



INNSPILL TIL PARTIPROGRAM 2021-2025

SAMMENDRAG

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



Innhold

I. MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER KAN VELTE VELFERDSLASSET	2
II. HELSE	3
OFFENTLIG ANSVAR FOR ORGANISERING, FINANSIERING OG SAMHANDLING	3
MER FOREBYGGING - MINDRE REPARASJON.....	4
FRITAK FOR EGENANDEL FOR UNGDOM 16–18 ÅR - VIL KOSTE LITE OG BETY MYE	7
MER REHABILITERING – MINDRE PLEIE	8
BEFOLKNINGEN MÅ SIKRES EN VERDIG OG BÆREKRAFTIG ELDREOMSORG	10
PSYKISK HELSE	11
SAMHANDLING	12
KOMPETANSE	15
III. ARBEIDSLIV FOR ALLE	17
FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE ARBEIDSMILJØARBEID.....	18
ABE-REFORMEN – ØKT PRESS, ØKT SYKEFRAVÆR?.....	21
FAGFORENINGSFRADRAGET MÅ ØKES.....	21
ARBEIDSTILSYNET - VIKTIG, MEN UNDERDIMENSJONERT	22
NAV	22
KILDER.....	24

I. Muskel- og skjelettlidelser kan velte velferdslasset



Det legemeldte sykefraværet øker, og i tredje kvartal 2019 var det ifølge NAV i overkant av 2 468 131 tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser. Dette utgjør nær 40 prosent av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær i Norge. Det er et langt sprang ned til neste diagnosegruppe på lista, som er psykiske lidelser, med 1 414 697 tapte dagsverk. Muskel- og skjelettlidelser koster derfor samfunnet store summer hvert år i form av behandlingsutgifter, sykepenger, uføretrygd og andre trygdeytelser¹.

Muskel- og skjelettlidelser utgjør et stort problem både for samfunnet og for den enkelte, og er en av «de fire store», ved siden av kreft, hjerte- og karsykdommer og psykisk helse og rus, og er den viktigste årsaken til helsetap. Om lag 75 prosent av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av en måned². Vanligst er plager fra korsryggen, nakken og skuldrene. Det er også mange som har smerter i hofter, bekken og knær. Foruten belastningslidelsene, som skyldes inaktivitet, feilbelastning eller overbelastning, har vi reumatiske lidelser og skader. Det er også verdt å merke seg at psykososiale årsaker bidrar til utvikling og opprettholdelse av kroniske smerter og uførhet.

Selv om færre har tungt fysisk arbeid enn tidligere, blir det likevel ikke mindre rygg-, nakke- og skuldersmerter. Årsakene til muskel- og skjelettplager kan være mange og sammensatte, eksempelvis ensidige arbeidsstillinger, ensformige bevegelser, uhensiktsmessig organisert og dårlig psykososialt arbeidsmiljø, stress eller andre påkjenninger. En studie fra STAMI anslår at nærmere 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter er relatert til eksponering på jobb³. Det er også en kjent sak at når tiden ikke strekker til, eller vi utsettes for press, så strammer vi nakkemusklene, som igjen resulterer i hodepine og nakke- og skuldersmerter. I jobbsammenheng viser det seg at de viktigste risikofaktorene for nakkesmerter er rollekonflikt og lav selvbestemmelse, samt arbeid med armene over hodet.

I tillegg blir vi også utsatt for ulike påkjenninger utenom arbeidstid som kan «sette seg i musklene». Etter hvert så kan disse smertene gå over fra å være et symptom til et alvorlig medisinsk og psykologisk problem. For muskel- og skjelettlidelser er som sagt den vanligste årsak til sykefravær, og for kvinner er det også den vanligste årsaken til uføretrygd.

Hvem kan så bidra til å forhindre at muskel- og skjelettlidelser velter velferdslasset? Ifølge respondentene fra Helsepolitisk barometer 2019⁴ så er det fysioterapeuten som anses å være den viktigste i arbeidet med å redusere sykefravær. Ja, fysioterapeuter er viktige i både det forebyggende og kurative arbeidet, men det er også mange andre viktige aktører her. Å bidra til størst mulig grad av arbeids- og samfunnsdeltakelse bør være målsettingen for både helsetjenesten og arbeids- og velferdstjenesten. Og skal vi fortsatt bygge og opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn er Norsk Fysioterapeutforbund ikke i tvil om at inkludering i arbeidslivet er avgjørende.

Da Olav Thon høsten 2019 bevilget 1 milliard til forskning på muskel- og skjelettlidelser, sa han: *«Disse plagene koster staten, og alle stater, milliarder av kroner i sykepenges og fravær fra arbeidslivet, men er merkelig lite prioritert.... og skal det være noe vits i dette her, så snakker vi om en milliard. Såpass må det være».*

Her er det et stort potensial for kostnadsreduksjon og forebygging.

Muskel- og skjelettlidelser må derfor i neste stortingsperiode vies langt større helse-, arbeids- og velferdspolitisk oppmerksomhet.

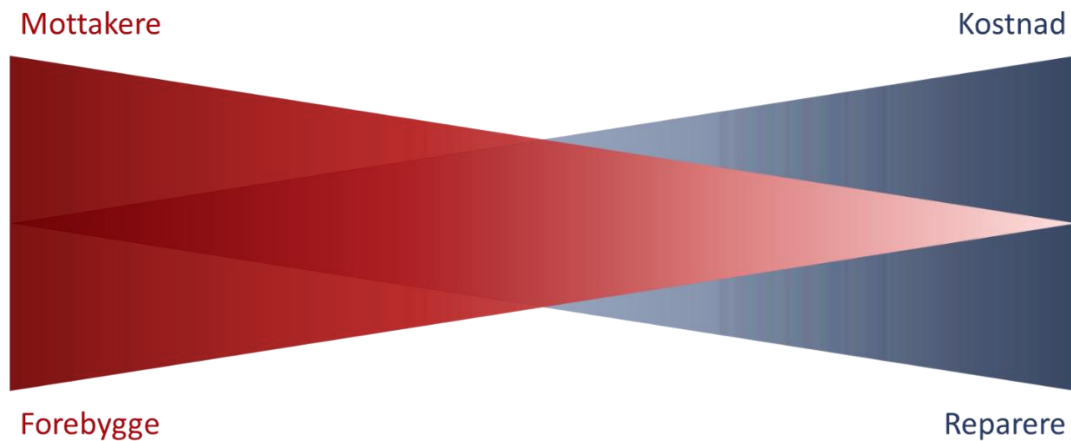
II. HELSE

Offentlig ansvar for organisering, finansiering og samhandling

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

Det har gått et tiår siden samhandlingsreformen ble innført, men fortsatt er det både skuffende og overraskende mye som gjenstår før vi kan kalle dette en vellykket reform. Det er derfor på tide at det offentlige sørger for et reelt og forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer, mellom ulike tjenestenivåer og selvsagt også innenfor tjenestenivåene.

Mer forebygging - mindre reparasjon



Det er nødvendig med en forskyvning av fokus fra behandling og reparasjon til forebygging og helsefremming. Helsefremmende og forebyggende arbeid er nødvendig for å redusere den voksende ulikheten i helse og bidra til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette er i tråd med OECD-rapporten *Health at a glance 2019*⁵, der det understrekes at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer.

Forebygging skjer der folk bor. Derfor må kommuneøkonomien og de kommunale helsetjenestene prioriteres. For å redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer, hindre eller redusere sykefravær og legge til rette for at barn og unge får et langt liv med god helse er det behov for en betydelig satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak. Dette vil ikke skje uten en reell økning i overføringene til kommunene, da slike tiltak er svarteper i spillet om ressurser. Det er mange eksempler på at det nettopp er disse tjenestene som er mest utsatt for kutt når kommuneøkonomien er stram.

Helsetasjon og skolehelsetjeneste⁶



Kommunene skal legge til rette for at tjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og sikre tilstrekkelig fagkompetanse. Tjenesten skal være tverrfaglig, derfor er det sterkt anbefalt at tjenesten bør være bemannet med fysioterapeut, i tillegg til lege og helsesykepleier. Selv om vi er på rett vei når det gjelder bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, mangler det fortsatt om lag 500 fysioterapeutårsverk før vi når den anbefalte normeringen fra 2010.

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

Før og etter fødsel kan kvinner oppleve forskjellige plager, som bekkenløsningsproblemer, ryggplager, ammeproblemer og inaktivitet. Fysioterapeuters kompetanse er uvurderlig i denne perioden, da vi kan gi råd om tilpasset aktivitet og bidra til mestring av problemene.

NFF mener:

- Fysioterapeut må, i likhet med helsesykepleier og lege, inngå i grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Det må i løpet av stortingsperioden på plass 500 nye fysioterapeutårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Én time fysisk aktivitet i skolen hver dag



Vedtaket fra høsten 2017⁷, der Stortinget ba regjeringen fremme sak for Stortinget om en ordning som sikrer elever på 1.–10. trinn minst én time fysisk aktivitet hver dag innenfor dagens timetall, er etter vårt synspunkt ikke godt nok fulgt opp. Selv om forslaget ikke innebærer en utvidelse av dagens timetall, så vil det likevel ha kostnader knyttet til seg, eksempelvis til utstyr, utbedring av uteområder slik at de blir bedre tilrettelagt for fysisk aktivitet, kursing og etter- og videreutdanning av lærere mv.

NFF mener:

- Det må være et mål at i løpet av stortingsperioden har alle skolebarn på grunntrinnet en time fysisk aktivitet i skolen.

Særsilt skolehelsetjenestetilbud på videregående skole

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

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

Frisklivssentralen - en virkningsfull og undervurdert kommunal helsetjeneste⁸



For å gi befolkningen flest mulige år med god helse, og for å spare samfunnet for store utgifter til helsevesenet, må det være et tydeligere fokus på å forebygge og hindre videreutvikling av ikke-smittsomme sykdommer. Utfordringer som stillesittende liv, stress,

røyking, høyt alkoholkonsum, dårlig kosthold, ensomhet, sosial ulikhet mv. kan være årsak til mange tapte leveår og dårlig fysisk og psykisk helse.

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Den er der pasientene og brukerne er. Målgruppen er de som har økt risiko for å utvikle – eller har utviklet – sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer både somatiske og psykiske. I tillegg er frisklivssentralen en samarbeidspartner i sykefraværsoppfølgingen. Alle kommuner skal ha tilbud om forebyggende helsetjenester til befolkningen, og frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike tjenester på. Stadig flere kommuner etablerer frisklivssentral, og det er positivt, selv om veksten etter vårt synspunkt går for sakte.

Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste. Målt i årsverk er dette fortsatt en svært liten tjeneste, men det er ting som tyder på at det er en tjeneste som når mange som trenger hjelp, med relativt få ressurser. Det finnes flere studier som dokumenterer god effekt hos personer som har deltatt på ulike kurs og tilbud ved frisklivssentralene. Eksempelvis viser resultatene at oppfølging av fysisk aktivitet sammenlignet med bare rådgivning øker den fysiske aktiviteten i tiltaksperioden, og inntil tre måneder etterpå (endring av levevaner). Det viser seg at det kan være utfordringer med å få kommuner til å videreføre tilbudet om frisklivssentral når perioden med etableringstilskudd fra Fylkesmannen tar slutt.

NFF mener:

- Satsingen på frisklivssentraler må opprettholdes, og det må være et mål at alle kommuner har frisklivssentral i løpet av stortingsperioden.
- Frisklivssentralene må være godt integrert i den øvrige kommunale helsetjenesten.

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



I 2017 ble sykdomslisten for fysioterapi fjernet. Sykdomslisten innebar at pasienter med om lag 100 forskjellige diagnoser slapp å betale egenandel hos fysioterapeut. Etter bortfall av listen melder Helfo om at de tidligere sykdomslistepasientene i gjennomsnitt hadde færre pasientkontakter i 2017 enn i 2016. Den største reduksjonen i antall pasientkontakter finner man i gruppen 16-18 år. Nedgangen er på 15,7 prosent. Nedgangen er bekymringsfull da det ikke er noen grunn til å tro at denne gruppen tidligere fikk fysioterapi uten at det virkelig var behov for det.

Samtidig ser vi at barn, 13-14 år, som tidligere ikke var på sykdomslisten økte antall pasientkontakter med 46,8 % fra 2016 til 2017 da det ble innført egenandelsfritak for denne gruppen.

Ungdom er økonomisk avhengig av sine foreldre, samtidig som foreldrene ikke nødvendigvis har kunnskap om ungdommenes plager, fordi deres innsynsrett er begrenset. Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at ungdom ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi pga. familiens eller egen økonomi. Ungdom med behov for fysioterapi har større og mer sammensatt behov for tjenester enn ungdom som av og til benytter seg av fastlege. Det er dessuten vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være høyere hos psykolog enn hos fysioterapeut. Helsedirektoratet⁹ har anslått merutgiften ved å frita 16 og 17-åringene fra egenandelbetaling for fysioterapi til 4,1 millioner. Vi mener at 18-åringer også må inkluderes, da de fortsatt går på skolen og er økonomisk avhengige av foreldrene. Dette tiltaket vil anslagsvis ikke koste mer enn 6-7 millioner kroner.

NFF mener:

- Ungdom under 19 år må fritas for egenandeler til fysioterapibehandling.

Mer rehabilitering – mindre pleie¹⁰



Helsetjenesten må innrettes etter hva som er viktig for pasientene, derfor må fokuset på rehabilitering og opptrening styrkes.

Det er selvsagt viktig med en god akuttmedisinsk kjede i både spesialist- og kommunehelsetjenesten og det er viktig med gode pleie- og omsorgstjenester. Men etter at livet er reddet er det å kunne gå igjen, det å kunne klare seg selv, ja komme tilbake til og mestre eget liv, det som er viktig.

Rehabiliteringen starter samtidig med medisinsk behandling, men fortsetter når den medisinske behandlingen og pleien avsluttes. Habilitering og rehabilitering er først og fremst personens egen prosess som handler om å leve et fullverdig liv med en funksjonsnedsettelse eller et funksjonstap.

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

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

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

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

NFF mener:

- Myndighetene må styrke styringen av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene for å sikre likeverdige helsetjenester med god kvalitet uavhengig av bosted.
- Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må finansieres på en slik måte at vi unngår at pasientene stadig flyttes mellom avdelinger og mellom forvaltningsnivå.
- Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene må få en hensiktsmessig organisering og må ledes som en sammenhengende tjeneste.
- Kompetansen på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må styrkes, og det må stilles krav til habiliterings- og rehabiliteringskompetanse på alle nivå i beslutningskjeden.

- Helsetjenestens organisering, finansiering, kapasitet og kompetanse må tilpasses og støtte opp under innbyggernes behov for rehabilitering.

Befolkningen må sikres en verdig og bærekraftig eldreomsorg¹¹



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

Det er ikke bare lav bemanning som er en stor utfordring i eldreomsorgen, det er også en utfordring å sikre rett bemanning. Det er liten tvil om at fagmiljøene og beslutningstakere ønsker mer rehabilitering og mer fysisk trening og bevegelse hos sykehjemsbeboere og for brukere av hjemmetjenesten, men mye tyder på at dette ikke følges opp tilstrekkelig i det enkelte sykehjem. Det er behov for nye tiltak som sikrer at brukere av helse- og omsorgstjenester får brukt sine ressurser, og at de får den trainingen og rehabiliteringen de bør ha for å hindre funksjonstap, vedlikeholde og eventuelt bedre sin funksjon.

Studier peker på at en større faglig bredde kan være et viktig skritt for å oppnå mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. Fysioterapeutene spiller en viktig rolle på sykehjem, gjennom tilrettelegging av tiltak for å maksimere beboernes funksjonsnivå mentalt og fysisk, samt ved å vektlegge deltakelse i daglige aktiviteter, som vil bidra til å vedlikeholde funksjoner. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har kompetanse til å oppdage ubrukte ressurser hos den enkelte beboer og kan dermed bidra til at det tilrettelegges for større grad av aktivitet.

Undersøkelser viser videre at kommunene vil tjene på å ansette flere fysioterapeuter i tjenesten. Fysioterapeuter ser ut til å ha en gunstig effekt på kostnader, produksjon og

kvalitet. Eldreomsorg handler ikke bare om bruk av ny teknologi, men om bruk av kompetanse og vilje til å tenke nytt og prioritere annerledes. For å sikre aktiv omsorg og likeverdige tilbud er det nødvendig med tydelige føringer.

NFF mener:

- Bidra til en viktig holdningsendring der tiltak som forebygger funksjonsfall og opptrening kommer før innvilgelse av pleietjenester. Bedre funksjon gir mindre behov for pleie- og omsorgstjenester.
- Bidra til å fremme evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet, mental helse, sosialt liv og livskvalitet hos personer med demens, via fysisk aktivitet.
- Fremme viktigheten av fysisk aktivitet og opptrening i sykehjemmene for å fremme selvhjulpenhet og livskvalitet.

Psykisk helse¹²



Psykisk helse har stått på den helsepolitiske agendaen i flere tiår. Til tross for dette er mye fortsatt ugjort. Det etterlyses tjenestetilbud særlig til personer med lettere psykiske lidelser, en gruppe som fysioterapeuter møter – uansett hvor vi arbeider.

Når det gjelder forekomst av psykiske problemer i befolkningen som helhet, anslås det at om lag halvparten av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og omtrent en tredjedel i løpet av et år. Pasienter med psykiske lidelser har gjerne også dårlig fysisk helse, blant annet har ¾ av psykisk syke en eller flere fysiske sykdommer og alvorlig psykisk syke har 20 år forkortet forventet levetid. Pasienter med depresjon har dobbelt så stor risiko for hjertesykdom og 65 prosent økt risiko for å utvikle diabetes. Det er flere årsaker til dette, men en av årsakene er livsstilsrelaterte. Eksempelvis røyking og fysisk inaktivitet. Det er også rapportert at psykisk syke i mindre grad benytter helsetjenester og at helsetilbudet til denne gruppen ofte er mangelfull, og psykiatri og somatikk er dårlig

koordinert. Disse pasientene må sikres helsefaglig kompetanse, og fysioterapeuter har mye å bidra med til denne gruppen. Når individuelle planer skal lages, må somatisk helse, herunder fysioterapi integreres. Fysisk aktivitet er viktig i psykisk behandlingsstrategi og her har fysioterapeuter en viktig rolle.

Erfaringene med psykomotorisk fysioterapi og tradisjonell fysioterapi er svært gode for mange av disse pasientene. Vi erfarer at behandlingen gir pasienter økt forståelse for sammenhenger mellom for eksempel depresjon og angst og kroppslige spenningsmønstre. Forekomsten av sammensatte lidelser er økende, og det er vanskelig å sikre at disse får et godt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten.

NFF mener:

- Forebygging av psykiske helseplager og forhold som fremmer god psykisk helse må prioriteres.
- Behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser må styrkes og fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse må bli en naturlig del av et tverrfaglig utrednings- og behandlingstilbud.
- Pasientene sikres et tilbud om behandling for sine fysiske helseplager og at dette beskrives som en del av behandlingstilbudet innen psykiatrisk helsetjeneste.
- Fysisk aktivitet må inkluderes som en del av et behandlingsforløp.
- Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi bør få en utvidet rolle.

Samhandling¹³

For å ha en god helsetjeneste må hele kjeden fungere. Det er viktig med en god akuttmedisinsk kjede i både spesialist- og kommunehelsetjenesten når vi blir syke eller utsatt for skade. Det er viktig med gode pleie- og omsorgstjenester når vi ikke klarer oss selv. I tillegg er det viktig med en god opptrenings og rehabiliteringstjeneste som bidrar til at vi kan nå våre mål om funksjon og mestring. Kjeden fordrer at det er et godt samarbeid mellom yrkesgrupper, mellom tjenestenivå og mellom sektorer.

Tverrfaglig samarbeid

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

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

NFF mener at tverrfaglighet må fremmes i hele helsetjenesten. I et pasientforløp er det viktig å se hele mennesket. Mange vil trenge tiltak fra flere profesjoner, som hver og en vil gjøre det de kan best. Dette er profesjoner i helsetjenesten, sosialtjenesten og andre relevante aktører for eksempel innen utdanning og arbeid.

Helsefellesskapene



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

Helsefellesskapene er viktige for å fremme samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

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

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

Offentlig rehabiliteringsutvalg

NFF mener at det er nødvendig med nye styringssignaler på dette området, styringssignaler som understøtter at spesialisthelsetjenesten og kommunene er partnere heller enn parter. Vi har i innspill til neste statsbudsjett bedt om at det nedsettes et offentlig utvalg som skal kartlegge og vurdere kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder dimensjonering, organisering og hvilke pasientgrupper som prioriteres ned og ut av tjenesten. Utvalget må bestå av profesjoner med spesifikk habiliterings- og rehabiliteringskompetanse slik som fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger. Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, som er tilpasset ulike kommunetyper. Dette bør nedfelles i en NOU.

Knutepunktmodellen – økt samhandling mellom lege og fysioterapeut



Det er behov for bedre pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Derfor har Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og NFF gått sammen i et prosjekt for å styrke og utvikle samarbeid mellom avtalefysioterapeut og fastlege om gode pasientforløp. Prosjektet, også kalt «Knutepunktmodellen», baserer seg på tett kontakt og personlig kjennskap mellom fastlege og fysioterapeut. Målet er å gi pasientene bedre behandling og oppfølging og sikre at pasienter med stor potensiell nytte, får behandling.

Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter må delta i et oppstartprogram med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer. Det bør også legges til rette for felles konsultasjoner mellom pasient, fastlege og fysioterapeut. Og fastlege og fysioterapeut må ha jevnlig møter om felles pasienter. Modellen bygger på Fysioprim-prosjektet «Samhandlende team i primærhelsetjenesten» ved fysioterapeutene Lars Furan og Torgrim Tønne.

NFF mener:

- Tverrfaglig samarbeid gir en merverdi som en yrkesgruppe alene ikke ville kunne yte.
- Fysioterapeuter er en viktig del av tverrfaglige tjenester med sin kunnskap om aktivitet – fysisk, mentalt og sosialt.
- Det må nedsettes et offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Anbefalingene fra utvalget må ligge til grunn for nye styringssignaler på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling som er tilpasset ulike kommunetyper.
- Rehabilitering må få en egen plass i helsefellesskapene

- Fysioterapeuter er en profesjon som kan bidra til å utvikle et felles språk og kommunikasjon mellom tjenestenivåene med sitt fokus på funksjon og mestring fremfor diagnose.
- Knutepunktmodellen bør breddes ut i flere kommuner

Kompetanse¹⁴

Pasientene som skal få et tilbud i kommunehelsetjenesten har mer komplekse og krevende behov nå enn tidligere. Dette innebærer et økt behov for intensiv opptrening og tverrfaglig rehabilitering i kommunene. Dette får betydning for kompetansebehov, kapasitet, roller og ansvar for helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter



NFF mener underdekningen av helsepersonell og mangelen på helsepersonell med spesialisert kompetanse er en av de største kvalitetsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fremover.

Departementet har med krav om spesialisering tydelig signalisert at fastlegene er en viktig yrkesgruppe i kommunene. Med spesialistgodkjenning for sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie er også betydningen av sykepleieres kompetanse signalisert. Det er helt nødvendig for helsetjenestens bærekraft at kommunene styrker fysioterapitjenesten for å øke det forebyggende og helsefremmende arbeidet og øke innsatsen og fokuset på habilitering og rehabilitering for å samhandlingsreformens målsettinger. Mestring og funksjon må prioriteres foran kompenserende tiltak. Innbyggerne i kommunene har nå behov for at departementet tydelig signaliserer at fysioterapeuter er en viktig yrkesgruppe med kompetanse som helsemyndighetene ønsker å satse på.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at et særdeles velegnet verktøy til kvalitetssikring av fysioterapitjenesten vil være å etablere en offentlig spesialistgodkjenning.

Det skal være enkelt for pasienten og helsepersonell å finne frem til riktig kompetanse i helsetjenesten når de trenger det. Det skal være enkelt å finne spesialister i fysioterapi – og de skal være trygge på at fysioterapeuten virkelig innehar den spesialiserte kompetansen. En offentlig spesialistordning vil gi denne tryggheten. For pasientene er ordningen både forståelig og oversiktlig. Spesialisttittelen signaliserer kompetanse og kvalitet og bidrar til at det blir enklere for pasienten å velge behandler.

Videreutdanning og kompetanseløft 2025

Kompetansereformen *Lære hele livet* adresserer, etter det vi erfarer, i alt for liten grad behovene for livslang læring hos helsepersonell og andre yrkesgrupper med kontinuerlige behov for å oppdatere sin kompetanse. Tiltak som bidrar til å opprettholde kompetansen hos de som yter helse- og velferdstjenester er vesensforskjellige fra tiltak rettet mot personer som trenger kompetanseheving eller omskolering for å kunne bli i arbeidslivet. På oppdrag for KS har Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt bruken av og erfaringer med finansieringsordninger for etter- og videreutdanning (EVU) i kommuner og fylkeskommuner. De finner at gapet mellom de ansattes kompetanse og kompetansebehovet oppleves størst innen helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen viser at kommunesektorens økonomiske handlingsrom er den største barrieren for investeringer i kompetanse. Evnen til å finansiere tilstrekkelige investeringer i kompetanse for å holde tritt med den teknologiske og vitenskapelig utviklingen vil derfor være avhengig av statlige tilskudd. Blant potensielle nye ordninger er sektoren selv mest positiv til en ordning med øremerkede kompetansemidler gjennom inntektssystemet.

Fysioterapeutene og lederne deres er svært opptatt av kompetanse, men lederne forteller oss at det ikke er tilstrekkelig med midler for å innvilge alle søknadene om kompetanseheving og medlemmene våre forteller oss at tilbudet innen etter- og videreutdanning ikke er tilstrekkelig for å dekke behovene. Som helsepersonell kreves det av oss at vi yter forsvarlige helsetjenester.

Forsvarlighetskravet innebærer en plikt til å holde seg faglig oppdatert, og kjenne til faglige anbefalinger og retningslinjer så vel som gjeldende lover og regler. Å være faglig oppdatert er et kontinuerlig arbeid som må gjøres i samarbeid med arbeidsgiver og ved kollegaveiledning. NFF forventer derfor at Kompetanseløft 2020 følges opp av et Kompetanseløft 2025, for å sikre kompetansen innen helse, habilitering og rehabilitering og teknologi.

Det er etter hvert etablert en rekke masterutdanninger i Norge, dels teoretisk rettede, dels klinisk/praktisk rettede. De aller fleste av disse er med stort hell tilknyttet de institusjonene som allerede har en bachelorutdanning. Den tette forbindelsen mellom bachelor- og masterutdanninger og forskningsmiljøene, bidrar til kunnskapsbaserte utdanninger, til gjensidig faglig utvikling og kunnskapsutvikling mellom utdanningsnivåer, og til tett forbindelse mellom forskning og praksis. Vi mener det er viktig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby gode kliniske mastergradstudier, eksempelvis masterutdanningen i manuellterapi ved Universitetet i Bergen. Opprettelsen av flere videreutdanninger har vært initiert og finansiert av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, nettopp fordi vi prioriterer kompetanse. Dette bør nå være et statlig ansvar.

Ph.d.

NFF mener at programmet offentlig sektor ph.d. må videreføres og utvides. Programmet er essensielt for å øke kompetanse blant klinikerne og for å bygge broer mellom klinisk hverdag

og academia. Innen fysioterapi er det essensielt nå når prosjektet Fysioprim fases ut. Nettopp slike samarbeid mellom arbeidshverdagen i kommunene og forskningen var en av hjørnesteinene i satsingen.

Videre må det også satses på helsefaglige doktorgradsutdanninger og kvalifiseringsløp. Fysioterapiutdanningen kan ikke opprettholdes på et så høyt kvalitativt nivå uten at det satses på rekruttering av undervisningspersonell med tilstrekkelig kompetanse på doktorgradsnivå.

NFF mener:

- Det må etableres en offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter.
- Helseforetakene må få tilført midler til å støtte videreutdanning av fysioterapeuter, og rehabilitering må prioriteres i Kompetanseløft 2025.
- Det er viktig med finansieringsordninger som sikrer at utdanningsinstitusjonene har mulighet til å tilby og opprettholde gode kliniske videreutdanninger.
- Det må også satses på helsefaglig doktorgradsutdanning og program for offentlig sektor-ph.d. må videreføres og styrkes.

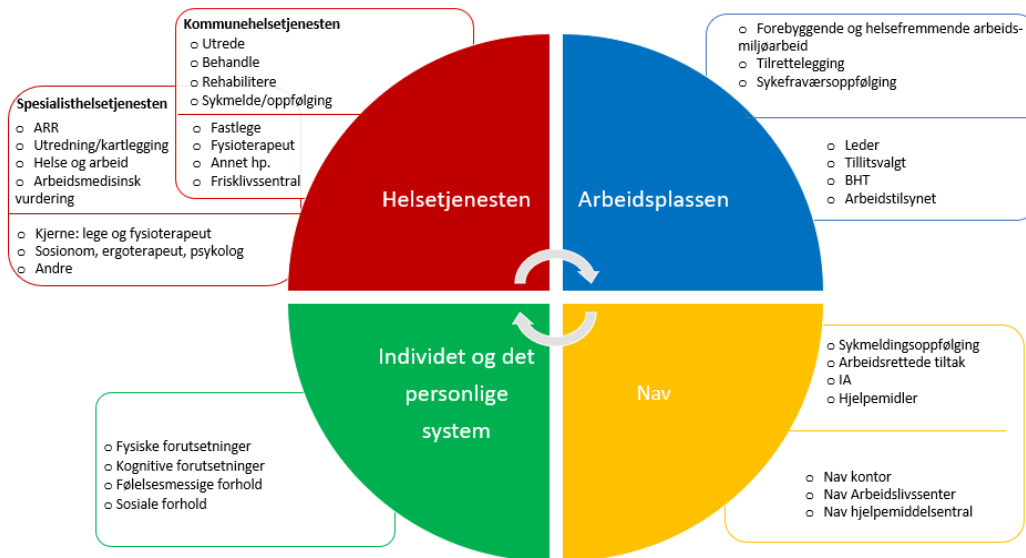
III. ARBEIDSLIV FOR ALLE



Det er solid vitenskapelig dokumentasjon på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse, sykefravær og frafall. I de fleste tilfelle er arbeid en kilde til god helse, men det er også dokumentert at arbeid kan være en kilde til skade og sykdom¹⁵.

Videre er det en grunnleggende forutsetning at det må være en sammenheng mellom systemene rundt individet når problemer oppstår. Det vil si at Nav, helsetjenesten, arbeidstaker og arbeidsgiver må samarbeide både tett og tidlig i et sykefraværsforløp. Myndighetene må finansielt og organisatorisk legge til rette for at et slikt samarbeid lar seg

gjennomføre. Dette innebærer også at samarbeidet mellom de ulike departementene og underliggende etater må være godt på dette området.



(ARR= Arbeidsrettet rehabilitering BHT= bedriftshelsetjeneste IA= Inkluderende arbeidsliv)

Forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid

Bedriftshelsetjenesten (BHT)

BHTs oppgave er å bistå virksomheter i det forebyggende helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet etter arbeidsmiljøloven. BHT er derfor en viktig bidragsyter i virksomhetenes arbeid med å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer, plager og skader, samt frafall fra arbeidslivet på grunn av langtidsfravær og uførhet. For å utføre dette oppdraget må tjenesten være kunnskapsbasert og ha tilstrekkelig kompetanse.

BHT har et viktig samfunnsoppdrag, og det er mye som fungerer godt ved dagens BHT-ordning. For å bli godkjent må derfor BHT etter vårt synspunkt som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut, sykepleier og yrkeshygieniker, hver i 50 prosent stilling som et minimum. I dag er kravet 30 prosent stilling, dette er ikke tilstrekkelig.

I dag har om lag halvparten av norske virksomheter krav til å være tilknyttet BHT. På bakgrunn av at en så stor andel av sykefraværet skyldes arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager og lidelser, bør det vurderes om flere virksomhetsgrupper skal være tilknyttet BHT.

NFF mener:

- En myndighetsstyrt obligatorisk godkjenningsordning av BHT må bestå. Og for å bli godkjent må BHT som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut sykepleier og yrkeshygieniker, alle i 50 prosent stilling.

- Kravet til hvilke virksomheter som skal være tilknyttet BHT må utvides, også små risikoutsatte virksomheter må være omfattet av BHT-plikten, og særskilte tiltak for de små virksomhetene må vurderes. Både økonomiske støtteordninger og egen arbeidsmetodikk kan være aktuelle tiltak.
- NFF mener at det bør innføres en rapporteringsplikt der BHT skal dokumentere både kundeforhold og gjennomført risikovurdering. Dette vil gi tilsynsmyndighetene en bedre oversikt over hvorvidt og hvordan arbeidsmiljøarbeidet gjennomføres i den enkelte virksomhet.

Grenseløst arbeid¹⁶

Mange ansatte opplever at arbeid og fritid flyter mer og mer sammen. Det er tre kategorier av grenseløshet i arbeidet. Grenseløshet i tid og sted, det vil si at arbeidet ikke er bundet til et fast sted med faste arbeidstider. Organisatorisk grenseløshet, ved at det er uklare rammer for hvem som har ansvar for hva. Og det er subjektiv grenseløshet, som handler om hvordan medarbeiderne opplever rammene for arbeidet. Fire av ti opplever at de nesten alltid står til rådighet for jobben utenom arbeidstiden. Nedskjæringer, dokumentasjonskrav og selvledelse er blant årsakene, ifølge FTF, hovedorganisasjon for 450.000 i hovedsak offentlig ansatte i Danmark. Det kan være telefoner som må tas, e-poster som må besvares, rapporter som må leses eller journaler som må skrives.

I den norske Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2016 ble det stilt spørsmål som omhandler bruk av ny teknologi, og hvor ofte man jobber hjemmefra utenom arbeidstiden. Én av fem yrkesaktive oppga at de et par dager i uka eller oftere ble kontaktet hjemme utenom arbeidstid med henvendelser eller forespørsler knyttet til jobben. En dobbelt så stor andel oppga at de leste og svarte på arbeidsrelatert e-post utenom arbeidstid eller holdt seg oppdatert på elektronisk informasjon fra bedriften utenom arbeidstid.

I Norge reguleres retten til arbeidsfri i AML §10-8: *Arbeidstaker skal ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer. Den arbeidsfrie perioden skal plasseres mellom to hovedarbeidsperioder.* (Med arbeidsfri menes den tid arbeidstaker ikke står til disposisjon for arbeidsgiver - §10-1). Men selv om dette er regulert, blir ikke bestemmelsen etterlevd.

Stress og mangel på restitusjon, som denne grenseløsheten kan føre med seg, bidrar til at helseplager utvikles, noe fysioterapeuter daglig erfarer i sitt virke.

NFF mener:

- For å sikre at balansen mellom arbeid og privatliv blir respektert i et digitalt samfunn der grensene mellom de to arenaene er i ferd med å utviskes, må det sikres at retten til sammenhengende arbeidsfri, som er regulert i AML, blir ivaretatt.

Ta et oppgjør med stillesitting - Fysisk aktivitet i arbeidslivet

Stillesitting og mangel på fysisk aktivitet er en utfordring for folkehelsen. Stillesitting og inaktivitet er som kjent en av de store risikofaktorene for sykdom som hjerte- og karlidelser, kreft, muskel- og skjelettplager, diabetes med mer. Ifølge Tromsøundersøkelsen¹⁷ økte stillesittende arbeid fra 35 prosent i 1985 til 56 prosent i 2016. Norske myndigheter har satt

seg et mål om ti prosent reduksjon i fysisk inaktivitet innen 2025, og 15 prosent innen 2030. Endringene i arbeidslivet framover tilsier at andelen med stillesittende arbeid vil øke ytterligere.

Noen hevder at det er den enkeltes ansvar å sørge for å ta vare på egen helse, blant annet gjennom tilstrekkelig fysisk aktivitet. Men er det den enkeltes ansvar alene? Verdens helseorganisasjon løfter frem arbeidsplassen som en viktig arena for å fysisk aktivitet. Dette er Norsk Fysioterapeutforbund enig i. Vi mener at fordi mennesker tilbringer så mye av sin tid på jobb, og fordi at arbeidslivet bidrar til fysisk inaktivitet bør arbeidslivet tilby fysisk aktivitet. Men fysisk aktivitet på arbeidsplassen bør både være tilpasset arbeidsoppgavene og arbeidstaker. Partene i arbeidslivet må sammen finne de konkrete løsningene basert på den evidens som foreligger, og i vitenskapelig litteratur finnes det nok av tiltak med dokumentert effekt, som umiddelbart kan implementeres. «Smart mosjon i arbeidslivet», er en modell som er utviklet for å tilrettelegge for hensiktsmessig fysisk aktivitet utfra hvilke eksponeringer arbeidstakerne er utsatt for.

NFF mener:

- Fysisk aktivitet tilpasset arbeidsoppgaver og den enkelte arbeidstaker er både forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid.
- Det bør bevilges midler til nasjonale tiltak som kan bidra til at virksomheter utvikler og tester løsninger som er skreddersydd ulike bransjer og næringer basert på eksponeringer i arbeidet.

Alle skal med - arbeid for mennesker med funksjonsnedsettelse

Arbeidskraftundersøkelsen for funksjonshemmede fra 2019¹⁸ viser at 43,8 prosent av personer med funksjonshemning er i arbeid, mens 74,1 prosent av befolkningen i alderen 15-66 år var i arbeid. Langt flere enn de 43,8 prosentene som er i arbeid, ønsker å komme i arbeid. Halvparten av de som er i arbeid, har fått arbeidssituasjonen sin tilpasset, noe som innebærer en økning. Og det er positivt.

Jo høyere utdanningsnivå man har, jo større er sannsynligheten for å være i arbeid. Personer med funksjonshemning har imidlertid gjennomgående lavere utdanning enn andre. Lav eller avbrutt utdanning eller opplæring er den klart største risikofaktoren for å havne utenfor arbeidslivet. Det er stor forskjell i sysselsetting ut ifra både type og grad av funksjonsnedsettelse. Grad av funksjonsnedsettelse spiller en betydelig rolle i overgangen fra utdanning til arbeid.

Det er særlig personer med større funksjonsnedsettelse som har størst problemer med å bli sysselsatt. Dette kan blant annet være knyttet til utfordringer når det gjelder tilpasninger og tilgjengelighet, men også arbeidsgiveres holdninger.

Hjelpemidler er i mange tilfelle viktig for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse kan utføre arbeid.

Bedriftshelsetjenesten kan bidra til å tilrettelegge arbeidsplasser for personer med funksjonsnedsettelse. Godt samarbeid mellom Nav, personen med funksjonsnedsettelse, arbeidsgiver og helsetjenesten er viktig også her.

NFF mener:

- Arbeid er viktig for menneskers helsetilstand, det må derfor settes inn målrettede tiltak for å bidra til at flere mennesker med funksjonsnedsettelse kommer i arbeid.
- Det må legges til rette for god tilgang til nødvendig assistanse og hjelpemidler for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse skal sikres deltakelse i arbeidslivet.

ABE-reformen – økt press, økt sykefravær?

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen som ble innført fra 2015, har betydd at alle statlige virksomheter, sykehus, universiteter, høyskoler og forskningsinstitusjoner har fått kutt i bevilgningen på mellom 0,5 og 0,8 prosent hvert år. I perioden 2015-2020 vil de akkumulerte kuttene redusere utgiftsnivået med 12 mrd. kroner målt i 2020, noe som tilsvarer lønnskostnader til over 15.500 årsverk. Kuttene rammer tjenestene hardt, og dette har gått ut over kvalitet på tjenester. Vår erfaring er at kuttene ikke kommer på toppen, men helt ytterst i organisasjonene, der tjenestene faktisk leveres. Stillinger står ubesatt og arbeidsbelastningen til de ansatte øker. Bemanningen står ikke i forhold til tjenestene som skal leveres. Dette er også et av de tydeligste funnene i Fafo-rapporten om ABE-reformen fra 2019¹⁹, der tre av fire spurte oppgir negative effekter på arbeidsmengden. Dette merker fysioterapeuter på pasientene våre – og fysioterapeutene som arbeider i sykehus og i statlige institusjoner som Arbeidstilsynet og Nav mv. er også negativt påvirket av kuttene.

Effektiviserings- og produktivitetsarbeidet i offentlig sektor burde vært gjennomført i samarbeid med de ansatte, og vært bygd på tillit og trygghet. Det burde også vært slik at byråkratiet på toppen av organisasjonene tok sin del av effektiviseringen, noe vi stiller oss tvilende til at har blitt gjort. Vårt inntrykk er også at med reformen har medført økte rapporteringskrav, som igjen betyr flere arbeidsoppgaver.

Store og viktige etater og sektorer har blitt rammet av betydelige kutt som må tas ut i færre ansatte. Erfaringer fra andre land viser at en slik type reform kan være effektiv i kort tid, men ikke som et prosjekt over mange år. Vi savner en grundig evaluering av reformen.

NFF mener:

- ABE-reformen må avvikles, den rammer tjenestene og går ut over kvalitet. Og den rammer mange offentlig ansatte, og kan bidra til høyere sykefravær.

Fagforeningsfradraget må økes

Fagforeningsfradraget har stått stille siden 2013, og regjeringen Solberg vil fryse fradraget. Realverdien av fradraget er m.a.o. allerede betydelig svekket, og vil svekkes ytterligere, mens arbeidsgiverne i hele denne perioden har hatt glede av at fradraget for kontingent til arbeidsgiverforening øker i takt med lønnsveksten.

Fysioterapeutforbundet mener at alle må ta ansvar for at vi har et organisert arbeidsliv og et godt partssamarbeid. Alle ansvarlige parter må ta ansvar for å få opp organisasjonsgraden, støtte opp om hovedorganisasjonene i arbeidslivet både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, og at lønns- og arbeidsforhold skal følge norske tariffavtaler som bygger på kollektive forhandlinger og i hovedsak på sentral lønnsdannelse. Det er den eneste måten å bekjempe sosial dumping og arbeidslivskriminalitet, som undergraver den norske arbeidslivsmodellen.

Vi registrerer med interesse at flere partier på Stortinget har tatt til orde for å øke fagforeningsfradraget.

NFF mener:

- Fagforeningsfradraget må oppjusteres kraftig.

Arbeidstilsynet - viktig, men underdimensjonert

Arbeidstilsynet har tilsynsmyndighet overfor mer enn 250.000 virksomheter med vel 2.5 millioner ansatte. Dette er virksomheter med svært ulike arbeidsmiljøutfordringer, samt ulike ressurser, vilje og evne til å håndtere utfordringene²⁰. Det er kun 586 årsverk ansatt i Arbeidstilsynet²¹. Sammenligner man med Petroleumsstilsynet med 170 årsverk, som har ansvar for å føre tilsyn med 25.000 ansatte i petroleumsnæringen²², er Arbeidstilsynet svært underdimensjonert. Dette vil vi advare mot!

Arbeidstilsynets kontrollørrolle svekkes på det forebyggende arbeidsmiljøområdet. En nedtoning av kontrollørrollen innenfor det forebyggende hms-arbeidet kan svekke Arbeidstilsynets mandat, som har vært tuftet på arbeidsmiljølovens formålsparagraf om å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon og bidra til et inkluderende arbeidsliv.

NFF mener:

- Norsk Fysioterapeutforbund mener at Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet er svært viktig både for å avdekke uheldig praksis og virke preventivt, og vil sterkt fraråde at det kun er umiddelbar fare og alvorlighet som skal legges til grunn for Arbeidstilsynets inspeksjoner og ressursbruk.
- Tilsyn med virksomheters forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid er viktig, og må ikke svekkes av hensyn til kortsiktige økonomisk gevinst.

NAV

Nav står for en tredjedel av utgiftene i statsbudsjettet og forvalter de fleste av folketrygdens ytelser, sosiale tjenester og arbeidsmarkedstjenestene.

En av Navs viktigste oppgaver er å forebygge at helseproblemer fører folk ut av arbeidslivet og legge til rette for at de som har falt ut, kommer raskt tilbake. For å lykkes med dette, er må det snarest på plass et bedre samarbeid med helsetjenestene, arbeidstakere og arbeidsgivere.

NFF mener:

Om tiltak på tvers

- Det må på plass klare, permanente og samkjørte finansieringsordninger for tiltak på tvers mellom Nav og helsetjenesten. I dag ser vi eksempel på at gode og kunnskapsbaserte tiltak står i fare for å bli nedlagt på grunn av mangel på samkjørt finansiering.
- Nav bør som hovedregel ikke tilby helsetiltak og nye tiltak bør ikke bygges opp før det er vurdert om helsetjenesten tilbyr eller kan tilby en lignende tjeneste.

Om sykelønnsordningen

- Dagens sykelønnsordning er god. I Norge er det et mål at flest mulig skal delta i arbeidslivet. Sammenliknet med andre land har vi mange eldre og mennesker med helseproblemer i jobb. Norsk Fysioterapeutforbund advarer mot å skyve finansieringsansvaret over fra det offentlige til arbeidsgiverne, da dette kan bidra til at eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse og helseutfordringer får enda større problemer med å komme i jobb.

Om sykefraværarbeid

- Mellom 20 prosent (forsiktig anslag fra Sintef) og 40 prosent (sykmeldte oppgir) av sykefraværet kan ha sine årsaker i arbeidsmiljøet²³. Sykdom, plager og lidelser som er arbeidsrelatert; det være seg på grunn av organisatoriske, ergonomiske, psykososiale eller andre betingelser, må reduseres.
- Aktivitetsplikt ved 8 uker bør følges opp, og Hedmarksmodellen ser ut til å være vellykket mht. å komme tidligere tilbake i arbeid. Men de negative erfaringene fra de sykmeldte må hensyntas i en videreutvikling av modellen.
- Det bør vurderes om Nav-kontorene også bør ha tilsatt helsepersonell, blant annet fysioterapeuter. Det er helsepersonell som har kompetanse til sykemeldingsoppfølgingen, så en utvidelse av teamene på Nav-kontorene med personell med helsefaglig kompetanse vil kunne styrke kvaliteten på sykefraværarbeidet i Nav.
- Endringene i AAP-regelverket gir grunn til bekymring og Norsk Fysioterapeutforbund er opptatt av at pasientene må få tilstrekkelig med tid til god arbeidsavklaring. Dette må vurderes individuelt, og fysioterapeuten har nødvendig kompetanse til å vurdere pasientenes ressurser og har også forståelse for hvor tidkrevende det kan komme til å bli. Å bli gitt mulighet til å komme i arbeid må prioriteres, selv om dette tar tid.

Om hjelpemidler

- Når det gjelder hjelpemidler og mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen, er det behov for tydelige retningslinjer for henvisnings- og søknadsprosessen.
- Det er også behov for en gjennomgang av det aktuelle lovverket på dette området. Det er uklart hvor langt arbeidsgivers ansvar strekker seg, og det er uklart hvem som har ansvar for å tilrettelegge og tilby hjelpemidler til arbeidstakere som har behov for slike tiltak.

KILDER

-
- ¹ <https://www.menon.no/samfunnskostnader-knyttet-muskel-skjelettsykdom/>
- ² <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORML,%20forskningsenhet%20for%20muskel%20og%20skjelett%20helse/Brosjyrer/Et%20muskel-%20og%20skjelettregnskap,%202013.pdf>
- ³ <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/helseutfallararbeidsskader/helseplager/ryggplager/>
- ⁴ <https://www.kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2019/presentasjon-helsepolitisk-barometer-2019.pdf>
- ⁵ [Health at a glance 2019](#)
- ⁶ [Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Kostra, tabell 11994 Helsedirektoratet – Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)
- ⁷ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=69702>
<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Mer-fysisk-aktivitet-i-skolen-vedtatt-i-Stortinget>
Barn som ikke får lekt, kan stå i fare for å utvikle psykiske lidelser | Per Brodal og Charlotte Lunde.
WHO advarer: – Åtte av ti unge er så lite aktive at det går på helsa løs. Og norske barn og ungdommer er minst like stillesittende som andre.
En variert skole kan motvirke stress. Det må være greit at ulike elever gjør ulike ting.
- ⁸ [Samfunnspeilet 3/2016 Helsedirektoratet](#)
SSB: Frisklivssentraler i kommunene
- ⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---innforing-av-automatisk-frikort-for-egenandelstak-2-og-avvikling-av-sykdomslisten-i-fysioterapiordningen-m.m/id2505304/?uid=ad509771-b86e-47ee-891a-79e4da33e572>
- ¹⁰ [Helsedirektoratet: Samdata kommune](#)
Sintef-rapport (1): Rehabilitering for personer med revmatisme og muskel-/skjelettplager
Sintef-rapport (2): Pasient- og brukerforløp for personer med revmatisk sykdom
Blogginnlegg fra NFFs forbundsleder
- ¹¹ [Dokument 8-forslag om rehabilitering og fysisk trening i sykehjem.](#)
[Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering](#)
[Telemarksforskning 2012](#)
- ¹² [Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi.](#)
[Psykisk syke lever kortere](#)
[Verdien av tilrettelagt fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid.](#)
[Fysioterapi til «generasjon prestasjon»](#)
- ¹³ [Helsebiblioteket: Akuttbehandling for hjerneslag](#)
[Samhandlende team i primærhelsetjenesten](#)
[Fysioterapeuten](#)
- ¹⁴ [Samfunnsøkonomisk analyse: Finansiering av EVU i kommunesektoren](#)
Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven.
- ¹⁵ <https://stami.no/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2018/>
- ¹⁶ [FTF \(2017\). Grænseløst arbejde utfordrer arbejdsmiljøet.](#)
[HMS-magasinet \(2019\). Det grenseløse arbeidslivet rammer akademikerne hardt.](#)
Hentet fra SSB tabell 07984, sysselsatte i 2018.
- ¹⁷ <https://www.dagbladet.no/nyheter/tall-pa-inaktivitet-blant-befolkningen-gir-grunn-til-bekymring/70178835>
- ¹⁸ <https://www.ssb.no/akutu/>

¹⁹ <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/abe-reformen-i-staten-2>

²⁰ Arbeidstilsynet (2019). Innsikt – Analysenytt fra Arbeidstilsynet, nr. 2-2019, s. 6.

²¹ Årsrapport (2018). Arbeidstilsynet.

²²

https://www.regjeringen.no/contentassets/d33a5ffb762447a486acf0363d42fbde/arsrapport_2018_petroleumstilsynet.pdf

²³ <https://forskning.no/okonomi-arbeid-forebyggende-helse/det-er-lonnsomt-a-sette-inn-tiltak-for-bedre-arbeidsforhold/377937>