

Barne- og familiedepartementet

Oslo, 30. mars 2020

Innspill til samarbeidsstrategien for barn i lavinntektsfamilier

Fordi fysioterapeuter er en del av laget rundt barn og unge ønsker vi med dette å gi innspill til Regjeringens samarbeidsstrategi for barn i lavinntektsfamilier.

De sosiale helseforskjellene i Norge øker og er ifølge Folkehelseinstituttet større enn i de fleste andre europeiske land¹. Dette bekymrer Norsk Fysioterapeutforbund.

I den sammenheng må vi nå også være oppmerksomme på konsekvensene koronapandemien vil kunne ha for lavinntektsfamiliene. Selv om koronakrisen rammer alle lag i befolkningen, ser det i en studie fra 27. mars i år ut til at det er tydelige sosiale gradienter². Der avdekkes det blant annet:

- Høyere risiko for tap av arbeid i familier med lav husholdningsinntekt og dårlig likviditet. Fattige familier er overrepresentert.
- Konsentrasjon: Sannsynligheten for jobbtap klart høyere hvis også ektefelle har mistet arbeidet.
- Familier med barn mer utsatt enn familier uten barn.

I prosjektet PANRISK³ kartlegger forskere hvordan inntekt og utdanning slår inn ved influensa. Prosjektet er under arbeid, men foreløpige analyser viser at det er store sosiale skjevheter i hvem som rammes og får alvorlig sykdom og dør under influensaepidemier. Både Spanskesyken i 1918 og Svineinfluensaen i 2009 er eksempler på dette, selv etter at det er blitt kontrollert for eventuelle sykdommer folk måtte ha fra før⁴.

For mange kan det virke litt underlig at influensa og sannsynligvis også covid-19 rammer sosialt skjevt, siden vi alle kan bli utsatt for dråpesmitte. Det er flere forklaringer på dette. En forklaring er eksponering. Forskere, journalister, programmerere og personer med kontorjobb kan isolere seg hjemme og likevel jobbe, mens jobber du i matbutikk, som sjåfør eller konduktør, eller som helsearbeider, kan du ikke isolere deg. En annen forklaringen er økonomisk sikkerhet. Det er nå 300.000 arbeidsledige i Norge, og det er forskjell på hva en enslig forsørger med lav inntekt og utdanning har av økonomisk buffer og sikkerhet og hva en familie med høy utdanning og dobbel inntekt har av sikkerhet.

Helse og læring går hånd i hånd og de påvirkes begge av familiens sosioøkonomiske bakgrunn. Det innebærer at det er en klar sosial gradient i barn og unges helse, skoleprestasjoner og trivsel. For å gi barn og unge økt sjanse til å unnsnippe en ond sirkel preget av dårlig helse, stress, lav selvfølelse, lave skoleprestasjoner, drop-out fra videregående skole, lav inntekt/arbeidsledighet, sykefravær og uføretrygd, er det avgjørende at det settes inn tiltak tidlig. Norsk Fysioterapeutforbund anbefaler strukturelle tiltak som retter seg universelt til hele barne- og ungdomspopulasjonen siden slike tiltak både minimaliserer stigma og har vist seg å gi størst effekt, jf. forebyggingsparadokset⁵. Vi anbefaler

også tiltak som øker helsekompetansen, fordi dette kan redusere sykdommer og lidelser i fremtiden. I tillegg må det også settes inn tiltak overfor høyrisikogrupper, som eksempelvis barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Behovet for tiltak rettet mot barn og unge er viktig fordi sosialøkonomiske faktorer har betydning for barn og unges helse her og nå, men også for deres fremtidige helse⁶, og dermed inntektsmuligheter som voksen. Jo tidligere i livsløpet vi legger inn innsatsen, jo mer får vi igjen.

Eksempelvis er det slik at barn og unge som ikke deltar i regelmessig fysisk aktivitet i barne- og ungdomstiden vil ha lavere sannsynlighet for å være regelmessig fysisk aktiv som voksen⁷. Tilsvarende følger ofte helseplager som etableres i barne- og ungdomsårene med videre inn i voksen alder og legger grunnlag for økt sykefravær og uføretrygd. En fersk svensk doktoravhandling dokumenterer at skoleelever som sliter med tilbakevendende smerter i ryggen, hodet eller magen, i gjennomsnitt fikk lavere skolekarakterer da de gikk ut av grunnskolen. Plagene går ut over konsentrasjonen, bidrar til økt fravær og lavere selvfølelse⁸.

Noen av våre anbefalinger gjelder tiltak på nasjonalt nivå, andre er forslag til konkrete tiltak på lokalt nivå.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er gratis, og det er uten tvil en svært viktig tjeneste som bidrar til å redusere sosial ulikhet i helse. Slik må det fortsatt være!

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en forebyggende og helsefremmende tverrfaglig **skal-**tjeneste, hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenesten skal være tverrfaglig, derfor er det sterkt anbefalt at tjenesten er bemannet med fysioterapeut, i tillegg til lege og helsesykepleier. Basert på de anbefalte normtall og de ferskeste Kostra-tallene blir det tydelig at det mangler nær 500 fysioterapeut årsverk i Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsedirektoratet foretok i 2016 en kartlegging av den reelle årsverkssituasjonen i tjenesten, og fant at underdekningen var stor. Størst var underdekningen for leger og fysioterapeuter. Dette gjaldt på både helsestasjon og skolehelsetjenesten på barneskole, ungdomsskole og på videregående skole. Basert på innrapporterte årsverk for skolehelsetjenesten var det kun helsesykepleierårsverk i ungdomsskolen som, på landsbasis, oppfylte eller lå over den normerte anbefalingen. Variasjonen mellom fylkene er relativt stor. På bakgrunn av den alarmerende underdekningen av fysioterapeutårsverk i tjenesten, mener Norsk Fysioterapeutforbund at krav til grunnbemanning må forskriftsfestes.

På helsestasjonen har fysioterapeuter en viktig rolle når det gjelder å fange opp og foreslå tiltak for de barna som har utfordringer med hensyn til motoriske ferdigheter og utvikling. Fysioterapi er aktuelt ved kjente risikofaktorer, ved diagnoser som tilsier behov for ekstra oppfølging, sen eller avvikende bevegelsesutvikling. Fysioterapeutens veiledningsansvar overfor foreldre er også viktig, slik som å bidra til at det legges til rette for gode og allsidige bevegelseserfaringer, samt å formidle hvor viktig det er å etablere gode vaner med hensyn til aktivitet og kosthold mv.

NFF mener:

- Helsestasjon og skolehelsetjeneste må fortsatt være en forebyggende og helsefremmende tjeneste for alle.
- Økte bevilgninger til helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktig for å følge opp Helsedirektoratets anbefalte bemanningsnorm fra 2010.
- Grunnbemanningen i helsestasjon og skolehelsetjeneste må forskriftsfestes. Grunnbemanning i *helsestasjon* skal bestå av helsesykepleier, fysioterapeut, jordmor og lege, mens grunnbemanningen i *skolehelsetjenesten* skal bestå av helsesykepleier, fysioterapeut og lege.

Barnehage

Lek og fysisk aktivitet som en naturlig del av hverdagen

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling og god helse blant barn og unge. Spedbarn bør stimuleres til aktivitet i forhold til utviklingsnivå. De minste barna er naturlig aktive, likevel må både foreldre og barnehager passe på at aktiviteten er tilstrekkelig, allsidig og lystbetont. Aktivitet tidlig i livet legger til rette for livslang bevegelsesglede. Lek og fysisk aktivitet skal og må være en naturlig del av hverdagen i barnehage. Under dettepunktet har vi valgt å komme med konkrete innspill til hvordan dette kan løses:

- Turdag for alle barn i barnehage hver uke hvor det legges til rette for fysisk aktivitet og utfordringer tilpasset til barnets alder.
- Utearealene må utformes slik at de fasiliterer og muliggjør ulike former for fysisk aktivitet – fysioterapeuter kan bidra her
- Det bør være et krav til deltakelse i fysisk aktivitet for personalet. Vår erfaring er at det er store forskjeller fra barnehage til barnehage i hvor stor grad de voksne deltar i aktivitet og lek. Dette kan ha mange årsaksforklaringer, men hvordan de voksne forholder seg til barns lek, hvordan de oppfatter leken, hvordan de støtter utforskningen/leken, samt hvordan miljøet er tilrettelagt, har vist seg å ha betydning⁹. I en barnehage i Danmark løper pedagogene og barna sparker sparkesykkel på tur for å oppnå fysisk aktivitet i hverdagen¹⁰.
- Det anbefales et tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut for å tilrettelegge for *alle* barn. Dette gjelder utforming av miljøet og valg av aktiviteter som muliggjør og legger til rette for inkludering, deltakelse og aktivitet for barn med endret funksjonsevne, både med hensyn til syn, hørsel og motorikk.
- Vi erfarer ulik og manglende relevant kompetanse om viktigheten av fysisk aktivitet som forebyggende faktor for å fremme og vedlikeholde god helse og bevegelsesglede. Derfor anbefaler vi å sette i system veiledning eller “kursdager” for de ansatte i barnehagene slik at de får en teoretisk forståelse for *hvorfor* barn bør, må og skal være aktive.
- Det er behov for praktisk kunnskap og ideer til hvordan man kan integrere fysisk aktivitet i barnehagens hverdag uavhengig av beliggenhet og antall ansatte. Tverrfaglig samarbeid mellom barnehage og kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid, hvor

fysioterapeuter allerede skal være en tilgjengelig ressurs og har komplementerende kompetanse med barnehagelærere. Alle kommuner er pålagt å ha fysioterapeut, og alle kommuner er pålagt å skulle jobbe helsefremmende- og forebyggende.

- Fysioterapeuter som jobber med barn er en viktig ressursperson i kommunene, og bør samarbeide tett med plan- og bygningsetaten i planarbeid når nye barnehager skal bygges, eller sammen med den enkelte barnehage ved behov for oppgradering av uteområder.
- Et prosjekt som vi mener det kan være interessant å trekke lærdom fra er det såkalte Stavangerprosjektet. Dette er en tverrfaglig, langsgående studie som ble gjennomført av Universitetet i Stavanger og Stavanger kommune. Prosjektet viste blant annet sammenheng mellom svak motorikk i 2 års alder og svake skoleprestasjoner, noe som er en sterk indikasjon på at det er viktig å øke den fysiske aktiviteten i barnehagen¹¹.

Gode og engasjerende ressurser og tiltak

- **Barnehagehelsetjeneste - Gausdalsmodellen**
 1. Årshjul for helsetjenestens tilstedeværelse i barnehagene/veiledning til ansatte (satt av inntil en halv dag hver uke). Veiledningen er knyttet til temaene i årshjulet for motorisk aktivitet (se pkt. 2 under). Alle barnehagene får besøk en gang i måneden¹².
 2. Årshjul for ukentlig motorisk aktivitet for alle barn i barnehagene, 3 dager i uken (noen har 5 dager i uken) for aldersgruppen 3-5 år. Det er fokus på motorikk, sanser, kroppsbevissthet, finne ro i kroppen.
 3. Informasjon til foresatte om psykomotorisk utvikling og tilrettelegging for fysisk aktivitet (i form av nyhetsbrev knyttet til Gausdalsmodellen). Dette er en fin måte å nå svært mange foreldre på.
- **Aktivitetskontakter.** Jevnlige treffpunkter med undervisning og samarbeid mellom fysioterapeuter og pedagogisk personell om tilrettelegging av aktivitet i barnehager. Hver barnehage utnevner minst en aktivitetskontakt som har ansvar for implementering blant sine kollegaer av ulike tema som blir presentert. F.eks. bruk av tau i trær, idemyldring av aktiviteter i utemiljø, etc.
- Bruk aktivitetsmålere på barna og de voksne som en bevisstgjøring i startfasen.
- Fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter bør inn for å vurdere uteområdene med tanke på ulike aktiviteter og tilgjengelighet for alle barna.

Skole

Lek og fysisk aktivitet som en naturlig del av hverdagen

Regelmessig fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling og god helse blant barn og unge – og krav til fysisk aktivitet gjelder derfor selvsagt også skole. I tillegg har fysisk aktivitet positiv effekt på psykisk helse, konsentrasjon og læring¹³. Vi ønsker også å trekke frem at fysisk aktiv læring som pedagogisk metode kan bidra til å få mer aktivitet i skolen (ASK-basen¹⁴). Her finnes allerede en nettressurs for inspirasjon og helt konkrete opplegg. Barn som har økt tid med fysisk aktivitet forteller at de trives bedre. Det har også blitt vist sammenheng med bedre trivsel, bedre integrering og mindre mobbing.

Vi er bekymret for guttene. Det har over tid vært skrevet om at gutter er skoletapere¹⁵. De er ofte mindre modne enn jentene, de presterer dårligere, får oftere tilsnakk, blir oftere trukket frem som “problembarnet” i klassen etc. Det er grunn til å tro at barn vil tjene på i mye større grad å få benytte ulike læringsstiler, og at det å være fysisk aktive i innlæringen av stoff er en fordel for mange¹⁶. Det som lærerne selv peker på, er at det er bedre arbeidsro i klasserommet etter en runde med fysisk aktiv læring - inne eller ute. Og det er en fordel å bruke flere sanser på en gang - jfr. artikkel om studieteknikk som viser til at man lærer bedre når man noterer for hånd (ikke på data) kontra kun leser¹⁷.

NFF anbefaler:

- Rett til 1 time fysisk aktivitet i skolen hver dag må inn i Opplæringsloven. Dette har vært et mål for oss i Alliansen 1 time fysisk aktivitet hver dag i mange år¹⁸.
- Aktive pauser – det vil si pauser fra tavleundervisning med 5-minutters pauser med pulsøkning.
- Bruk naturen som læringsarena - her vil det være regionale forskjeller fra by til bygd, men både syn og motorikk utvikles bedre i ulendt terreng¹⁹.
- Utetid: det bør iverksettes tiltak for at barna er mer utendørs. Inne er det oftere begrensninger både på lydnivå, type lek og areal hvor det er mulig å være fysisk aktive. Mer tid ute i løpet av dagen, gir bedre og større muligheter for å være mer fysisk aktiv dersom utemiljøet er variert, innbydende og utfordrende for barnets alder og ferdighetsnivå.
- Det er behov for mer forskning på sammenheng fysisk aktivitet og resultater i andre fag. I Stavangerprosjektet er det funnet en sammenheng mellom fysisk aktivitet og gode resultat i matematikk²⁰. ASK – prosjektet Active Smarter Kids har publisert mye på dette området
- Et annet prosjekt vi ønsker å trekke fram er HOPP - Helsefremmende oppvekst i Horten²¹. HOPP-prosjektet, et samarbeidsprosjekt mellom Horten kommune og Institutt for helsevitenskap ved Høgskolen Kristiania, evaluerer fysisk aktivitet hos barn i barneskolen. Resultatene viser at behovet for tiltak blant de yngste i barneskolen er nødvendig for å etablere sunne vaner og unngå risikofaktorer for livsstilssykdommer i voksen alder.
- Også her må utearealene legges til rette for aktivitet

Gode og engasjerende ressurser og tiltak

Hver kommune skal som tidligere nevnt ha en skolehelsetjeneste, og denne skal være tverrfaglig sammensatt. Det betyr at alle kommuner allerede har en tilgjengelig ressurs tilknyttet skolen. Fysioterapitjenestene i ulike kommuner organiserer dette ulikt.

Stavanger kommune²² : Stavanger kommune utarbeidet et opplegg hvor fysioterapeutene er ressurs for lærerne og hvor de kjører kurs og workshop med praktiske innspill til hvordan fysisk aktivitet med enkle ressurser og midler kan legges inn i skolehverdagen. Her er det skolene som etterspør kompetanse.

Trondheim kommune²³: I Trondheim jobber skolene tett med skolehelsetjenesten. Der målrettes det forebyggende arbeidet ut fra elevenes helsetilstand ved den enkelte skole. Intervensjonen retter seg

mot stressmestring, hverdagsmestring, avspenning, kroppsbevissthet, søvnproblemer, kognitive verktøy knyttet til psykiske plager m.m.

Andre eksempler på tiltak NFF anbefaler:

- **1. trinn – God skolestart:** Opplegget har fokus på å bli kjent med elevene, legge til rette for en god skolestart for alle, fokus på å dele kompetanse. Opplegget justeres kontinuerlig med utgangspunkt i sentrale og relevante dokument, som retningslinjen for skolehelsetjenesten, og i tråd med vedtaket om daglig fysisk aktivitet i skolen. God skolestart varer fra 2 dager til en uke, og er tverrfaglig organisert. Lengde, innhold og hvem som bidrar varierer fra kommune til kommune. Suksessfaktor er at det er skolen som “eier” dette.
- **3. trinn- helsedag:** Tverrfaglig helsedag for 3 trinn. 3-delning med små grupper: veiing og måling hos helsesykepleier, tilberedelse av sunn lunsj med lærer og opplegg med fysioterapeut med vekt på fysisk aktivitet, hvordan slappe av, kroppsbevissthet og kroppsspråk, samarbeidsøvelser. Felles lunsj med elevene. Klasseopplegg med ergoterapeut etter lunsj med finmotoriske oppgaver.
- **7. trinn – Friskus:** Undervisningsopplegg med helsesykepleier, fysioterapeut og tannlege. Helsesøster har hovedsakelig fokus på kosthold, fysioterapeut på fysisk aktivitet og tannlege på tannhelse og tannpuss.
- **8. Trinn - Psykisk helsedag:** Skole og skolehelsetjeneste med fysioterapeut og helsesykepleier har opplegg i alle klassene på trinnet hvor opplegget er flerfaglig. Tema er ulike innfallsvinkler knyttet til hverdagsmestring.

Skolebygg og uteområder

Skolebygg må være universelt utformet, og uteområder må være tilrettelagt for tilgjengelighet og ulike aktiviteter. Det er mange små grep som kan gjøres med et inne- eller uteområde for å innby til mer fysisk aktivitet.

NFF mener:

- Fysioterapeut bør benyttes for å vurdere og komme med forslag til utbedring av eksisterende og utforming av nye uteområder - både med tanke på tilrettelegging for ulike aktiviteter og med hensyn til universell tilgjengelighet. Fysioterapeuter bør også benyttes som rådgivere når kommuner planlegger nye skolebygg.

Aktiv skoleveg

Aktiv skoleveg²⁴ er en måte å legge opp til økt hverdagsaktivitet. Det viser seg at barna som har aktiv skoleveg kommer mer våkne og i bedre humør til første time. Ofte har de rukket å leke litt før de kommer inn døra²⁵.

NFF mener:

- Vei, gangvei, sykkelsti mv. må prioriteres. Øremerkede midler til tiltak som bidrar til at målet om at 80 prosent av alle barn mellom 6 og 15 år skal gå eller sykle til skolen er nødvendig.

Fritid

Barn og unge i familier med god økonomi deltar oftere i organiserte fritidsaktiviteter enn barn og unge som kommer fra familier med dårligere økonomi. Det å ha mulighet til å være med på aktivitet sammen med andre barn og unge på fritiden er viktig, derfor støtter Norsk Fysioterapeutforbund fritidserklæringen²⁶ som har som mål at alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst en organisert fritidsaktivitet sammen med andre barn.

Idrett er en viktig del av mange barn og unges liv, men seks av ti slutter med organisert idrett i løpet av ungdomstiden. I et folkehelseperspektiv er det bekymringsfullt at mange av de som dropper idrett helt, slutter å trene og blir mye mindre fysisk aktive. De som først faller fra er jenter og ungdom fra lavere sosiale lag, og det er helt i starten av ungdomsidretten at de sosiale forskjellene i frafallet øker mest. I løpet av 8. trinn har 16 prosent fra lavere sosiale lag sluttet, mens det samme gjelder 7 prosent av ungdom fra høyere sosiale lag. Og de som slutter kommer dårligere ut enn de som fortsetter, på indikatorer for livskvalitet og risikoatferd²⁷. Vi er altså i ferd med å få et klasseskille i idretten.

Fritidsarenaer og utstyr

Norsk Fysioterapeutforbund mener det er viktig med langsiktige nasjonale tiltak for å forebygge fattigdom hos barn og unge, men det må også på plass snarlige tiltak for å fremme fysisk aktivitet, deltagelse og inkludering for de barna som lever i lavinntektshusholdninger. Gode fritidsarenaer fremmer nettopp barns fysiske aktivitet og deltagelse. Derfor er vi opptatt av at fritidsarenaene både må være lett tilgjengelige og gratis.

Det må investeres i infrastruktur som anlegg, parker, gangveier mv., og det må tas høyde for dette når arealdelen av kommuneplaner, reguleringsplaner og bebyggelsesplaner utformes. I tillegg må kommunene sørge for at det er mulig å låne/få utstyr, slik at mangel på utstyr ikke står i veien for barns fysiske aktivitet og deltagelse. Et samarbeid med BUA²⁸ kan være en vei å gå for flere kommuner enn de som i dag har etablert slikt samarbeid.

Ungdom som faller utenfor

følge OECD-rapporten Investing in Youth: Norway²⁹ er det i dag 86.000 unge mellom 15 og 29 år som verken er i arbeid, utdanning eller opplæring i Norge.

Økningen i tallet på unge som sliter psykisk, eller som faller utenfor skole og som da kan ha store vanskeligheter med å komme seg inn i arbeidslivet, er alvorlig. Det er ikke nødvendigvis de med høye ambisjoner og som presterer godt på flere områder i livet, som er mest utsatt for psykiske helseplager, slik en av til kan få inntrykk av gjennom media. Tvert imot understreker Ungdata-rapporten fra 2016³⁰ at det først og fremst er de ungdommene som ikke er spesielt godt tilpasset på skole-, familie- og fritidsarenaene, som i størst grad rammes av dårlig psykisk helse. Mange av disse tilhører den fjerdedelen av elevene som faller ut av videregående skole³¹. Frafallet er størst blant de unge som velger yrkesfaglig utdanningsprogram, og bare 59 prosent av guttene fra disse programmene gjennomfører i løpet av fem år, mot 90 prosent av jentene som velger studieforberedende program.

Videregående utdanning har nærmest blitt en betingelse for senere å kunne delta i arbeidslivet. Den teknologiske utviklingen bidrar til at det blir stadig mindre behov for ufaglært arbeidskraft. Kampen om de ufaglærte jobbene er derfor stor – og ungdommene som faller ut av skolen står også i stor fare for å havne på utsiden av arbeidsmarkedet. For de som ikke kommer seg gjennom opplæringsløpet, kan det være tungt å koble seg på igjen senere. Varig ekskludering fra arbeidsmarkedet er et sannsynlig utfall og kostnadene for den enkelte og for samfunnet blir enorme.

Videre er det en enorm økning i antallet unge uføre mellom 15 og 29 år, og siden 2010 er økningen hele 133 prosent, fra 8.192 i 2010 til 19.084 i 2019. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser utgjør 61 prosent av årsaken til uførhet, og er den klart største årsaken til uføretrygd hos unge³².

Det er selvsagt ikke ett svar på hvorfor unge får psykiske problemer og faller utenfor. Skolepress og press for å være sosialt vellykket er faktorer som ofte er nevnt. En faktor som sjeldent blir nevnt er foreldrenes helse. I en doktorgradsavhandling fra 2015³³ som tar utgangspunkt i data fra Huntundersøkelsen, framkommer det at både gutter og jenter som hadde foreldre med langvarige smerter hadde en doblet risiko for angst og depresjon, sammenlignet med de ungdommene som ikke hadde foreldre med langvarige smerter. For guttene ble det rapportert at de hadde en større sannsynlighet for at de startet med røyking og alkohol enn sine jevnaldrende. Jentene rapporterte lavere nivå av selvtillit og sosial kompetanse.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (Helsepersonelloven §10a)³⁴. Det er også viktig at barn og unge som har foreldre med langvarige smerter blir sett og ivaretatt av helsepersonell, slik at de tilbys hjelp og støtte som kan virke forebyggende for senere vansker.

Skolehelsetjenesten har en viktig rolle overfor ungdom, også på dette området, og det er derfor fortvilende å se hvor dårlig skolehelsetjenesten er utbygd, særlig på videregående skole.

NFF anbefaler:

- Det bør vurderes om paragraf 10 a i Lov om helsepersonell bør utvides til også gjelde når foreldre eller søsken har langvarige smerter.

Fritak for egenandel opp til 19 år

I 2017 forsvant sykdomslisten for fysioterapi, samtidig som egenandelsfritaket for fysioterapi ble hevet til 16 år. Helsedirektoratet har sett på effekten av denne endringen og fant at de tidligere sykdomslistepasientene i gjennomsnitt hadde færre pasientkontakter i 2017 enn i 2016. Den største reduksjonen i antall pasientkontakter er for gruppen 16-18 år.

Ved å utvide egenandelsfritaket til 19 år vil unge som tidligere har vært på sykdomslisten for fysioterapi mot egenandelsutgifter fortsatt skjermes.

Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at målgruppen ungdom med habiliterings- eller rehabiliteringsbehov, ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi eller opphold i rehabiliteringsinstitusjon pga. familiens- eller egen økonomi.

Ungdom som har behov for fysioterapi eller opphold i rehabiliteringsinstitusjon har større og mer sammensatt behov for tjenester enn ungdommer som av og til benytter seg av fastlege. Merutgiften ved å fritta 16 og 17-åringene fra egenandelbetaling ble av Helsedirektoratet anslått til 4,1 mill. kroner for fysioterapi og om lag 500 000 kroner for rehabiliteringsopphold. Norsk Fysioterapeutforbund mener at 18-åringene også må frittas – og antar at dette vil innebære en ytterligere økning på om lag 2 mill. kroner. I statsbudsjettsammenheng er dette et tiltak som vil bety mye og koste lite.

NFF mener:

- Ungdom under 19 år må frittas for egenandel hos fysioterapeut.

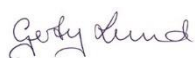
Endre helseatferd gjennom avgifter og prisstimulerende tiltak

Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har stor betydning for forekomsten av en rekke ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, type2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Både når det gjelder røyking, fysisk aktivitet og kosthold varierer bruken etter sosioøkonomisk bakgrunn, og innebærer at barn og unge fra familier med lav sosioøkonomisk status røyker mer, spiser mer usunt og er mindre fysisk aktive³⁵.

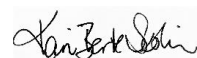
NFF mener:

- Universelle tiltak rettet mot usunt kosthold, røyking og alkohol som prisstimulerende tiltak og økte avgifter har vist seg effektive for å redusere bruk av helseskadelige produkter³⁶ og bør benyttes i enda større grad enn i dag.

Med hilsen



Gerty Lund
forbundsleder



Kari Bente Sørli
seniorrådgiver

-
- ¹ [Folkehelseinstituttet, 2018](#)
- ² [Hvem tar støyten? Arbeidsmarkedet under Korona-krisen.](#) (SSB, Nav og Frischsenteret 27.03.20)
- ³ <https://www.oslomet.no/en/research/research-projects/panrisk>
- ⁴ [Forskning.no, 26.02.20](#)
- ⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>
- ⁶ [Stavnsbo, Mette, 2020](#)
- ⁷ [Kjønniksen m.fl., 2008](#)
- ⁸ [Ragnarsson, Susanne, 2019](#)
- ⁹ <https://utdanningsforskning.no/artikler/risikolek-for-de-yngste/>
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1476718X18762237> (fulltekst).
- ¹⁰ <https://mitarbejdsmiljo.dk/artikler/guldlok-princippet-i-praksis-paedagoger-og-boern-blev-sundere-sammen>
- ¹¹ <https://www.barnehage.no/artikler/de-fulgte-tusen-barn-over-ti-ar-i-dag-far-vi-vite-hva-dehar-funnet-ut/451151>
- ¹² <https://www.gausdal.kommune.no/gausdalsmodellen.512501.no.html>
- ¹³ [Hjelle, Ole Petter, 2018.](#)
- ¹⁴ <http://www.askbasen.no/ask>
- ¹⁵ [NOU 2019:3 Nye sjanser – bedre læring.](#)
- ¹⁶ <https://nettsteder.regjeringen.no/stoltenbergutvalget/files/2019/02/nou201920190003000dddpdfs.pdf>
- ¹⁷ <https://www.smp.no/ntb/innenriks/2016/08/22/Forskere-mener-h%C3%A5ndskrevne-notat-er-gir-best-l%C3%A6ring-13218604.ece>
- ¹⁸ <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Ressursbank/Fysisk-aktivitet-i-skolen>
- ¹⁹ <https://www.interoptik.no/optikerbloggen/innlegg/leker-barnet-ditt-nok-ute/>
- ²⁰ <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Bevegelse-binder-all-laering-sammen>
- ²¹ <https://www.horten.kommune.no/fokus/hopp-helsefremmende-oppvekst.18643.aspx>
- ²² <https://www.stavanger.kommune.no/barnehage-og-skole/skole/aktiv-skole/>
- ²³ <https://www.trondheim.kommune.no/tema/skole/trondheimsskolen/skolehelsetjenesten/>
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3829-8>
- ²⁴ <https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/baerekraftig-mobilitet/barn-og-ungdom/aktiv-skoleveg>
- ²⁵ <https://www.buskerudbyen.no/tilbud-og-muligheter/aktiv-paa-skoleveien/>
- ²⁶ https://www.regjeringen.no/contentassets/42fc032208724215886755da5d165f1e/folder_fritidserklaeringen.pdf
- ²⁷ [Bakken, A. \(2019\): Idrettens posisjon i ungdomstiden. Hvem deltar og hvem slutter i ungdomsidretten? NOVA Rapport 2/19. Oslo: NOVA, OsloMet](#)
- ²⁸ BUA-nettverket består av 126 utlånsordninger i 107 kommuner. 99 utlånsordninger er i full drift, og 27 skal åpne i løpet av vinteren 2020. <https://www.bua.io/>
- ²⁹ <https://www.oecd.org/employment/investing-in-youth-norway-9789264283671-en.htm>
- ³⁰ <http://www.ungdata.no/Forskning/Publikasjoner/Nasjonale-rapporter>
- ³¹ <https://www.ssb.no/vgogjen>
- ³² Uføretrygd -kvaritalsstatistikk, Nav 2019.
- ³³ Jannike Kaasbøll (2015) <https://bestprac.no/foreldres-kroniske-smerte-og-aspekter-av-psykisk-helse-hos-ungdom-hunt-studien/>
- ³⁴ [Lov om helsepersonell, paragraf 10a](#)
- ³⁵ [Folkehelsepolitisk rapport, Helsedirektoratet 2017](#)
- ³⁶ <https://www.cgdev.org/blog/new-high-level-report-calls-higher-taxes-tobacco-alcohol-sugary-beverages-prevent-millions>