet til deling av helseopplysninger. Dette gjelder også deling av opplysninger med annet helsepersonell. Et viktig og praktisk unntak fra taushetsplikten er samtykke til deling fra den opplysningene omhandler, jf. helsepersonelloven § 25. Premisset om at epikrise skal sendes etter samtykke fra pasienten foreslås videreført. En epikrise skal være et sammendrag av aktuell pasientjournal, inneholde pasientens status ved oppstart av behandling, fysioterapeutens vurdering av denne, en oppsummerende beskrivelse av forløp, samt en sluttstatus som evaluerer ev. effekt av gjennomførte tiltak.

Utviklingen av digitale verktøy og elektroniske journalsystemer gir nye muligheter for effektiv kommunikasjon og på sikt systematisk innsamling av data om tjenestene. Fra 1. januar 2017 ble frikortordningen for egenandelstak 2 automatisert. Det innebærer et krav til fysioterapeuter om elektronisk innrapportering over linje. Krav om elektronisk

innrapportering følger av endringer i forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret § 7 og gjelder alle behandlere som yter tjenester eller behandling som inngår i frikortordningene egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Fysioterapeuter født før 1952 og fysioterapeuter som fremmer krav om refusjon på mindre enn 20 000 per måned er unntatt fra denne bestemmelsen, dersom disse ikke allerede hadde startet elektronisk innrapportering. Krav om elektronisk samhandling fremgår av utkast til forskrift § 13. For å få fortgang i prosessen med elektronisk samhandling ble det i honorartarifforhandlingene våren 2016 gitt et betydelig økonomisk løft fra staten for å få fysioterapeutene til å koble seg til Norsk Helsenett.

Samarbeidsarenaer

Blant eksisterende rutiner for dialogarenaer mellom avtalefysioterapeuter og kommunen er samarbeidsutvalg, omtalt under Rammeavtalens pkt. 5. Et rådgivende samarbeidsutvalg mellom kommunens administrasjon, fastlønte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter skal ifølge avtalen opprettes når kommunen eller avtalefysioterapeutenes kontaktperson krever dette. Samarbeidsutvalget skal gjennom samarbeid mellom kommunen og fysioterapeutene legge til rette for en hensiktsmessig drift av tjenesten og sikre at avtalefysioterapeutene får innflytelse over drift og organisering av egen praksis. Kommunen bestemmer omfanget av samarbeidsutvalget, men alle organisasjonene skal gis anledning til å være representert. Samarbeidsutvalget kan blant annet gi råd i saker om planlegging av kommunens fysioterapitjenester, herunder kapasitet og lokalisering, oppretting av nye avtalehjemler og fastlønnsstillinger, ventelistereduserende tiltak og annet kvalitetsarbeid. Departementet vurderer at det i forslag til forskrift er tilstrekkelig å presisere at samarbeid skal finne sted, jf. utkast til § 6, første og andre ledd og §12, men at form og nærmere rammer fortsatt bør defineres av kommunene ved KS og fysioterapeutenes organisasjoner, eller som følge av lokal enighet.

5.4.4 Brukerinvolvering

Regjeringen har vært tydelig på sitt mål om å skape pasientens helsetjeneste. I det ligger en forutsetning om at pasientens ønsker, behov og utfordringer legges til grunn i utformingen av ethvert tjenestetilbud. Det innebærer likevel ikke at alle innbyggere som ønsker fysioterapi har rett på dette ut fra eget ønske. Tjenestetilbudet skal fortsatt sees i en større sammenheng, hvor de med størst behov for behandling og forventet utbytte prioriteres. Når en pasient er prioritert til oppfølging skal pasientens ønsker og behov legges til grunn. Krav om brukerinvolvering er nærmere presisert i utkast til forskrift § 11. I tillegg til at behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientens behov legges det opp til at evaluering av effekt skal gjøres i samråd med pasienten.

5.4.5 God ressursutnyttelse

God ressursutnyttelse forutsetter at rett tjeneste tilbys riktig bruker, til riktig tid og på riktig måte. Effektiv ressursutnyttelse forutsetter at det finnes gode rutiner for prioritering og fordeling av eksisterende ressurser. Kommunen har et ansvar for å kartlegge behov og

helseutfordringer i sin befolkning og dimensjonere helsetilbudet i henhold til dette. Dette er nærmere omtalt under kap. 5.3.2. Fysioterapeutene bør ha mulighet til å medvirke i prosesser hvor kommunen kartlegger og legger føringer for prioriteringer.

Forutsatt at Stortinget slutter seg til regjeringens forslag om innføring av direkte tilgang til fysioterapeut vil avtalefysioterapeuten i flere tilfeller være første kontakt med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fysioterapeuter har gode faglige forutsetninger for å undersøke og behandle de fleste pasienter med muskel- og skjelettlidelser, og kan, dersom kommunen nyttiggjør seg denne kompetansen, spille en viktig og verdifull rolle i tverrfaglig utredning og behandling. Som helsepersonell skal avtalefysioterapeuten på selvstendig grunnlag prioritere sine henvendelser ut fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Men riktig prioritering forutsetter også en vurdering av den totale kapasiteten hos den enkelte fysioterapeut. Oppfølgingen av den enkelte pasient må fortløpende evalueres med tanke på om videre behandling og oppfølging hos fysioterapeut er hensiktsmessig, jf. omtale under kap. 5.4.1 og spesifisering i utkast til § 12 andre ledd. Departementet foreslår i utkast til § 14 at det i tillegg presiseres at kommunale og nasjonale prioriteringer skal tas hensyn til ved prioritering. For å sikre kommunen nødvendige data og oversikt over tjenestetilbudet som ytes foreslås det i utkast til § 16 krav til rapportering.

Befolkningssammensetningen endrer seg, med flere eldre, og flere med komplekse behov. Individuelt tilpasset fysisk aktivitet er blant effektive tiltak for å sikre at eldre innbyggere vedlikeholder daglig funksjon og selvstendighet. Enkelte pasienter vil ha vansker med å oppsøke fysioterapeuten, blant annet på grunn av helsetilstand eller funksjonsevne. I andre tilfeller er det pasienter som vil ha behov for oppfølging/ behandling i tilknytning til dagtilbud, barnehage/ skole eller andre relevante arenaer. Behovet for ambulant behandling kan være kortvarig, med få, målrettede tiltak rettet mot daglige funksjoner, eller være av mer langvarig karakter. Kommunene står fritt til å organisere sine fysioterapitjenester, herunder fysioterapeutens tilknytningsform, enten denne er kommunalt ansatt eller tjenesten kjøpes av selvstendig næringsdrivende. I dag er det et krav i Rammeavtalen mellom KS og fysioterapeutenes fagorganisasjoner at fysioterapeut med driftsavtale skal gi tilbud om hjemmebesøk til hjemmeboende pasienter. Kravet om at tjenesten skal kunne ytes ambulant foreslås videreført i forskrift i utkast til § 17. Kommunen skal på sin side legge til rette for at behandlingsoppgaver utenfor instituttet kan gjennomføres effektivt og med kvalitet, jf. omtale tidligere omtale. Departementets utkast til bestemmelse overlapper med bestemmelsen i Rammeavtalens pkt. 4. Rammeavtalen binder imidlertid ikke staten hva angår å forskriftsfeste krav i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet forutsetter at Rammeavtalen på de aktuelle punkter oppdateres ved neste anledning.

Avtale om ambulant virksomhet må sees i sammenheng med det øvrige kommunale tjenestetilbudet og tilbudets tilgjengelighet. Hjemmebesøk gir økt tilgjengelighet for den pasienten som får behandlingen, men vil, avhengig av tilbudets omfang og organisering, kunne gi redusert tilgjengelighet for øvrige pasienter som behandles hos avtalefysioterapeut. I enkelte tilfeller vil det være hensiktsmessig at forventet omfang av ambulant

virksomhet nedfelles i kontrakt/ avtale mellom kommunen og den enkelte avtalefysioterapeut. I andre tilfeller vil det være hensiktsmessig at hjemmebehandling ytes av kommunalt ansatte fysioterapeuter. God ressursutnyttelse forutsetter god dialog om forventninger samt kunnskap om tilgjengelige faglige ressurser.

For å sikre at kommunen har nødvendige data for å ivareta et forsvarlig helse- og omsorgstilbud stilles det krav til rapportering i utkast til § 16. Staten eller kommunen i samarbeid med fysioterapeuten fastsetter hvilke data som skal avgis. Alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av data om tjenestene.

5.4.6 Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Den siste forutsetningen for god kvalitet er tilgjengelige tjenester som er rettferdig fordelt. Med rettferdig fordeling menes at brukere skal ha likest mulig tilgang på sosial- og helsetjenester, uavhengig av kjønn, sosial status eller bosted. Begrepet tilgjengelighet har flere dimensjoner. Et sentralt element er at tjenestene det er behov for finnes i tilstrekkelig utstrekning. På kommunalt nivå vil dette blant annet handle om tjenestene er dimensjonert for å ivareta det sørge for ansvaret kommunen har.

Tilgjengelighet i form av tilstrekkelig tilbud hos den enkelte fysioterapeut handler om åpningstider, mulighet for å få kontakt per telefon eller gjennom elektronisk kommunikasjon. I forskriften stilles det krav om at fysioterapeuten skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid, jf. utkast til § 15. Ved planlagt fravær skal det så langt mulig skaffes fraværdeknning og kommunens skal informeres om fravær.

Tilgjengelighet har også en fysisk dimensjon. Avtalefysioterapeuter yter tjenester til mennesker med ulike symptomer og sykdommer som ikke sjelden medfører midlertidig eller varig funksjonstap. Det er rimelig at det stilles krav om at virksomhet som skal yte tilbud til innbyggere med ulike grader av funksjonstap er fysisk tilrettelagt på en måte som sikrer tilgjengelighet for alle relevante brukere. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne § 13, første ledd, stadfester at private virksomheter rettet mot allmennheten skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innenfor virksomheten, så langt dette ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten, nærmere definert i § 13, tredje ledd. Krav om fysisk tilgjengelighet er presisert i utkast til § 15, annet ledd. Det er departementets vurdering at fysisk tilgjengelighet også bør omhandle hvorvidt tjenesten er utstyrt med nødvendig utstyr for å tilby behandling til personer med ulike funksjonsnivå, jf. utkast til samme bestemmelse.

En tredje dimensjon av tilgjengelighet omhandler det kulturelle og språklige. Fysioterapeuten skal etter helsepersonelloven sørge for at pasientens rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven ivaretas. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helse, tjenestetilbudet, egne rettigheter som pasient m.m. Lovens § 3-5 presiserer videre at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, herunder kultur- og språkbakgrunn. Det påligger fysioterapeuten et ansvar for at kommunikasjonen mellom pasient og fysioterapeut er av nødvendig kvalitet, og at det ved behov nyttes tolk for å ivareta forsvarlig kommunikasjon, jf. utkast til § 20. Jf. Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via

tolk (IS-1924) er det et kommunalt ansvar å sørge for at tolk er tilgjengelig når det oppstår et behov. Kommunen skal dekke utgifter til tolk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder bruk av tolk hos helsepersonell som kommunen har drifts-avtale med.

5.5 Andre bestemmelser

Kommunen skal etter Rammeavtalen inngå individuell avtale med alle selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som yter tjenester på vegne av kommunen. Den individuelle avtalen skal bidra til at fysioterapeuten og kommunen kan oppfylle sine plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven og annet lovverk. Den enkelte kommune velger selv hvorvidt den ønsker å slutte seg til og vedta Rammeavtalen lokalt. For å sikre at alle avtalefysioterapeuter har individuell avtale med kommunen uavhengig av kommunens forhold til Rammeavtalen foreslår departementet at krav om individuell avtale forskriftsfestes, jf. utkast til § 21. Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, lokalisering og eventuelle presiseringer av andre oppgaver fysioterapeuten skal utføre på vegne av kommunen. Det presiseres videre at det ikke kan inngås avtaler som er i strid med bestemmelser i den foreslåtte forskriften.

Det er et vilkår for refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen, jf. folketrygdloven § 5-8. Fysioterapeutens økonomiske vederlag består av et driftstilskudd fra kommunen, refusjon fra folketrygden for utført arbeid, samt egenandeler fra pasienten. Driftstilskuddets størrelse følger av avtale inngått mellom staten v/Helse- og omsorgsdepartementet og KS på den ene siden og fysioterapiorganisasjonene (Statsavtalen). Både størrelse på driftstilskudd, takster og egenandeler er fastsatt i stønadsforskriften. Fysioterapeuter som inngår driftsavtaler med kommunen er bundet av de rammer ovennevnte avtale og takstforskrift setter for vedkommende sin inntjening. Det er ingen åpning i regelverket for å kreve pasientbetaling utover fastsatte bestemmelser i stønadsforskriften kap. IV. Pasientbetaling. Avtalefysioterapeutene er, som fastleger og avtalespesialister, forhindret fra å inngå avtaler om levering av tjenester til praksisen som øker pasientenes kostnader ved bruk av deres tjenester. Eksemplene som nevnes i forskrift om stønad til dekning av undersøkelse og behandling hos lege er pasient-administrative systemer, betalingsautomater og timebestillingsystemer. Dette er eksempler som gjelder tilsvarende for fysioterapeuter, men utkast til § 7 slår fast at den økonomiske rammen for avtalefysioterapeutene ligger fast og fastsetter rammene for pasientbetalingen. Dette innebærer også at det ikke kan kreves refusjon for trening i instituttets lokaler eller tilknyttede treningsfasiliteter dersom pasienten har betalt for treningsmedlemskap. Dette er ingen endring av gjeldene rett, se blant annet Rammeavtalen pkt. 13. Departementet har erfart at det fra tid til annen oppstår situasjoner der pasienter avkreves egenbetalinger som ikke er beskrevet i stønadsforskriften, og ønsker derfor å presisere hvilke rammer som gjelder for avtalefysioterapeutene.

I utgangspunktet er det pasienten som har rett på å få refundert egne utgifter til behandling og undersøkelse hos fysioterapeut. I medhold av folketrygdloven § 22-2 har de fleste fysioterapeuter inngått avtaler om direkte oppgjør med Helfo. En direkte

oppgjørsavtale gjør at pasienten ikke trenger å legge ut for behandlingskostnadene for senere å få disse, fratrukket egenandelen, refundert av Helfo. I stedet fremmer behandleren et krav direkte mot folketrygden (Helfo). Det er en klar fordel for pasientene at fysioterapeuten har avtale om direkte oppgjør. En direkte oppgjørsordning er også mer effektivt for forvaltningen, og fysioterapeuten er sikret oppgjør for utført behandling. I dag er det frivillig om fysioterapeuter ønsker å inngå avtaler om direkte oppgjør med Helfo. Videre følger det av folketrygdloven at medlemmet kan kreve å betale hele beløpet for behandlingen for så selv å sende inn et refusjonsoppgjør til Helfo. Dette gjelder også når en behandler har en avtale om direkte oppgjør. Når departementet nå likevel velger å foreslå en plikt for fysioterapeuter å inngå direkteoppgjørsavtaler er det fordi fordelene er større enn eventuelle ulemper. Det legges særlig vekt på at dette er en forenkling for pasientene. De færreste ønsker å legge ut selv, og de få som gjør det vil ikke miste retten til dette. Langt de fleste fysioterapeutene har allerede inngått oppgjørsavtaler med Helfo, og dette er en ordning som fungerer godt. Den gir også en effektiviseringsgevinst for forvaltningen. Departementet viser til forslag til § 13 annet ledd.

Rammeavtalen fastsetter en rekke rammer for tildeling, avvikling, oppsigelse og overdragelse av avtalehjemmel. En forskrift som skal regulere avtalefysioterapeuters virksomhet vil også naturlig måtte omhandle noen av de mest sentrale aspektene ved en slik avtalehjemmel. Det tilstrebes at forskriften har en overordnet tilnærming, hvor Rammeavtalen fortsatt vil være et viktig avtaledokument for å nærmere regulere disse forhold. Det forutsettes at Rammeavtalen oppdateres ved første anledning.

Det er kommunen som fatter vedtak om tildeling av avtalehjemmel, jf. utkast til § 22. herunder om en ledig avtalehjemmel skal lyses ut, trekkes tilbake, eller om det er ønskelig å holde tilbake en deltidshjemmel i påvente av at denne kan slås sammen med annen deltidshjemmel. Rammeavtalen legger en rekke føringer på medvirkning og hvilke kriterier som skal legges til grunn ved tildeling. Jf. omtale under kap. 4 om utfordringer knyttet til oppsplitting av avtalehjemler er det fra 01.07.2013 tatt inn en bestemmelse i stønadsforskriften § 10 som begrenser kommunens mulighet til å inngå avtalehjemler mindre enn 50 pst. Bestemmelsen har bidratt til bedre kontroll med kostnadsutviklingen i tjenesten, samt gitt bedre vilkår for den enkelte fysioterapeut. Bestemmelsen foreslås videreført i utkast til forskrift § 22, andre ledd. Unntaksbestemmelsen i § 10 annet ledd i stønadsforskriften foreslås ikke videreført. Etter det departementet erfarer er ikke bestemmelsen i bruk i dag, videre er det ikke klart hvilke rammer som gjelder for når unntaket gjelder. Det presiseres at kommunen skal utlyse avtalehjemmel i det omfang det er ønskelig at fysioterapeuten skal arbeide for kommunen, jf. omtale av åpningstid i individuell avtale. Videre presiseres det at avtalehjemmelen er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ikke kan omsettes eller videreselges av hjemmelshaver, jf. utkast til § 22, tredje ledd.

Videre forskriftsfestes også krav, plikter og rettigheter ved avslutning av individuell avtale.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Et viktig formål med denne forskriften er at den skal være et effektivt verktøy for kommunen i utformingen av det kommunale tjenestetilbudet. Forskriften tydeliggjør krav til avtalefysioterapeutenes virksomhet, som til sammen skal bidra til å sikre fysioterapitjenester av god kvalitet. Kommunens ansvar er tydelig beskrevet i loven. Kommunene har allerede i dag et ansvar for å sikre kvalitet i tilbud som ytes av private tjenesteytere på kommunens vegne. Krav til funksjon og kvalitet til avtalefysioterapeutene etter denne forskriften påvirker følgelig også kommunen, og stiller krav til at kommunen følger opp kravene som stilles til fysioterapeutene. Forskriften tydeliggjør kommunens muligheter til å videreutvikle og styre kommunale fysioterapitjenester. En aktiv rolle i styring og utvikling av kommunale fysioterapitjenester kan medføre økte administrasjonskostnader til planlegging, samarbeidsmøter og oppfølging for den enkelte kommune. Forskriften gir ingen nye plikter til kommunen, men presiserer eksisterende ansvar for tjenestens omfang og innhold. Fordi dette ansvaret allerede påligger kommunen vil en presisering av dette ansvaret følgelig ikke utvide de kommunale oppgavene knyttet til denne tjenesten. Forskriften kan fungere som et verktøy som effektiviserer kommunens lovpålagte kontroll og styring av tjenesten. En tydeligere styring vil i neste omgang kunne sørge for en bedre prioritering av pasientarbeid, og mulighet for en mer effektiv bruk av de kommunale ressursene.

Kommunens sørge for ansvar for kommunale fysioterapitjenester endres ikke ved forslaget, og det forventes derfor ikke at forslaget i seg selv vil føre til en økning i antall avtalehjemler. Forskriften gjentar tidligere krav om at avtalehjemler skal speile det faktiske timetallet fysioterapeuten forventes å arbeide. Dreiningen fra små til større avtalehjemler, som beskrevet i kap. 4 er en ønsket utvikling, nedfelt i både statsbudsjett, takstforhandlinger og Rammeavtalen, og representerer ikke en ny effekt av forskriften.

Utkast til forskrift presiserer krav og forventninger til fysioterapeutens virksomhet. Disse er administrative og faglige krav som ikke gir grunnlag for økning av takstbruk. Det offentlige utgifter til takstrefusjon forventes derfor ikke å øke basert på forslag til forskrift. For fysioterapeuten kan enkelte bestemmelser føre til økt administrativ tidsbruk, noe som igjen kan føre til redusert takstrefusjon. Blant bestemmelsene som trekkes frem av fysioterapeutenes organisasjoner er kravet om å tilby ambulant behandling. Dette er imidlertid et krav som allerede i dag er nedfelt i Rammeavtalen, og således ikke en ny plikt for fysioterapeuten. Omfanget av ambulant virksomhet vil avhenge av hvilke avtaler som gjøres i den enkelte kommune og pasientenes behov. Effekten på fysioterapeutens inntjening som følge av bestemmelsen vil derfor variere.

Presiseringer av dokumentasjonsplikt og plikt til å skrive epikrise adresserer kjente sviktområder i dagens fysioterapitjenester. Dersom kravene fører til økt administrativ tidsbruk vil dette primært være en konsekvens av en tydeliggjøring av allerede eksisterende plikter. Dersom f.eks. kravet til løpende journalføring jf. helsepersonellovens § 39 er oppfylt, vil omfanget av merarbeid knyttet til å skrive epikrise være begrenset. En epikrise skal i utgangspunktet være et sammendrag av viktige milepæler i pasientforløpet, som allerede bør fremgå av pasientjournal. Plikt til å skrive og sende epikrise er allerede

et krav jf. stønadsforskriften, og kan dermed ikke anses som en ny plikt etter dette forslaget. Dersom skriving av epikrise gjøres uten samtidig undersøkelse eller behandling er det en egen takst som honorerer dette. Mulighet for elektronisk samhandling vil kunne bidra til en effektivisering av faglig dialog mellom fysioterapeut og fastlege. I takstoppgjøret for 2016 er det gjort et betydelig løft for å stimulere til økt elektronisk samhandling.

7 Forskriftstekst

Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav i kommunale fysioterapitjenester

Hjemmel: Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet xx.xx.xxxx med hjemmel i [lov 24. juni 2011 nr. 30](#) om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [§ 3-2](#) fjerde ledd og lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-8 og § 22-2.

Kapittel 1. Formål og definisjoner

§ 1. *Formål og virkeområde*

Formålet med forskriften er å sikre kommunenes innbyggere nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. Forskriften skal være et virkemiddel for kommunen for å utvikle de kommunale fysioterapitjenestene.

Forskriften regulerer kommunale fysioterapitjenester som ytes av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Forskriften stiller krav til funksjon og kvalitet i tjenestetilbudet.

§ 2. *Definisjoner*

I forskriften her menes med:

- a) *Fysioterapeut:* Selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med kommunal driftsavtale
- b) *Refusjonsrett:* Retten til å utløse refusjon fra folketrygden for utført behandling.
- c) *Kommunal driftsavtale:* avtale med kommunen om å tilby fysioterapitjenester på vegne av kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 3. *Det kommunale ansvaret for tjenestetilbudet*

Kommunen skal sørge for et tilstrekkelig utbygd fysioterapitilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-1](#) og [§ 3-2](#) første ledd. Kommunen bestemmer omfanget av tilbudet som ytes av fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.

§ 4. *Kommunens ansvar for informasjon*

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om det kommunale fysioterapitilbudet, inkludert tilbudet som ytes av fysioterapeuter med driftsavtale.

Kommunen plikter å holde fysioterapeuter informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for fysioterapeutens virksomhet.

§ 5. Kommunens ansvar for kvalitet

Kommunen skal sørge for et forsvarlig tilbud av fysioterapitjenester, og at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav til tjenestetilbudet overholdes, jf. kapittel 3.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og [omsorgstjenesteloven § 4-1](#) og [§ 4-2](#) og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse bestemmelsene.

Kommunen skal legge til rette for at fysioterapeuter kan gjennomføre og delta i etter- og videreutdanning som er relevant for de kommunale fysioterapitjenestene.

Kommunen skal legge til rette for at behandlingsoppgaver utenfor fysioterapeutens lokaler kan gjennomføres effektivt og med kvalitet

§ 6. Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fysioterapeuter.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fysioterapeuter og andre tjenesteytere, og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fysioterapitjenester i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fysioterapeuter og spesialisthelsetjenesten.

§ 7. Økonomisk vederlag

Fysioterapeutens økonomiske vederlag består av et driftstilskudd fra kommunen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid. Driftstilskuddets størrelse følger av avtale mellom Staten/ KS, Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), Norsk Manuellterapeutforening (NMF) og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF).

For behandling det kreves refusjon for kan fysioterapeuten ikke ta høyere egenandeler eller pasientbetaling enn det som fremgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

Kapittel 3. Kvalitets og funksjonskrav

§ 8. Forsvarlig og kunnskapsbasert praksis

Fysioterapeuten skal utøve sin praksis i tråd med oppdatert kunnskap, og følge krav i lov og forskrift samt anbefalinger i nasjonale retningslinjer og veiledere og for øvrig utøve godt faglig skjønn.

Fysioterapeuten skal tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser i sin virksomhet.

§ 9. Tjenestens innhold

Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende og forebyggende tiltak rettet mot bevegelsesapparatet, herunder også veiledning og opplæring, samt vurdering av behov for hjelpemidler.

I avtaletiden skal fysioterapeuten kun benytte behandlingsformer som er akseptert av helsemyndighetene, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

§ 10. Dokumentasjon, elektronisk journal og epikrise

Fysioterapeuten skal føre journal fortløpende, jf. Lov om helsepersonell § 39, samt i forskrift om pasientjournal § 8.

Fysioterapeutens elektroniske pasientjournalssystem skal oppfylle krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern fastsatt i lov og forskrift.

Etter samtykke fra pasienten skal fysioterapeuten oversende epikrise til fastlege og/eller henvisende instans etter avsluttet behandling. Epikrisen skal være et sammendrag av aktuell pasientjournal og inneholde status ved hhv. oppstart og avslutning av behandling, en summarisk beskrivelse av forløp, samt en evaluering av effekt av tiltak.

§ 11. Forløpsperspektiv og brukerinvolvering:

Fysioterapeuten skal yte sine tjenester i et forløpsperspektiv. Tjenestetilbud skal ses i en større helhet og sikre nødvendig tverrfaglig samhandling og koordinering til pasientens beste.

All behandling skal bygge på prinsippet om informert samtykke og pasientens rett til medbestemmelse, og evalueres sammen med pasienten. Behandlingen skal avsluttes dersom den ikke gir ønsket eller hensiktsmessig effekt.

§ 12. Krav til samarbeid med pasientens fastlege og øvrige helse- og omsorgstjenester

Fysioterapeuten skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere ved behov, inkludert pasientens fastlege. Fysioterapeuten skal etter nærmere avtale med kommunen delta på relevante samarbeidsarenaer.

Dersom en pasient har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fysioterapeuten å informere om individuell plan og koordinator i kommunen, samt å medvirke til utarbeidelse av individuell plan, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Fysioterapeuten plikter å informere fastlege om forhold som avdekkes i undersøkelse og behandling som kan gi grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

§ 13. *Krav til elektronisk samhandling*

Fysioterapeuten skal kunne sende og motta meldinger elektronisk via sikker kommunikasjon.

Fysioterapeuten skal ha direkte oppgjørsavtale med Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer. Oppgjørene skal sendes elektronisk over linje på format fastsatt av Helsedirektoratet, med mindre fysioterapeuten omfattes av unntakene i forskrift om behandling av helseopplysninger i egenandelsregisteret § 7a.

§ 14. *Prioritering*

Fysioterapeuten skal prioritere henvendelser ut i fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. I vurderingen skal det tas hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer, og til hvordan fysioterapeutens totale kapasitet best kan utnyttes.

§ 15. *Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser*

Fysioterapeuten skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid.

Fysioterapeuten skal, så langt mulig, sørge for fraværdeknning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning. Inntak av vikar skal godkjennes av kommunen.

Fysioterapeutens lokaler skal være fysisk utformet slik at virksomhetens alminnelige funksjon er tilgjengelig for flest mulig, jf. lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne § 13.

Fysioterapeutens lokaler skal etter nærmere avtale med kommunen være utstyrt med nødvendig treningsutstyr for å kunne ivareta fysioterapeutens pasientgrupper.

§ 16. *Krav til rapportering*

Fysioterapeuten skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig helse- og omsorgstilbud og faglig utvikling av fysioterapitjenester. Staten eller kommunen fastsetter, i samarbeid med fysioterapeuten, hvilke data som skal avgis.

De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd.

§ 17. *Hjemmebesøk og ambulante tilbud*

Fysioterapeuten skal gi tilbud om hjemmebesøk til hjemmeboende pasienter som:

- a) på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon i fysioterapeutens lokaler eller
- b) når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp

Kommunen og fysioterapeuten kan avtale nærmere om hvordan fysioterapeuten skal bidra til å avhjelpe kommunens behov for ambulerende tjenester.

For pasienter i et habiliterings- eller rehabiliteringsforløp skal tilbud kunne ytes integrert med dagtilbud, barnehage, skole, arbeidsplass eller andre relevante arenaer.

§ 18. *Henvisningspraksis*

Fysioterapeuten skal ved behov henvise pasienter til andre kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert pasientens fastlege.

Fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi skal ved behov henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten.

Fysioterapeutenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler, jf. lov om kommunale helse- og [omsorgstjenester § 6-1](#) og lov om [spesialisthelsetjenester m.m § 2-1e](#) andre ledd. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. lov om pasient- og [brukerrettigheter kapittel 2](#) og 3.

Fysioterapeuten med videreutdanning i manuellterapi skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt behandlingsvalg, jf. Lov om pasient- og [brukerrettigheter § 2-4](#).

§ 19. *Sykefraværsoppfølging*

Fysioterapeuten med videreutdanning i manuellterapi skal delta i oppfølgingen av den sykemeldte, dersom fysioterapeuten er sykemelder.

Fysioterapeuten skal gjennom sin oppfølging av pasienten, bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.

§ 20. Tolk

Fysioterapeuten er ansvarlig for at kommunikasjonen mellom pasient og fysioterapeut ivaretas på en forsvarlig måte og skal benytte kvalifisert tolk ved behov.

Kapittel 5. Avtale om driftstilskudd

§ 21. Avtale

Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen, jf. folketrygdloven § 5-8.

Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, lokalisering og eventuelle andre oppgaver som fysioterapeuten skal utføre på vegne av kommunen.

Fysioterapeuten og kommunen kan ikke inngå avtaler i strid med bestemmelser i denne forskriften.

§ 22. Inngåelse av ny individuell avtale

Kommunen fatter vedtak om tildeling av ledig avtalehjemmel.

Kommunene skal kun utlyse deltidshjemler når dette samsvarer med kommunens tjenestebehov, og avtalehjemmel skal være i samsvar med omfanget fysioterapeuten forutsettes å arbeide.

Kommunen skal ikke inngå driftsavtaler som er mindre enn 50 prosent av fullt tilskudd.

Avtalehjemmelen er en del av kommunens helse- og omsorgstjeneste og kan ikke selges, omsettes eller overdras av den enkelte fysioterapeut som ønsker å avslutte sin virksomhet.

§ 23. Avslutning av individuell avtale

Kommunen og fysioterapeuten kan si opp avtalen med en frist på seks måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet. Partene kan avtale kortere frist.

Ved vesentlig mislighold kan avtalen heves med øyeblikkelig virkning.

Kapittel 6. Ikrafttredelse

§ 24. *Ikrafttredelse og overgangsordninger*

Forskriften trer i kraft når departementet beslutter det.