



Folkehelse - fysioterapeuters bidrag



**Politisk
plattform**

Innhold

Vi vil bidra til god folkehelse!	3
Mål for NFFs folkehelsearbeid	4
Hva er folkehelse?	5
Definisjoner og avgrensninger	5
Helsefremmende og forebyggende arbeid	6
Primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid	6
Forebygging lønner seg	7
Mål for folkehelsearbeid i Norge	7
FNs bærekraftsmål og folkehelse	7
Roller og ansvar	8
Kommunen	8
Folkehelsekoordinatoren	9
Fylkeskommunen	9
Statsforvalteren	10
Helsedirektoratet	10
Statens helsetilsyn	10
Folkehelseinstituttet	10
Hvordan står det til med folkehelsen?	11
Helsekompetanse	11
Muskel- og skjelettlidelser en av de store folkehelseutfordringene	12
Universelle tiltak	13
Hvordan kan fysioterapeuter bidra?	14
Oversikt og planarbeid	14
Barn og unge	15
Barnehagen er en folkehelsearena	15
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	15
Skolen er en viktig folkehelseaktør	16
Særskilt skolehelsetjenestetilbud på videregående skole	16
Én time fysisk aktivitet daglig på skolen	17
Fysisk aktivitet er viktig for barn og unges nåværende	17
og fremtidige helse	17
Mange barn og unge oppnår ikke anbefalingene for fysisk aktivitet	18
Inaktivitet rammer sosialt skjevt	18
Skolen når alle	18
Gode fritidsarenaer fremmer barns fysiske aktivitet,	19
deltakelse og inkludering	19
Voksne og eldre	19
Arbeidsplassen er en folkehelsearena	19
Arbeid reduserer sosial ulikhet i helse	20
Helsefremmende arbeidsplasser	20
Balanse mellom jobb, familie og fritid	20
Ta et oppgjør med stillesitting - Fysisk aktivitet i arbeidslivet	21
Frisklivssentralen	22
Eldre må ikke glemmes i folkehelsearbeidet	23
Fysisk aktivitet	24
Demens	25
Helsestasjon for eldre	25
Ressurser og sluttnoter	25

Vi vil bidra til god folkehelse!

Folkehelsearbeid er et satsingsområde i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) og denne folkehelsepolitiske plattformen skal bidra til å stake ut retningen for fysioterapeuters bidrag i folkehelsearbeid, både lokalt og nasjonalt. Den skal bidra til å synliggjøre NFFs politiske standpunkt på området, overfor media, lokale og sentrale politikere, samt øvrige beslutningstakere og aktører.

Plattformen skal også bidra til å skape god forståelse innad i NFF for hva folkehelsearbeid er – og ikke er. Videre skal den skape engasjement for folkehelsearbeid og folkehelsepolitikk i NFFs organisasjonsledd, hos tillitsvalgte, fysioterapiledere og medlemmer generelt. Plattformen skal også motivere fysioterapeuter til å bidra med sin kunnskap inn i kommunenes viktige oversikts- og planarbeid.



Fysioterapeuter har bred kunnskap om innbyggernes helse og om faktorer som påvirker folkehelsen. Gjennom svært mange pasient- og brukerkontakter får fysioterapeuter god innsikt i lokale forhold som har betydning for helse. Selv om kunnskapen ikke alltid kan tallfestes må den viktige lokalkunnskapen som fysioterapeuter besitter ikke undervurderes, den må formidles og nyttiggjøres. Fysioterapeutene kan derfor bidra i kommunenes lovpålagte folkehelsekartlegging.

Fysioterapeuter vi har også mye nyttig kunnskap som bør tas i bruk i det tverrsektorielle planarbeidet. Dette gjelder i saker som omhandler kommunenes infrastruktur, uteareal, sykkelveier, gangstier, fortausbredde, utforming av utearealer i barnehage og skole, planlegging av lekeplasser og uterom for barn, unge og voksne i alle aldre, for å nevne noe. For NFF er det viktig å være tydelig på at strukturelle forhold kan ha stor betydning for befolkningens helsetilstand og at god folkehelse er et samfunnsansvar, ikke bare et ansvar som påhviler den enkelte.

Sosial ulikhet er en av de viktigste truslene mot folkehelsen og når vi vet hvor viktig arbeid både er for folks økonomi og helse må arbeid og arbeidsplassen løftes fram i denne plattformen. Arbeidsmiljøloven har blant annet som formål å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Bedriftsfysioterapeuter og andre fysioterapeuter som jobber på systemnivå, eksempelvis i Nav eller i Arbeidstilsynet, har en viktig rolle i å gi råd til virksomheter i hva som bidrar til helsefremmende arbeidsmiljø.

Det er anslått at bare 10 prosent av folkehelsearbeidet foregår i helsetjenesten. Dette er ti viktige prosent. For her møter fysioterapeuter en annen viktig målgruppe for NFFs folkehelsesatsing, barn og unge. Vi møter dem på helsestasjon og i skolehelsetjenesten, men også på frisklivssentralene. I kommunenes helsefremmende og forebyggende helsetjenester spiller fysioterapeuter en viktig rolle. Det skal denne plattformen bidra til å synliggjøre.

Folkehelse opptar oss fysioterapeuter – og vi har både vilje og kunnskap til å bidra i arbeidet med å redusere befolkningens tap av leveår med god helse.

17. juni 2021

Gerty Lund
forbundsleder

Mål for NFFs folkehelsearbeid

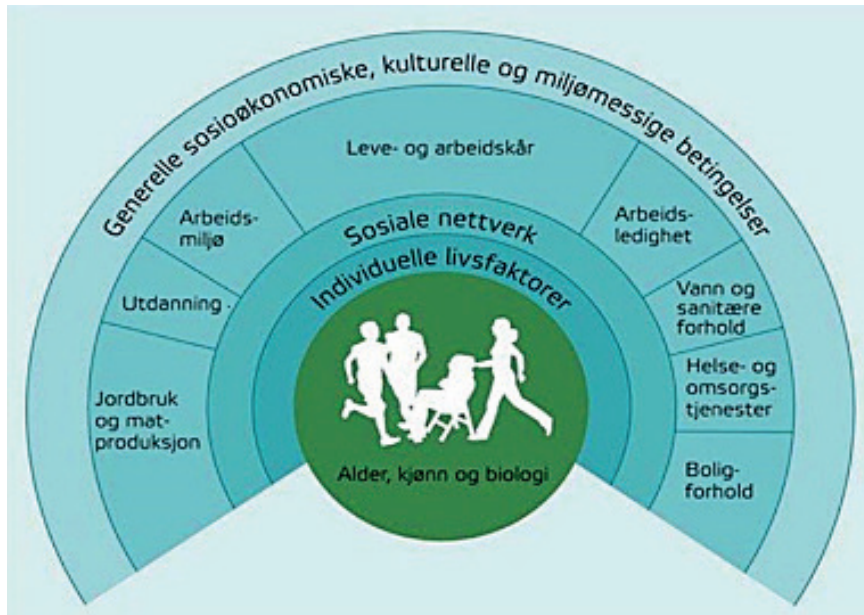
er å skape forståelse og gjennomslag for at:

1. Det er behov for økte ressurser til helsefremmende og forebyggende arbeid – både nasjonalt og lokalt
2. Fysioterapeuter skal bidra i det tverrsektorielle oversikts- og planarbeidet
3. Fysioterapeuter må være en skal-tjeneste på helsestasjon og i skolehelsetjenesten
4. Det er behov for økt helsekompetanse i befolkningen – det starter med flere fysioterapeuter til barna
5. Befolkningen, både de unge og de eldre, må bli mer fysisk aktiv
6. Arbeidslivet påvirker folkehelsen – det gjør arbeidsplassen til en folkehelsearena
7. Muskel- og skjelettlidelser kan og skal reduseres
8. Frisklivssentralene skal styrkes
9. Folkehelsekoordinator blir lovpålagt, og denne stillingen bør plasseres sentralt i kommunal ledelse
10. Fysioterapeutene har en viktig rolle i folkehelsearbeidet – dette skal synliggjøres



Foto: Colourbox.com

Hva er folkehelse?



¹ Figur: Dahlgren og Whitehead, 1991.

Definisjoner og avgrensninger

I folkehelseloven² som trådte i kraft som en del av samhandlingsreformen i 2012, defineres folkehelse som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen.

«Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

Godt folkehelsearbeid forutsetter løpende oversikt over befolkningens helse og sykdomsforhold, samt forskning og analyser som kan avdekke hvordan sykdom kan forebygges og helse fremmes.

Når NFF løfter folkehelse som et satsningsområde er det viktig at vi har klart for oss hva som er folkehelsearbeid og hva som ikke er det. Er for eksempel alt forebyggende – og helsefremmende arbeid folkehelsearbeid?

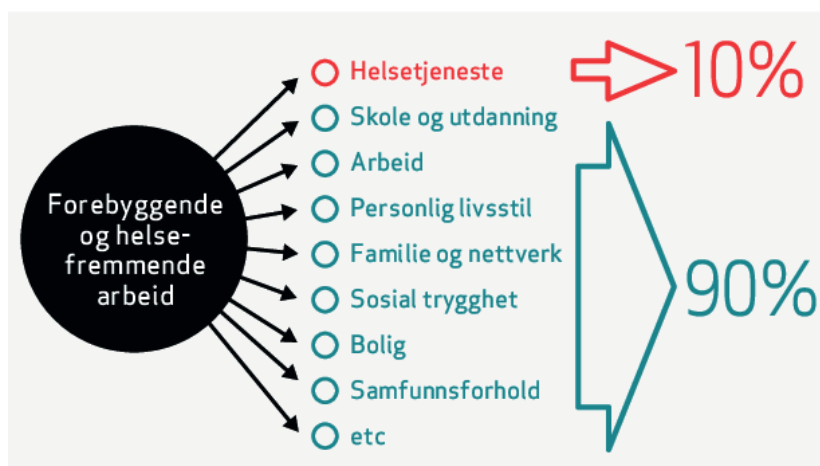
I merknadene til folkehelseloven³ trekkes grensene for hva som er folkehelsearbeid:

«Definisjonen av folkehelsearbeid avgrensner folkehelsearbeid fra behandling av syke i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering. Tiltak overfor risikogrupper eller individer, som er identifisert gjennom kliniske vurderinger faller utenfor begrepet folkehelsearbeid, mens tiltak mot hele befolkningen eller subgrupper innen befolkningen, basert på vurdering av påvirkningsfaktorer, anses derimot som folkehelsearbeid.»

Folkehelsearbeid kan også omtales som helsefremming og forebygging.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Bare om lag 10% av det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet foregår i helsetjenestene. Resten foregår i andre sektorer som skole, arbeid, vei, bygg osv.



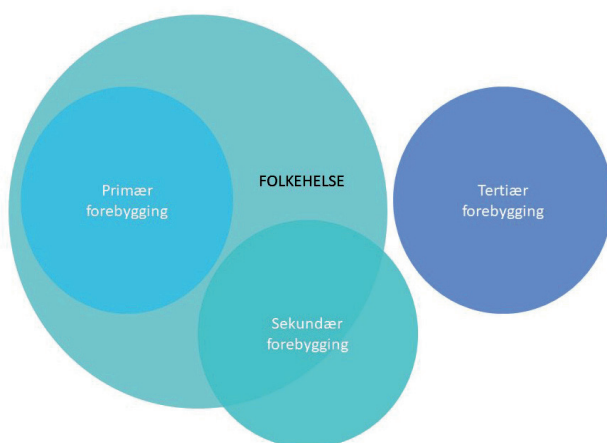
⁴ Figur 3: 90-10-regelen (Wildavsky 1977) fra NOU 1998:18

Forebyggende arbeid har som mål å fjerne eller redusere risiko for belastning eller sykdom. Forebyggende virksomhet baserer seg på kunnskap som gjør en i stand til å identifisere problem og problemårsaker, å identifisere og endre relasjonene mellom disse. Forebygging er redusere risiko for sykdom.

Helsefremmende virksomhet tar sikte på å legge grunnlag for bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom.

Primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid

Når det gjelder begrepssettet primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, avgrenses folkehelsearbeid på følgende måte:



Primærforebygging innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunn helseadferd, vaksinasjon og ulykkesforebygging. (Folkehelsearbeid)

Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:

- Innsats i symptomfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv

behandling. Dette tilsvarer folkehelseinnsatsen til sekundærforebygging. (Folkehelsearbeid)

- Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse. Dette betegnes som tidlig intervensjon. Ett eksempel er fallforebyggende tiltak overfor eldre. (Kan være folkehelsearbeid)
- Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom for eksempel ved livsstilpåvirkning og/eller legemiddelbehandling. Dette tilsvarer den kliniske innsatsen til sekundærforebygging. (Ikke folkehelsearbeid)

Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsearbeidet.

Denne avgrensningen som kom med Folkehelseloven fra 2012, innebærer at en del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet fysioterapeuter gjør faller utenfor folkehelsearbeidet.

Forebygging lønner seg

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 bidrar til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette er i tråd med OECD-rapporten Health at a glance 2019⁵, der det understrekes at Norge bør bli bedre til å forebygge før sykdom inntreffer.

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. Forebygging skjer der folk bor og skal vi lykkes må det komme en reell økning i overføringene til kommunene, da slike tiltak er svarteper i spillet om ressurser. Det er mest utsatt for kutt når kommuneøkonomien er stram.

Mål for folkehelsearbeid i Norge

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen og reduserer sosiale forskjeller (Folkehelsemeldingen)⁶

FNs bærekraftsmål og folkehelse



De 17 målene for bærekraftig utvikling innen 2030 er det internasjonale samfunnets felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, kjempe mot urettferdig fordeling og stoppe klimaendringene.

For å skape en bærekraftig utvikling arbeides det på de tre områdene klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Norge har stilt seg bak målene.

Folkehelsearbeidet har mye til felles med den sosiale dimensjonen i FN's bærekraftsmål. Både sosial bærekraft og folkehelse handler om å fremme en samfunnsutvikling som (Hofstad, 2017⁷; Bergem, 2019⁸):

- Setter menneskelige behov i sentrum.
- Gir sosial rettferdighet og like livssjanser for alle.
- Legger til rette for at mennesker som bor i lokalsamfunnet, kan påvirke forhold i nærmiljøet og ellers i kommunen.
- Legger til rette for deltakelse og samarbeid.

«Sosial bærekraft handler om hvordan en kan ta vare på innbyggernes velferd, målt i form av levekår og livskvalitet. Og den består av tre dimensjoner: individuelle behov, interaksjonene mellom individ og lokalsamfunn og lokalsamfunnet». Bergem (2019)

Skal målene nås, er planlegging et svært viktig virkemiddel. Bærekraftig utvikling er et overordnet mål for norsk planlegging og noe offentlige planleggere og miljøansvarlige forholder seg aktivt til. I de Nasjonale forventningene til regional og kommunal planlegging for 2019–2023 legger regjeringa vekt på at kommunene skal planlegge for å skape en bærekraftig samfunnsutvikling, sikre sosial rettferdighet og god folkehelse⁹.

Folkehelseinstituttet skriver dette¹⁰:

Et godt oversiktsdokument som gir den nødvendige kunnskapen om påvirkningsfaktorer, er et viktig utgangspunkt for planstrategien og planarbeidet i kommunen. Dersom kommunen ikke er bevisst på relevante påvirkningsfaktorer og hvordan disse fordeles i befolkningen, kan kommunen komme til å videreføre uheldige miljø- og samfunnsmessige forhold og dermed svekke den sosiale bærekraften.

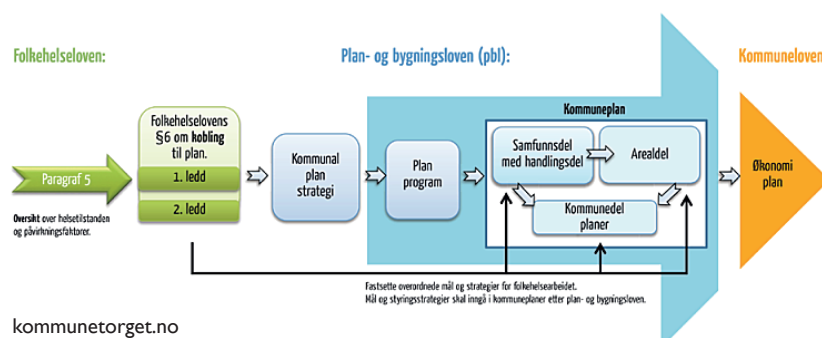
Videre er det i denne sammenheng naturlig å trekke frem bærekraftsmål 3 – God helse og livskvalitet. Målet er å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

«Helse er ikke bare et resultat av individuelle forhold og levevaner, men påvirkes også av levekår og strukturelle forhold som inntekt, arbeid, oppvekst, utdanning, bo- og nærmiljø. Planlegging gir kommunen mulighet til å omfordele slike påvirkningsfaktorer.»

Roller og ansvar

Kommunen

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.



Å integrere helsehensyn i planer etter plan- og bygningsloven er et viktig virkemiddel i det systematiske folkehelsearbeidet.

Folkehelseloven krever at kommunene jobber systematisk, langsiktig og med forankring i planer. Det er særlig tydelig i disse tre paragrafene:

§ 5: Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

§ 6: I arbeidet med kommuneplaner skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Da skal man ta utgangspunkt i de viktigste funnene fra oversikten over helsetilstanden. Dette skal gjøres bl.a. i kommuneplanens samfunnsdel og arealdel, og i alle sektorplaner som gis status som kommunedelplan.

§ 7: Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Tiltakene skal ta utgangspunkt i de viktigste funnene fra oversikten over helsetilstanden, samt målene og strategiene som er tatt inn i planverket.

NFF mener at fysioterapeuter har en kunnskap og en posisjon i helse- og omsorgstjenesten i kommunene som kvalifiserer oss til å gi viktige bidrag på alle de tre punktene.

Ansvar for kommunens folkehelsearbeid ble løftet ut av helsetjenesten og over til kommuneledelsen ved ikrafttredelse av nye folkehelselov i 2012. Kommunedirektøren (rådmannen) og ordføreren har ansvar for folkehelsen i kommunen. Gjennom å utforme tverrsektorielle målsettinger for folkehelsearbeidet, forankret på øverste ledelsesnivå og med et tydelig mandat, kan kommunene lettere få til prioritering og oppfølging av folkehelsearbeidet¹¹.

Folkehelsekoordinatoren

I praksis er det ofte folkehelsekoordinatoren som er hovedaktøren og setter folkehelse på agendaen¹² og hele 81 prosent av kommunene i en spørreundersøkelse utført av NIBR i 2017, fremhever folkehelsekoordinatoren som den som tar mest ansvar i folkehelsearbeidet¹³. Å ansette en folkehelsekoordinator ble sett på som et av de viktigste virkemidlene for å få til et folkehelsearbeid på tvers av sektorene. Her må vi understreke at selv om folkehelsekoordinatoren har en viktig koordinatorrolle, så må det ikke være tvil om at ansvaret for kommunens folkehelsearbeid er plassert på toppen, hos kommunedirektøren og ordføreren.

Ifølge Helsedirektoratet¹⁴ har folkehelsekoordinatoren ofte verken myndighet eller mandat til å beslutte, og det kan gjøre det utfordrende å arbeide tverrsektorielt. Folkehelsekoordinator er ingen lovpålagt funksjon. Det burde den etter NFFs synspunkt være. Det er ifølge Helsedirektoratet ikke nok kunnskap om hvordan folkehelsearbeidet er forankret og følges opp i administrativ og politisk ledelse i de ulike kommunene. Det å organisere folkehelsekoordinator i kommunedirektørens stab vil dessuten være av stor betydning for å lykkes med det tverrsektorielle folkehelsearbeidet¹⁵. Og det burde være unødvendig legge til at det å ansette folkehelsekoordinator i 20 prosent stilling ikke vil bidra til et godt tverrsektorielt folkehelsearbeid. En slik rolle kan ikke være en bigeskjeft.

Fylkeskommunen

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen sitt område. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer.

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig og relevant kunnskap fra kommunene, tannhelse-tjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder skal konsekvenser og årsaksforhold vurderes. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien.

Fylkeskommunen skal også understøtte folkehelsearbeidet i fylkets kommuner gjennom å tilgjengeliggjøre opplysninger om helsetilstanden i eget fylke/fylkets kommuner.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

Statsforvalteren

Statsforvalteren skal bidra til å gjennomføre statlige satsinger på folkehelseområdet. Folkehelsearbeidet skal sikre en bærekraftig samfunnsutvikling, der planlegging er et sentralt virkemiddel. Gjennom råd og veiledning til kommuner og andre aktører skal Statsforvalteren være med å sikre at folkehelse inngår i kommunale, regionale og statlige planer. Statsforvalteren skal bidra til forpliktende samhandling mellom aktørene.

Statsforvalteren kan dessuten føre tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller sine plikter på folkehelseområdet.

Hesledirektoratet

Hesledirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Hesledirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, statsforvalteren og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Folkehelseinstituttet om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Hesledirektoratet har delegert sektoransvar for fortolkning og oppfølging av folkehelseloven.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har overordnet ansvar for faglig tilsyn med kommuner og fylkeskommuners folkehelsearbeid. Ansvaret innebærer blant annet overvåkning av i hvilken grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven, samt styre statsforvalternes tilsyn med kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid. I dette ligger også å regelmessig forberede og legge til rette for landsomfattende tilsyn, og å følge opp statsforvalternes tilsynsoppgaver etter loven, og klagesaksbehandling etter bestemmelsene om miljørettet helsevern.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt utføre helseanalyser og drive forskning på folkehelseområdet.

Folkehelseinstituttet skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Folkehelseinstituttet skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, statsforvalteren og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

Hvordan står det til med folkehelsa?

Helsetilstanden i Norge er god og levealderen er blant de høyeste i verden. De to viktigste dødsårsakene er hjerte- og karsykdommer og kreft. De viktigste årsakene til sykdom og redusert helse er muskel- og skjelettsykdommer, psykiske plager og lidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft.

Basert på sykdomsbyrdeanalyser vurdert av Folkehelseinstituttet i 2018¹⁶, det vil si før pandemien, er de ti viktigste folkehelseutfordringene i Norge:

- Livsstilsfaktorer for store sykdomsgrupper med høyest dødelighet og tap av friske leveår: tobakk (1), alkohol (2), usunt kosthold (3) og inaktivitet (4).
- Tilstander og forhold med komplekst risikobilde som også rammer yngre del av befolkningen: muskel- og skjelettlidelser (5), psykiske lidelser (6), selvmord (7), narkotika (8) og ulykker (9).
- Særlig forebyggbare miljøfaktorer: luftforurensning (10).

Sykdomstrusler mot folkehelsa

- Sosial ulikhet
- Tobakk
- Alkohol
- Usunt kosthold
- Inaktivitet
- Muskel- og skjelettlidelser
- Psykiske lidelser
- Selvmord
- Narkotika
- Ulykker

Folkehelseinstituttet fastslår at sosial ulikhet er Norges viktigste folkehelseutfordring. I tillegg trekker de frem strukturelle folkehelseutfordringer som kjønnsulikhet i utdanning, urbanisering, fortetting og sosial bærekraft.

Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5–6 år lengre og har bedre helse enn de som har kortest utdanning. Det er færre som røyker og er overvektige i grupper med lang utdanning. De sosiale forskjellene i levealder øker, særlig hos kvinner. Forskjellene er større i Norge enn i mange andre europeiske land. Forskjellen mellom kommuner er store; opptil 10–12 år for menn og 8–10 år for kvinner. Det er også forskjeller mellom bydeler, særlig i Oslo¹⁷.

Helsekompetanse

I tillegg til de ovennevnte truslene mot folkehelsa må vi også ta med mangelen på helsekompetanse i befolkningen.



På Helsedirektoratets sider¹⁸ står det: “Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helsein-

formasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Dette kan handle om å ta avgjørelser relatert til hvordan en forebygger sykdom, om en har behov for helsetjenester, og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet”.

Helsekompetanse er en av flere faktorer som samvarierer med helsen til individer, grupper og i hele populasjoner. Høy helsekompetanse er knyttet til god fysisk og psykisk helse, og lav helsekompetanse er en samfunns- og helsepolitisk utfordring. Helsekompetanse spiller derfor en rolle i individsentrerte helse- og omsorgstjenester, bekjempelse av kroniske sykdommer (NCD-er), antibiotikaresistens, sosialt skapte helseforskjeller, bærekraftig ressursutnyttelse og helse i et livsløpsperspektiv.

En fersk rapport¹⁹ viser at en tredjedel av befolkningen ikke har nok kompetanse til å ivareta egen helse. Som vi forstår, er helsekompetanse viktig – også i folkehelsearbeidet. Og helsekompetanse bygger vi fra vi er barn.

Fysioterapeuter bidrar til økt helsekompetanse i befolkningen blant annet ved å informere om betydningen av å ta gode valg, som for eksempel viktigheten av å velge fysisk aktivitet. Fysioterapeuter hjelper også med å «oversette», avdramatisere eller normalisere smerter og kroppslige reaksjoner. Videre bidrar fysioterapeuter til å skape forståelse for at «hode og kropp henger sammen» - at psykiske problemer kan gi seg utslag i smerter i kroppen og at kroppslige plager kan påvirke hvordan vi har det psykisk. Mange mangler denne kunnskapen.

Fysioterapeuter gir dessuten opplæring til arbeidstakere i forebygging av arbeidsrelaterte helseplager innenfor en rekke ulike bransjer. Dette bidrar til økt kompetanse om risikofaktorer for utvikling av muskel-skjelettplager, og hvordan disse kan forebygges.

Muskel- og skjelettlidelser en av de store folkehelseutfordringene

En av truslene mot folkehelsen som Folkehelseinstituttet trekker frem er muskel- og skjelettlidelser. Disse lidelsene er viktigste årsak til helsetap i Norge²⁰ og bør derfor få langt større oppmerksomhet i folkehelsearbeidet enn det som har vært vanlig til nå. Fysioterapeuter har spesialkompetanse i å forebygge og behandle muskel- og skjelettlidelser og bør derfor ta ansvar for at forebygging av disse lidelsene får nødvendig plass i det nasjonale og kommunale folkehelsearbeidet.



Det legemeldte sykefraværet øker, og i fjerde kvartal 2020 var det ifølge NAV nær 3 millioner (2 930 030) tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser. Dette utgjør i overkant av 36 prosent av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær i Norge. Muskel- og skjelettlid-

delser er den vanligste årsak til sykefravær, og for kvinner er det også den vanligste årsaken til uføretrygd. Muskel- og skjelettlidelser koster derfor samfunnet store summer hvert år i form av behandlingsutgifter, sykepenger, uføretrygd og andre trygdeytelser²¹.

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 måned²². 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.

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, eller andre påkjenninger. En studie fra STAMI anslår at nærmere 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter er relatert til eksponering på jobb²³. Det er utbredt med nakke- og skulderplager blant arbeidstakere. I jobbsammenheng viser det seg at de viktigste risikofaktorene for nakkesmerter er rollekonflikt og lav selvbestemmelse, samt arbeid med armene over hodet og kvantitative jobbkrav²⁴. I tillegg blir vi også utsatt for ulike påkjenninger utenom arbeidstid som kan «sette seg i musklene». Muskel- og skjelettlidelser nå er veletablert innen en biopsykososial kontekst som gir en bredere forståelse og anerkjennelse av den assosierte smerten, funksjonsnedsettelsen og aktivitetsbegrensningen.

Ifølge respondentene fra Helsepolitisk barometer 2019²⁵ 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. Dette er nok en grunn til at vi har et ansvar for å løfte forebygging av muskel- og skjelettlidelser inn i folkehelsearbeidet.

Her er det i tillegg et stort potensial for kostnadsreduksjon og forebygging.

Universelle tiltak

Som så mange andre, er også Norsk Fysioterapeutforbund bekymret over de store ulikhetene som rapporteres når det gjelder helse i befolkningen. Påvirkningsfaktorer på helse (helse-determinanter), som oppvekst, utdanning, arbeid mv. må inngå i folkehelsearbeidet, og tiltak som bidrar til utjevning av sosial ulikhet i helse må få høy prioritet.

Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen, eksempelvis alkoholpolitikk, tobakksskadeloven og vaksinasjonsprogrammer, har gitt oss en bra plassering på statistikken over forventet levealder. Universelle tiltak rettet mot usunt kosthold, røyking og alkohol, som høye avgifter på tobakk og alkohol, lovregulering, aldersgrenser, markedsføringstiltak, prisstimulerende tiltak på frukt og grønnsaker, samarbeid med matvarebransjen mv. er avgjørende.

Tiltak som retter seg universelt til hele befolkningen, spesielt barna, kan redusere muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og livsstilssykdommer i fremtiden.

Hvordan kan fysioterapeuter bidra?

Ser vi på utfordringsbildet som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tegner er det særlig noen områder som utmerker seg for fysioterapeuter.

Fysioterapeuter kan bidra

- *i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunen*
- *i å redusere sosial ulikhet i helse*
- *til bedre helsekompetanse og mestring*
- *til mer fysisk aktivitet*
- *til bedret muskel- og skjeletthelse*

Oversikt og planarbeid

Fysioterapeuter bør bidra i utarbeidelsen av oversikt over helsestatus, som er en viktig del av grunnlaget for kommunale planprosesser. Dokumentasjon fra fysioterapeuter som jobber i helsestasjon og skolehelsetjeneste, frisklivstilbud og fra primærhelsetjenestens kurative virksomhet kan avdekke behov for folkehelseiltak både i og utenfor helsetjenesten. Gjennom sitt arbeid kan fysioterapeuter bidra til å avdekke behov til folkehelseiltak i andre sektorer.



Fysioterapeuter har fra grunnutdanningen kunnskap om faktorer som påvirker folkehelsen og hvordan forebygge sykdom og lidelser. Fysioterapeuter kan og bør i større grad ta en rolle i kommunenes planarbeid for å bidra til god folkehelse, både som rådgivere og som ledere. Fysioterapeuter kan eksempelvis bidra til planarbeid på områder som:

- Infrastruktur som åpner for hverdagsaktivitet, dvs. gåstrategier, sykkelveier, gangstier, fortausbredde mv.
- Lekeplasser og uterom for barn, kupert terreng.
- Lavterskelaktivitet i samarbeid med frivillig sektor med tilrettelagt fysisk aktivitet, bidrar til fysisk og psykisk helse.

Når det gjelder det tverrsektorielle arbeidet er det et mål om at vi inntar en mer aktiv rolle og tar større plass. Fysioterapeutene må sørge for å være med i arbeidsgrupper, tverrfaglige fora mv., vi må ta en stemme når kommuneplaner skal utarbeides, vi må søke stillinger som også innebærer ansvar for planarbeid og tilrettelegging. I denne satsingen må fysioterapeutene bidra med all sin kunnskap, særlig om lokale helseforhold, slik at innsatsen i kommunene rettes mot det som faktisk er de viktigste helseutfordringene.

Barn og unge

Fordi oppvekstbetingelsene har betydning for vårt potensial for helse gjennom hele livsløpet, må barna prioriteres i folkehelsearbeidet. God helse varer livet ut og effekten av tiltak overfor barn er sannsynligvis større enn tiltak rettet mot andre aldersgrupper.



Fordi oppvekstbetingelsene har betydning for vårt potensial for helse gjennom hele livsløpet, må barna prioriteres i folkehelsearbeidet. God helse varer livet ut og effekten av tiltak overfor barn er sannsynligvis større enn tiltak rettet mot andre aldersgrupper.

Som tidligere fremhevet er sosial ulikhet en av de største folkehelseutfordringene, fordi sosio-økonomisk ulikhet også innebærer sosial ulikhet i helse. Norsk Fysioterapeutforbund er derfor bekymret over at 11.3 prosent av barn i Norge lever i fattigdom²⁶ og at norske ungdommer rapporterer om ulike helseplager. Det har over mange år vært registrert en økning i forekomsten av selvrappporterte fysiske og psykiske plager blant ungdom. Men for første gang på mange år er det ingen økning i omfanget av selvrappporterte psykiske plager²⁷. Vi etterlyser tyngre satsing på å fremme barn og unges helse.

Folkehelsearbeidet rettet mot barn må foregå der barn befinner seg, det vil si i barnehage, på skole, SFO, fritidsarenaer, bomiljøet og i familien. Derfor må også fysioterapeuters kunnskap og kompetanse være representert på disse arenaene.

Barnehagen er en folkehelsearena

Kommunene må sørge for at det finnes nok fysioterapeuter slik at også barnehagene blir en satsningsarena for helsefremmende og forebyggende arbeid. Fysioterapeuter er opptatt av å fremme sosial utvikling, god helse hos barn, og jobber for at barn skal få gode muligheter for optimal funksjon, bevegelsesglede og mestring. Noe som er viktig for både motorisk utvikling og den viktige selvfølelsen.

Barnehagene skal være godt tilrettelagt for fysisk aktivitet og med lekearealer, både inne og ute, som naturlig stimulerer barnas motoriske utvikling og bevegelsesglede. Dette må reguleres i lover og forskrifter, og da er det ikke tilstrekkelig å stille krav til antall kvadratmeter. Fysioterapeuter kan med sin kompetanse bidra til å gi råd om universell utforming av inne- og utearealer slik at de stimulerer til lek og aktivitet og råd og veiledning om fysisk aktivitet.

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal bidra til kommunens tverrs-ektorielle folkehelsearbeid, herunder bidra med oversikt over helsetilstanden og de faktorer som

kan virke inn på helsen til barn og ungdom²⁸. Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom har gjennom sine møter og regelmessige konsultasjoner med barn og ungdommer gode forutsetninger for å skaffe oversikt over faktorer som kan fremme eller hemme helse i denne befolkningsgruppen.

Kunnskap fra skolehelsetjenesten kan være nødvendig for å forstå særskilte utfordringer som kan knyttes til forholdene ved en enkelt skole, eller som kan henge sammen med levekår eller sosiale forhold utenfor skolen. Arbeidet i helsestasjonen kan bidra til å identifisere spesielle utfordringer i områder, knyttet til enkelte grupper.

Helsestasjon for barn, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er et lovpålagt helsetilbud til alle barn og unge mellom 0-20 år, og til gravide som går til svangerskapskontroll. Tjenesten er tverrfaglig. Som sagt er dette tilbud som når alle barn, og igjen må betydningen av universelle tiltaks betydning for å utjevne sosial ulikhet i helse understrekes.

Det er kommunens ansvar å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre, og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har fokus på helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon for barn og unge. Norsk Fysioterapeutforbund mener at forsterket innsats på disse områdene er avgjørende for å bedre folkehelsen – også for fremtidige generasjoner.

Skolen er en viktig folkehelseaktør

Skolen er et eksempel på en arena der vi møter alle. Fysioterapeuter har relevant kompetanse som for eksempel kan og bør benyttes i undervisning for å øke barn og unges kunnskap om ivaretagelse av egen helse, jf. manglende helsekompetanse i befolkningen (s.11).

Fordi god psykisk helse og gjennomføring av videregående opplæring ser ut til å være nøkkelfaktorer, må det settes inn enda kraftigere tiltak for å forhindre frafallet fra videregående skole. For det første er det nødvendig med et godt samarbeid med aktører innenfor utdannings- og helsesektoren for å oppnå en helhetlig oppfølging av disse ungdommene. Studier viser i tillegg at rask respons og god tilgjengelighet til hjelp ser ut til å være suksesskriterier i arbeidet med utsatt ungdom. Et lett tilgjengelig lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten er, bør derfor raskt på plass der den mangler og rustes opp der den ikke er tilstrekkelig og tverrfaglig bemannet. Skolehelsetjenesten er en viktig forebyggende tjeneste som kan bidra til økt helsekompetanse og en bedre fysisk og psykisk helse for ungdommene. Skolehelsetjenesten kan bidra til at ungdommene gjennomfører skoleløpet²⁹. Skolefysioterapeut må igjen bli en skal-tjeneste.

Særskilt 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 som for mange vil innebære et mer stillesittende liv. Alle videregående skoler bør ha helse- sykepleier 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. De har behov for kunnskap om hvordan ulike belastninger virker på kroppen og hvordan skade- eller sykdomsrisiko kan reduseres. Innsats rettet mot elever på videregående skole kan bidra til å forhindre frafall tidlig i arbeidskarrieren på grunn av helseutfordringer og sykefravær som følge av at "kroppen er dårlig rustet" til å takle for eksempel en fysisk krevende jobb. Det ser generelt ut til at fokus på ergonomi, kroppsbruk og det å ha en kropp som tåler belastning er lite i fokus i utdanningen.



Skolefysioterapeuten har her en helt sentral rolle og kan formidle kunnskap om arbeidshelse og god ergonomi. Norge trenger håndverkere som klarer å stå i jobb til de når pensjonsalder. Og fordi vi vet at muskel- og skjelettplager er en av de store folkehelseutfordringene er også dette et godt, men dessverre i alt for stor grad, undervurdert folkehelseiltak. Fysioterapeut i skolehelsetjenesten i videregående skole må derfor være en skal-tjeneste, ikke bare en sterkt anbefalt bør-tjeneste.

Én time fysisk aktivitet daglig på skolen



- **Fysisk aktivitet er viktig for barn og unges nåværende og fremtidige helse**

Regelmessig fysisk aktivitet er avgjørende for normal vekst og utvikling blant barn og unge. Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av mange former for helseplager og sykdom. Skolen er en sentral arena i arbeidet med å utvikle holdninger og gode vaner. Levevaner som etableres tidlig skaper grunnlag for et aktivt liv gjennom hele livet. Deltakelse i fysisk aktivitet kan bidra til å hindre frafall i skolen.

• Mange barn og unge oppnår ikke anbefalingene for fysisk aktivitet

De minste barna ser ifølge FHI ut til å tilfredsstille minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet, men fra 9-årsalder faller aktivitetsnivået. Kun halvparten av norske 15-åringer tilfredsstiller anbefalingene om én time aktivitet daglig. En gjennomsnittlig 15-åring bruker videre 70 prosent av sin våkentid til stillesittende aktivitet. For 9-åringene er tallet 60 prosent og for 6-åringene 52 prosent³⁰. Dette er urovekkende og samfunnets innsats for å øke aktivitet og redusere fallet i fysisk aktivitet har ikke vært god nok.

Overvekt og fedme blant barn og unge har vært økende, men har stabilisert seg de siste årene når det gjelder barna, mens vi ser en økning blant de unge. I ungKan3-undersøkelsen (30) fant forskerne at det blant 9-årige jenter er 18,4% overvektige og 3,3% er klassifisert med fedme, tilsvarende tall for gutter er 15,6% og 2,8%. Overvekt gir som kjent økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer senere i livet. I tillegg viser forskning at barn med fedme oftere har depresjoner og psykiske problemer³¹. Sunt kosthold og fysisk aktivitet kan forebygge overvekt og fremme psykisk helse.

• Inaktivitet rammer sosialt skjevt

Én time fysisk aktivitet i skolen er et universelt tiltak som kan bidra til å hindre at sosiale ulikheter i helse skapes eller opprettholdes. Andelen av befolkningen som er fysisk aktive er høyere hos personer med høy sosioøkonomisk status. Det samme gjelder for deltakelse i organisert aktivitet og medlemskap i frivillige organisasjoner. Mange kommuner og skoler har allerede innført daglig fysisk aktivitet. For at ikke forskjellene fra kommune til kommune og mellom skoler skal øke, må det på plass en nasjonal ordning hvor alle barn tilbys én time daglig fysisk aktivitet.

• Skolen når alle

For å møte de store utfordringene mener Norsk Fysioterapeutforbund at det må iverksettes strukturelle tiltak i hverdagen som sikrer at store samfunnsgrupper kommer i aktivitet. Enkelte kommuner og skoler har allerede innført daglig fysisk aktivitet. For at ikke forskjellene fra kommune til kommune og mellom skoler skal øke, må nasjonale helsemyndigheter stille krav om at alle barn tilbys daglig fysisk aktivitet samtidig som myndighetene må ta ansvar for at skolearealet muliggjør kravet. Der hvor skolens infrastruktur skaper utfordringer må skolen og kommune samarbeide om egnede arealer eller lokaler.

Skolen er en viktig folkehelseaktør og kan bidra til å løse utfordringene med inaktivitet. Skolen når alle barn og unge på tvers av sosiale skillelinjer, og er derfor en helt sentral arena i arbeidet med å utvikle holdninger og gode aktivitetsvaner, og til å utjevne sosiale forskjeller i levevaner og helse. Det ser samtidig ut til å være en positiv sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og skoleprestasjoner³², og økt fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på konsentrasjon, hukommelse, atferd i klasserommet og på det sosiale miljøet.

For å forebygge livsstilplager og inaktivitet blant barn og unge mener Norsk Fysioterapeutforbund at en time fysisk aktivitet per dag skal inngå i skolehverdagen. Det har positive effekter på kognitiv utvikling, reduserer inaktivitet og er en arena for å skape bevegelsesglede og mestring som kan legge grunnlaget for gode vaner senere i livet. Denne viktige timen fortjener alle skoleelever uavhengig av hvilken kommune de tilfeldigvis bor i. Å tilrettelegge for at alle elever har én time fysisk aktivitet i skolehverdagen er derfor ett av de viktigste sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltakene samfunnet kan iverksette.

Fysioterapeuter har kompetanse på barns utvikling, fysisk aktivitet og motivasjonsteorier. Det er derfor naturlig at skolefysioterapeutene får en større rolle innen barns aktivitet på skolen og kan veilede lærere på hvordan tilrettelegge og implementere aktivitet i ulike fag og til ulike behov. I tillegg bør det legges til rette for mer fysisk aktivitet i SFO-ene, og også her kan fysioterapeuters kompetanse benyttes mer enn det gjøres i dag.

Gode fritidsarenaer fremmer barns fysiske aktivitet, deltakelse og inkludering

Norsk Fysioterapeutforbund mener det er viktig med langsiktige nasjonale tiltak for å forebygge fattigdom hos barn og unge. Like viktig er det å få på plass snarlige tiltak for å fremme fysisk aktivitet, deltakelse og inkludering for de som lever i lavinntekts-husholdninger. Et eksempel på tiltak er tilrettelagte, lett tilgjengelige og gratis fritidsarenaer for alle.



Det må være tilgang til friarealer og det må investeres i infrastruktur som idrettsanlegg, nærmiljøanlegg, parker, gangveier, mv., og det må tas høyde for dette når arealdelen av kommuneplaner, reguleringsplaner og bebyggelsesplaner utformes.

I tillegg bør hver kommune ha tilgjengelig utstyr, slik at mangel på utstyr ikke står i veien for fysisk aktivitet og deltagelse. Utstyr som ski, fotball og telt mv. bør være tilgjengelig for de barna som kommer fra familier som ikke har råd til å kjøpe eget.

Voksne og eldre

Arbeidsplassen er en folkehelsearena



Arbeidsstyrken i Norge er på nær 2.9 millioner mennesker³³. Det ville derfor være en unnlattessynd å ikke se på arbeidsplassen som en folkehelsearena.

«Vi vet at arbeidslivet påvirker folkehelse. Jobbes det godt med arbeidshelse bidrar det til bedre folkehelse.»

Arbeid reduserer sosial ulikhet i helse

Ikke bare er arbeid viktig for helsa vår i seg selv, arbeid er også den viktigste kilde til inntekt og selvforsørgelse. Å være i arbeid bidrar til å forebygge fattigdom og reduserer derved sosial ulikhet i helse.

Det er kompliserte årsaker til de sosiale ulikhetene vi ser i helse. Det er lite fysioterapeuter kan bidra med når det for eksempel gjelder lønnsutvikling og inntektsutjevning. Likevel har fysioterapeuter en rolle i arbeidet med å redusere sosiale helseulikheter, for fysioterapeuter kan bidra til å redusere sykefravær og frafall ved vår helsefremmende og forebyggende innsats i arbeidslivet, enten gjennom vår innsats i bedriftshelsetjenesten, som HMS-rådgivere, i Arbeidstilsynet, i Nav arbeidslivssenter mv. Og vi bidrar selvsagt også i det viktige arbeidet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Helsefremmende arbeidsplasser

Arbeidsmiljølovens §1-1 slår fast at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende: "Lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon." Det er både i arbeidsgivers og arbeidstakers interesse at arbeidsplassen er helsefremmende. Friske og motiverte medarbeidere er en nøkkelfaktor i gode og effektive bedrifter. For den enkelte betyr en helsefremmende arbeidsplass bedret livskvalitet gjennom økt jobbtilfredshet og færre jobbrelevante helseplager.

En grunnleggende forutsetning for en helsefremmende arbeidsplass er det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet som reduserer risikoen for sykdom og ulykker. Det helsefremmende perspektivet er bredere enn risikoperspektivet; man skal ikke bare sikre seg mot uheldige forhold, men også aktivt rettet søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet. Helsefremmende arbeidsplasser skaper en gjennom en kombinasjon av å bedre arbeidsorganiseringen og arbeidsmiljøet, å fremme aktiv medvirkning og motivere til personlig utvikling, ved å styrke mestringfølelsen til de ansatte og skape et meningsfylt arbeid.

En helsefremmende arbeidsplass innebærer at arbeidet blir organisert og tilpassede arbeidsevnen, dyktigheten, alderen, livssituasjonen og andre forutsetninger for den enkelte. Mestring er avgjørende. Dette er faktorer som i stor grad påvirker arbeidstakernes psykiske helse. Når vi vet at psykiske plager og lidelser er den nest største årsaken til sykefravær og i stor grad spiller inn i forbindelse med muskel- og skjelettlidelser, er det en viktig grunn til økt fokus på helsefremmende arbeidsplasser.

Fysioterapeuter i bedriftshelsetjenesten, i NAV Arbeidslivssenter, i Arbeidstilsynet mv. kan bistå virksomhetene i arbeidet med å sikre helsefremmende arbeidsplasser gjennom blant annet kartlegging og rådgivning basert på inngående kunnskap om hva som skaper helsefremmende arbeidsplasser.

Fysioterapeuter som behandlere, møter mange pasienter som er i et arbeidsforhold. NFF mener at i slike behandlingssituasjoner bør forhold rundt pasientens arbeidsforhold få oppmerksomhet, for fysioterapeuter kan med sin kunnskap om hva som er helsefremmende og hva som skaper uhelse, sette pasientene i bedre stand til å mestre og håndtere forhold på arbeidsplassen som ikke er helsefremmende.

Balanse mellom jobb, familie og fritid

Selv før koronapandemien opplevde mange arbeidstakere uklare grenser mellom arbeid og fritid. Ifølge en dansk undersøkelse (Ftf, 2017)³⁴ opplever mange ansatte at arbeid og fritid flyter mer

og mer sammen. Den danske analysen opererer med 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. Det kan være telefoner som må tas, e-poster som må besvares, rapporter som må leses eller journaler som må skrives. Det er mange arbeidsoppgaver, og det kan bli overlatt til den enkelte å sørge for at oppgavene blir utført.

24-timers-mennesket må ivaretas

Arbeidsgivere må se hele mennesket, ikke bare arbeidstakeren når denne er på jobb.

I Sverige oppgir hver tredje akademiker at de i løpet av den siste måneden har måttet avbryte en fritidsaktivitet for å svare på en jobbtelefon eller utføre en arbeidsoppgave. Samtidig opplever hver fjerde akademiker at sjefen ikke har oversikt over hvor mye de jobber (HMS-magasinet, 2019)³⁵.

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 holdte seg oppdatert på elektronisk informasjon fra bedriften utenom arbeidstid. Andelen som opplever at jobben forstyrrer hjemmelivet er mindre enn andelen som forholder seg til arbeidet utenom arbeidstid. Fysioterapeuter rapporterer for øvrig i liten grad at jobben går utover privatlivet (Stami, 2018).

Som et resultat av den stadig mer flytende grensen mellom arbeidsliv og privatliv ble det i Frankrike innført en rett til frakobling/rett til å koble av i 2017. Det innebærer blant annet et forbud mot å sende jobbmail utenom arbeidstid. Denne bestemmelsen i fransk arbeidsrett gjelder for bedrifter med over 50 ansatte. Denne loven ble innført for å sikre at hvile- og permisjonstider og balansen mellom arbeid og privatliv blir respektert. En årsak til at dette er blitt innført, var den sterke veksten i utbrenthet man erfarte. I Frankrike rammes mer enn 12 prosent av den yrkesaktive befolkningen av dette syndromet (LeFigaro, 2016)³⁶.

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, kan bidra til at helseplager utvikles, noe fysioterapeuter daglig erfarer. Det må en holdningsendring til når det gjelder retten til arbeidsfri. 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 retten til sammenhengende arbeidsfri blir ivaretatt.

Ta et oppgjør med stillesitting - Fysisk aktivitet i arbeidslivet

Stillesitting og mangel på fysisk aktivitet er som vi har sett en trussel mot 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 Tromsøundersøkelsen økte stillesittende arbeid fra 35 prosent i 1985 til 56 prosent i 2016.

Endringene i arbeidslivet framover tilsier at andelen med stillesittende arbeid vil øke ytterligere. Norske myndigheter har satt seg et mål om ti prosent reduksjon i fysisk inaktivitet innen 2025, og 15 prosent innen 2030. Dette er i tråd med WHO's Global action plan on physical activity 2018-2030.

Stillesittende arbeid har økt

35 % i 1985
56 % i 2016

Verdens helseorganisasjon løfter frem arbeidsplassen som en viktig arena for fysisk aktivitet. Dette er Norsk Fysioterapeutforbund enig i. Vi mener at fordi mennesker tilbringer så mye av sin tid på jobb, og fordi arbeidslivet bidrar til fysisk inaktivitet bør arbeidslivet tilby fysisk aktivitet.

Dette er også i tråd med Arbeidsmiljølovens paragraf 3-4 som sier at arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne. Fysioterapeuter bidra til å operasjonalisere den paragrafen i samarbeid med virksomheters ledelse og ansatte.

Fysisk inaktivitet skal reduseres

10 % innen 2025
15 % innen 2030

«Fysisk aktivitet på arbeidsplassen bør være tilpasset arbeidsoppgavene og arbeidstaker, og partene på arbeidsplassen må sammen finne de konkrete løsningene basert på den evidens som foreligger.»

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. Fysioterapeuter kan bidra i arbeidet med å tilrettelegge fysisk aktivitet utfra sin kunnskap om de eksponeringer arbeidstakerne er utsatt for.

Frisklivssentralen

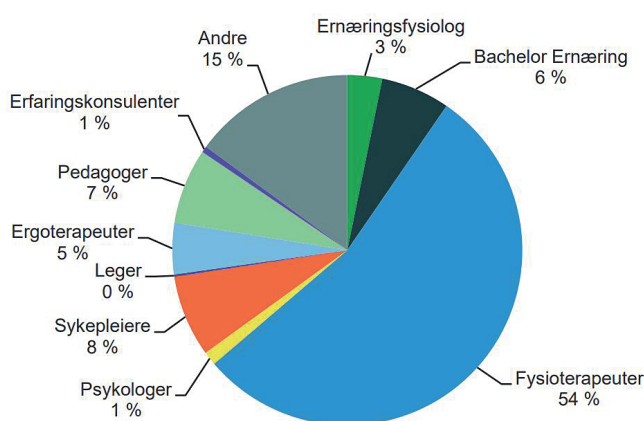
Frisklivssentralen bidrar i folkehelsearbeidet bl.a. gjennom veiledning og informasjon til befolkningen, og ved å bidra i oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser. Dokumentasjon fra frisklivssentralens arbeid kan avdekke behov for folkehelse tiltak både i og utenfor helsetjenesten. Gjennom sitt arbeid kan frisklivssentralene også bidra til å avdekke behov for å stimulere til folkehelse tiltak i andre sektorer.



Kommunene har lovpålagte oppgaver innen forebyggende arbeid i helse- og omsorgssektoren, og frisklivssentraler er en anbefalt organisering for å ivareta disse. Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen er personer med sykdom eller økt risiko for sykdom, og som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Alle frisklivssentraler skal gi kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt gjennom et strukturert oppfølgingstilbud. Frisklivssentralene kan i tillegg tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner. Mange frisklivssentraler har egne tilbud til barn og unge og deres foresatte, eldre og innvandrere. Tilbudene gis i egen regi og/eller i samarbeid med andre aktører eller nabokommuner.

I en rapport fra Statistisk Sentralbyrå fra 2020³⁷ fremkommer det at 60 prosent av kommunene hadde frisklivssentral i 2019. Dette dekker 80 prosent av befolkningen. Utbredelsen av frisklivssentraler har kommet lenger på vei i enkelte fylker enn andre, og er størst blant store kommuner i sentrale strøk og minst i små kommuner i mindre sentrale strøk.

Det var 306 avtalte årsverk ansatt ved frisklivssentraler i 2019, en økning på 23 prosent fra 2016. Fysioterapeuter er den største yrkesgruppen.



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I «Veileder for kommunale frisklivssentraler» understreker Helsedirektoratet at frisklivssentraler er et konkret og effektivt tiltak for å styrke det systematiske folkehelsearbeidet på tvers av sektorer i kommunene. Basert på undersøkelser som viser at det er lønnsomt å gi hjelp til endring av levevaner, mener Helsedirektoratet at etablering av frisklivssentraler er et konkret og lønnsomt tiltak for kommunene i og med at dette tilbudet kan redusere tilfeller av sykdom i befolkningen som har sammenheng med levevaner. Helsedirektoratet anbefaler alle kommuner å etablere frisklivssentraler i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner (Helsedirektoratet 2019). NFF støtter Helsedirektoratet i dette, og mener at dette tilbudet er så viktig at det bør lovfestes, slik helsestasjons- og skolehelsetjenesten er.

Eldre må ikke glemmes i folkehelsearbeidet

En ny studie fra Folkehelseinstituttet³⁸ viser at eldre fungerer godt i dagliglivet og at funksjonsfriske leveår etter 70 år er økt med flere år i løpet av de siste to tiårene. Funksjonsfriske leveår har økt med 4,1 år for menn, og 4,6 år for kvinner mellom 1995 og 2017. Dette er gode nyheter, for den enkelte og for samfunnet. Men fordi det blir stadig flere eldre, vil det likevel kunne forventes en vekst i antall eldre som opplever tap av evne til utføre grunnleggende og mer avanserte praktiske dagligdagsgjøremål uten assistanse fra andre.



Mange eldre lever med kroniske sykdommer. De vanligste er muskel- og skjelettsykdommer, herunder brudd (oftest hoftebrudd) som skyldes artrose, fall og benskjørhet er hyppig, psykiske lidelser som angst og depresjon, da særlig hos de aller eldste. Videre er nedsatt syn og hørsel vanlig blant eldre, noe som bidrar til redusert sosial kontakt og mulighet til å fungere godt. Antall eldre med demens er også økende selv om risikoen for demens går ned. Kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer, kols er andre sykdommer som rammer den eldre befolkningen³⁹.

I årene framover vil stadig flere få hjelp til å kunne bo hjemme så lenge som mulig. Det kan bety fare for ensomhet, isolasjon og depresjon. Tiltak som kan bidra til å forhindre isolasjon blir derfor viktig. Gruppetrening for eldre kan være et slikt tiltak. Fysisk aktivitet har som vi vet, også positiv effekt på den psykiske helsetilstanden. Arenaer som kombinerer sosiale møteplasser med fysisk aktivitet er derfor særlig gunstig for eldre.

Generelt vil hjelp til transport, følge og organisering være nødvendig for en del eldre for å komme seg til aktiviteten.

Fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert for befolkningen generelt, også for eldre og personer med demens. Det er godt folkehelsearbeid å fremme fysisk aktivitet for eldre. Eldre er en heterogen gruppe og det er store forskjeller mellom ulike grupper eldre med ulikt funksjonsnivå. I aldersgruppen over 65 år oppfyller 34 prosent av kvinnene og 29 prosent av mennene anbefalingene fra Helsedirektoratet⁴⁰.

Andelen av dagen som brukes i ro er for høy og bør reduseres. Eldre har stort utbytte av fysisk aktivitet og aktivitet som styrker muskulaturen. I tillegg til at dette er bra for både fysisk form, muskelstyrke og balanse er fysisk aktivitet også bra for psykiske helse. Det er viktig at bomiljø for eldre er tilrettelagt for fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet har stort potensial for å forebygge fall, tap av fysisk funksjon og kognitiv svikt og demens. Organiserte tilbud om trening i gruppe gir best effekt, men all fallforebyggende trening kan ha god effekt. Det viktige er at den er særlig tilpasset eldre og målrettet for å bedre balanse og benstyrke. Fallforebyggende tiltak, som gruppetrening på frisklivssentral, på omsorgssentre og på sykehjem må være på plass i alle kommuner.

Demens

Studier viser at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle for å opprettholde eller bedre fysisk funksjon, evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet (ADL), mental helse, sosialt liv og livskvalitet hos personer med demens. Samtidig forteller personer med demens at fysisk aktivitet oppleves som en kilde til glede, tilhørighet og gi en bekreftelse på hvem de er. Ved demenssykdom kan symptomer som svekket hukommelse, vansker med å finne fram i omgivelsene, tap av initiativ og motivasjon, samt svekket gangfunksjon, ustøhet og økt tretthet, være barrierer for fysisk aktivitet.

Fysioterapeuter har fagkunnskap om kropp, bevegelse og funksjon, og har en særskilt kompetanse i å legge til rette for at personer med ulike funksjonsnedsettelse skal kunne delta i aktiviteter i samfunnet som oppleves viktige for dem. Fysioterapeuter kan og bør være med å tilpasse og utvikle aktivitetstilbud for personer med demens, og ha et særlig fokus på å integrere fysisk aktivitet i slike tilbud.

Helsestasjon for eldre

En rekke kommuner har etablert helsestasjoner for eldre. Dette er et gratis, helsefremmende og forebyggende lavterskeltiltak rettet mot hjemmeboende eldre. Norsk Fysioterapeutforbund mener det er viktig at eldre med begynnende funksjonssvikt fanges opp tidlig og helsestasjon for eldre kan være et godt tiltak i dette henseende.

Ressurser og sluttnoter

¹Figur: Dahlgren og Whitehead, 1991

²[Folkehelseloven](#)

³[Merknader til folkehelseloven](#)

[Forskrift om oversikt over folkehelsen](#) (Lovdata)

[Merknader til forskrift om oversikt over folkehelsen](#) (Regjeringen)

[Folkehelsearbeid i kommunen](#) (Helsedirektoratet)

[Veileder i systematisk folkehelsearbeid](#) (Helsedirektoratet)

⁴Figur 3: 90-10-regelen (Wildavsky 1977) fra NOU 1998:18

⁵[Health at a glance 2019](#)

⁶[Meld. St. 19 \(2018-2019\)](#)

⁷[Hofstad, H \(2017\): Folkehelse og sosial bærekraft. NIBR-rapport 2017:15](#)

⁸[Bergem, Randi et al.\(2019\): Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse. Rapport nr. 95/2019 Høgskulen i Volda.](#)

⁹[Regjeringen nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019-2023.](#)

¹⁰[FHI: Sosialt bærekraftige lokalsamfunn](#)

¹¹Bergem et.al.2015

¹²Hofstad H (2018). Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? (NIBR-notat 2018:103)

¹³Helgesen MK et al. (2017). Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus (NIBR-rapport 2017:16)

¹⁴[Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling](#) (Helsedirektoratet, 2018)

¹⁵[Mange kommuneledere tar ikke ansvar for folkehelse](#) (forskning.no)

¹⁶[Ti store folkehelseutfordringer i Norge, FHI 2018](#)

¹⁷[Folkehelse rapporten 2018](#) (Folkehelseinstituttet)

[Folkehelse i kommunene](#) (herunder folkehelseprofiler, Folkehelseinstituttet)

[Program for folkehelsearbeid i kommunene](#) (Helsedirektoratet)

[Kommunen kan legge til rette for mer fysisk aktivitet](#) (Folkehelseinstituttet)

¹⁸<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-20192023>

- ¹⁹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/01/25/-en-tredjedel-mangler-kompetanse-for-a-ta-vare-pa-egen-helse/>
- ²⁰ [Hva er sykdomsbyrde? \(FHI\)](#)
- ²¹ <https://www.menon.no/samfunnskostnader-knyttet-muskel-skjelettsykdom/>
- ²² <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORMI,%20forskningsenhet%20for%20muskel%20og%20skjeletthelse/Brosjyrer/Et%20muskel-%20og%20skjelettrengskap,%202013.pdf>
- ²³ <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/helseutfallararbeidsskader/helseplager/ryggplager/>
- ²⁴ [Faktabok om arbeidsmiljø 2021, STAMI](#)
- ²⁵ <https://www.kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2019/presentasjon-helsepolitisk-barometer-2019.pdf>
- ²⁶ [SSB, 2018](#)
- ²⁷ [Ungdata 2020](#)
- ²⁸ [Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid \(§9\)](#)
- ²⁹ [Utdanningsforskning.no – Skolehelsetjenesten kan bidra til at flere lykkes med videregående skole.](#)
- ³⁰ [ungKan3, FHI 2019](#)
- ³¹ [Nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Helsedirektoratet 2010](#)
- ³² [Utdanningsdirektoratet. Forsøk med fysisk aktivitet på ungdomstrinnet \(2019\)](#)
- ³³ [Arbeidskraftundersøkelsen, 4. kvartal 2020. SSB](#)
- ³⁴ [FTF \(2017\). Grønsløst arbeid utfordrer arbeidsmiljøet.](#)
- ³⁵ [HMS-magasinet \(2019\). Det grønsløse arbeidslivet rammer akademikerne hardt.](#)
- ³⁶ [Le Figaro \(2017\). <http://www.lefigaro.fr/social/2016/12/31/20011-20161231ARTFIG00013-le-droit-a-la-deconnexion-qu-est-ce-que-c-est.php>](#)
- ³⁷ [Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019 \(SSB\)](#)
- ³⁸ [Storeng, SH, Øverland, S, Skirbekk, V, et al. Trends in Disability-Free Life Expectancy \(DFLE\) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. Scandinavian Journal of Public Health April 28, 2021; 1-10. DOI: 10.1177/14034948211011796](#)
- ³⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- ⁴⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>