

Sakspapirer for bruk elektronisk





Tenk på skogen - skriv kun ut hvis strengt nødvendig (160 sider)

Fagråd arbeid og helse - møte 4/12 og 5/12 2019

Trondheim – St. Olavs hospital – møterom i 1930 bygget (4/12)

og Royal Garden Hotel (5/12)

Møteleder: Gro Jamtvedt

Dag 1. 4/12 2019 kl 11-17 – 1930 bygget, St. Olavs hospital, Harald Hardrådes gate 13, Trondheim						
NR	ref	Tid	Tema	Innleder	Saks-ansvarlig i rådet/ sekr	Sakspapirer
1		11:00	Oppstart Godkjenning av referat Administrative forhold	Gro Jamtvedt	Håkon Lund	Nettsted med oppdaterte sakspapirer  Utkast til referat fra møte 19 og 20 juni 20
2		11:15	Oppfølging av tidligere saker	Gro Jamtvedt	Håkon Lund	
3		11:30	Oppnevning som fagrådsmedlemmer 2020-2023	Håkon Lund		Orientering om status, videre plan og kort runde om hva slags kompetanse vi bør ha i rådet
		11:45	Lunsj	Mingleområdet utenfor møterommet	Håkon Lund og Gunn Hege Marchand	
4		12:30	Drøftingssak: Utvikling av et felles kjernesett av parametre for å måle resultater av arbeidsrettede tiltak. Hvordan identifisere pasienter som har fått arbeidsrettede tiltak? Hvordan måle utkomme av tiltakene?	Silje Kaspersen, SINTEF, Sigmund Gismervik, NTNU Chris Jensen NK ARR	Chris Jensen og Håkon Lund	Innledning 20 min x 3 Diskusjon 30 min  Saksfremlegg om felles datasett og utkø  2018-04-19-NOTAT FRA ARBEIDSGRUPPE  Ankomstskjema_2017v1.3.pdf

		14:00	Pause			
5		14:10	Drøftingssak: Interregionalt arbeid om prioriteringsutfordringer innen arbeid og helse	Linn Gros, Rådgiver Helse Nord RHF	Håkon Lund	Innledning 30 min Diskusjon 50 min  Linn Gros - prioritering I Nasjonal  Oppnevning av deltagere i arbeidsgru "Verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet" Notat utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartement et 12/11, 2018 av Ole Frithjof Norheim Helsedirektoratets høringsinnspill til NOU 2018:16 det viktigste først AVDIRs høringsinnspill til NOU 2018:16 Det viktigste først
		15.30	Pause			
6		15:00	Orienteringssak: Orienteringer om aktiviteter og resultater i Trondheim og Trøndelag	Eget program	Roar Johnsen, Gunn Hege Marchand	Orienteringer og diskusjon
		16:55	Avslutning dag 1	Gro Jamtvedt		

		17:00	Forflytning til hotell og innsjekk	Håkon Lund		Fin gåtur gjennom sentrum, De som trenger drosje ordner dette selv.
		20:00	Felles avmarsj retning middag (12 min gange)			Håkon Lund
		20:15	Middag – Kalas og Canasta, Nedre Baklandet 5			Håkon Lund

Dag 2. 5/12 2019 kl 09-15 – Hotel Royal Garden, Kjøpmannsgaten 73.

NR	ref	Tid	Tema	Innleder	Saks- ansvarlig i rådet/ sekr	Sakspapirer
8		09:00	Drøftingssak: Kan økt pasientmestring bidra til mindre sykefravær?	Cathrine Abrahamsen, Lege, Ferder kommune	Håkon Lund	Innledning 40 min Diskusjon 30 min  Cathrine Abrahamsen - Sykme
		10:10	Pause			
9		10:20	Drøftingssak: Arbeid og helse - Grunnlagsdokument for NFFs politiske plattform 2019	Bente Kari Sørli og Fred Haltebrekke. Norsk fysioterapeutforbund	Gro Jamtvedt og Håkon Lund	Innledning 40 min Diskusjon 30 min  NFF Grunnlagsdokument c
		11:30	Lunsj	Royal Garden Hotell	Håkon Lund	
10		12:10	Drøftingssak: Utvikling av tilbud til sykmeldte. - Hvem, hva, hvordan og hvorfor	Randi Vågø Aas	Håkon Lund	Innledning 40 min Diskusjon 30 min  Randi Vågø Utvikling og evaluerin
		13:20	Pause			
11		13:30	Orienteringssak: Orienteringer om aktiviteter og resultater i Trondheim og Trøndelag	Eget program	Roar Johnsen, Gunn Hege Marchand	Orienteringer og diskusjon
12		14:40	Oppsummering og avslutning Identifiserte saker til neste møte Identifisert oppfølgingsarbeid før neste møte	Gro Jamtvedt, Lars Bakken og Håkon Lund		
		15:00	Møte slutt			

REFERAT – Nasjonalt fagråd arbeid og helse (utkast godkjennes 4/12-2019)

Dato:	19.06.2018 11:00-17:00 og 20.06.2018 09:00-15:00
Sted:	Son Spa Hotell, Son.
Arkivsak:	17/2059
Til stede:	Gro Jamtvedt, Randi Wågø Aas, Torkil Berge, Beate Brinchmann, , Astrid Louise Grasdahl, Christian Høy , Chris Jensen, Roar Johnsen, Gunn Hege Marchand, Elin Stoermann-Næss, Anita Vatland, Simon Øverland,
Forfall:	Hege Randi Eriksen, Erik Lønmark Werner,
Eksterne Innledere:	Thorgeir Hernes, Arbeids og velferdsdirektoratet Kenneth Balto Pettersen, Arbeids og velferdsdirektoratet Yngvar Åsholt, Arbeids og velferdsdirektoratet Stian Johnsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet Randi Røed Andersen, Helsedirektoratet Toril Dale og Marianne Sempler, Nasjonalt kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland
Sekretariat:	May Cecilie Lossius HDIR, Lars Bakken, AVDIR og Hilde Kristin Weng, Arbeids- og velferdsdirektoratet Håkon Lund, HDIR,
Observatører:	Erik Solli, NAV innlandet Håkon Johansen, NAV innlandet Ragnhild Jordet, NAV innlandet Stian B Johnsen, AVDIR Janne Ursin, AVDIR Ann-Elizabeth Wiiig Kari Bente Sørli, Fysioterapiforbundet Ole Jo Kristoffersen. Hernes Institutt Hilde Nitteberg Teige, Hernes Institutt Janne Ursin, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Ordstyrer:	Gro Jamtvedt (rådets leder)
Referent:	Håkon Lund med støtte fra sekretariatet
Lenker til dokumenter og presentasjoner	Rådets nettsider Sakspapirer – møtet 19-20 juni 2019

AGENDA	Tema	Ansvar/innledere
1	Oppstart Godkjenning av referat Administrative forhold	Gro Jamtvedt
2	Nye politiske og faglige signaler	Thorgeir Hernes, AVDIR
3	Ekspertbistand – IA avtalen	Kenneth Balto Pettersen, AVDIR
4	Arbeidsrettet rehabilitering. Innspill på innhold i kravspek	Lars Bakken
5	Samarbeid mellom NAV og helsetjenester/behandlingsteam om brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer	Hilde Kristin Weng
6	Oppfølgingssaker	Gro Jamtvedt
7	Rådets innspill pakkeforløp psykisk helse	Randi Røed Andersen, HDIR Torkil Berge Fagrådet
8	Rådets innspill til REK/NEM vedr forskning med arbeidsdeltakelse som utfallsmål	Håkon Lund
9	- Rådets innspill vedr læringsmål i utdanningene/ RETHOS	Gro Jamtvedt
10	Emnebibliotek status	Gro Jamtvedt
Dag 2 – 20/6 2019		
	Normerende dokumenter	Håkon Lund
11	Prioritering - NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Yngvar Åsholt, AVDIR
12	HelseArbeid	Stian Johnsen, AVDIR
13	Åpen arena – arbeid og helse januar 2020	Toril Dale og Marianne Sempler, NK ARR
14	Mulig avvikling av senter for jobbmestring i NAV	Torkil Berge
15	Nasjonal helse- og sykehusplan	Beate Brinchmann
16	Planlegging videre Mal for forslag og saker Avslutning	Gro Jamtvedt Håkon Lund

1. Åpning Referat – innkalling – administrative forhold

- Rådets leder Gro Jamtvedt ønsket velkommen og presenterte Lars Bakken, AVDIR som tar over for Thorgeir Hernes i sekretariatet. Lars har lang erfaring fra AVDIR, bl.a. som koordinator for Raskere tilbake ordningen i NAV.
 - Sekretariatet er redusert fra fire til to personer.
 - Referat fra møtet i November 2018 godkjennes.
-

2. Nye politiske og faglige signaler

Innledning

- Innledning ved Thorgeir Hernes, AVDIR. Presentasjonen ligger på nettsiden til rådet.
- De to direktoratene oversendte en [felles rapport om tilstand og utfordringer](#) til sine respektive departementer den 7/5 2019. Rapporten peker på 13 potensielle oppfølgingsområder fremover. Direktoratene trenger innspill fra rådet til å sortere og prioritere.
- **Den nye IA avtalen** gjelder hele arbeidslivet, ikke kun IA bedrifter. Færre mål; redusere sykefravær med 10%, redusere frafall. Innsatsområder; Forebyggende arbeidsmiljøarbeid og Innsats mot lange/ og eller hyppige fravær. IA avtalen innebærer en forsterket arbeidsmiljøatsing, med opplæring i arbeidsmiljøarbeid. Det skal satses på 7 bransjeprogrammer, for bransjer med spesielle utfordringer.
- IA avtalen framhever "**HelseArbeid**" modellen, som skal gjennomføres i større omgang enn i dag. Hernes mener IA avtalen har et økt fokus på arbeidsplassen, og arbeidsmiljøet på arbeidsplassen. Det er et spørsmål om IA avtalen på den måten er fjernere fra grunnelementene og prinsippene i arbeid-helse satsingen, om at arbeidsdeltakelse er helsefremmende for de aller fleste. Avtalen inneholder lite konkret på langtids sykefraværsoppfølging bortsett fra tiltaket Ekspertbistand.
- **Ny Folkehelsemelding** vektlegger fortsatt risiko ved arbeid i den innledende tekst. Hernes mener HDIR kanskje har en jobb å gjøre internt. Det vises ellers til inkluderingsdugnaden. Folkehelsemeldingn viser ellers stort sett til hva som allerede foregår (bl.a. direktoratenes arbeid på feltet) –for øvrig er det lite eller intet nytt
- **Syssettingsutvalgets ekspertgruppe la fram sine forslag for økt sysselsetting 28. mars 2019** (Holden utvalget). Innholdet er preget av en samfunnsøkonomisk tilnærming, med økonomiske insentiver. Det er gjort et grundig arbeid med kunnskapsgrunnlag. Rapporten foreslår endret sykepengeordning med insentiver for økt bruk av gradert sykmelding. Videre vektlegges tiltak for å "avmedikalisere" tilbudene, spesielt til unge.
- Rapporten gjentar nødvendigheten av et sterkere samvirke mellom arbeid og helse, og rapporten anbefaler videre at departementene bør utvikle felles mål og strategier på tvers av politikkområdene.

Innspill fra fagrådet

- Flere i fagrådet mente det var nyttig med en sammenstilling av pågående politisk satsing.
- Det kom opp flere spørsmål
 - Hva er egentlig forskjellen på IA og inkluderingsdugnaden – hvem bør inkluderes i arbeidslivet?
 - Er utdanning inkludert, eller er det bare arbeid?
 - Gradert sykmelding: hvordan få fleksibilitet slik at en halv dag teller som en halv dag, og en hel dag teller som en hel dag?
 - Hvordan få mer kunnskap om hvorvidt og hvordan forebygging for de store gruppene psykisk helse og muskel/skjelett virker?
 - Det gjøres mye godt arbeid innen folkehelseområdet, men fint lite satsing på arbeid og helse, og mer deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Hva skal til?
 - Folkehelseområdet er veldig sentrert rundt risiko og risikoområder. Her har vi en jobb å gjøre.
 - Det kan være mye å tjene på å "henge" deler av arbeid og helse feltet opp i Folkehelseområdet. Hvordan? Kan vi påvirke gjennom masterprogrammene og folkehelsenettverket?
 - IA avtalen har satt a 20 millioner kroner pr år i fire år til FOU. Her bør kanskje rådet kjenne sin besøkelsestid.
 - Det oppfattes som positivt at HelseArbeid er blitt ett av tiltakene i IA avtalen.
 - Felles organisering på departementsnivå synes hensiktsmessig. Dette kan eventuelt vurdere mer permanente og samkjørte finansieringsordninger for samvirketiltak.
 - Når det gjelder oppfølging av sysselsettingsutvalget, kan det være mulig å komme med innspill i løpet av de kommende året. Det kan være på sin plass at rådet holder tak i dette, og timer det godt. Kan vi lage en egen høringsuttalelse fra rådet?

Konklusjon

- Rådet vil følge opp flere forhold fra orienteringen og diskusjonen.
 - Det er nyttig med orienteringer om politiske og faglige signaler og satsinger
-

3. Ekspertbistand – IA avtalen

Innledning

- Kenneth Balto Pettersen orienterte om IA tiltaket Ekspertbistand. Se presentasjon og notat lagt ut på fagrådets sider.
- I IA-avtalen for perioden 2019 til 2022 er det avtalt at det skal etableres et tilskudd til ekspertbistand: *«For å støtte opp under arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær på den enkelte arbeidsplass, skal det opprettes et tilskudd til ekspertbistand i enkeltsaker med lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær. Tilskuddet begrenses til situasjoner hvor dokumenterte bedriftsinterne tiltak og andre*

offentlige støtteordninger er utprøvd, og hvor arbeidsgiver, NAV Arbeidslivssenter og den enkelte arbeidstaker er enige om at det er hensiktsmessig med ekstern ekspertbistand for å finne løsninger».

- Tilskudd til ekspertbistand forventes innført i løpet av 2019, og skal forvaltes av NAV. Arbeids- og Sosialdepartementet har ansvaret for utforming av forskrift om ekspertbistand. Partene i arbeidslivet har avtalt en ressursramme på 50 millioner kroner per år.
- Det tas utgangspunkt i at tilskudd til ekspertbistand ikke kan brukes til å kjøpe behandling eller ordinære tjenester gjennom bedriftshelsetjenesten. Utover det foreligger det lite føringer eller informasjon om hva ekspertbistand skal bestå av.

Innspill fra fagrådet

- Balto Pettersen la frem følgende diskusjonspunkter:
 - Hvem mener dere bør være eksperten?
 - Hva slags kompetanse bør eksperten ha?
 - Hva kan eksperten bistå arbeidsgiver og arbeidstaker med?
 - Hvordan bør ekspertbistand avgrenses mot helsevesenets oppgaver?
 - Vil ekspertbistand være et viktig virkemiddel til å forebygge og redusere sykefravær på den enkelte arbeidsplass?
- Diskusjonen i rådet dreide seg i hovedsak om hvem ekspertene bør være, og hvilken kompetanse eksperten bør ha og hva de skal være "ekspert" på.
- Flere tok til orde for at eksperten bør ha en helhetsforståelse og systemforståelse og evne til å tenke nytt.
- Det ble argumentert for at eksperten bør være en konflikt og "flokkeløser".
- Enkelte mente at dersom BHT utvalgets anbefalinger blir fulgt, og BHT ville fungert etter intensjonen i alle arbeidsplasser, ville BHT kunne hatt en viktig rolle.
- Det ble også nevnt at eksperten bør være en nøytral aktør, som ser på situasjonen med et nytt blikk, og evner å tilrettelegge en prosess for å løse konflikter og fastlåste situasjoner.
- Kompetansen som benevnes "barriereutforskning" ble nevnt som viktig. Altså utforske barrierene uten å bli for løsningsfokuset.
- Flere la vekt på at ordningen bør evalueres og rigges som en studie for å se på effekt.

Konklusjon

- Innspillene i rådets diskusjon ble notert, og vil tas med videre i AVDIRs arbeid med å utforme rundskriv m.v.
 - Helsedirektoratet vil bruke diskusjonen i fagrådet som del av grunnlaget for direktoratets hørings svar om forskrift.
 - Hørings svarene ligger [her](#).
-

4. Arbeidsrettet rehabilitering - Innspill på innhold i kravspesifikasjon

Innledning

- Lars Bakken innledet. Presentasjon og saksnotat ligger på fagrådets nettsider.
- AVDIR har laget utkast til mal for kravspesifikasjon, som brukes når fylkene / regionene i NAV benytter til å anskaffe tjenester.
- Tiltaket er et av NAVs dyreste tiltak, og koster om lag 20 000,- pr mnd i tre mnd. Til enhver tid er det ca 850 månedsverkplasser i bruk.
- AVDIR ønsket seg særlig innspill på noen momenter.
 - Resultatmål. Hva er realistisk men likevel ambisiøst?
 - Hvilken varighet og antall timer i uken bør tiltaket ha?
 - Hva bør være krav til faglig innhold, hva bør en god kartlegging inneholde, og hvilke andre aktiviteter bør tilbys?
 - Hva bør tilbudet innebære for personer uten arbeidsforhold eller må over til annet arbeid?
 - Hvilken kompetanse bør utførende personell ha?
 - Er det andre momenter som bør endres i kravspesifikasjonen?

Innspill fra fagrådet

- Er det forskjell på det NAV anskaffer, og det de regionale helseforetakene anskaffer som kalles arbeidsrettet rehabilitering? – Svar: det er liknende, men noen forskjeller som følge av forskjeller i forskrift. Det er både private og offentlige leverandører av tjenestene.
- Det er stor variasjon i innholdet i det som betegnes som Arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Det gjør at det er vanskeligheter å slå det sammen i en effekt-undersøkelse.
- Det er ambisiøst å sette klare resultatmål, men vanskelig å måle på en sammenliknbar måte.
- Det er mange brukergrupper/pasientpopulasjoner som har forskjellig sannsynlighet for å oppnå gode resultater.
- Hva er tilbakeføring til arbeid? – Første tilbakeføring – full tilbakeføring – "suistainable" tilbakeføring?
- Ambisjonene for resultatmålene virker mer ambisiøse enn realistiske.
- Er det en viss del av reversert kausalitet?
- Avhengig av hvordan en velger å måle et tiltak, preges hvilke pasienter en tar inn til tiltaket. På denne måten bygger en både intervensjonen og målgruppen for intervensjonen.
- Når det gjelder varighet, foregår det forskning der en sammenlikner døgnbasert og dagbaserte tiltak.
- Det bør settes opp en oversikt over de forskjellige leverandørene. Hva er innholdet i tiltaket, hvem er målgruppen, osv.
- Enkelte rådsmedlemmer stilte spørsmål om en kravspesifikasjon er et godt virkemiddel for å stimulere til innovasjon og god tjenesteutvikling?
- Flere savnet samhandling Helse – NAV – arbeidsgiver, og fokus på bevisstgjøring, mestring, involvering av pårørende og de nærmeste.

- Det ble tatt til orde for at leverandørene må dokumentere at tilbudet er kunnskapsbasert.
- Rådet bør drøfte hvilke tilbud som det bør være tilgang på over alt, hva vi vet om hvem som trenger hvilke tilbud – Kanskje definere et RTW program som samfunnet bør tilby.

Konklusjon

- Innleder og øvrige fra Arbeids- og velferdsdirektoratet noterte seg mange momenter.
 - Saken og diskusjonen viste at eksisterende tilbud innen ARR er varierte, både med hensyn til målgruppe, innhold og form på tjenestene. Dette utløser flere utfordringer når det gjelder å vite hva som virker, og å utvikle tjenestene.
 - Det er mulig det vil være hensiktsmessig å legge til rette for en større grad av standardisering av de ulike tjenestene innen ARR.
-

5. Samarbeid mellom NAV og helsetjenester/behandlingsteam om brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer

Innledning

- Hilde Kristin Weng fra Arbeids- og velferdsdirektoratet innledet. Det vises til presentasjon og notat, i sakspapirene og på fagrådets nettsider.
- Weng orienterte om de tre hovedsatsingene som ble valgt fra 2017 etter oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse, inkludert finansiering av ordningene.
 - HelseArbeid - helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på tverrfaglig utredning og avklaring.
 - Arbeidsinkluderings tiltak for personer med lettere til moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer
 - Arbeidsinkluderings tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer
- AVDIR ønsker innspill på
 - Hva slags behov har målgruppen? Hvor mange av de som har behandling i RPH/poliklinikk trenger jobbspesialist eller tett oppfølging fra NAV? Hva trengs i kommunene og hva trengs som fylkesdekkende tilbud?
 - Hvilke samarbeidspartnere er mest aktuelle i helse (Rask psykisk helsehjelp, DPS, kommunepsykologer, fastleger, andre) og i NAV (veileder, jobbspesialist, IA-rådgiver andre).
 - I hvilken fase av oppfølgingsløpet er det mest hensiktsmessig å etablere samarbeidet?
 - Hvilken metodikk bør brukes?
 - Innspill til forskningsprosjekt for å undersøke effekt av systematisk samarbeid?

Innspill fra fagrådet

- Rådet gav flere innspill om momenter som bør tas hensyn til ved utvikling av tjenester for brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer.

- Det ble stilt spørsmål om hvordan dette er knyttet til satsingen på rask psykisk helsehjelp.
- Flere pekte på at en må være oppmerksom på risikoen for medikalisering/sykeliggjøring. Jo mer en involverer spesialisert helsepersonell, jo vanskeligere kan det være for brukerne å "slippe tak i sykdommen". Enkelte mente det gjør det farlig å involvere helsepersonell i senter for jobbmestring.
- Flere var opptatt av metodiske utfordringer i evaluering av effekt av tiltak; bl.a. vanskeligheter i å definere i populasjon og kontroll gruppen, ulikheter i intervensjonene,

Konklusjon

- Weng og kolleger noterte innspill som fremkom i rådets diskusjon, som kan være relevante til den pågående prosessen.
 - Flere tok til orde for at rådet burde ha en fremtidig sak, om hvordan vi bør sette opp intervensjoner, og kriterier for utvelgelse av mottaker av tilbudet, slik at det tilrettelegges for forskning.
-

6. Oppfølgingssaker

Rådets innspill pakkeforløp psykisk helse

- Sekretariatet gav honnør til Torkel, som i særlig grad har vært medvirkende til å
 - Randi Røed Andersen, Helsedirektoratet orienterte om hvordan rådets høringsuttalelse har påvirket prosessen med arbeidsforløp.
 - høringsuttalelsen fra rådet, med fokus på det generelle pakkeforløpet for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne, ble godt mottatt og brukt i prosessen.
 - Rådet pekte på at arbeid/skole og sykemelding kun nevnes under «Kartlegging før henvisning» og i «Avsluttende samtale», noe som kan bidra til å forsterke den sekvensielle tilnærmingen.
 - Røed Andersen viste hvordan arbeid/utdanning er omtalt i de ulike delene av nettopp det pakkeforløpet som fagrådet viste til i høringsuttalelsen.
-

Rådets innspill til REK/NEM vedr forskning med arbeidsdeltakelse som utfallsmål

- Først gav sekretariatet honnør til Roar og Simon som var involvert i å utarbeide fagrådets notat som ble oversendt til HOD og NEM.
- Håkon Lund, Helsedirektoratet orienterte videre om mottatte svar på notatet fra fagrådet. HOD besvarte notatet fra fagrådet med vurderinger knyttet til helseforskningsloven, og henviste til Kunnskapsdepartementet når det gjelder kapasitetsutfordringer.
- Svaret fra HOD og epost fra NEM ligger i sakspapirene:
 - *"Slik departementet ser det, følger det av veiledningen ovenfor at prosjekter innen "arbeid og helse" kan omfattes av helseforskningsloven. Avgjørende er at formålet med prosjektet er å skaffe til veie ny kunnskap om helse og*

sykdom. Dette kan også være ved siden av kunnskap om andre forhold enn helse og sykdom. Selv med en ytterligere presisering i veiledningen må det gjøres en konkret vurdering av det aktuelle formålet. Det er forskerens konkrete formål med prosjektet som er avgjørende for om prosjektet omfattes av helseforskningsloven.

- Departementet mener veiledningen gir et godt utgangspunkt for en vurdering av om et konkret prosjekt omfattes av helseforskningsloven eller ikke.
 - Det at et forskningsprosjekt ikke omfattes av helseforskningsloven innebærer ikke at prosjektet ikke skal underlegges en etisk vurdering. Forskningsetikkloven gjelder for forskere og forskningen uavhengig av om forskningen er helserelatert eller arbeidsfaglig relatert.
 - EUs personvernforordning (GDPR) gjelder på lik linje for prosjekter som er omfattet av helseforskningsloven og forskningsprosjekter som faller utenfor loven. Behandling av helseopplysninger i prosjektet vil videre være underlagt de samme regler om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven §§ 21 flg og pasientjournalloven § 15.
 - REK sin myndighet til å dispensere fra bestemmelsene om taushetsplikt gjelder uavhengig av om prosjektet er omfattet av helseforskningsloven eller faller utenfor helseforskningsloven, sml. helseforskningsloven § 35 og helsepersonelloven § 29."
- **Vår kontakt i NEM; Jacob Hølen, skriver følgende, 11/4 2019:**
 - NEM tok henvendelsen fra dere og svaret fra HOD til etterretning. Vi tolker svaret fra HOD som at det på nåværende tidspunkt ikke er planer om å endre på helseforskningsloven. Vi jobber videre med vår veileder og sender den nå over til sekretariatene i REK for innspill og vurdering. Jeg håper at vi kan være nesten i mål før sommeren, men det er uvisst. Det er ikke aktuelt med eksterne høringspartnere på nåværende tidspunkt. Veilederen er i første rekke rettet mot REK som et saksbehandlingsverktøy, men vi vil selvsagt være interessert i andres vurderinger og forbedringsforslag når veilederen er klar fra vår side.
 - **[NEM. vedtak i møte 29/3 2019:](#)**
 - OS3 Brev fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Brev fra HOD Sekretariatet sender svar til faggruppen der det orienteres om NEMs arbeid med en veileder for fortolkning av virkeområdet til helseforskningsloven.
 - Pr 20/11 2019 er det ikke publisert en ny veileder på sidene til NEM.

- Rådets innspill vedr læringsmål i utdanningene/ RETHOS

- Sekretariatet vil gi honnør til Gro, Chris og Erik som har jobbet med innspill fra fagrådet til KD.
- Gro Jamtvedt orienterte om prosessen og innspillene som er gitt fra fagrådet. Se presentasjonen lagt ut på fagrådets nettsted.
- Fagrådet har gitt innspill på forskjellige stadier i prosessen.
- Hoved innspillet har vært følgende læringsutbytter:
- Kunnskap: Har bred kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og helse og hvordan helse kan styrkes eller forverres gjennom arbeid

- Ferdighet: - Har ferdigheter i å kommunisere kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse på en troverdig og empatisk måte i møte med den enkelte. – Kan anvende relevante tiltak som bidrar til arbeidsinkludering
- Generell kompetanse: - Kan kritisk vurdere vitenskapelig litteratur som beskriver sammenheng mellom arbeid og helse. – Forstår egen og andre helseprofesjoners rolle og virkemidler i samspillet med NAV og arbeidslivet.
- Effekten av innspillene har vært varierende, og kompetanse om arbeid og helse er i varierende grad inkludert de mest relevante utdanningene.

Emnebibliotek status

- Gro Jamtvedt orienterte om status for emnebibliotek for arbeidsinkludering. Se presentasjon på rådets nettsted.
- Tittelen på biblioteket er vedtatt å være arbeidsinkludering, noe som ikke er i tråd med rådets anbefaling: "arbeid og helse".
- Rådet kan eventuelt bistå i å kvalitetssikre stoff og tekster til emnebiblioteket.

Dag 2

7. Normerende dokumenter

Saken ble kansellert, da sekretariatet valgte å bruke tilgjengelig tid på andre saker.

8. Prioritering - NOU 2018: 16 Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Innledning

- Yngvar Åsholt, Kunnskapsdirektør AVDIR innledet. Se også presentasjon på rådets nettsted.
- Åsholt redegjorde for mandat, prosess og viktigste anbefalinger. Noen særlige utfordringer er sentrale:
 - Kommunenes tverrsektorielle arbeid gjør en må prioritere på tvers av sektorene.
 - Kan prinsippene i spesialisthelsetjenesten også benyttes i kommunale tjenester?
 - Likheter:
 - Verdigrunnlag
 - Rettslige krav
 - Vanskelige prioriteringsbeslutninger

- Ulikheter:
 - Innholdet i tjenestene
 - Styringslinjene
 - Finansieringssystemet
- Kunnskap om effekt av tiltak, kan være lavere i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.
- Prioriteringer og fremtidig arbeidsevne
 - I Meld. St. 34 (2015 – 2016) ble det vist til at helsehjelp kan ha konsekvenser for pasientenes arbeidsevne, det vil si deres fremtidige bidrag til verdiskaping i økonomien. Regjeringen mente at **konsekvenser av helsehjelp for pasienters produktivitet ikke skulle vektlegges, da dette ville bryte med helsetjenestens verdigrunnlag. Unntaket er folkehelseiltak med et klart befolkningsperspektiv.**
 - Utvalget mener (...) at det er **relevant å ta hensyn til ressursbruk og eventuelt ressursbesparelser i andre sektorer** enn helse- og omsorgssektoren når ressursbruk/besparelse kan knyttes direkte til tiltak i helse- og omsorgssektoren.
 - Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv, vil utvalget mene at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et **samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv.**
 - Et slikt tjenesteperspektiv **må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering**, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.
 - Et eksempel kan være **forebygging gjennom skolehelsetjenesten** hvor man forventer redusert bruk av ressurser i form av pedagogisk personale i skolen.
 - Et annet eksempel kan være forebygging som har som mål å **hindre at individer faller utenfor arbeidslivet.** Også her vil det være ressursmessige konsekvenser i andre sektorer som det vil være naturlig å ta med.
- Utfordring: Praktisk anvendelse av kriteriene
 - Faglig nivå
 - Beslutningsstøtte
 - Administrativt og politisk nivå
 - Dårligere kunnskapsgrunnlag i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
 - Krever en annen metodisk tilnærming
 - Krever beslutningsstøtte for kommunene
 - Virkemidler
 - **Juridiske:** Forankres i aktuelt regelverk
 - **Økonomiske:** Støtter dagens finansieringssystemer opp om prioritering ihht prinsippene?? ((effektivitet, kvalitet, kostnadskontroll))

- **Ped:** nasjonale prioriteringsveiledere for tildeling av vedtaksbaserte tjenester nasj. Fagl retningslinjer/veileder legges p.krit til grunn.
- **Nasjonalt kompetansemiljø** (kapasitet/kompetanse til å gjennomføre analyser osv), konf KSF(komm strategiske forskningsorgan)

Innspill fra fagrådet

- Det er tydelige at "arbeidsevne" sidestilles med "produktivitet" og sees som en statisk egenskap som ikke skal vektlegges for å unngå diskriminere grupper som av ulike årsaker som står utenfor arbeidslivet.
- Det ble pekt på at en viktig forskjell fra prioritering i spesialisthelsetjenesten, er at kommunene ikke kan skyve fra seg problemstillinger.
- Tiltak som for eksempel forebygging, der effektene og gevinstene kommer i en annen sektor er vanskelig.
- Diskontering av gevinsten med 4% nedskrivning pr år, for alle typer tiltak, (både helsehjelp og forebygging) favoriserer kortsiktige helsegevinster.
- For å utvikle fagfeltet, og håndtere:
 - Vi trenger kunnskap om effekt av tiltak, gevinster i egen og andre sektorer,
 - Vi trenger en oversikt over overordnede dokumenter som berører arbeid og helse.
 - Vi trenger å plassere begrepene i en ramme og operasjonalisere begreper som:
 - Mestring
 - Funksjon
 - Arbeidsdeltakelse
 - Arbeidsevne
 - Utenforskap er også en viktig faktor. Det finnes en utenforskapkalkulator til bruk i kommunal planlegging.
- Flere ønsket at fagrådet skulle skrive en høringsuttalelse. Fristen er gått ut, men Yngvar kan berede grunnen for at et innspill fra rådet kan mottas og komme til nytt.

Konklusjon

- Fagrådet bør kunne utarbeide en høringsuttalelse. Gro tar kontakt med Simon.
- Fagrådet bør slå fast at arbeidsdeltakelse både er et mål for tjenestene og et virkemiddel som del av tjenestene.
- Fagrådet bør kunne belyse hvordan eventuelt økt arbeidsdeltakelse bør inngå i nyttekriteriet som et element i det foreslåtte mestringkriteriet: "økt fysisk, psykisk og sosial mestring" uten at dette øker sosial ulikhet i helse og rører ved prinsipper om menneskeverd og likeverdige tjenester til alle.
- Fagrådet bør bidra i et arbeid for å klargjøre en felles tenkning i prioritering, der økt mestring, aktivitet, deltakelse i samfunn og arbeidsliv er del av målbildet for tjenestene. Dette gjelder på alle nivåer:

- Faglig – rettighetsvurdering, hvem skal få tjenestene
 - Administrativt – utvikle og drive tjenester innen visse rammer
 - Politisk – hvilke tjenester skal vi tilby befolkningen, bevilgninger
 - Fagrådet kan bidra ved å gi innspill til å skaffe oversikt over prinsipper, operasjonalisere terminologien.
 - Saken bør følges opp i kommende møter.
-

9. HelseArbeid

Innledning

- Stian Kersenboom Johnsen, AVDIR innledet. (Se presentasjon på fagrådets nettsider, samt notat i sakspapirene.)
- Han gikk over historikken for konseptet, via "Aktiv Rygg" og "iBedrift", og prosessen for å utvikle dagens foreliggende konsept "HelseArbeid".
- Videre en kort orientering om hva konseptet innebærer. HelseArbeid er en modell for tjenestesamhandling mellom NAV og Helsetjenesten. HelseArbeid består av Bedriftstiltaket og Individtiltaket. Bedriftstiltaket er helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling til alle på arbeidsplassen. Det formidles kunnskap for å skape trygghet om vanlige plager på muskel-skjelett-, og psykiskhelseområdet, smertemestring og arbeidsmiljø. Alle på arbeidsplassen deltar, under og mellom kunnskapsformidlingsmodulene, i å knytte fagstoffet til egen arbeidshverdag.
- Individtiltaket består av et tverrfaglig tilbud til alle, der de gjøres en rask tverrfaglig utredning, en arbeidsfokusert avklaring og vurdering av videre plan sammen med den enkelte.
- Johnsen gikk kort gjennom eksempler på kunnskapsgrunnlaget for bestanddelene i konseptet. Det foreligger ingen helhetlig forskning på hele HelseArbeid konseptet.
- Et nytt forskningsprosjekt på bedriftstiltaket er under oppstart ved UiT og UNN, ledet av Nils Fleten. En søknad om et prosjekt med multisenterstudie på individtiltaket er levert.
- Johnsen orienterte også om utfordringene i å implementere konseptet i hele landet, og relaterte det bl.a. til forskjellige styringstradisjoner i de to sektorene. HelseArbeid er blitt et tiltak i den nye IA avtalen, noe som understreker partene i arbeidslivets intensjon om at et tilbud av denne typen bør være tilgjengelig for alle arbeidstakere og arbeidsgivere.

Vedtaksforslag

- "Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler at modellen HelseArbeid etableres i hele landet. Modellen forutsetter tjenestesamhandling mellom helse og NAV på arbeidsplassen og i poliklinikk, og vil bidra til å økene kunnskapen om hvordan mestre plager i jobb og de helsefremmede sidene av å delta i arbeidslivet."

Innspill fra fagrådet

- Enkelte mente at Bedriftstiltaket er vanskelig for spesialisthelstjenesten, både kulturelt og finansielt.
- Det ble stilt spørsmål om foreliggende kunnskapsgrunnlag for bedriftstiltaket. Det finnes enkelte studier: Odeen har vist en viss effekt, men i denne studien var rollen til en såkalt mestringskontakt vurdert som utslagsgivende. Langjordets nylige studie kunne ikke påvise effekt. Det finnes også flere studier, f.eks i Odense, DK som gir god retning for denne typer innsatser.
- Flere mente at det er en god ide med et bedriftstiltak av denne typen, levert i et samarbeid mellom NAV og Helse, med et felles budskap som er samstemt.
- Erfaringene som er gjort med samarbeid over sektorene, tverrfaglighet og samlokalisering er interessante og kan medvirke til at en kan gi tilbudet tidligere i forløpet.
- Det ble tatt til orde for at vedtaket bør inkludere et utsagn om forskningsbasert evaluering av konseptet, og behov for en kontrollert utrulling/implementering slik at det tilrettelegges for kunnskapsutvikling.
- Det ble likevel anerkjent at en må rulle ut noe for å få testet det.

Konklusjon

- Det foreslåtte vedtaksforslaget ble oppfattet som prematurt. Det var derfor ikke mulig for rådet å gå inn for vedtaksforslaget, slik det var utformet.
 - Rådet støtter utprøving av HelseArbeid, og vil gjerne bistå med råd for å implementere konseptet på en kontrollert måte slik at det gjennom implementeringen kan utvikles ny kunnskap om effekt av slike intervensjoner.
-

10. Åpen Arena – Arbeid og helse

Innledning

- Marianne Sempler og Toril Dale fra Nasjonal kompetansetjeneste for Arbeidsrettet rehabilitering (NK ARR) innledet. Se saksfremlegg i sakspapirene og presentasjon på rådets nettsted.
- NK ARR ved Sempler og Dale har inngått samarbeid med AVDIR og HDIR om å arrangere en workshop med metodikken "Open Space", 22 og 23 januar 2020; "Åpen Arena – arbeid og helse".
- Intensjonen er å benytte en effektiv metodikk for å involvere bredt blant involverte på arbeid og helse feltet, for å innhente innspill for utvikling av fagfeltet og revidere strategien "Arbeid og helse – et tettere samvirke".
-

Vedtaksforslag

- "Nasjonalt fagråd – arbeid tar orienteringen om metoden og arrangementet til etterretning.

- Etter diskusjon i rådet har rådet vedtatt følgende: Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler at alle fagrådsmedlemmene oppfordres til å prioritere deltakelse på arrangementet den 22-23 januar 2020.
- Nasjonalt fagråd – arbeid og helse ønsker på denne måten å delta i å bearbeide de innspill og ideer som identifiseres under Åpen arena – arbeid og helse 2020, til støtte for direktoratenes revidering av strategien – arbeid og helse – et tettere samvirke, og på den måten bistå i "*å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt.*" "

Innspill fra fagrådet

- Diskusjonen i fagrådet viste en positiv holdning til arrangementet og prosessen.
- Det ble vektlagt at det er viktig å få med de rette personene og miljøene.

Konklusjon

- Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler at alle fagrådsmedlemmene oppfordres til å prioritere deltakelse på arrangementet den 22-23 januar 2020.
 - Nasjonalt fagråd – arbeid og helse ønsker på denne måten å delta i å bearbeide de innspill og ideer som identifiseres under Åpen arena – arbeid og helse 2020, til støtte for direktoratenes revidering av strategien – arbeid og helse – et tettere samvirke, og på den måten bistå i "*å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt.*" "
-

11. Mulig avvikling av senter for jobbmestring i NAV

Innledning

- Torkel Berge innledet. Se sakspapirene. Berge viste også til et innlegg i Dagsavisen og i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.
- Berge uttrykte bekymring for hvorvidt tilbudet på Senter for jobbmestring (SJM) lar seg opprettholde.
- Det ble vist til utsagn fra bl.a. Hugvik i AVDIR som tyder på at Nav mener det vil være riktig at NAV stiller med jobbspesialister og mener videre at helsetjenesten må stille med terapeutene. Dette er en annen modell enn dagens, der terapeutene er ansatt i NAV.

Innspill fra fagrådet

- Flere i rådet var bekymret etter å ha lest vedleggene til saken, og ønsket en forklaring på at et prosjekt som er blitt evaluert til å virke, og er til nytte for brukerne, står i risiko for å bli lagt ned.
- Det ble informert om at både AVDIR og ASD ønsker å spre tilbudet til hele landet. De øremerkede midlene til fylker som i dag har senter for jobbmestring, vil distribueres til alle fylker/regioner og la fylkesdirektørene selv vurdere tilbudet.
- Enkelte kommenterte at det er spesielt at et tilbud som virker, tynnes ut med risiko for at tilbudet og kompetansemiljøene forvitrer.
- Det ble pekt på at Senter for jobbmestring og IPS er to forskjellige intervensjoner som har glitt over i hverandre. IPS er utformet for mennesker med de mest alvorlige sammensatte lidelsene. Det ble understreket at det er viktig å rydde i dette feltet, men bevare kompetansemiljøene.

- Kunnskapsgrunnlaget for SJM ble problematisert. Det foreligger kun én RCT som faktisk viser en effekt, men ikke mer. Har vi andre tilbud i NAV som er basert på mer enn én studie? Vi kan ikke late som at SJM er så mye bedre dokumentert enn øvrige tilbud i NAV.

Vedtaksforslag

- T Berge har etter at saken ble diskutert, utarbeidet et vedtaksforslag basert på diskusjonen:
- *Nasjonalt fagråd arbeid og helse anbefaler at Senter for jobbmestring fortsatt får øremerkede midler fra Arbeidsdirektoratet.
Det er viktig å ta vare på kompetansemiljøet som er bygget opp og kunne opprettholde et tiltak som har vist effekt gjennom forskning, også ved langtidsoppfølging.*
- *Fagrådet anbefaler at man foretar en gjennomgang av de etablerte sentrene med hensyn til etterlevelse av de evidensbaserte metodene, og også ser på anvendelsen overfor nye grupper, for eksempel Senter for jobbmestring Oslo sine lovende erfaringer med arbeid med unge som står utenfor arbeidslivet.*
- *Dessuten anbefaler Fagrådet at man følger opp planen skissert i rapporten «Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet» om forskningsmessig utprøving av en modell med samvirke mellom for eksempel Rask psykisk helsehjelp i kommunene og jobbspesialister fra NAV, der Senter for jobbmestring kan spille en sentral rolle.*
- *Fagrådet anbefaler at man etablerer en oversikt over ulike tiltak på området arbeid og helse for den store gruppen personer med vanlige psykiske lidelser.*

Konklusjon

- Det forelå ikke et vedtaksforslag ved behandling av saken.
 - Det oversendte vedtaksforslaget vil drøftes under godkjenning av referatet i neste fagrådsmøte.
-

12. Nasjonal helse og sykehusplan

Innledning

- Beate Brinchmann innledet med en orientering om prosessen med å utarbeide en ny Nasjonal helse og sykehusplan (NHSP). (Se sakspapirene til møtet.)
- Brinchmann ønsket å drøfte:
 1. Skal fagrådet komme med innspill til HOD på nasjonal helse- og sykehusplan?
 2. Innhold og drøfting av hvor konkrete rådene/anbefalingene skal være

Vedtaksforslag

- Nasjonalt fagråd – arbeid og helse tilrår at nasjonal helse -og sykehusplan bidrar til å endre fokus i helsetjenesten fra et symptomreducerende fokus til en mer helhetlig tilnærming med målsetning om å bedre funksjonsnivå og livskvalitet.
- Dette kan oppnås gjennom:

- Tidlig intervensjon (forebygging) rettet mot å unngå passivisering, skolefravall og sykefravær for alminnelige muskel-skjelett plager og alminnelige psykiske lidelser
- Skape rammeverk og modeller for integrerte helsetjenester som også ivaretar samarbeid med NAV. Dette bør innebære juridisk rammeverk og retningslinjer som beskriver konkrete løsninger mht personvern.
- Lage kvalitetsindikatorer som sier noe om funksjon hos pasientene etter endt behandling.
- Støtte implementering av evidensbaserte tilnærminger til pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ivaretar pasientens behov for støtte til utdanning og arbeidsliv. Konkret eksempel på dette er tilnærmingen IPS.

Innspill fra fagrådet

- Enkelte mente det ligner på saken om HelselArbeid, og lurte på om det er anledning til å ta inn noen av aspektene fra denne saken.
- Det ble tatt til orde for at vedtaket kan endres til:
 - "Nasjonalt fagråd – arbeid og helse tilrårder at nasjonal helse -og sykehusplan bidrar til å øke fokuset på å supplere helsetjenestens symptomreducerende fokus med en mer helhetlig tilnærming med målsetning om å bedre funksjonsnivå og livskvalitet."
- Kan vi få med eksempler på, og utfordringer med integrerte tjenester?
- Hvorfor er målgruppen pasienter med psykiske lidelser. Trenger vi nevne diagnoser i det hele tatt?
- Kan vi gjøre det diagnose- og tilstandsuavhengig?
- Er det mulig å tilføye mestring og deltakelse, og en helsefremmende tilnærming.

Konklusjon

- Simon og Beate lager et vedtaksforslag og et utkast til innspill til NHSP.
-

13. Planlegging videre – Mal for saker – Avslutning

Oppfølging av saker

- Innspill til sysselsettingsutvalget – Chris og Astrid
- Prioriterings – lage utkast til høringsinnspill fra Fagrådet – Simon og Gro
- NHSP - Beate og Simon lager et utkast som kan sendes frem
- HelseArbeid saken – det lages et utkast til vedtak som går inn i referatet
- Bruk av saksmal – De som brukte den uttrykte at de likte å bli presset på en viss struktur. Det blir lettere å melde inn saker, og for sekretariatet å motta saker.
Kan vi differensiere mellom orienteringssak og vedtakssak. Vi kjører prosess i PP

Neste møte

- Det er stemning for nok et to-dagers møte, men samtidig må vi ha en viss regularitet og ikke alt for lange perioder mellom møtene.

Samhandlingsverktøyet - Projectplace

- Signalene fra rådsmedlemmene tyder på at det kan fungere, men at det ikke helt vil erstatte e-post og Outlook innkallinger.



Saker til kommende møter

- Saker bør ha minst 1 times varighet (innledning og diskusjon)
Vi bør vurdere om å peke på enkelte rådsmedlemmer for å forberede en kommentar til saken.
Ha vanskelige saker på dag 1 slik at vedtakforslag kan justeres og legges frem for godkjenning på dag 2
- Følgende forslag ble fremmet:
 - Sysselsettingsutvalget
 - Prioritering på arbeid-helse fagområdet
 - HelseArbeid – forskningsprosjektet – orientering ved Fleten – besøk på ett av HelseArbeid sentrene
 - Tjenesteutvikling – fagutvikling – hva er gode prosesser? Hvordan knytte forskningsaktivitet til tjenesteutvikling?
 - Pakkeforløp muskel – skjelett
 - Fastlege Ferder kommune – kompetanse på å gjennomføre samtaler om arbeidsdeltakelse og sykmelding på en måte som mobiliserer ansvar og mestring.
 - Pakkeforløp Kreft
 - Pakkeforløp helt hjem?
 - Min kjepphest: Erik Werner, om "endring av helseatferd", dvs hva vi vet om mekanismer som gjør at publikum og helseaktører endrer praksis.
 - Normerende dokumenter – Felles Nasjonale retningslinjer for arbeid og helse.

SAK 4 – Drøftingssak

Utvikling av et felles kjernesett av parametere for å måle resultater av arbeidsrettede tiltak.

- Hvordan identifisere pasienter som har fått arbeidsrettede tiltak?
- Hvordan måle utkomme av tiltakene?

Emne		Påkrevet
Tittel		*
Utvikling av et felles kjernesett av parametere for å måle resultater av arbeidsrettede tiltak. <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan identifisere pasienter som har fått arbeidsrettede tiltak? - Hvordan måle utkomme av tiltakene? 		
Forslagsstiller		*
Håkon Lund		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem		*
Chris Jensen og Håkon Lund		
Aktuelle innledere		
<ul style="list-style-type: none"> • Silje L Kaspersen, (SINTEF) – erfaringer med å bruke registre som kilde • Chris Jensen (NK ARR) - erfaringer med å etablere kvalitetsindikatorer og register for ARR • Sigmund Glismervik (NTNU) erfaringer fra arbeidsgruppe om kjernesett av data 		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken		
Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer. (erstattes av tekst) Her er et interessant og muligens relevant fagmiljø i NL: (tips fra Gro J) https://omeract.org/ (OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology) is an independent initiative of international health professionals and patient research partners interested in outcome measures and measurement methodology. OMERACT has served a critical role in the development and validation of clinical and radiographic outcome measures in rheumatoid arthritis, osteoarthritis, psoriatic arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases.)		
Sakspapirer som belyser saken		*
Notat fra RHF arbeidsgruppe:  2018-04-19-NOTAT FRA ARBEIDSGRUPP Notat fra HLU til RHF – arbeidsgruppe  Notat om strategiske tiltak for Kvalitetsindikatorer fra NK ARR		

Emne		Påkrevet																		
Hvorfor		*																		
<p>Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken? (erstattes av tekst)</p> <p>Denne saken er aktuell fordi en omforent enighet om et minste datasett som bør registreres ved all utøvelse av arbeidsrettede helsetjenester tjenester vil kunne bygge ny kunnskap om hvilke intervensjoner som fungerer best. Dette vil kunne benyttes til lokal, regional og nasjonal tjenesteutvikling og kvalitetsutvikling og forskning.</p> <p>Et felles utvidet datasett vil kunne sikre at forskning på fagfeltet raskest mulig kan generere kunnskap for å utvikle fagfeltet videre.</p> <p>For å utvikle fagfeltet bør vi samle inn mest mulig standardiserte datasett som beskriver tjenesten og resultater samt gjøre dataene tilgjengelige for analyse og forskning.</p>																				
Bakgrunn		*																		
<p>Hva er bakgrunnen for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet. (erstattes av tekst)</p> <p>Det foreligger ikke noe kvalitetsregister eller annen sentral registrering av resultater av arbeidsrettede tiltak.</p> <p>Etter RT omleggingen har en fortsatt med en viss registrering av Debitor 20. og NPR data. Tallene har gått fra over 34 000 årlig til rundt 20 000.</p> <table border="1" data-bbox="148 981 1185 1234"> <tr> <td colspan="3">Antall pasienter registrert med debitor kode 20, "Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake" 2016-2018.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kilde: Norsk pasientregister - somatiske sykehus, avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern for voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge.</td> </tr> <tr> <td>År</td> <td>Pasienter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>34376</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>33210</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>19813</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kunnskapsutvikling basert på denne rapporteringen har mange begrensninger.</p> <p>For å utvikle og styrke fagfeltet arbeid og helse er det nødvendig å rapportere resultater av arbeidsrettet behandling og rehabilitering og beskrive målgruppene for de aktuelle tjenestene. Tjenestene bør også beskrives med et minimum av opplysninger.</p>			Antall pasienter registrert med debitor kode 20, "Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake" 2016-2018.			Kilde: Norsk pasientregister - somatiske sykehus, avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern for voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge.			År	Pasienter		2016	34376		2017	33210		2018	19813	
Antall pasienter registrert med debitor kode 20, "Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake" 2016-2018.																				
Kilde: Norsk pasientregister - somatiske sykehus, avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern for voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge.																				
År	Pasienter																			
2016	34376																			
2017	33210																			
2018	19813																			
Status (Nåsituasjonen)		*																		
<p>Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen? (erstattes av tekst)</p> <p>Det pågår en evaluering av den tidligere RT ordningen. Denne evalueringen kan forventes å høste inngående erfaringer med de datakildene som finnes i dag. Basert på disse erfaringene bør vi kunne komme et steg videre når det gjelder å utvikle datainnhenting, rapportering til registre, standardisering av parametere, og standarder for å karakterisere intervensjoner.</p>																				
Målgrupper (hvem berøres)		*																		
<p>Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres? (erstattes av tekst)</p> <p>Hele arbeid og helse feltet kan få nytte av en mer enhetlig registrering av data om tjenestene. Alle helseforetak som har etablert arbeidsrettet behandling vil utgjøre majoriteten i målgruppen.</p>																				
Involverte aktører		*																		
<p>Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen? (erstattes av tekst)</p> <p>Alle aktører som yter helsetjenester innen fagfeltet og NAV.</p> <p>Utøvere, brukere, forskere, forvaltning og myndigheter</p>																				

Emne		Påkrevet
Problemstillinger		*
<p>Hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra. (erstattes av tekst)</p> <p>Det er ønskelig at fagrådet diskuterer behovet for, prinsippene for og gjennomføringen av etablering av et felles datasett for registrering av aktivitet og resultater på fagområdet. Om mulig er det ønskelig at fagrådet tar stilling til et foreslått datasett, og differensierer mellom registrering for all virksomhet, og utvidet registrering for evaluerings- og forskningsvirksomhet.</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser		
<p>Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak? (erstattes av tekst)</p> <p>Rapportering og registrering bør utformes slik at det i størst mulig grad inngår som ledd i utøvelsen og lovpålagt dokumentasjon av helsehjelp eller andre tjenester.</p>		
Tilrådning – Forslag til vedtak		*
<p>Nasjonalt fagråd for arbeid og helse mener at fagfeltet arbeid og helse vil styrkes gjennom å utvikle en omforent og allment akseptert norm for hvordan resultater av arbeidsrettede tiltak skal måles.</p> <p>Fagrådet mener følgende prinsipper bør legges til grunn:</p> <p>Xxx Xxx xx</p> <p>Derfor anbefaler Nasjonalt fagråd for arbeid og helse at følgende datasett registreres (før, under og etter) all ytelse av tjenester innen arbeid og helse – feltet.</p> <p>1) xxx 2) xxx 3) xxx osv</p> <p>Fagrådet anbefaler videre at følgende datasett benyttes som et minimum ved alle forskningsprosjekter og følgeevalueringer innen arbeid og helse- feltet.</p> <p>1) xxx 2) xxx 3) xxx osv</p> <p>Fagrådet anbefaler direktoratene å formalisere og implementere dette gjennom kommende arbeider med normerende dokumenter og revidering av strategien Arbeid og helse – et tettere samvirke</p>		

GENERELLE PRINSIPPER FOR KJERNESETT

1. Felles registrering av et kjernesett for Helse og Arbeid (debitor 20) med forskningssamtykke som innebærer mulighet til ulike registerkoblinger (inkludert NAV data).
2. Ønskelig at kjernesettet inneholder baseline og en oppfølging (pre-post)
3. Valgfri mulighet for å registrere direkte i sentralt register eller eksportere fra lokalt register til det sentrale.
4. Skjemaene som velges skal være validert i norsk versjon og være gratis å bruke
5. Skjema/spørsmålene bør harmoniseres med skjema som registreres i andre store register (eksempel HUNT / Nakke rygg-register/ pakkeforløp psykisk helsevern) slik at det går an å sammenlikne med ulike referansegrupper og gjøre forskning på tvers.
6. Antallet spørsmål bør begrenses til et minimum (spesielt gjelder dette follow-up)
 - Et kjernesett bør ikke ta mer enn (10-15 min?) å svare på
 - Evt. follow-up bør ideelt ta mindre tid (5-10 min?) å svare på
7. Institusjonene som legger inn data kan selv hente ut egne data for å evaluere egen virksomhet.
8. I hver helseregion utnevnes det en «register-ansvarlig» som står ansvarlig for organisering av registrering og uthenting av data innen hver helseregion.
9. Registrering og personvern harmoniseres med GDPR regelverket slik det utvikles
10. En styring-gruppe opprettes med minimum to fagpersoner fra hver helseregion som representerer fagområdene psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering.
11. Styringsgruppen kan gi midlertidig fritak for registrering av kjernesett for pågående forskningsprosjekt.
12. I prosjekter hvor data fra registeret skal brukes til forskning må prosjektet godkjennes av styringsgruppen og det må foreligge godkjenning fra etisk komite og/eller datatilsynet.
13. Registeret skal ikke benyttes til kommersielle formål
14. Etablering av registeret forutsetter at det avsettes midler til utvikling og drift av brukervennlige løsninger.

FORSLAG TIL KJERNESETT				
NASJONAL SKJEMA-DATABANK FOR ARBEIDSRETTET BEHANDLING				
Nr	(KOMMENTARER)	NAVN PÅ SKJEMA	KONKRETE SPØRSMÅL	ANTALL SPØRSMÅL
BASELINE (REGISTRERING FØR OPPSTART AV BEHANDLING/REHABILITERING)				
BAKGRUNN				
1.	(Harmonisere med det som registreres i AiR sitt register)	Demografi	Personnummer / Alder / kjønn / utdanning Etc.	?
ARBEID				
2.	(AiRs eksisterende register)	AiR	(Spørsmålene revideres i tråd med arbeidsgruppens kommentarer)	15 (?)
LIVSKVALITET				
3.		EQ5D-5L	5 spørsmål som kartlegger: gange, personlig stell, dagligdagse gjøremål, smerte / ubehag og angst / depresjon, i tillegg til en 100 mm VAS-skala / termometer hvor pasienten skal angi sin egen helsetilstand.	5
SMERTE				
4.	(antall kroppsområder med smerte og lokasjon)	Smertetegning (s. 3)	Samme som Nakke-rygg-registeret sin elektroniske versjon (Alternativt NOSF miss eller HUNT?)	1

5.		<p>To spørsmål opprinnelig fra «Brief Pain Inventory»</p> <p>(Formuleringene hentet fra NOSF miss Ref)</p> <p>(Nakke-rygg registeret, s. 3 bruker også NRS, men litt andre spørsmål – må velge)</p>	<p>*Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka:: 0-10 (NRS)</p> <p>*Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt: 0-10 (NRS)</p>	2
	PSYKISK HELSE			
	(Inngår i HUNT)	HADS	(angst, depresjon og 'distress')	14
	(HCL-10 inngår i Fysioprim og ryggregisteret?)	HCL-5 (evt. 10)	(angst, depresjon og 'distress')	5 (10)
5.		PHQ9	(depresjon)	9
6.		GAD7	(angst)	7
	FUNKSJON			
7.		Patient-Specific Functional Scale (PSFS)	<p>Pasientene definerer selv 3 (maks 5) aktiviteter de opplever de har problemer med og håper å forbedre</p> <p>0-10, hvor 0= 'Ingen problemer med å gjennomføre aktiviteten', og 10= 'Ikke mulig å gjennomføre aktiviteten'</p>	1

	ANNET			
8.?	(HUNT spørsmål hvor det er dokumentert direkte assosiasjon med mortalitet)	Subjektiv helse	Hvordan er helsen din for tiden? (4 alternativer: 1-svært god, 2-god, 3-ikke helt god, 4-dårlig)	1
OPPFØLGING (pre-post i kjernesettet. Frivillig ekstra registrering av 6-12 MND)				

Alfabetisk oversikt over relevante norske skjema:

<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering-nkrr/nkrr/klinisk-verktoykasse/alfabetisk-liste>

Det er definert et kjernesett for rehabilitering muskel- og skjelettsykdommer hvor flere deler kan være relevante også for mental helse:

http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering-nkrr/nkrr/klinisk-verktoykasse/alfabetisk-liste/_1737|4082

Arbeidsrettet rehabilitering – ankomstskjema v.1.3

Vi vil gjerne vite mer om situasjonen til deg som skal delta i arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Formålet er å gi oss økt kunnskap om deltakerne i ARR og å forbedre kvaliteten på ARR. I det neste ønsker vi at du svarer på spørsmål om utdanning, din arbeids- og stønadssituasjon, og om din vurdering av egen arbeidsevne og tilbakekomst til arbeid.

Dato for utfylling

d	d	m	m	å	å	å	å
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fødselsnummer

(Skriv inn 11 siffer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-postadresse

(Bruk en boks per tegn)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mobiltelefonnummer

(Skriv inn 8 siffer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. Kjønn

- Kvinne
- Mann

2. Hva er den høyeste utdannelsen du har fullført? Har du utdanning fra utlandet velger du det alternativet med tilsvarende lengde og innhold.

(Kryss av for ett av alternativene)

- Ikke fullført 7 - 10-årig grunnskole/folkeskole/framhaldsskole
- 7 - 10-årig grunnskole/folkeskole/framhaldsskole
- Videregående skole -yrkesskole/yrkesfaglige utdanningsprogram med fagbrev
- Videregående skole -realskole/gymnas/allmennfaglig/studiespesialiserende utdanningsprogram
- Påbygning til videregående skole (teknisk fagskole, forkurs til høgskole/universitet)
- Høgskole eller universitet (bachelorgrad/profesjonsutdanning eller grad med tilsvarende studielengde)
- Høgskole eller universitet (hovedfags-/mastergrad eller høyere)

3. Hvor mange år har du vært i arbeidslivet tilsammen?

(Kryss av for **ett** av alternativene)

- 5 år eller mindre
- 6 til 10 år
- 11 til 20 år
- Mer enn 20 år

4. Hva er nåværende eller hva var ditt siste hovedyrke? Hvis du ikke er i arbeid nå, svarer du ut fra det yrket du hadde sist. Hvis du har flere yrker velger du det yrkesfeltet hvor hoveddelen av arbeidstiden foregår.

(Kryss av for **ett** av alternativene)

- Lærling eller på arbeidsopplæring
- Spesialarbeider eller ufaglært arbeider
- Fagarbeider, håndverker, formann, sjåfør
- Underordnet medarbeider (f.eks. salgs-, service- og omsorgsykker)
- Profesjonsyrke (f.eks. sykepleier, tekniker, lærer)
- Akademisk yrke
- Overordnet stilling/lederstilling med personalansvar
- Annet yrke

5. Har du for tiden et arbeidsforhold? Ikke ta hensyn til om du er sykmeldt eller er i permisjon.

(Kryss av for **ett** av alternativene)

- Ja
- Nei **→ Dersom «Nei», gå videre til spørsmål 10**

6. Vi er interessert i å vite størrelsen på arbeidsforholdet ditt. Hvor stor stillingsprosent har du i jobben din? Ikke ta hensyn til om du er sykmeldt eller er i permisjon.

(Hvis du har flere arbeidsforhold, kryss av for den samlede andelen)

- 1 til 25 %
- 26 til 50 %
- 51 til 75 %
- 76 til 99 %
- 100 %
- Mer enn 100 %
- Vet ikke/usikker

7. Vi ønsker å vite hvor mye du jobber/jobbet rett før du starter i rehabilitering. Hvor mye jobber eller jobbet du i den stillingsprosenten du har?

(Kryss av for ett av alternativene)

- Jeg jobber/jobbet fullt eller mer i den stillingsprosenten jeg har
- Jeg jobber/jobbet delvis i den stillingsprosenten jeg har
- Jeg jobber/jobbet ikke

8. Hvilken type virksomhet(er) arbeider du i?

(Det er mulig å krysse av flere alternativer)

- Privat sektor
- Offentlig sektor
- Er selvstendig næringsdrivende
- Vet ikke/usikker

9. Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

(Kryss av for ett av alternativene)

- For det meste stillesittende arbeid
- Arbeid som krever at du både sitter mye stille og går/står mye
- Arbeid som krever at du går/står mye
- Arbeid hvor du går og løfter mye
- Tungt kroppsarbeid
- Vet ikke/usikker

10. Vi ønsker å vite om du var sykmeldt i perioden før rehabiliteringen starter. Var du sykmeldt rett før du starter i rehabilitering? Se bort fra sykmelding under rehabiliteringen.

(Kryss av for ett av alternativene)

- Ja, jeg var helt sykmeldt
- Ja, jeg var delvis sykmeldt
- Nei, jeg var ikke sykmeldt

11. Hvor lenge har du tilsammen vært helt eller delvis sykmeldt de siste 12 måneder? Se bort fra sykmelding under rehabiliteringen.

(Kryss av for ett av alternativene)

- Jeg har ikke vært sykmeldt siste år
- Mindre enn 2 uker
- 2 til 8 uker
- 9 uker til 6 måneder
- 7 til 12 måneder
- Vet ikke/usikker

12. Mottar du noen av disse ytelsene?

(Det er mulig å krysse av **flere** alternativer)

- Sykepenger (fra arbeidsgiver eller NAV)
- Arbeidsavklaringspenger
- Uførestønad
- Dagpenger ved arbeidsledighet
- Tidsubegrenset lønnstilskudd (TULT)
- Nei, jeg mottar ingen av disse ytelsene
- Vet ikke/usikker

13. Har du søkt om uførestønad?

(Kryss av for **ett** av alternativene)

- Ja
- Nei

14. Den nåværende arbeidsevnen sammenlignet med når den var på sitt beste. Vi går ut ifra at din arbeidsevne på sitt beste verdsettes med 10 poeng. Hvor mange poeng vil du gi din nåværende arbeidsevne? 0 betyr at du ikke er i stand til å arbeide for øyeblikket.

(Kryss av for **ett** av alternativene)

- 0 - helt uten evne til å arbeide
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - arbeidsevne på sitt beste

15. Dersom du forventer å komme tilbake i arbeid etter rehabiliteringen (enten helt eller delvis), hvor lang tid tror du det tar?

(Kryss av for ett av alternativene)

- Umiddelbart eller i løpet av de første 2 ukene
- Innen 1 måned
- Innen 2 måneder
- Innen 3 måneder
- Innen 6 måneder
- Innen 1 år
- Mer enn 1 år
- Aldri
- Vet ikke/usikker

Sak 5 4/12 2019 Drøftings sak:

Interregionalt arbeid om prioriteringsutfordringer innen helse og arbeid

Emne		Påkrevet
Tittel		*
Interregionalt arbeid om prioriteringsutfordringer innen helse og arbeid		
Forslagsstiller		*
Håkon Lund		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem		*
Håkon Lund – Chris Jensen		
Aktuelle innledere		
Linn Gros, Rådgiver Helse Nord RHF		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken		
Brev fra Helse Nord RHF som ber om kandidater til arbeidet. Tilsvarende brev ble sendt ut i landets øvrige helseregioner.		
Sakspapirer som belyser saken		*
Hvorfor		*
<p>Etter omleggingen av Raskere tilbake har flere helseforetak gitt tilbakemelding om at det er uklart hvordan de skal vurdere henvisninger til arbeidsrettet behandling.</p> <p>Pasientens rett til helsehjelp er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd.¹ For at en pasient skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten må følgende vilkår være oppfylt: Pasienten må ha forventet nytte og det må være et rimelig forhold mellom forventet nytte og ressursbruk. Prioriteringsforskriften § 2a angir kriterier for prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Her slås det fast at vurderingen skal legge til grunn forventet nytte, ressursbruk og alvorlighet.</p> <p>Forventet nytte er basert på en faglig vurdering av hjelpens forbedring av pasientens tilstand (livslengde og/eller livskvalitet) og/eller hindre forverring sammenlignet med hjelp fra kommunalt nivå. Det skal gi økt sannsynlighet for:</p>		

¹ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#%C2%A72-1b
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse>

Emne		Påkrevet
<p>a) overlevelse eller redusert funksjonstap b) fysisk eller psykisk funksjonsforbedring c) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.</p> <p>Vurderingen kan ikke inkludere verdien av pasientens arbeid som sådan, og yrkesaktivitet er i seg selv ikke et vurderingskriterium. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid. Dermed er det, innen dagens regelverk, mulig å inkludere helse- og livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid eller studier. Det er imidlertid uklart hvordan dette kan praktiseres/operasjonaliseres på en enhetlig måte ved inntak av pasienter til arbeidsrettet behandling.</p>		
Bakgrunn		*
<p>Det interregionale arbeidet har som mål å utarbeide prinsipp for å vurdere rett til helsehjelp for pasienter som henvises til arbeidsrettet behandling. Prinsippene må dekke kompleksiteten i fagområdet, men utarbeides i en form som gjør at de er anvendbare i klinisk praksis. Prinsippene skal utarbeides innen rammen av dagens prioriteringsforskrift med tilhørende veiledere.</p> <p>Prosjektet har videre mandat til å komme med forslag som gir Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet faglige premisser til å vurdere endringer og tydeliggjøring av arbeid og helse-området i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften. Prosjektet vil vurdere behovet for en egen faglig veileder, og andre tiltak som understøtter faglige gode prioriteringer, som tiltak innenfor samhandlingen med primærhelsetjenesten og NAV.</p>		
Status (Nåsituasjonen)		*
De regionale helseforetakene har etablert en interregional arbeidsgruppe. Arbeidsgruppa består av representanter fra muskel og skjelettområdet og fra psykisk helsevern. Arbeidet er berammet ferdig våren 2020.		
Målgrupper (hvem berøres)		*
Arbeidets målgruppe er pasienter med psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettplager som henvises til (arbeidsrettet) behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse to gruppene representerer størstedelen av de som ender opp som uføre. Tall fra NAV (2015) viser at de aktuelle diagnosegruppene favner om 64 prosent av alle som ble uføretrygdet samme år. Det indikerer et stort behov for riktig helsehjelp i befolkningen.		
Involverte aktører		*
I arbeidet deltar representanter fra de fire helseregionene, samt fagpersoner fra muskel og skjelettområdet, de regionale vurderingsenhetene, fagpersoner fra psykisk helsevern og brukerrepresentanter.		
Problemstillinger		*
<p>Orientering om det pågående arbeidet. Få innspill fra fagrådet.</p>		

Emne		Påkrevet
Økonomiske – administrative konsekvenser		
Tilrådning – Forslag til vedtak		*
<p>Nasjonalt fagråd for arbeid og helse er positive til at RHF-ene har igangsatt et arbeid for å kartlegge prioriteringsutfordringer, og blant annet vurdere tiltak som kan gi Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet faglige premisser til å vurdere endring og tydeliggjøre arbeid og helse-området i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften.</p> <p>Rådet er positiv til at prosjektgruppen vil vurdere behovet for en veileder for arbeid og helse, og dennes innhold. Disse vurderingene kan legges til grunn i det videre arbeidet til de to direktoratene. Det kan gi nyttige innspill til arbeidet med felles normerende dokument på arbeid og helse-området som AVDIR og HDIR har fått oppdrag om.</p> <p>Nasjonalt fagråd imøteser de klargjøringer som arbeidet skal kunne ut i.</p> <p>Nasjonalt fagråd stiller seg bak formålet om å sikre befolkningen likeverdige spesialisthelsetjenester også innen arbeidsrettet behandling, i tråd med føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2019).</p>		

Universitetssykehuset Nord-Norge
Nordlandssykehuset

Deres ref.:

Vår ref.:
2019/1465

Saksbehandler/dir.tlf.:
Linn Gros/90568027

Sted/dato:
Bodø, 13.9.19

Deltakere til interregional arbeidsgruppe om prioriteringsutfordringer innen helse og arbeid

Helse Nord RHF ber om deltakere til en interregional arbeidsgruppe som skal utarbeide prinsipp for prioritering av henvisninger til tilbud innen helse og arbeid – arbeidsrettet behandling.

Fra Helse Nord ønskes følgende faglig sammensetning fra helseforetakene:

- En representant fra Universitetssykehuset Nord-Norge fra fagområdet for muskel- og skjelett
- En representant fra Nordlandssykehuset fra psykisk helsevern
- En representant fra Regional vurderingsenhet for rehabilitering

Navn på deltakere sendes til linn.gros@helse-nord.no innen 27.09.2019.

Bakgrunnen for at arbeidet startes opp:

Raskere tilbake-ordningen ble lagt om fra 2018. Arbeidsrettede behandlingstilbud ble videreført og/eller etablert innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud og gjennom kjøp av tjenester fra private.

Flere helseforetak har gitt tilbakemeldinger om at de opplever uklarheter i hvordan prioriteringsveilederne skal anvendes for arbeidsrettede helsetjenester. Statusmelding fra SINTEF sin følgeevaluering av omleggingen av raskere tilbake-ordningen, beskriver at helseforetakene har behov for klarere retningslinjer for rettighetsvurdering.

Det er et mål at behandling i helsetjenesten skal bidra til å fremme arbeidsdeltakelse. Deltakelse i arbeid/utdanning har dokumentert god effekt på helse og livskvalitet, og bør derfor legges vekt på i rettighetsvurderingen av henvisninger. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet sin felles rapport «Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet» (april 2019) anbefaler at prioriteringsveilederne gjennomgås på nytt for å klargjøre hvordan denne kunnskapen bør anvendes i rettighetsvurderingen. Helsedirektoratet har per i dag ikke konkrete planer om å gjøre dette.

Kravet til likeverdige helsetjenester og helsepersonellens behov for tydeligere føringer for hvem som skal ha rett til behandling, gjør det nødvendig å utarbeide noen interregionale prinsipper for prioritering av rett til arbeidsrettet behandling.

Mål:

Arbeidets mål er felles interregionale prinsipper for prioritering av henvisninger til arbeidsrettet behandling. Prinsippene skal bidra til ensartede vurderinger av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, basert på faglig konsensus.

Mandat:

Utarbeide prinsipper for å vurdere rett til helsehjelp for pasienter som henvises til arbeidsrettet behandling. Prinsippene må dekke kompleksiteten i fagområdet, men utarbeides i en form som gjør at de er anvendbare i klinisk praksis.

Som grunnlag for arbeidet kan det være nødvendig å:

1. Kartlegge prioriteringsutfordringer innen psykisk helsevern og muskel/skjelettområdet, basert på fagmiljøenes erfaringer etter omleggingen av Raskere tilbake. Kartleggingen skal både omfatte polikliniske tilbud og døgntilbud, inkl. arbeidsrettet behandling ved rehabiliteringsinstitusjoner.
2. På grunnlag av utfordringene foreslå:
 - a. Tiltak som understøtter faglig god praksis, og ikke forutsetter endringer i aktuelle prioriteringsveiledere
 - b. Vurdere tiltak som gir Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet faglige premisser til å vurdere endringer og tydeliggjøring av arbeid og helse-området i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften.
 - c. Vurdere behovet for en veileder for arbeid og helse, og dennes innhold.
 - d. Andre tiltak som understøtter faglig gode prioriteringer, blant annet tiltak innenfor samhandlingen med primærhelsetjenesten og NAV.

Arbeidsform:

Det oppnevnes en interregional arbeidsgruppe bestående av tre deltakere fra hver helseregion:

- En representant fra fagområdet for muskel- og skjelett
- En representant fra psykisk helsevern
- En representant fra Regional vurderingsenhet for rehabilitering

I tillegg inviteres de regionale brukerutvalgene til å delta med til sammen to representanter. Helsedirektoratet vil bli invitert til å delta i arbeidet.

Arbeidsgruppen skal legge fram en rapport fra arbeidet. Innlednings- og avslutningsvis arbeider gruppen samlet. I mellomfasen arbeider deltakerne fra de to fagområdene separat.

Leder for arbeidsgruppen utpekes blant deltakerne.

Oppstartmøte:

Det arrangeres oppstartmøte på Gardermoen fra 24. oktober til 25 oktober. Foreløpig program (vi tar forbehold om endring av programmet):

Torsdag 24. oktober kl. 19.00: middag og bli kjent

Fredag 25. oktober kl. 08.30-14.00:

- Innledning, mål for arbeidet
- Innledning fra Helsedirektoratet
- Evaluering av Raskere tilbake / arbeid og helse
- Gjennomgang av mandat og framdriftsplan
- Oppstart av arbeidet i to grupper

Framdrift:

Frist for sluttrapport er 31. mars 2020.

Det legges opp til to fysiske møter for alle deltakerne. I mellomtiden forutsettes det at arbeidet foregår i møter på skype/video og skriftlige bidrag per e-post.

Frikjøp av sekretariatsbistand og felles møtekostnader vil dekkes gjennom felles RHF-midler. De regionale helseforetakenes rådgivere vil bistå arbeidsgruppen.

Helseforetakene som deltar i arbeidet, dekker egne reiseutgifter. Øvrige utgifter dekkes av RHF-ene. Brukerrepresentantene får dekket kostnader i tråd med regionale retningslinjer.

Vennlig hilsen

Geir Tollåli
fagdirektør

Jon Tomas Finnsson
seksjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger ingen signatur

Verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

Notat utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet
12/11, 2018

Ole Frithjof Norheim
Professor i medisinsk etikk og samfunnsmedisin
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
ole.norheim@uib.no

Forslag til prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for **de dårligst stilte**



Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet.....	4
Mål for folkehelsearbeidet	7
Klassiske utfordringer for folkehelsearbeidet	9
Nye utfordringer	10
Nye muligheter	11
Mål og prinsipper for prioritering i folkehelsearbeidet	12
Mulige kriterier for prioritering i folkehelsearbeidet	13
Forutsetninger for kunnskapsbaserte prioriteringer	15
Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning	15
Tentativ konklusjon.....	16
Referanser.....	18

Sammendrag

Hensikten med dette notatet er å drøfte verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet i forhold til velferdsstatens verdier, tidligere meldinger og nye utfordringer. Notatet drøfter mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet, forutsetninger for kunnskapsbasert prioritering og hvordan dette kan settes i system. Det viktigste budskapet er at norsk folkehelsearbeid bør utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres. Notatet foreslår følgende justeringer, mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

Justering av mål for folkehelsearbeidet:

1. Målet som knyttes til forventet levealder endres til «helsejustert levealder» ved fødsel. Dette målet tas nå i bruk internasjonalt og det fanger opp kronisk sykdom
2. Norge er blant de fem landene i verden som har høyest forventet helsejustert levealder.

Mål for prioritering innen folkehelsearbeidet:

1. Maksimere helse i hele befolkningen
 - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
 - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
 - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
 - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

De to første målene er forenlige med Folkehelseloven og tidligere Folkehelsemeldinger. Det tredje målet er aktuelt for vår moderne velferdsstat, men bør drøftes og presiseres.

Kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten. Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen».

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning:

Disse bør tilfredsstillende fire betingelser: i) åpenhet, ii) relevans, iii) klageadgang og korreksjon, og iv) regulering og institusjonalisering.

Etablering av enhet for evaluering folkehelseiltak:

Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, bør styrke sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for dette. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

Verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet

Velferdsstatens mål – å fremme og sikre velferd – bygger på felles verdier som demokratiske rettigheter, rettssikkerhet, likebehandling, menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, personlig frihet, medbestemmelse, forutsigbarhet og åpenhet. Historisk sett har velferdsstaten søkt å sikre alle like muligheter gjennom universelle velferdsordninger, med særlig vektlegging av lik tilgang til utdanning og helsetjenester. Arbeid og økonomisk trygghet for alle er også sentrale mål.

Folkehelsearbeidet handler om noe mer enn lik tilgang til helsetjenester. Helsen i befolkningen formes også av den verden vi lever i. Helse er et grunnleggende gode som er viktig, uansett hvilke ønsker og planer man har for livet. God helse er en nødvendig, om ikke tilstrekkelig forutsetning for like muligheter til å leve et godt og meningsfullt liv.^{1,2} Alle har behov for hjelp og behandling ved sykdom, og alle samfunn vil etablere systemer for å forebygge at slike behov oppstår. Ideen om like muligheter har derfor større rekkevidde enn kun lik tilgang til helsetjenester; den handler om at samfunnet legger til rette for, så langt som mulig, lik helse på høyest mulig nivå. Sosiale helseforskjeller som skyldes forhold samfunnet kan gjøre noe med bør reduseres så mye som mulig.^{3,4}

Mange tenker nok at lik helse er et umulig ideal og at helse ikke kan omfordeles, selv i en velferdsstat. Hvis vi ser historisk på norsk folkehelse vil vi likevel se at helsen i tidligere tider var betydelig mer ulikt fordelt.⁵ Det samme blir tydelig om vi sammenligner oss med land med lavere levekår. Lavekår, inntekt, utdanning, marginalisering, kunnskap om risikofaktorer, teknologi, genetikk, miljø, tilgang til helsetjenester og valg av levevaner påvirker vår helse.⁶ Hvis disse vilkårene er ulikt fordelt blir også helsen ulikt fordelt. I Norge, som i mange andre land, har prinsippet om lik tilgang til *helsetjenester* (tilgangslighet) stått sterkt, mens prinsippet om lik helse (resultatlighet) gjelder for *folkehelsearbeidet*. Riktig utformet politikk kan omfordele våre muligheter for god helse.

I Folkehelseloven av 2011 er folkehelsen definert som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning».⁷ Befolkningens helse er summen av alle enkeltpersoners helse. Hvis befolkningens helse går ned, betyr det at hver enkelt av oss i gjennomsnitt har høyere risiko for prematur død eller nedsatt helsetilstand. Et vanlig brukt mål på en befolknings helse er forventet levealder ved fødsel. Et nyere og mer avansert mål er forventet levealder, justert for sykkelighet i de årene vi lever. Det kalles helsejustert forventet levealder.⁸

Et mål på populasjonens sykdomsbyrde er summen av tapte gode leveår.⁹ Forskning viser entydig at ulikhet i levekår og utdanning gir ulikhet helse.^{10,11} Folkehelseloven har derfor tatt inn fordeling av helse som en del av selve definisjonen. Folkehelse handler med andre om hvor god helsen vår er – hvor lenge og godt vi lever – og hvordan de gode leveårene er fordelt.

I samme lov er også folkehelsearbeid definert: «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 en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen».⁷ Folkehelse handler om nivå og fordeling, og begge deler kan påvirkes av politikk og levekår.

I tidligere folkehelsemeldinger har det vært bred enighet om målene. I Folkehelsemeldingen fra 2014-2015 heter det for eksempel at «Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen».¹²

Dette er klassiske mål for en velferdsstat av nordisk type. Historisk sett bygger vektleggingen av likhet og inklusjon, at «hele befolkningen skal med», på en typisk nordisk verdi: solidaritet.^{13,14} Solidaritet kan best defineres som en fellesskapsverdi, en tilslutning til at felleskapet står sterkere enn enkeltindividet og sammen bidrar til felles velferd. Merverdien av felles innsats skal deles, også med de dårligst stilte. Ingen skal stå tilbake når felleskapet har framgang og samfunnet utvikler seg.

Velferdsstaten bygger også på andre verdier som demokrati, rettsikkerhet, rettigheter, forutsigbarhet – og ikke minst frihet. De klassiske liberale verdiene har historisk sett kanskje ikke stått like sterkt i velferdsstatens utvikling, men i den moderen velferdsstaten inngår også verdiene personlig frihet og medbestemmelse. Her ligger det en innebygd spenning mellom frihet og likhet, men også en indre spenning mellom *negativ frihet*: frihet fra statlige inngrep i den enkelte medborgers liv, og *positiv frihet*: frihet til å velge et liv og et livsløp som svarer til enkeltmenneskets egne ønsker og preferanser.¹⁵⁻¹⁷ En begrenset stat kan sikre negativ frihet, mens positiv frihet i noen tilfeller krever at staten sikrer den enkelte et stort nok mulighetsrom. I den norske velferdsstatens utvikling har disse verdiene – solidaritet, likhet og frihet – blitt ulikt vektlagt.

Frihet gir også ansvar. Det vil ikke være riktig å hevde at ansvar for egen helse har vært en grunnverdi i folkehelsearbeidet. De fleste vil være enige at staten har et ansvar for å legge til rette for gode valg med hensyn til levevaner som påvirker den enkeltes helse, men mange vil også hevde, generelt, at velferdsstatens videreføring avhenger av en tydeligere avklaring av hvilken rolle enkeltpersoners valg og ansvar skal i forhold til tildeling av velferdsgoder.¹⁸⁻²⁰ I en relativt velutdannet befolkning som vår, virker det ikke unaturlig at folkehelsearbeidet i større grad kan legge til rette for og skape insentiver for at den enkelte i større grad kan ta ansvar for egen helse. På dette området er det stor uenighet, og framleggingen av Folkehelsemeldingen vil være en god anledning til å skape en informert offentlig debatt om denne viktige verdien og om dens grenser.^{21,22}

Mange opplever folkehelsearbeidet som paternalistisk. Staten regulerer mange forhold i privatlivet, som påbud om bilbelte, motorsykelhjelm, fartsgrenser og røykeforbud på offentlige steder. Dette er ikke vanligvis klassifisert som paternalisme. Hovedbegrunnelsen er å redusere skade og kostnader for andre. Den britiske filosofen og utilitaristen John Stuart Mill var opptatt av enkeltmenneskets frihet og frihetens grenser: «Det eneste formålet hvor makt rettmessig kan utøves over ethvert medlem av et sivilisert samfunn, mot hans vilje, er å forhindre skade på andre." Vår egen Torbjørn Egner formulerte det enda mer pregant: «Man skal ikke plage andre, man skal være grei og snill, og for øvrig kan man gjøre hva man vil.» Statlig paternalisme kan defineres som tvang mot enkeltmennesker, til deres eget beste, men mot deres vilje. Hvordan tvang defineres og hvor grensen mellom paternalisme og legitim makt trekkes, er et sentralt tema for all utforming av folkehelsepolitikken. Bør

barnevaksiner gjøres obligatoriske? Er skatt på sukkerholdige drikker et illegitimt inngrep i enkeltmenneskers frihet?

Frihet fra ubegrunnede statlige inngrep i enkeltmenneskers privatliv sette skranker for folkehelsearbeidets mål om flere gode leveår og reduserte sosiale helseforskjeller. Statlige påbud og forbud kan gi bedre helse, men må veies opp mot personlig frihet. Storstilt innsamling av helsedata kan gi bedre grunnlag for utvikling av skreddersydde folkehelstiltak, men må veies mot hensynet til personvern. Den moderne velferdsstaten må veie ulike hensyn og finne nye løsninger som ikke bare sikrer bedre helse og mindre ulikhet, men også individets frihet.

I et demokrati som vårt er de viktigste mekanismene for å unngå en paternalistisk folkehelsepolitikk informasjon, åpenhet, medvirkning og medbestemmelse på alle nivåer. Gjennom utdanning og informasjon kan staten legge til rette for informerte og frie valg. I kommunene kan befolkningen bli informert og involvert i utformingen av lokale tiltak som reduserer risiko og fremmer helse. Gjennom brukermedvirkning kan faktisk politikk utformes slik at den både fremmer helse og respekterer enkeltmenneskers frihet. Likevel vil det alltid oppstå debatt om den riktige vektlegging av ulike hensyn.

Velferdsstatens verdier er også i utvikling. Rettsliggjøringen av velferdsgoder, som retten til individrettede spesialiserte helsetjenester (positiv frihet), kan ses som et eksempel på styrking av enkeltindividets stilling i forhold til staten. Et hovedfunn i den siste norske maktutredningen fra 2003 var at rettsliggjøring og rettighetstildeling gir enkeltindivider og domstolene mer makt enn det representative folkestyret.²³ Denne utviklingen ser ut til å fortsette. En viktig utfordring her er at befolkningen ser ut til å ha, relativt sett, sterkere rettskrav på individuelle spesialiserte helsetjenester enn på forebyggende tiltak: retten til å vokse opp og leve i et miljø som beskytter og fremmer helsen og forebygger sykdom. Dette er neppe intendert fra lovgiver sin side, men effekten i praksis synes klar.

Universelle ordninger har historisk sett vært en viktig grunnverdi. Universelle ordninger har typisk vært begrunnet i behovet for universell oppslutning om en felles skattefinansiert helsetjeneste, antatt høyere effekt av populasjonsbaserte tiltak, og høye transaksjonskostnader ved målrettede tiltak. Ønsket om å redusere sosial ulikhet i helse kan imidlertid stå i motsetning til denne verdien og i flere land går trenden vekk fra universelle tiltak.^{24,25} Etablert erfaring og nyere forskning tyder på at flere forebyggende tiltak, som enkelte tiltak for røykeslutt og mediekampanjer virker best blant de resurssterke.²⁶ Dette gjelder særlig forsøk på å endre atferd. Enkelte folkehelseiltak kan øke ulikhet i helse. Selv om alle effekter er positive spørres det nå oftere om det bør settes inn ekstra ressurser for å nå de dårligst stilte gruppene.²⁷ Dette er en viktig debatt som krever mer kunnskap og avklaring.

Til sist, men ikke minst, er det en grunnleggende verdi for velferdsstaten at politikk og utforming av tiltak skal være kunnskapsbasert.⁷ Vi må kjenne årsakene til redusert og ulik helse og vi må være sikre på at tiltak virker. Det er viktig fordi de ofte kan være kostbare eller gripe inn i folks liv på en upopulær måte. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid utfordres på minst tre måter.

Folkehelseforskning er komplisert og har relativt sett, i forhold til forskning på individrettede og kurative helsetjenester, fått mindre ressurser og kan bli bedre i Norge. Det gjelder særlig forskning som kan si noe om hva som virker og hvilke fordelings effekter slike tiltak har. Forskning på årsaker og risikofaktorer står ganske sterkt, selv om registerforskningen (som Norge er særlig kjent for i utlandet) kan bli enda bedre og lettere å gjennomføre. Forskning på hva som virker har vi mindre av. Derfor er utvikling og styrking av tiltaksforskning det høyest prioriterte forskningsområdet i Forskningsrådets «Bedre helse» program.²⁸ Vi har lite tradisjon for eksperimenter innen folkehelsearbeid, de er kostbare, resultatene kan ofte komme langt fram i tid og alternative metoder til de klassiske randomiserte forsøk er relativt lite utviklet. Privat sektor har færre insentiver til å investere i denne typen forskning.

I utlandet finnes det mye god forskning på hva som virker, men også her er forskningsressurser en begrensende faktor. Systemer for systematisk kunnskapsoppsummering om hvilke folkehelse tiltak som virker er under utvikling i Norge, men står enda ikke sterkt nok. Norge kan i enda sterkere grad ta i bruk internasjonal kunnskap, tilrettelagt for Norge.

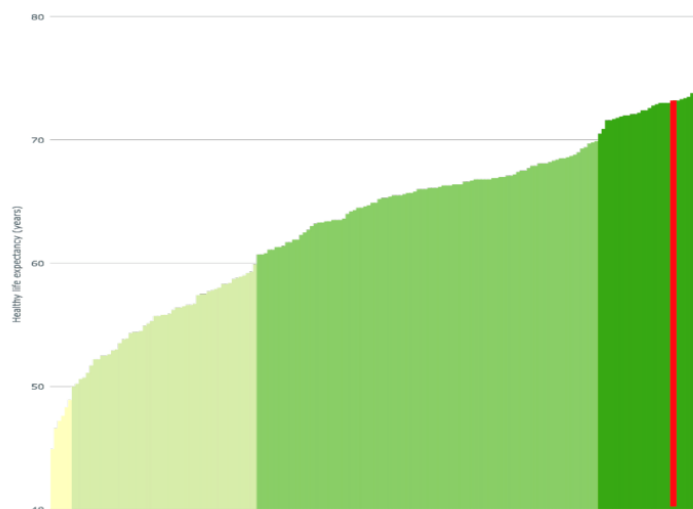
Meningsdannelse i befolkningen påvirkes av andre faktorer enn bare kunnskap. Kultur, journalistikkens logikk og markedstilpasning, sosiale medier og diskusjoner i mer eller mindre lukkede rom skaper alternative fortolkninger av årsaker og virkning. Politikktutforming påvirkes av dette.

Mål for folkehelsearbeidet

I tidligere folkehelsemeldinger har det vært bred enighet om målene: flere leveår med god helse og redusert ulikhet i helse – for hele befolkningen.^{12,29} Kanskje bør det også være et uttalt mål at dette bør skje med respekt for enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse?

Som nevnt over har flere Folkehelsemeldinger foreslått at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.¹² Et nyere og mer avansert mål er forventet levealder, justert for sykkelighet i de årene vi lever (HALE). I følge Verdens Helseorganisasjon hadde Norge en helsejustert forventet levealder ved fødsel for begge kjønn på 73 år i 2016. Norge er rangert på en delt niendeplass sammen med Australia, Island og Sør-Korea (Figur 1). Singapore ligger øverst på denne listen med HALE for begge kjønn på 76.2.

Figur 1 Helsejustert forventet levealder ved fødsel, begge kjønn. Norge (markert med rød søyle) er rangert på delt 9. plass. Kilde (World Health Observatory, 2018)



En mulighet er å gjøre noen små, men viktige justeringer av målet for folkehelsearbeidet. For det første, bruk den mest avanserte målestokken: helsejustert forventet levealder. Det norske senteret for måling av sykdomsbyrde har vist at mer enn halvparten av sykdomsbyrden i Norge skyldes ikke-dødelig helsetap. Norges mål bør handle om god helse, ikke bare overlevelse. For det andre, endringer i forventet levealder tar tid. Et naturlig mål for neste perioden kan være at *Norge er blant de fem landene i verden som har høyest forventet helsejustert levealder*. Begrunnelsen for dette er at vi i Norge også vektlegger lik fordeling av helse. Vi vektlegger gode levekår for hele landet, enten man bor i Oslo, Bergen, Misvær eller Graddis. God fordeling av levekår vil gi mindre ulikhet i helse, men det koster. Derfor skal vi kanskje være fornøyd med topp fem – for de neste fem årene. Så kan vi sette oss høyere mål i neste omgang.

Målene kan også reflektere internasjonale mål som Norge har sluttet seg til. I 2013 kom den norske strategien for å forebygge og redusere konsekvensene av ikke-smittsomme sykdommer (NCD strategien 2013-2017).³⁰ Den bygger på anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon. Norge forpliktet seg da til «25x25 målet» om å « redusere for tidlig død [død før 70 års alder] av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft med 25 prosent innen 2025.»

Internasjonalt er disse målene i praksis nå erstattet av mål og delmål som del av FNs bærekraftsmål for 2030 (Sustainable Development Goals- SDGs).³¹ Norge har forpliktet seg til å nå disse målene. Under helsemålet (SDG3) heter det i punkt 3.4: «innen 2030 redusere med en tredjedel prematur dødelighet [død før 70 års alder] fra ikke-smittsomme sykdommer (NCDs) gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og velvære.»³² Folkehelsemeldingen vil stå sentralt for Norges ambisjon om å nå «tredjedelsmålet». Norge står selvsagt fritt til å formulere mer ambisiøse mål ved for eksempel å endre definisjonen av prematur dødelighet fra 70 år til 75 eller 80.

Det er også relevant å se på hva bærekraftsmål 10 sier om ulikhet i og mellom land. De tre første delmålene er særlig relevante for redusert ulikhet innen land:

- «Innen 2030 oppnå og opprettholde inntektsvekst for den laveste 40 prosent av befolkningen med en vekst som er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet
- Innen 2030, styrke og fremme sosial, økonomisk og politisk inkludering av alle, uavhengig av alder, kjønn, funksjonshemming, rase, etnisitet, opprinnelse, religion, økonomi eller annen status
- Sikre like mulighet og redusere ulikhet i utfall, blant annet ved å eliminere diskriminerende lover, retningslinjer og praksis og fremme hensiktsmessig lovgivning, politikk og tiltak»³²

Norsk folkehelsearbeid kan hente inspirasjon og strategier fra den måten bærekraftmålenes prinsipper er formulert. De er *universelle* og skal *integreres* med hverandre for å gi *transformasjon*. Målene henger sammen og bør iverksettes samtidig og integrert («Helse i hvert mål»).

Klassiske utfordringer for folkehelsearbeidet

Tidligere helsedirektør Torbjørn Mork uttalte en gang at det er uetisk «å ta fra de syke og gi til de friske». Utsagnet er provoserende og spissformulert, men inneholder et element som mange er enige i. I praksis blir ofte behandling prioritert høyere enn forebygging. Vi har en tendens til å prioritere etablert alvorlig sykdom høyere enn forebygging av alvorlig sykdom. Samtidig virker det mest fornuftig å forebygge framfor å behandle, et utsagn de fleste politikere ofte fremmer. Dette misforholdet mellom uttalt politikk og praktisk iverksetting krever ytterligere forskning. Hvorfor er det slik?

Problemstillingen har vært kjent lenge, og ble klart formulert i 1981 av epidemiologen Geoffrey Rose som forebyggingsparadokset: en liten forandring i en stor populasjon med lav risiko kan ha en langt større effekt på folkehelsen enn en stor forandring i en liten populasjon med høy risiko. Innen samfunnsmedisinen er dette blitt en etablert læresetning og et grunnlag for faget: populasjonsrettede tiltak har større effekt på folkehelsen enn individrettede tiltak til personer med høyere risiko. Populasjonsrettede tiltak er derfor viktigst. Dette er enkel matematikk og følger av prinsippet om helsemaksimering.

Klinisk medisin og medisinsk etikk har likevel utviklet seg slik at personer med høyest risiko blir høyest prioritert. Det er en spenning mellom populasjonsetikk som vektlegger statistiske liv og tradisjonell individrettet medisin og etikk som vektlegger risiko og høy alvorlighetsgrad for identifiserte mennesker med navn og et ansikt.³³ I praksis vinner ofte de pasientnære hensynene. Våre verdier og etiske intuisjoner passer nok best i forhold til enkeltmennesker, ansikt til ansikt.³⁴ I Norge forskyves ressursinnsatsen stadig mer mot økt innsats for de med høyest risiko, ofte i livets slutfase. Siden ressursene for helse er relativt sett begrensede, er kanskje det en forklaring på at Norge ikke har klart å nå målet om å være blant de tre landene i verden som har høyest levealder?

En forenklet forståelse av alvorlighetskriteriet, ett av våre tre kriterier for prioritering, kan trekke i samme retning. Jo mer alvorlig syk og jo nærmere døden en pasient er, jo høyere prioritet skal hun eller han ha. Fra et folkehelseperspektiv kan ikke dette være riktig. Kan populasjon- og individ-perspektivet forenes? Kan forebyggingsparadokset forstås bedre i lys av de norske prioriteringskriteriene?

Dette ble vurdert av prioriteringsutvalget i 2014, og et forslag til svar ble utviklet.³⁵ En løsning ligger i å formulere alvorlighetskriteriet på en upartisk måte som er tidsnøytral og som ivaretar begge perspektiver (individ- og populasjonsperspektivet). Alvorlighetskriteriet blir gjerne oppfattet slik at det vektlegger hvor alvorlig *tilstanden* er på det tidspunktet oppstart av behandling er aktuelt. Prioritering av behandling for livmorhalskreft kan være et eksempel. Kvinner som utvikler kreft i livmorhalsen får behandling for en tilstand som har høy risiko for prematur død, altså et betydelig tap av gode leveår. Tilstanden oppfattes som alvorlig.

Evaluering av forebyggende tiltak kan benytte samme vurdering med hensyn på alvorlighetsgrad. Forebygging av livmorhalskreft med HPV vaksine er et godt eksempel. Alvorlighetsgraden ved livmorhalskreft kan oppfattes som høy, også om tiltaket som iverksettes er forebyggende, fordi tilstanden som forebygges er alvorlig. Dette perspektivet bygger på skillet mellom forventet utfall (*ex ante*) og faktisk utfall (*ex post*).³⁶ Alvorlighetsgrad vurderes ut fra det faktiske utfall i fravær av forebygging eller behandling. Tidspunktet for når tiltaket (forebygging eller behandling) iverksettes er ikke avgjørende. For folkehelsearbeidet er det *tilstandens* alvorlighetsgrad som er avgjørende.

Mange vil sikkert innvende som følger: HPV vaksinen er aktuell for unge, friske jenter. Dette er en stor populasjon med lav risiko for den enkelte. De har lav risiko for å utvikle kreft i livmorhalsen, og tilstanden deres, når de får vaksinen, kan ikke oppfattes som alvorlig. Etter en standard klinisk tolkning av alvorlighetskriteriet, får derfor HPV-vaksinen ikke noe ekstra prioritet på grunnlag av dette kriteriet. De friske, unge jentene har ikke alvorlig sykdom.

En alternativ fortolkning er denne: De kvinnene som senere faktisk får gevinst fra HPV-vaksinen er de som ellers ville utviklet kreft. Nyten av vaksinen tilfaller altså personer som ville hatt et betydelig helsetap uten vaksinen. Alvorlighetsgrad for en tilstand vurderes ut fra det faktiske utfall i fravær av forebygging. Denne fortolkningen tar hensyn til faktisk utfall og gir lik prioritet til forebygging og behandling, gitt samme nytte og samme ressursbruk.¹

Dersom denne forståelsen av alvorlighetskriteriet legges til grunn, vil ikke forebyggende tiltak bli systematisk nedprioritert i dagens prioriteringssystem.

Nye utfordringer

Sykdomsbyrden: Nye norske rapporter om sykdomsbyrden gir bedre kvantitativ informasjon om årsaker til prematur død og ikke-dødelig helsetap enn noen ganger tidligere.⁹ Gjennom samarbeid og analysehjelp fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet er det nå mulig å gjøre estimater over tapte gode leveår i Norge, målt mot en internasjonal referanse-standard.

Ved å måle sykdomsbyrden i helsetapsjusterte leveår (DALY), eller sagt enklere: summen av tapte gode leveår, får vi et nytt kunnskapsbasert blikk på utfordringer innen populasjonshelsen. I følge de sist publiserte data for 2015 fra FHI var mer enn halvparten av

¹ Nå skal ikke dette eksempelet tolkes for langt. Ved mange former for livmorhalskreft, og i de fleste stadier, er behandling også indisert, svært nyttig og dermed prioritert. Men dersom behandlingseffekten er liten nok, eller fraværende, bør ressurser brukt på marginalt livsforlengende behandling for de få heller omfordeles til forebyggende tiltak med større samlet helsegevinster for de mange.

den samlede sykdomsbyrden knyttet til sykkelighet, ikke prematur død.² Å leve med kronisk sykdom dominerer. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i nesten alle aldersgrupper. Mindre enn ett av fire dødsfall skjer før fylte 70 år og kreft er her den største årsaken. Blant risikofaktorer er fortsatt røyking, usunt kosthold, høyt blodtrykk og bruk av alkohol og illegale rusmidler (narkotika) de viktigste risikofaktorene for død før fylte 70 år. Selvmord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år.

Dette er kort oppsummert de viktigste utfordringene. Når vi snart får norske sub-nasjonale data for sykdomsbyrden vil de gi ytterligere informasjon for identifikasjon av de viktigste årsaksfaktorene.

Ansvar for å iverksette forebygging ligger i all hovedsak der hvor folk bor, i kommunene. Har alle kommuner nok kompetanse til å etterspørre og ta i bruk denne kunnskapen?

Kunnskap om ressursbruk og nytte: Kunnskap om årsaker og risiko er ikke nok for å utforme folkehelsepolitikken. Etter min vurdering bør de ansvarlige for folkehelsen utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres. Det trengs kunnskap om hvilke tiltak som virker best for å redusere sykdomsbyrden, hva de koster, og hva fordelingsvirkningen blir. Dette gjelder ikke bare tradisjonelle folkehelseiltak, men også tverrsektorielle grep som kan ha bedre helse som hovedeffekt eller som tilleggseffekt (som for eksempel bedre tilrettelagte gang- og sykkelstier). Har nasjonale, statlige myndigheter gjort nok for å framskaffe slik kunnskap, og formidle den ut til kommunene? Finnes det en meny av dokumentert effektive og kostnadseffektive grep som kan forebygge muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser, selvmord og overdoser blant de unge – som kommunene kan velge blant?

Norge begynner å få god oversikt over sykdomsbyrden, men hva med oversikt over ressursstrømmen til folkehelseiltak? Ifølge SSB sin oversikt over helseutgifter etter type tjeneste utgjør posten forebyggende og helsefremmende arbeid (HC.6) omlag 3.2 % av de totale utgiftene. Dette kan umulig fange opp alle de reelle utgiftene. Det er tankevekkende at det ikke finnes en god oversikt over dette, både av hensyn til planlegging og av hensyn til å holde beslutningstagere ansvarlige for ressursfordelingen.

Nye muligheter

Vi lever i en tid hvor muligheten for et enda bedre folkehelsearbeid er til stede. Innen klinisk medisin forskes det mye på å utvikle persontilpasset diagnostikk og behandling, såkalt presisjonsmedisin. Mange ser nå for seg muligheten også for å utvikle målrettede, skreddersydde folkehelseiltak («precision public health»)^{37,38} Kombinasjonen av bedre tilgang til større mengder data, gitt at personvernet respekteres, og ny teknologi som kan samle data og sende varsler og råd i sann tid kan gi uante muligheter. Redaktøren av the Lancet, Richard Horton, kaller det «å bruke kraften i data til å oppnå bedre helse og sosial rettferdighet».³⁸ Det foregår allerede nyskapende forskning som tester ut hvorvidt mobiltelefoner og annen teknologi kan brukes for å stimulere til økt fysisk aktivitet blant utvalgte risikogrupper, eller ungdom eller personer bosatt i spesielle områder. Her ligger også en spenning som bør avklares, både gjennom etisk og empirisk forskning. Er det ønskelig å gå fra universelle tiltak til målrettede tiltak mot utvalgte grupper? Har det virkelig

² Nyere data publiseres fortløpende fra IHME: <https://vizhub.healthdata.org>

større effekt? Et etisk argument for, er at skreddersydde tiltak kan gi økt effekt for utvalgte grupper og dermed har potensiale for redusert sosial ulikhet. Folkehelseiltak kan skreddersys for immigranter, bydeler med lav gjennomsnittsinntekt, eller utvalgte aldersgrupper.

Nyere forskning innen psykologi og atferdsøkonomi har åpnet andre muligheter. Kanskje kan vi finne mer radikale løsninger for bedre folkehelse, med større effekt, som balanserer paternalisme og frihet på en akseptabel og god måte? Ideen om frie, informerte valg forutsetter at vi alle og alltid er rasjonelle. At vi velger og ender opp med løsninger som er i tråd med egne preferanser. Økonomen og nobelprisvinneren Richard Thaler har påpekt at ideen om det rasjonelle mennesket, *homo economicus*, innen økonomifaget gradvis er blitt erstattet av ideen om vår feilbarlighet.³⁹ Vi er ikke, som han sier, "Econs" men "Humans". Dette gjelder ikke minst når vi er i sårbare situasjoner. Her kan folkehelsearbeidet lære av økonomene.

Hvis vi skal oppnå det vi egentlig vil, for eksempel bedre helse og økt velvære gjennom tening, trenger vi et lite dytt.⁴⁰ "Nudging" kan hjelpe oss til å nå våre mål, samtidig som vi beholder vår frihet. Det handler om å endre arkitekturen for våre valg. Hvis den sunne maten gjøres mest synlig i kantinen, og du må gå litt ekstra for å finne pizzaen, så dyttes du til å ta det valget som du egentlig ønsker: å spise sunn mat. Men du er fortsatt fri til å velge. I USA har det vært foreslått at ekstra store plastkrus ved salg av brus bør forbys, mens små plastkrus fortsatt skal være tillatt. Tilrettelegging av ordninger som hjelper enkeltmennesker til å ta gode valg, kombinerer hensynet til individets frihet og en forsiktig paternalisme.³ Å gjøre dette på riktig måte er selvsagt ikke uproblematisk.

I England opprettet regjeringen i 2010 en egen Nudge-avdeling. Mange andre land følger etter og i Verdensbanken utformes disse ideene for å bidra til bedre økonomisk utvikling. Her ligger det et stort potensial. Nudge kan brukes på en god måte, men kan også misbrukes.

Mål og prinsipper for prioritering i folkehelsearbeidet

Prioritering innebærer å rangere; å sette noe foran noe annet. I helsetjenesten mener vi ofte rangering av ulike helsetiltak med hensyn til hvilke tiltak som skal få ressurser for å bli gjennomført. Når vi sier at et tiltak har prioritet over et annet, mener vi at dersom vi kun har nok ressurser til ett av dem, skal ressursene brukes på det tiltaket vi setter først. Denne tenkningen bør også gjelde for prioritering av folkehelsearbeidet, ikke minst i kommunene hvor utordringen er størst. Norge har nå en unik mulighet til å samordne mål, prinsipper og kriterier for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet.

I det følgende drøfter jeg likheter og forskjeller mellom prioritering i folkehelsearbeidet og prioritering i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i utredningen «Åpent og rettferdig» (NOU 2014: 12) og Stortingsmeldingen om prioritering fra 2016.^{41,42}

³ For oss i Norge er det interessant å vite at ordet «nudge» har norske røtter. Erik Arnesen skriver i Tidsskrift for Den norske legeforening at ordet antagelig stammer fra det gamle norske ordet nugge = dytte. Alle trenger av og til en liten dytt for å endre levevaner. Ideen er god og blir tatt i bruk i mange deler av samfunnslivet.

Det første spørsmålet som bør avklares er hvem som avgjør prioriteringer i folkehelsearbeidet. Innen spesialisthelsetjenesten er det slik at en viktig del av prioriteringene innen ny teknologi og nye kostbare medisiner er satt i system: spørsmål om innføring av ny teknologi blir utredet i regi av Bestillerforum og avgjort i Beslutningsforum (som består av direktøren av de fire regionale helseforetakene og en brukerrepresentant).⁴² For prioritering innen folkehelsen er det lang mer komplisert.

Folkehelselovens formål sier blant annet at «Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid».⁷ Ansvarsfordelingen er desentralisert og fordelt mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det viktigste ansvaret ligger der folk bor og forvaltes på det kommunale nivået. Det gjør prioriteringsarbeidet ekstra utfordrende, men mål og prinsipper kan likevel være til hjelp.

NOU 2014: 12 foreslo at målet for prioritering bør være «Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Dette samsvarer godt med mål som har vært formulert i tidligere folkehelsemeldinger, Folkehelseloven, og med verdigrunnlaget for velferdsstaten, som drøftet over. Litt mer konkret kan dette målet formuleres i tre delmål:

Målet for prioritering innen folkehelsearbeidet bør være å

1. Maksimere helse i hele befolkningen
 - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
 - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
 - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektet enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
 - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

En annen og mer detaljert måte å måle helseforbedringer på er å følge endringer i sykdomsbyrden. Det kan legges til rette for bedre monitorering av helsejustert levealder og sykdomsbyrde etter levekår, inntekt, utdanning og geografi. Reduksjon av ulikhet i levekår kan knyttes til indikatoren som brukes i bærekraftmålet om ulikhet (SDG 10: «oppnå og opprettholde inntektsvekst for den laveste 40 prosent av befolkningen med en vekst som er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet»). Det tredje delmålet klargjør at hensynet til frihet og medbestemmelse må balanseres mot målene om bedre helse og redusert ulikhet.

Mulige kriterier for prioritering i folkehelsearbeidet

På samme måte som i spesialisthelsetjenesten er det behov for et mer enhetlig prioriteringssystem for folkehelsearbeidet. Et sted å begynne er å klargjøre kriteriene og etablere et system for kunnskapsoppsummeringer. Det vil likevel være relevante forskjeller i forhold til spesialisthelsetjenesten⁴²

I stortingsmeldingen om prioritering er følgende tre kriterier definert for gruppenivået (som er mest relevant for folkehelsearbeidet):

- Nytte
- Ressursbruk
- Alvorlighetsgrad

Er disse kriteriene relevante for folkehelsearbeidet? De løfter fram kravet om dokumentert nytte og de tydeliggjør avveiningen mellom nytte maksimering og alvorlighetsgrad. Som nevnt over kan alvorlighetskriteriet fortolkes ulikt, og den vanligste individrettede fortolkningen passer dårlig for forebyggende tiltak. Dersom forståelsen av alvorlighetskriteriet som ble foreslått i NOU 2014: 12 legges til grunn, vil ikke forebyggende tiltak bli systematisk nedprioritert.

Etter min mening er kriteriene nytte og ressursbruk godt etablert og godt begrunnet, også for prioritering mellom folkehelse tiltak. Alvorlighetskriteriet er mer omdiskutert. I folkehelse loven er målet om reduksjon av sosial ulikhet klart formulert. Det kan derfor være hensiktsmessig å reformulere det tredje kriteriet, men samtidig beholde oppbyggingen og den underliggende logikk. De tre kriteriene for prioritering innen folkehelsearbeidet kan da bli som følger:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

Nytte kan defineres som helserelatert nytte, men ved tverrsektorielle tiltak kan det være relevant med et utvidet nyttebegrep. Ressursbruk gjelder alle typer ressurser, ikke bare penger, men vil alltid være relevant. Formuleringen av det tredje kriteriet fanger opp hensynet til redusert ulikhet i helse ved at det klargjøres at de dårligst stilte skal ha ekstra prioritet. Indikatoren for hvilken gruppe som er dårligst stilt bør prinsipielt være samlet velferd, men kan avhenge av sammenhengen. Det kan være en indeks for sosioøkonomisk status, levekår, inntekt, utdanning, bosted eller grad av marginalisering.

Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen» (Figur 2).⁴

Figur 2. Forslag til prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for **de dårligst stilte**



Det er velkjent at hensynet til lik fordeling av og til må veies opp mot hensynet til effektivitet.⁴³⁻⁴⁵ De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten.

Forutsetninger for kunnskapsbaserte prioriteringer

Et prinsipp- og kriteriebasert system for prioritering fortsetter et godt kunnskapsgrunnlag og åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning. Innen folkehelsearbeidet er kunnskapsgrunnlaget ofte av en annen karakter og kvalitet enn i spesialisthelsetjenesten, og behovet for skjønn og bred debatt enda større.

En fordel for dette feltet er at det gjennom Folkehelseloven er skapt en bred og tydelig enighet om mål og verdier. Utdfordringen er om kunnskapsgrunnlaget godt nok. Norge er kommet langt i kartlegging av årsaker, mens mye gjenstår med hensyn på systematisk oppsummering av ressursbruk, nytte og fordelings effekter av tiltak.

Et naturlig forslag vil være at Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, styrker sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for evaluering av folkehelse tiltak. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

En viktig begrunnelse for dette forslaget vil være Riksrevisjonens tilbakemeldinger fra 2015. (Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2014 – 2015)). Riksrevisjonens hovedfunn er godt kjent:

- Arbeidet med folkehelse og folkehelse tiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

I forhold til prioriteringer er særlig de to første punktene avgjørende, og etableringen av et system for bedre kunnskapsoppsummeringer vil være et første steg på veien til bedre beslutningsstøtte til kommunene.

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning

Hovedprinsippene for åpne, legitimerende beslutningsprosesser med brukermedvirkning kan være de samme som ble foreslått i Prioriteringsutredningen.⁴¹ Rammeverket «ansvar for rimelige beslutninger» (Accountability for Reasonableness, ofte kalt A4R) bygger på tanken om at det vil være lettere å oppnå enighet om generelle betingelser for en *legitim beslutningsprosedyre* enn om spesifikke prinsipper for en *rettferdig fordeling av helsehjelp* når ressursene er knappe.⁴⁶ Rammeverket består av fire betingelser som sammen skal sikre betingelsene for en legitim prioriteringsprosess:

1. **Åpenhet:** Beslutninger om prioriteringer skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelige.

2. **Relevans:** Begrunnelsene skal være relevante. Det vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, grunner og prinsipper som alle parter – administratorer, eksperter, pasienter og medborgere – kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan forskjellige behov for helsetjenester kan tilfredstilles for hele befolkningen, gitt ressursknapphet.
3. **Klageadgang og korleksjon:** Det bør eksistere mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger, inkludert mulighet for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter.
4. **Regulering og institusjonalisering:** Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at de tre foregående krav blir oppfylt.⁴

Gode beslutningsprosesser må tydeliggjøre hvordan de håndterer særskilt utfordrende etiske og politiske sider ved beslutningene, som for eksempel ivaretagelse av personlig frihet.

Tentativ konklusjon

Hensikten med dette notatet har vært å drøfte verdigrunnet for folkehelsearbeidet i forhold til velferdsstatens verdier, tidligere meldinger og nye utfordringer. Notatet har drøftet mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet, forutsetninger for kunnskapsbasert prioritering og hvordan dette kan settes i system. Det viktigste budskapet er at norsk folkehelsearbeid bør utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres.

Notatet foreslår følgende justeringer, mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

Justering av mål for folkehelsearbeidet:

3. Målet som knyttes til forventet levealder endres til «helsejustert levealder» ved fødsel. Dette målet tas nå i bruk internasjonalt og det fanger opp kronisk sykdom
4. Norge er blant de fem landene i verden som har høyest forventet helsejustert levealder.

Mål for prioritering innen folkehelsearbeidet:

1. Maksimere helse i hele befolkningen
 - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
 - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
 - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
 - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

De to første målene er forenlige med Folkehelseloven og tidligere Folkehelsemeldinger. Det tredje målet er aktuelt for vår moderne velferdsstat, men bør drøftes og presiseres.

⁴ Norsk oversettelse fra Johansson og medarbeidere, TNLF, 2009. Tilpasset her til vår sammenheng.

Kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten. Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen».

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning:

Disse bør tilfredsstillende fire betingelser: i) åpenhet, ii) relevans, iii) klageadgang og korleksjon, og iv) regulering og institusjonalisering.

Etablering av enhet for evaluering folkehelsetiltak:

Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, bør styrke sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for dette. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

Referanser

1. Daniels N. Just health care. New York: Cambridge University Press; 1985.
2. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
3. Marmot M. Fair society healthy lives. In: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, eds. Inequalities in health: ethics and measurement. New York: Oxford University Press; 2013.
4. Sosial- og helsedirektoratet. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
5. Vaupel J, Zhang Z, van Raalte A. Life expectancy and disparity: an international comparison of life table data. *BMJ Open* 2011; 1:e000128.
6. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics* 28 (2009) 73–90 2009; **28**: 73-90.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29.
8. Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; **390**(10100): 1260-344.
9. Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
10. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; **372**(9650): 1661-9.
11. Marmot M. The Health Gap. The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury; 2015.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2014–2015). Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-15.
13. Holm S. Solidarity, justice, and health care priorities. In: Szawarski Z, Evans D, eds. Solidarity, justice and health care priorities. Linköping: Health service studies 8; 1993: 53-64.
14. Holm S, Liss PE, Norheim OF. Access to health care in the Scandinavian countries: ethical aspects. *Health Care Anal* 1999; **7**(4): 321-30.
15. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press; 1971.
16. Berlin I. Two Concepts of Liberty. In: Berlin I, ed. Four Essays on Liberty. London: Oxford University Press; 1969.
17. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
18. Wikler D. Personal and Social Responsibility for Health. In: Anand S, Peter F, Sen AK, eds. Public Health, Ethics, and Equity. Oxford: Oxford University Press; 2004: 109-34.
19. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy* 2006; **76**: 312-19.
20. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *J Med Ethics* 2005; **31**(8): 476-80.
21. Bringedal B, Feiring E. On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors. *J Med Ethics* 2011; **37**(6): 357-61.
22. Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice. *J Med Ethics* 2008; **34**(1): 33-6.

23. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Makt og demokrati. NOU 2003: 19. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet; 2003.
24. McLaren L, Petit R. Universal and targeted policy to achieve health equity: a critical analysis of the example of community water fluoridation cessation in Calgary, Canada in 2011. *Critical Public Health* 2018; **28**(2): 153-64.
25. Béland D, Blomqvist P, Goul Andersen J, Palme J, Waddan A. The universal decline of universality? Social policy change in Canada, Denmark, Sweden and the UK . . *Social Policy & Administration* 2014; **48**: 739-56.
26. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013; **67**(2): 190-3.
27. Weatherly H, Drummond M, Claxton K, et al. Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: Key challenges and recommendations. *Health Policy* 2009; **93**(2-3): 85-92.
28. Forskningsrådet. Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE). 2018. https://www.forskningsradet.no/prognost-bedrehelse/Om_programmet/1254013199397 (accessed November 1 2018).
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 34 (2012–2013). Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-13.
30. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013 – 2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.
31. United National General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/ 70/1. New York: UnIted Nations, 2015.
32. United Nations. Sustainable Development Goals. 2018. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (accessed November 1 2018).
33. Cohen GD, N. Eyal, N., editor. Identified versus Statistical Lives. An Interdisciplinary Perspective; 2015.
34. Wikler D, Brock D. Population-Level Bioethics: Mapping a New Agenda. In: Dawson A, Verweij M, eds. Ethics, Prevention, and Public Health. London: Oxford University Press; 2009.
35. utredninger No. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. [In Norwegian]. Oslo, 2014.
36. Fleurbaey M, Voorhoeve A. Decide as You Would with Full Information! An Argument against Ex Ante Pareto. In: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, eds. Inequalities in health: ethics and measurement. New York: Oxford University Press; 2012.
37. Chowkwanyun M, Bayer R, Galea S. "Precision" Public Health - Between Novelty and Hype. *N Engl J Med* 2018; **379**(15): 1398-400.
38. Horton R. Offline: In defence of precision public health. *The Lancet* 2018; **392**: 1504.
39. Thaler RH. Misbehaving: The Making of Behavioral Economics. New York: W. W. Norton & Company; 2015.
40. Thaler RH, Sunstein C. Libertarian Paternalism. *AMERICAN ECONOMIC REVIEW* 2003; **93**(2): 175-9.
41. Norges offentlige utredninger. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. [In Norwegian]. Oslo, 2014.

42. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld.St.34 (2015-16) Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. [Values in the patient's health care. Notification of priority-setting.]. Oslo, 2016.
43. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, et al. Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. *Value Health* 2017; **20**(2): 206-12.
44. Asaria M, Griffin S, Cookson R. Distributional Cost-Effectiveness Analysis: A Tutorial. *Med Decis Making* 2016; **36**(1): 8-19.
45. Norheim OF. Implementing the Marmot Commission's Recommendations: Social Justice Requires a Solution to the Equity-Efficiency Trade-Off. *Public Health Ethics* 2009; **doi: 10.1093/phe/php006**.
46. Daniels N, Sabin JE. Setting limits fairly: learning to share resources for health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2008.

Helsedirektoratet, 22. mai 2019

Sak: Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2018: 16

Saksnummer: 19/5826

Saksbehandler: Seniorrådgiver Kjartan Sælensminde

Godkjent elektronisk av: Divisjonsdirektør Sissel Husøy og Avdelingsdirektør Fredrik A.S.R. Hanssen

Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2018:16 "Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester"

1 Hovedbudskap

Helsedirektoratet støtter utvalgets overordnede prinsipielle anbefaling om at de samme kriteriene for prioritering; nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet, kan anvendes i både spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å oppnå likeverdige helsetjenester. Helsedirektoratet støtter også anbefalingen om at fysisk, psykisk og sosial *mestring* med fordel kan tas inn i nytte- og alvorlighetskriteriet.

Helsedirektoratet er enig med utvalget i at åpne prosesser basert på legitime og anerkjente prinsipper for prioritering, kan bidra til aksept for beslutningene som tas. Direktoratet mener at flere av de foreslåtte virkemidlene er egnet til å fremme åpenhet omkring prioriteringsprosessene og at enkelte av tiltakene også kan bidra til større grad av likhet i prioriteringsbeslutningene.

Det gjenstår imidlertid en del utredningsarbeid før enhetlige prinsipper og kriterier for prioritering kan operasjonaliseres på en konsistent måte for hele helsetjenesten. Skal man oppnå dette, kan man for eksempel ikke legge ulikt innhold inn i kriteriene, måle innholdet ulikt, og heller ikke vekte kriteriene ulikt. Dessuten er det mange ulike virkemidler som kan anvendes for å oppnå likeverdige helsetjenester, og det mangler ofte kunnskap om tiltakenes effekt og virkemåte. Felles for disse, enten det er juridiske-, økonomiske- eller andre virkemidler, er at de bør vurderes mht. måloppnåelse iht. de overordnede prioriteringskriteriene, før de iverksettes.

Kommunenes ansvarsområde strekker seg utover å gi innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. De skal også bidra til å nå overordnede politiske mål på folkehelseområdet og på andre områder som gir befolkningen velferd. Dessuten ligger mange av virkemidlene som kommunene rår over innenfor andre samfunnssektorer enn helse- og omsorg. Etter Helsedirektoratets mening tilsier dette at forebyggingstiltak i større grad bør vurderes anvendt for å oppnå bærekraftige og samfunnsøkonomisk gode løsninger på helsemessige utfordringer.

2 Innledning

Først en takk til utvalget som har gjort gode prinsipielle vurderinger og gitt anbefalinger om kriterier som kan bidra til å oppnå konsistente prioriteringer i hele helsetjenesten. Utvalget har også i noen grad pekt på hva som må/kan gjøres videre av faglig/metodisk karakter for å kunne anvende kriteriene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Her ligger det mange vanskelige spørsmål og avveininger som gjennom utredningen er gitt et godt grunnlag for videre arbeid.

3 Synspunkt på utvalgets prinsipielle tilnærming og hovedgrep i sin bevarelse av oppdraget

3.1 Tilslutning til hovedkriteriene, men utfordrende operasjonalisering gjenstår

Utvalgets konklusjon er at hele helse- og omsorgstjenesten bygger på det samme verdigrunnlaget og bør anvende de samme prinsippene for prioritering. Utvalget mener dessuten at hovedkriteriene som i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for prioriteringer i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er en prinsipielt viktig konklusjon som legger et grunnlag for konsistente verdibaserte prioriteringsbeslutninger i hele helse- og omsorgstjenesten, og som Helsedirektoratet støtter. Når det kommer til operasjonalisering gjenstår det imidlertid en hel del vurderinger og konkretiseringer.

3.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov i prioriteringsdiskusjonen

En sentral problemstilling i utredningen er knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov. Helsedirektoratet er enig i at det synliggjøres at kommunene har en forpliktelse til å sørge for grunnleggende, basale behov for de som ikke er i stand til å ta vare på seg selv.

Samtidig er det ikke uproblematisk å skulle trekke et skille mellom hva som er grunnleggende behov og hva som ikke er det. Vanskelighetene gjelder både det prinsipielle og det metodiske, og både på individnivå og på gruppenivå. Dersom enkelte tjenester eller enkelte brukere skal unntas fra prioriteringsvurderinger i kommunene, vil dette utfordre legitimiteten og by på pedagogiske utfordringer. Det er uheldig om de vurderingene som gjøres knyttet til dette spørsmålet blir ulike fra kommune til kommune, fordi det da vil kunne settes spørsmål ved om det eksisterer et reelt etisk imperativ bak slike ulikheter.

Budsjettmessig er det trolig at de såkalte grunnleggende tjenestene vil binde opp en vesentlig del av kommunenes budsjett til helse- og omsorgstjenester. Hvordan dette vil påvirke prioriteringsmulighetene og -prosessene er i liten grad problematisert i utredningen, og vil kreve betydelig videre arbeid og avklaringer.

3.3 Mestring som del av nytte- og alvorlighet støttes, men operasjonalisering gjenstår

Helsedirektoratet mener det er viktig og positivt at utvalget tar opp fysisk, psykisk og sosial mestring som prioriteringskriterium. Dette er særlig relevant for kommunal sektor, med det ansvaret kommunene har for kontinuerlige tjenester, men også relevant for spesialisthelsetjenesten. Det pekes på at formålsbestemmelsene i helselovene forutsetter

samhandling mellom tjenestenivåene. Helsedirektoratet mener at både kravet til samhandling og bruk av fysisk, psykisk og sosial mestring i vurdering av både alvorlighets- og nyttekriteriene tilsier at mestringskriteriet må utvikles for alle tjenesteområder som møter de som har behov for behandling eller bistand. Vi ser behov for vurderinger av hvordan forståelse og bruk av mestringskriteriet skal utvikles i spesialisthelsetjenesten. Store deler av gruppene som ikke erfarer fysisk-, psykisk- og sosial mestring er dessuten mottakere av bistand fra NAV. Tjenestene i NAV bør derfor også inngå i en slik utvikling av mestring som kriterium for prioritering.

En annen side ved å inkludere mestring som kriterium for prioritering er at tiltakene må utformes for at den det gjelder skal oppleve mestring på egne premisser. For mange er arbeid en sentral faktor for å oppleve mestring. I tidligere utredninger har en valgt å se bort fra deltakelse i arbeid som mål for arbeidet, hovedsakelig fordi arbeid i hovedsak ble tolket som samfunnsnytte. Dersom en inkluderer mestring som kriterium vil det også være relevant å inkludere arbeid som et personlig valgt mål, som er sentralt i mestring for mange. Det er viktig å skille mellom nytten av arbeid, på person og på samfunnsnivå.

Hvis man skal inkludere *helseeffekten* av å være i arbeid i analyser i helsesektoren, kan man bruke et generisk instrument som måler helserelatert livskvalitet på en slik måte at den faktiske arbeidsevnen inngår i dimensjonen som skal fange opp evnen til "mestring av daglige gjøremål". Dette er slik det f.eks. gjøres i instrumentet EQ5D for måling av helserelatert livskvalitet. I og med at EQ5D er det mest brukte instrumentet for måling av kvalitetsjusterte leveår (QALY), vil nytten av helseeffekten av å være i arbeid allerede være inkludert i de fleste helseøkonomiske analysene som gjøres. Hvor store justeringer som må gjøres for å utvide nyttekriteriet på området mestring, slik utvalget foreslår, bør derfor vurderes (jf. avsnitt om QALY versus MCDA under).

3.4 Samme kriterier i hele helsetjenesten? Behov for metodiske vurderinger

For å oppnå konsistente prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten gjennom anvendelse av de foreslåtte kriteriene er det behov for en del videre metodiske vurderinger og avklaringer. Dette dreier seg f.eks. om i hvor stor grad *funksjonsforbedring*, som inngår i spesialisthelsetjenestens kriterier (og også er med i utvalgets forslag til kriterier for den kommunale helse- og omsorgstjenesten), allerede fanger opp deler av det som er tenkt å inngå i *mestring*. Dette dreier seg også om hvor vidt mestring også bør tas inn i spesialisthelsetjenestens nytte- og alvorlighetskriterier dersom funksjonsforbedring ikke fanger opp alle dimensjoner med livskvalitet som er ønskelig å ha med. Sist, men ikke minst, dreier det seg om nytte og alvorlighet kan måles ved gode leveår, og om kvalitetsjusterte leveår (QALY) kan brukes som uttrykk for gode leveår slik dette allerede gjøres i spesialisthelsetjenesten. Selv om utvalget har trukket noen prinsipielle konklusjoner og kommet med anbefalinger om prioriteringskriteriene, gjenstår det likevel en del før det kan anvendes på en konsistent måte. Dette er utdypet under.

3.5 QALY versus MCDA

Utvalget har pekt på at for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil i mange tilfeller mestring av livssituasjonen være det sentrale målet og helsemessig funksjonsforbedring mer underordnet. Da vil kvalitetsjusterte leveår (QALY) og instrumenter for å måle helserelatert livskvalitet, slik disse er utformet og anvendes for tiltak i

spesialisthelsetjenesten, ikke fullt ut være dekkende. Utvalget har derfor både pekt på en utvidelse av QALY (E-QALY) som et alternativ og anvendelse av en metodikk betegnet Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) som et annet alternativ. Hva utvalget egentlig anbefaler her virker litt uklart. Dessuten mangler det en prinsipiell vurdering av disse to alternativene opp mot mål om konsistens mht. prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet gir derfor her noen innspill til en slik vurdering og en anbefaling.

Metodikken i MCDA er i prinsippet ikke forskjellig fra QALY-metodikken. I begge tilfeller inngår det ulike kriterier/dimensjoner av helse eller annet som man ønsker å måle den relative vektingen av og deretter summere til et mål som kan brukes til å rangere tiltak. Det er imidlertid betydelig forskjell mht. metodikkens modenhetsnivå, utvikling og anvendelse. Mens QALY-metodikken anvendes i betydelig grad for tiltak i spesialisthelsetjenesten og politisk har fått sin tilslutning iht. Meld. St. 34 (2015-2016) der også vekting av kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er fastslått, er MCDA langt mer uferdig. Dessuten er det et ubesvart spørsmål hvordan man skal kunne få konsistente prioriteringer i hele helse- og omsorgstjenesten hvis MCDA med egne kriterier og egen vekting skal anvendes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens QALY-metodikk anvendes i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener man i det videre prinsipielle og metodiske prioriteringsarbeidet i helsetjenesten bør basere seg på det omfattende arbeidet som er nedlagt i Meld. St. 34 (2015-2016) og denne meldingens foregående NOU-er og andre grunnlagsdokumenter. Helsedirektoratet anbefaler derfor at de generiske instrumenter for måling av helserelatert livskvalitet, og som allerede anvendes i spesialisthelsetjenesten, også satses på som instrumenter for måling av livskvalitet og mestring av det å leve med sykdom og omsorgsbehov for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I en slik satsing kan en ta utgangspunkt i det mest brukte instrumentet EQ-5D og hva som der allerede er inkludert av kriterier om mobilitet, personlig stell og "mestring" av vanlige gjøremål som f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie eller fritidsaktiviteter. Dessuten kan en vurdere andre instrumenter som 15D, som i tillegg f.eks. har med kriterier som har med syn og hørsel å gjøre og som derfor kan være mer relevant for eldre med omsorgsbehov. Dessuten pågår det allerede et arbeid om bedre tilpasning av EQ-5D til å kunne måle nytte av tiltak i omsorgssektoren (jf. vedlegget til utredningen utarbeidet av Augestad og Rand). I tillegg er det verdt å nevne at det nylig er utarbeidet en ny norsk tariff (vekter) for 15D som i større grad samsvarer med tariffen for EQ5D. Dette gir større muligheter til konsistent anvendelse av ulike generiske QALY-instrumenter.

I denne sammenheng kan det også være et poeng at selv om multikriterieanalyse og hypotetiske verdsettingsmetoder er vanlig å anvende for å fremskaffe befolkningens preferanser for ulike nyttedimensjoner (f.eks. reisetid, komfort, forsinkelser, luftforurensning, støy, ulykkesrisiko) i transportsektoren, har også Statens vegvesen i sin siste håndbok 172 for konsekvensanalyser anbefalt å anvende QALY-metodikk for å kunne håndtere helseeffekter på en måte som er konsistent med f.eks. en skadegrads faktiske helseinnhold. Konsistent håndtering av liv og helse mellom ulike samfunnssektorer er altså et mål som er innenfor rekkevidde. Dette bør være av interesse for kommunene som både

har ansvar for helse- og omsorgstjenester og andre tjenester som påvirker befolkningens liv og helse.

3.6 Kommunenes brede samfunnsoppdrag har betydning for prioritering av forebyggingstiltak – Uavklarte målkonflikter og metodiske utfordringer

Utvalget mener at kommunens brede samfunnsoppdrag er et forhold som får betydning for innretning og anvendelse av prioriteringskriteriene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er Helsedirektoratet enig i.

Flere steder i utredningen beskrives betydningen av forebyggende innsats i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det påpekes at forebygging er en lovpålagt del av helsetjenestens virksomhet. Videre refererer utredningen til forhold ved dagens organisering av helsetjenesten som motvirker en økt satsing på forebygging. Helsedirektoratet stiller seg bak utvalgets beskrivelse av betydningen av forebyggende innsats i kommunale helsetjenester.

Et bredt samfunnsoppdrag tilsier at kommunene også har ansvar for tiltak som har helsegevinster i andre sektorer og forebyggende helsetjenester. Utvalget foreslår at dagens praksis med 4% diskontering av helsegevinster bør utredes, med tanke på de negative effektene dette har på aktivitet for forebygging. Helsedirektoratet støtter dette forslaget.

Kommunene sitt brede ansvar for folkehelse og andre samfunnsoppgaver tilsier at prioriteringene i kommunene ofte vil være på sentralt administrativt- og politisk nivå. Da vil et samfunnsperspektiv i mange tilfeller fremstå som et relevant perspektiv på analysene, og man vil kunne oppleve at tiltak gis ulik prioritet avhengig av om man velger å anvende et samfunnsperspektiv eller et (helse)tjenesteperspektiv. For eksempel kan det oppstå et konsistensproblem dersom NAV (og andre etater i andre sektorer) gjør analyser i et samfunnsperspektiv der de inkluderer verdien av produksjonen og gjerne også andre nyttevirkinger enn helse, mens analyser i helsesektoren har et mer begrenset helsefokus og et tjenesteperspektiv.

I dette ligger det både fremtidige uavklarte målkonflikter og metodiske utfordringer dersom ulike sektorer anvender ulike perspektiv i sine analyser. En tilgrensende metodisk inkonsistens som har betydning for prioritering av forebyggende folkehelseiltak oppstår ettersom helsesektoren i sine tiltaksanalyser gjerne tar utgangspunkt i målet om redusert sykdomsbyrde og at konsumenten/pasienten kan trenge hjelp til å håndtere risikofaktorer, mens andre sektorer gjerne legger til grunn en antagelse om konsumentsuverenitet og at helseeffekter er et resultat av frie og opplyste valg i sine tiltaksanalyser.

3.7 Tannhelse

For tannhelsetjenesten er Helsedirektoratet enige i at de generelle prioriteringskriteriene bør gjelde. Det kan imidlertid være noen praktiske utfordringer med å benytte kriteriene for tannhelseområdet. Det er dessuten nødvendig å gjennomgå regelverket for hvem som skal få tjenester. Vi støtter derfor utvalgets forslag om en slik gjennomgang, for å sikre at gruppene som gis rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten og som gis stønad fra folketrygden er i tråd med utvalgets forslag til prioriteringskriterier.

Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Dette mener Helsedirektoratet også må gjelde for tannhelsetjenesten.

3.8 Mangelfull kunnskap om effekt av tiltak er en utfordring

Helsedirektoratet deler synspunktet om at mangelfull kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger. Og dermed at det er viktig at "arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten fortsetter". Når det gjelder områdene psykisk helse og rus vil vi imidlertid påpeke at det også innenfor spesialisthelsetjenesten er mangelfull kunnskap om effekten av tiltak, og at dette innebærer en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

3.9 Flere konkrete eksempler ville styrket utredningen

Utredningen bygger på tidligere utredninger om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og vurderer så hvordan dette kan overføres til kommunal sektor. I denne vurderingen kunne det vært sett mer på hvilke konkrete konsekvenser anbefalingene vil få for tiltak i kommunene/fylkeskommunen.

Helsedirektoratet anser at bruk av flere konkrete eksempler fra kommunene på utfordringer knyttet til prioriteringer som gjøres i dag, for så å drøfte dette opp mot de foreslåtte kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, hadde styrket utredningen. Konkrete eksempler er ønskelig både for prioriteringer på klinisk nivå, gruppenivå, administrativt nivå og politisk nivå.

4 Er virkemidlene som foreslås i innstillingen egnet for å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

4.1 Juridiske virkemidler

Lovfeste overordnet prioriteringsplikt

Helsedirektoratet er positive til forslaget om å lovfeste en plikt for kommuner og fylkeskommuner til å innrette tjenestetilbudet i tråd med de overordnede prioriteringskriteriene, på samme måte som det er foreslått for spesialisthelsetjenesten. En slik plikt vil tydeliggjøre hvilke avveininger som skal gjøres når tjenester planlegges og når det vurderes hvilket tilbud som skal gis.

Vi antar det vil være aktuelt å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som tilsvarer bestemmelsen som er foreslått tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at helse- og omsorgstjenesteloven omfatter mange ulike tjenester, og skal dekke mange ulike behov. Det kan gjøre det utfordrende å finne gode betegnelser som beskriver hva prioriteringsvurderingen skal knyttes til.

Forskriftsfeste vilkår for rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester

For spesialisthelsetjenesten har den formaliserte prioriteringsvurderingen vært knyttet til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp når pasienter er henvist fra primærhelsetjenesten.

Vilkårene for rett til helsehjelp er tatt inn i prioriteringsforskriften, som er gitt med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Hvis de generelle prioriteringskriteriene innføres for kommunene på overordnet nivå, bør det vurderes å sette tilsvarende vilkår for retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. For eksempel kan det forskriftsfestes, med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, at pasienten eller brukeren må ha nytte av tiltaket, og ressursbruken må stå i et rimelig forhold til den forventede nytten av tiltaket for at pasienter og brukere skal ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Utvalget tar utgangspunkt i reguleringen av prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og foreslår blant annet detaljerte prioriteringskriterier etter mønster av prioriteringsforskriften § 2a. Det er imidlertid mange forskjeller mellom spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og omsorgstjenesten som medfører at denne typen regulering ikke nødvendigvis er overførbart. Forskjellene gjør det vanskelig å se for seg en nasjonal operasjonalisering av prioriteringskriteriene for enkelttjenester eller enkelte grupper av pasienter/brukere, slik det er gjort i prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten.

Forskjeller som er av særlig betydning:

- Kommuner varierer mye i størrelse, kompetanse, utfordringer og muligheter, og må innrette helse- og omsorgstjenestene etter dette. Det er derfor stor variasjon i tjenestetilbud, hvordan de er utformet/organisert og hvem som vurderer ulike spørsmål. Operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene kan derfor ikke være lik kommunene imellom.
- Spesialisthelsetjenesten vurderer pasienter som allerede har blitt vurdert av fastlege/fagperson og henvist til en del av spesialisthelsetjenesten. I kommunen kommer henvendelser og søknader direkte fra pasienter, brukere og pårørende, uten å være forhåndsvurdert av en fagperson. I tillegg har kommunen ansvar også for å tilby tjenester der kommunen selv har blitt oppmerksom på et behov. Diagnoser kan være fraværende, behovene lite kartlagt og utredet, og utfordringsbildet stort og mangfoldig. De som skal kartlegge tjenestebehov, vurdere om tjenester skal tilbys og i så fall i hvilken form og hvilket omfang, forholder seg dermed til et betydelig mer komplisert virkelighetsbilde enn de som gjør rettighetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten.
- De kommunale saksbehandlerne forholder seg til et mye mer omfattende regelverk enn de som gjør rettighetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten. Både pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltningsloven og ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper er av betydning for vurderinger og saksbehandling. Saksbehandlerne er som hovedregel ikke jurister. Dersom det innføres detaljerte kriterier for prioritering på individnivå, vil regelverket kompliseres ytterligere. Vi frykter at dette kan bli u håndterlig for saksbehandlerne, og dermed ikke bidra til bedre prioriteringer, men heller til dårligere regelverksoverholdelse samlet sett.
- Det er mindre systematisert kunnskap om nytte av ulike tiltak i helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Det ovenstående kompliserer en operasjonalisering og implementering av detaljerte prioriteringskriterier på individnivå.

Helsepersonells prioriteringsplikt

Utvalget anbefaler at de foreslåtte kriteriene for prioritering også tydeliggjøres i regelverket om helse- og omsorgspersonells rettigheter og plikter, men har ikke konkretisert forslaget ut over å vise til helsepersonelloven §§ 4, 6 og 16.

Vi er enige i at helsepersonell er viktige prioriteringsaktører. Vi mener likevel det ikke er hensiktsmessig å regulere prioriteringskriteriene i helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet i § 4 og ressursbruksbestemmelsen i § 6 i helsepersonelloven innebærer en plikt for helsepersonell til å prioritere ut fra alvorlighet, nytte og ressursbruk, og vi mener dette er tilstrekkelig. Helsepersonelloven regulerer for øvrig rettigheter og plikter for helsepersonell også i helprivat virksomhet.

Det er heller ikke slik at alt helsepersonell i det daglige tar prioriteringsbeslutninger. Slike beslutninger er særlig knyttet til overganger som oppstart, overflytting og avslutning av behandling. Det er derfor spørsmål om det er hensiktsmessig å tydeliggjøre de generelle prioriteringskriteriene i helsepersonelloven. Etter vår mening vil det ha større betydning for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten at prioriteringsprinsippene lovfestes på tjenestenivå (administrativt nivå) og ikke for enkeltpersonell.

Det vil være behov for veiledning og opplæring for helsepersonell dersom prioriteringsprinsippene tas inn i tjenestelovgivningen og eventuelt i forskrift om rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Dette vil antakelig ha større effekt enn endring av helsepersonelloven. Det kan også vurderes å ta inn bestemmelser om prioritering i forskrifter som regulerer enkelte kommunale tjenester, eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller fastleger.

4.2 Økonomiske virkemidler

Blankholm-utvalget foreslår at de samme prinsippene som ligger til grunn for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten gjøres gjeldende for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Utvalget erkjenner imidlertid at det i "liten grad er undersøkt om dagens finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren understøtter riktige prioriteringer, og mener følgelig det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt finansieringsordningene støtter opp om prioritering i henhold til prinsippene som foreslås".

Helsedirektoratet slutter seg til denne konklusjonen, men vil påpeke at en og samme finansieringsordning i ett tilfelle kan støtte opp om prioriteringskriteriene, men i et annet tilfelle kan samme virkemiddel motvirke god prioritering. F.eks. er øremerkete tilskuddsordninger i samsvar med prioriteringene når de retter seg mot et tjenestetilbud der vurdering av nytte og alvorlighetsgrad tilsier at tilbudt kapasitet i en kommune er altfor liten. På den annen side kan øremerkete ordninger medføre uheldige vridninger i lokale prioriteringer. Det samme kan gjelde innretning av takstordninger. En gjennomgang av finansiering og prioritering må også omhandle analyser av de ulike finansieringsordningene sine insentivvirkninger. Det må da tas hensyn til at finansieringsordningene i helse- og omsorgssektoren fungerer i en omfattende totalkontekst. Det er denne konteksten som prioriteringsbeslutninger tas innenfor.

Til tross for påpekning av behov for ytterligere utredning av sammenhengen mellom finansieringsordninger og prioritering, anbefaler utvalget i avsnitt 18.3 at rammestyring

(rammefinansiering) videreføres som grunnmodell for finansiering av kommuner. Helsedirektoratet støtter dette, men vil i tillegg foreslå en normativ beregningsmetode for fordeling av rammen på sektorområder og kommuner. Også med en normativ modell baseres tildelingen på objektive kriterier, men der det tas utgangspunkt i fastsatte normer og standarder for tjenesteinnhold i henhold til prioriteringskriterier.

4.3 Pedagogiske virkemidler

Utredningens kapittel 16.2 handler om kunnskap om hvordan kommunene prioriterer. Budskapet er at det mangler kunnskap om prioriteringspraksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Slik er det også i spesialisthelsetjenesten. (REF: Prioritering på klinisk nivå. Prosjekt-rapport 15. november 2018. Helsedirektoratet.) Med bakgrunn i dette prosjektet mener Helsedirektoratet det er en rekke felles utfordringer i helsetjenesten, uavhengig av nivå. Vi støtter forslagene om tiltak (18.7) som peker på grunnutdanning, lederutdanning, systematisk erfaringsdeling og arbeid med Kliniske etikk-komiteer i kommunene.

Fastleger og kommuneleger er viktige premissleverandører for prioriteringer i kommunen. Legenes kompetanse i prioriteringskriterier vil derfor være av stor betydning. Også andre helsepersonellgrupper, som fysioterapeuter, har utvidete rettigheter som henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten som innebærer at de bør ha kunnskap/kompetanse om prioriteringskriterier og eventuelle prioriteringsverktøy. Vi støtter utvalget (kap. 18.5.3 om utdanning og kompetanse) i at kunnskap om prinsipper for prioritering og etisk refleksjon knyttet til prioriteringer skal inngå i læringsutbyttebeskrivelsene i de nasjonale faglige retningslinjene for alle helsefagutdanningene på universitets- og høyskolenivå. I tillegg vil vi nevne betydningen av at kommunene tar i bruk spesialistutdanningen for allmennlegene som en arena for trening i prioriteringskriterier- og verktøy i praksis.

Helsedirektoratet er også enig med utvalget (kap. 18.4. Pedagogiske virkemidler) i at prioriteringskriteriene må legges til grunn når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og revideres. Vi arbeider med å gjøre dette enda tydeligere i våre anbefalinger. Utvalget peker på en viktig problemstilling i så måte, ved å fremheve at kunnskapsgrunnlaget for tiltak i kommunesektoren ofte er lite kjent.

4.4 Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse

Utvalget foreslår å etablere et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg til i praktisk prioriteringsarbeid. Dette forslaget støttes av Helsedirektoratet.

For utvikling av relevant og nyttig styringsinformasjon vil et slikt nasjonalt kompetansemiljø, ikke bare gi nyttige innspill til kommuner og fylkeskommuner, men også til andre arenaer som for eksempel Helsedirektoratet. Ved etablering av et slikt kompetansemiljø anbefales det at Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) sees på som en ressurs og har en rolle som sentral aktør i tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av registerdata som ligger til grunn for prioriteringsarbeidet.

Vi vil i tillegg understreke at prioriteringer - selv med veiledning og retningslinjer- vil være et anliggende for kliniske vurderinger, kompetanse og erfaring. Utfordringer som går på tvers

av fagområder kan bli nedprioritert når hvert enkelt forvaltningsorgan arbeider for å nå egne mål og oppnå resultater internt. God ledelse og en kontinuerlig tverrfaglig kompetansebygging vil også kunne gi en betydelig gevinst.

4.5 Data til beslutnings- og prioriteringsstøtte

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble lansert i april 2018. Med KPR og NPR får vi informasjon om hele befolkningens samlede forbruk av helse- og omsorgstjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Norge er nå i en særstilling med personidentifiserbar helseinformasjon som gjør det mulig å se pasientforløpene i primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng – altså helhetlige pasientforløp.

Blankholmutvalget anbefaler at KPR får en innretning som gjør at kommunene kan benytte det i sitt arbeid med vurdering av prioriterings spørsmål. Forslaget gjenspeiler KPRs hovedformål, som er å bidra til styring, utvikling, forvaltning av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet anser derfor dette forslaget som et naturlig steg i utviklingen av tjenester og leveranser fra KPR.

Tannhelsetjenesten, både privat og offentlig, er i dag i høy grad digitalisert. Det er også utviklet et hensiktsmessig kodeverk (SNOMED CT) som ved en eventuell opprettelse av et tannhelseregister, som en del av KPR, både på nasjonalt, lokalt og i egen praksis vil kunne gi data til prioriteringsstøtte.



Høringssvar fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Dato: 22.05.2019

Høringssvar NOU 2018:16 Det viktigste først - prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Høringssvar fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Viser til høringsnotat NOU 2018:16 Det viktigste først - prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester, der Arbeids- og velferdsdirektoratet er høringsinstans. Helsetjenestene, både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er svært viktige samarbeidsaktører for NAV. I tillegg må det bemerkes at NAV-kontorene gjennom delt kommunalt eierskap med staten også er en del av kommunens tjenestetilbud. Vi har store brukergrupper som står utenfor arbeidslivet grunnet helserelaterte plager som representerer både felles utfordringer og felles ansvar. Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av NAV-brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. Antall tapte årsverk som følge av mottak av helserelaterte livsoppholdsytelser tilsvarte 15.9 prosent av befolkningen i alderen 18-66 år i 2017. NAVs virkemidler alene er ofte ikke tilstrekkelige for å bistå disse på en meningsfull måte. Mange av disse har helseplager som tilsier at de har behov for behandling og oppfølging fra kommunehelsetjenesten.

Internasjonale og norske studier viser at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende. God helse i befolkningen fremmer på sin side sysselsettingen. Langt flere bør derfor få muligheten til å arbeide med og til tross for et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater. Forskning viser at arbeidsdeltagelse kan gi en rekke helsefremmende effekter. Det er klare positive sammenhenger mellom det å være i /komme i arbeid og helse, særlig psykisk helse. Tap av arbeid gir dårligere psykisk helse mens retur til arbeid påvirker psykisk helse i positiv retning. Forskning tyder på at det å stå utenfor arbeid i seg selv kan ha negativ innvirkning på helse. Mulighet for å delta i arbeidslivet vil dermed være en sterk faktor for å fremme livskvalitet og øke fysisk, psykisk og sosial mestring.

OECD har de siste ti årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene. Flere norske utredninger og stortingsdokumenter har gjennom lang tid pekt på store utfordringer i sonen mellom arbeids/velferds- og helsesektorene, bl.a. knyttet til felles fagutvikling, rolle- og ansvarsdeling, samarbeid og utvikling av helhetlige tilbud til brukere/pasienter. Gjennom satsingen på arbeid og psykisk helse over flere år har vi sett en stadig tettere samhandling mellom arbeidsrettede tjenester og helsetjenester mange steder, om felles brukere. Vi erfarer at vi er avhengig av hverandres kunnskap og erfaring for å kunne hjelpe personer, særlig de med psykiske lidelser og rusproblematikk, som ønsker å komme i og bli i en jobb. Gjennom utprøvingen av Individuell jobbstøtte (IPS), der jobbspesialister fra NAV jobber integrert i behandlingsteam i helsetjenesten, fikk vi resultater som i betydelig grad øker mulighetene for tilbakeføring til jobb.

Perioden der NAV kan yte arbeidsavklaringspenger ble fra 1.1.18 kortet ned fra fire til tre år. Det betyr at vi har fått et kortere tidsrom til å hjelpe mennesker tilbake til jobb eller avklare til uføretrygd. Med bedret samhandling får vi på et tidligere tidspunkt mulighet til å kartlegge og avklare behovet til personer som trenger bistand fra NAV samtidig med behandling i helsetjenesten, og tjenestene blir mer effektive. Dermed forhindrer vi langvarig fravær som gir økt risiko for at personene ikke vil kunne klare å komme tilbake til eller ut i arbeid. Samarbeid med NAV bør derfor bli en del av pasientens behandlingslinje og behandlingsforløp. Det blir dermed viktig at prinsippene som legges til grunn for tildeling av helse- og omsorgstjenester bidrar til at NAV og helsetjenestene sammen kan legge til rette for at personer opplever funksjonsforbedring, økt fysisk, psykisk og sosial mestring, samt hindrer funksjonstap forårsaket ved at mulighet for å kunne delta i arbeidslivet reduseres.

Vi ser i forslaget at det argumenteres med at prinsippene for prioritering i spesialisthelsetjenesten kan legges til grunn for prioritering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi ser at disse prinsippene fanger opp flere dimensjoner som kan knyttes til arbeidsdeltakelse og vi ser fordelene med at det er samfallende prinsipper som regulerer prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og kommunes helse- og omsorgstjeneste.

I forbindelse med opprettelse av samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten har vi registrert at helseforetakene tolker mulighetsrommet som ligger i de gjeldende prinsippene svært ulikt. Vi erfarer at noen helseforetak prioriterer tidlig avklaring og igangsettelse av behandling for å gi forebyggende hjelp og forhindre funksjonstap. Andre helseforetak derimot vurderer at de mest alvorlige tilstandene skal prioriteres og at tidlig igangsettelse av helsehjelp for å øke livskvalitet, bidra til funksjonsforbedring og forhindre funksjonstap er noe de i mindre grad kan prioritere. Dette har medført at det i noen regioner har vært utfordrende å bygge ut felles behandlingstilbud med tjenester fra NAV og helse. Dette temaet har vært drøftet i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse i 2018. Rådsmedlemmene var opptatt av at det oppnås en rettighetsvurdering ved henvisning til spesialisthelsetjenesten som gir tilgang til tjenester i en fase der intervensjonene er mest mulig virksomme, og samtidig sikrer likeverdige tjenester. Fagrådet argumenterte at de gjeldende prioriteringsveilederne bør revideres, for å presisere hvordan vurderingene kan inkludere mulighet for å forbedre funksjon, aktivitet og arbeidsdeltakelse. Arbeids- og velferdsdirektoratet anbefaler en revidering av relevante prioriteringsveiledere for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier.

Høringsnotatet trekker nettopp frem kommunens brede samfunnsoppdrag som innebærer behov for prioritering av ressurser på tvers av sektorene, at de kommunale tjenestene vil måtte forholde seg til flere problemer av gangen og ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til mestre sin tilstand og leve et godt liv med sykdommen/tilstanden vedkommende har. Da blir det ekstra viktig at prinsippene legger til rette for god og effektiv samhandling mellom tjenestene slik at vi unngår negative konsekvenser på sikt for den enkelte knyttet til sykdomstilstand, funksjon, livskvalitet, mestring og mulighet for arbeidsdeltakelse. Vi vurderer det som viktig at dette brede perspektivet understøttes i utarbeidelse av veiledere og verktøy som skal brukes for å operasjonalisere prioriteringsprinsippene. Arbeids- og velferdsdirektoratet vil gjerne involveres i dette arbeidet.

Betydningen av en økt satsing på forebygging er nevnt flere steder i utredningen. Likevel mangler konkrete forslag for å endre prinsippene om prioritering for å fremme satsing på forebygging. Utvalget viser til lovverket, der det er nedfelt at det ikke bare skal fokuseres på behandling av sykdom, men også på forebygging og mestring av sykdom. Utvalget legger til grunn at alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene har i oppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. I tillegg kan det være verdt å understreke at forebygging er et lovkrav uavhengig av nivå i helsetjenesten. Dagens helsetjeneste, både i kommuner og spesialisthelsetjeneste, er ikke optimalt rigget for å stimulere til forebyggende innsats. Finansieringsordningene stimulerer i stor grad til en vektlegging av leveranser av helsetjenester, til fordel for langsiktige tiltak som forebygging og helsefremming. Eksempelvis bør modellen for avlønning av aktivitet hos fastleger vurderes, med tanke på å stimulere til forebygging, på en måte som er treffsikker uten at det utløser overdiagnostikk. Dette er underliggende problemstillinger, som kan forårsake lite oppmerksomhet om forebygging. Til tross for at utvalget peker på betydningen av økt forebyggende innsats, er det ikke drøftet forslag vedrørende finansiering av tjenester som kan stimulere til økt forebyggende innsats.

Utredningen peker på at et godt kunnskapsgrunnlag om effekten av tiltak er en forutsetning for en prioritering i tråd med prinsippene. Vi vil her påpeke behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder samvirketiltak mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og NAV, spesielt når det gjelder samarbeid om tilbud til pasienter/brukere med lettere til moderate psykiske helseplager og rusproblemer.

Kjell Hugvik

Arbeids- og tjenestedirektør

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet

Sak 8 – 5/12 2019

Drøftings sak: Kan økt pasientmestring bidra til mindre sykefravær

Emne		Påkrevet
Tittel		*
Kan økt pasientmestring bidra til mindre sykefravær?		
Forslagsstiller		*
Christian Høy		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem		*
Christian Høy og Håkon Lund		
Aktuelle innledere		
Cathrine Abrahamsen, Fastlege og veileder i Allmenntilleggsmedisin, Ferder kommune		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken		
Sakspapirer som belyser saken		*
Hvorfor		*
Fastlegene er i behov av et samtaleverktøy som kan hjelpe dem i konsultasjoner med psykisk overbelastede pasienter, for å se om det kan ha innvirkning på økt arbeidsdeltagelse.		
Bakgrunn		*
Det er behov for å jobbe med tiltak som kan øke befolknings arbeidsdeltagelse.		
Status (Nåsituasjonen)		*
Målgrupper (hvem berøres)		*
Involverte aktører		*
Problemstillinger		*
<p>Det er behov for en holdningsendring hos befolkningen og hos legen som sykemelder i bruk av sykemeldinger?</p> <p>Kan økt mestring hos pasienter (og legen?) bidra til mer arbeidsdeltagelse? Kan dette igjen bidra til at sykemelding som behandling blir mer styrt av legen og ikke av pasienten?</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser		

Emne		Påkrevet
Tilrådning – Forslag til vedtak		*
<p>Nasjonalt fagråd – arbeid og helse ser betydningen av at sykmeldere innehar kompetanse på å gjennomføre samtaler om arbeidsdeltakelse og sykmelding på en måte som mobiliserer ansvar og mestring og gjør at pasientene kan ta gode beslutninger om eget liv og arbeidsdeltakelse.</p> <p>Rådet anbefaler at de to direktoratene, sammen med legeforeningen og andre relevante aktører, gjennomgår eksisterende kurs rettet mot sykmeldere, og vurderer om denne type kompetanseutvikling bør inngå i utdanning av gode sykmeldere. Videre anbefales det at fastlegene underviser av fastleger, da likemenn lærer best av hverandre.</p>		

Sak 9: Drøftingssak: Kan nytt tankesett bidra til lavere sykefravær?

- Hvordan kan forebyggende arbeidsmiljøarbeid revitaliseres? (1)
- Hvordan skape gode pasientforløp for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte smertetilstander? (2)

Problembildet og løsningsforslag sett fra Fysios kunnskap og arbeidsområde

Emne		Påkrevet
Tittel		*
Kan nytt tankesett bidra til lavere sykefravær? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan kan forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid revitaliseres? (1) - Hvordan skape gode pasientforløp for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og sammensatte smertetilstander? (2) 		
Forslagsstiller		*
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem		
Håkon Lund		
Aktuelle innledere		
Kari Bente Sørli og Fred Haltebrekke		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken		
Vedlegg: - NFFs politisk plattform Arbeid og helse (1+2) <ul style="list-style-type: none"> - Dalager T, Hansen AF, Holtermann A, Sjøgaard G og Sjøgaard K (2019). Intelligent motion. Rapport til udarbejdelse af «Smart mosjon i arbejdslivet». Syddansk Universitet (1) <p>Straker L., Mathiassen SE, Holtermann A. (2017). The «Goldilocks Principle»: designing physical activity at work to be «just right» for promoting health. British Journal of Sports Medicine Vol 52, Issue 13. (1)</p> <p>https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Helhet-og-samhandling (2)</p> <p>https://fysioterapeuten-ebld.no/dm/fysioterapeuten-10-17/34/#zoom=z (2)</p> <p>https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Fastleger-og-fysioterapeuter-paa-kurs-for-aa-laere-samarbeid</p> <p>Aasdahl og Fimland: https://tidsskriftet.no/2019/02/debatt/arbeidsrettet-rehabilitering-tidlig-intervensjon-ikke-nodvendigvis-bedre (2)</p>		
Sakspapirer som belyser saken		
Hvorfor		
1. Forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid handler om arbeidet – og når arbeidets eksponeringer bidrar til redusert helsetilstand, er det viktig at tiltak iverksettes på arbeidsplassen for å forebygge og redusere helseproblemer. Fysisk aktivitet og inaktivitet i utførelsen av arbeidet, må vurderes på lik linje med andre ytre påvirkninger.		
2. For å få til gode pasientforløp må samhandlingene mellom ulike aktører i kommunen bli bedre. Dette er først og fremst en kommunal utfordring. Men dette har ikke hindret		

Emne		Påkrevet
fysioterapeuter og leger i å utvikle en samarbeidsmodell – knutepunktmodellen. Denne formen for samarbeid har vist seg vellykket – og bør utvides til å gjelde flere kommuner.		
Bakgrunn		*
<p>1. Individtilpasset fysisk aktivitet tilpasset eksponeringene som del av arbeidet blir ansett som dyrt og urealistisk. Noen studier viser at treningen kan utføres ca. 1 time i arbeidstiden uten at produktiviteten påvirkes. Tvert imot har noen studier vist en forbedret produktivitet og arbeidsevne, og en nedgang i sykefravær. Flere studier har vist at fysisk aktive arbeidstakere har lavere sykefravær og lavere risiko for uføretrygding.</p> <p>2. De viktige aktørene rundt den sykemeldte arbeidstakeren samarbeider ikke godt nok i dag. Og vi stiller spørsmål ved om arbeidsfokuset er sterkt nok. Skal vi følge Loises tankegang, må dette endres. Lege og fysioterapeut må samarbeide bedre – og de må samarbeide med Nav, og annet helsepersonell. Dette vil bidra til bedre pasientforløp.</p> <p>Vi mener også at samarbeidet med Nav må komme tidligere enn i dag (dialogmøte 2- uke 26). Selv om det er anledning til å ta dette møtet før uke 26, er det vårt klare inntrykk at møtet ikke kommer før uke 26. Noe vi mener er uheldig. De lærde strides angående tidsaspektets betydning. Noen mener at grensen for å hjelpe folk tilbake til arbeid går mellom 4-6 uker, andre mener 8 og 12 uker. Andre, som Marius S. Fimland og Lene Aasdahl mener at innholdet i intervensjonen kanskje er viktigere enn tidsaspektet (se lenke).</p>		
Status (Nåsituasjonen)		*
<p>Det pågår et arbeid i Helsedirektoratet/HOD for å utarbeide pakkeforløp for muskel- og skjelettplager og sammensatte smertelidelser. Viktig at arbeidsdimensjonen løftes inni dette arbeidet.</p> <p>Blankholmutvalgets innstilling regner vi med skal følges opp fra departementet – og det er også viktig at arbeidsdimensjonen blir løftet inn også her. Det er viktig at det er tilstrekkelig med kompetanse i kommunehelsetjenesten slik at det blir mulig også å prioritere pasienter som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. I utviklingen av kommunale prioriteringsveiledere må betydningen av arbeid for helsa få oppmerksomhet.</p>		
Målgrupper (hvem berøres)		*
<p>1. Arbeidsgivere og ansatte</p> <p>2. Arbeidstakere med muskel- og skjelettplager og pasienter med sammensatt smerteproblematikk</p>		
Involverte aktører		*
<p>1. BHT, Nav Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet</p> <p>2. Legeforeningen, Fysioterapeutforbundet, KS, Nav</p>		
Problemstillinger		*
<p>1. Det er ønskelig at fagrådet diskuterer om det er «godt nok» at arbeidet ikke skal skade arbeidstakerne, eller om det nå er behovet for et arbeidsliv som bidrar til friskere arbeidstakere gjennom å innføre smart aktivitet på arbeidsplassen.</p> <p>2. Det er også ønskelig at fagrådet diskuterer behovet for bedre pasientforløp og om den skisserte knutepunktmodellen kan bidra til bedre samhandling, bedre forløp og større arbeidsfokus.</p>		

Emne		Påkrevet
3. Hva mener fagrådet om tidsaspektet for henholdsvis dialogmøte 2 og arbeidsrettet rehabilitering?		
Økonomiske – administrative konsekvenser		
Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak? (erstattes av tekst)		
Tilrådning – Forslag til vedtak		*
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nasjonalt fagråd – arbeid og helse synes Fysioterapeutforbundets tanker om gullhårprinsippet og smart aktivitet er interessant og anbefaler at Syddansk Universitet inviteres på neste fagrådsmøte for å utdype saken ytterligere. 2. Nasjonalt fagråd ser behov for større arbeidsfokus, bedre pasientforløp og bedre samhandling om arbeidstakerne/pasientene i kommunehelsetjenesten og anbefaler at knutepunktmodellen breddes ut i flere kommuner. 3. Nasjonalt fagråd mener at tidsaspektet mht dialogmøte 2 og arbeidsrettet rehabilitering..... 		



ARBEID OG HELSE

Grunnlagsdokument for NFFs politiske plattform 2019

Vedtatt i forbundsstyret 19.11.19

INNHold

Fire grunnpilarer.....	4
Sammenheng mellom helse og arbeid.....	4
Flere tiltak samtidig.....	4
Fysioterapeuter er sentrale.....	4
Sammenheng mellom systemene.....	5
Beskrivelse av bakteppet.....	5
Bakteppet – del 1.....	5
Politiske styringsdokumenter.....	5
Arbeid og helse som eget fagfelt:.....	5
OECD-rapport:.....	7
Prioriteringsveiledere:.....	7
Stortingsmelding 34 (2015-2016) –Verdier i pasientens helsetjeneste.....	7
IA-avtale 2019-2022:.....	7
Inkluderingsdugnaden:.....	8
Regjeringens strategi for likestilling av funksjonshemmede 2020-2030:.....	8
Sysselsettingsutvalget:.....	9
Folkehelsemeldinga 2019:.....	10
Lovverk.....	10
Arbeidsmiljøloven.....	10
Folketrygdloven.....	11
Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen.....	11
Lov om sosiale tjenester.....	11
Lov om arbeidsmarkedstjenester.....	11
Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning.....	11
Organisering av aktørene.....	12
Arbeidstilsynet.....	12
Nav.....	14
Førstelinjen i Nav.....	15
Finansiering.....	16
Bakteppet del 2 - Sysselsettings-, sykefraværs- og uføretallene.....	16
Sysselsetting:.....	16
Helserelaterte ytelser:.....	17
Sykelønn og -fravær:.....	17
Arbeidsrelatert sykdom:.....	18
Sykelønnsordninger i Europa:.....	19

Arbeidsavklaring:	20
Uføretrygdede:	21
Bakteppet del 3 – Utfordringer med betydning for arbeid og helse-feltet.....	22
Sosial ulikhet i helse:	22
Befolkningen eldes:	23
Ungdom som faller utenfor	23
Mange lever med langvarig smerte:.....	24
Fedmeepidemi – et samfunnsproblem:	24
Økt stillesitting:.....	25
Digitalisering av arbeidet:.....	25
Grenseløst arbeid:	26
Utgangspunkt Sherbrooke-modellen	28
Fokusområde 1: Arbeidsplassen	28
Begrepene	28
Arbeidsmiljø.....	28
Helsefremmende arbeidsplass (HEFA).....	29
Forebyggende arbeidsmiljøarbeid	29
Arbeidsmiljømodellen	30
Bedriftshelsetjenesten – en arena for fysioterapeuter	31
Arbeidsmiljøkartlegginger	34
Partssamarbeid.....	36
Gullhårprinsippet om positiv ergonomi	37
Fokusområde 2: Kommunehelsetjenesten	39
Fysioterapeuten viktig i arbeidet med å redusere sykefravær	39
Manuellterapeuter kan sykmelde.....	39
Erfaringer fra psykomotoriske fysioterapeuter	40
Ansvarsgruppemøter	41
Kommunalt ansvar	41
Knutepunktmodellen	41
Frisklivssentralene	42
Fokusområde 3: Spesialisthelsetjenesten	44
Arbeidsrettet rehabilitering.....	44
Definisjon	44
Hva skiller arbeidsrettet rehabilitering fra annen rehabilitering?	45
Ulike arbeidsrettede rehabiliteringstiltak i helsetjenesten	45
Helse og arbeid (tidligere Raskere tilbake)	46
Søknadsprosedyre	47

Arbeidsmedisinsk utredning.....	49
Ansvar for veiledning og forebygging.....	49
Fokusområde 4: Nav - helse	50
Sykemelding og individuell sykemeldingsoppfølging.....	50
Hedmarksmodellen - aktivitetskrav.....	51
Nav Arbeidslivssenter (ALS).....	52
Nav Hjelpemiddelsentral	53
Arbeidsplassvurdering og ekspertbistand	54
Arbeidsrettede helsetiltak i Nav-regi	54
Arbeidsrettet rehabilitering	54
HelseArbeid.....	55
Senter for jobbmestring.....	56
Individuell jobbstøtte (IPS)	56
Jobbmestrende oppfølging	57
Sees i morgen.....	57
VEDLEGG 1: Norske doktorgrader i fysioterapi på området arbeid og helse.....	60
VEDLEGG 2: Arbeidsplassvurdering.....	61
REFERANSER OG NOTER.....	63

ARBEID OG HELSE

Fysioterapeuter skal bidra til:

- å forebygge at mennesker faller ut av arbeidslivet*
- at mennesker med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid*
- at de som faller ut av arbeidet på grunn av helseplager kommer tilbake til arbeid.*

FIRE GRUNNPILARER

NFFs politiske plattform på området arbeid og helse hviler på fire kunnskapsbaserte grunnpilarer – eller grunnleggende forutsetninger.

SAMMENHENG MELLOM HELSE OG ARBEID

Det er solid vitenskapelig dokumentasjon av sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse, sykefravær og frafall (Stami, 2018)¹, Waddel og Burton (2006)², van der Noordt m. fl. (2014)³, Heggebø og Dahl (2015)⁴. Forholdet mellom arbeid og helse er nært og sammensatt. Arbeid er en kilde til god helse i de fleste tilfelle, men det er også godt dokumentert at arbeid kan være en kilde til skade og sykdom.

Videre er arbeid et sentralt levekårsgode som bidrar til økonomisk trygghet og struktur i hverdagen, og for mange en arena hvor man får anvendt og utviklet sine evner og ferdigheter. Arbeid har også en viktig funksjon i å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Arbeid kan dessuten gi tilgang til sosial kontakt og en opplevelse av mestring og at ens innsats blir verdsatt. Å være i arbeid kan dermed bidra til eller vedlikeholde god helse. Flere studier viser at det å miste jobben er forbundet med forverret helse. Og det er vist solid sammenheng mellom jobbtilfredshet og helse (Stami, 2018). Tap av arbeid gir økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, og psykisk helse bedres ved tilbakekomst til yrkeslivet.

FLERE TILTAK SAMTIDIG

Den andre grunnleggende forutsetningen er at tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass er knyttet til økt retur til arbeid (Franche m.fl 2005⁵, Loisel m.fl. 2005). Den sekvensielle tenkingen som lå bak praksis tidligere, og som innebar at pasienten skulle behandles og bli frisk før det var aktuelt å komme tilbake til jobb, er og bør erstattes av samtidighet i intervensjonene.

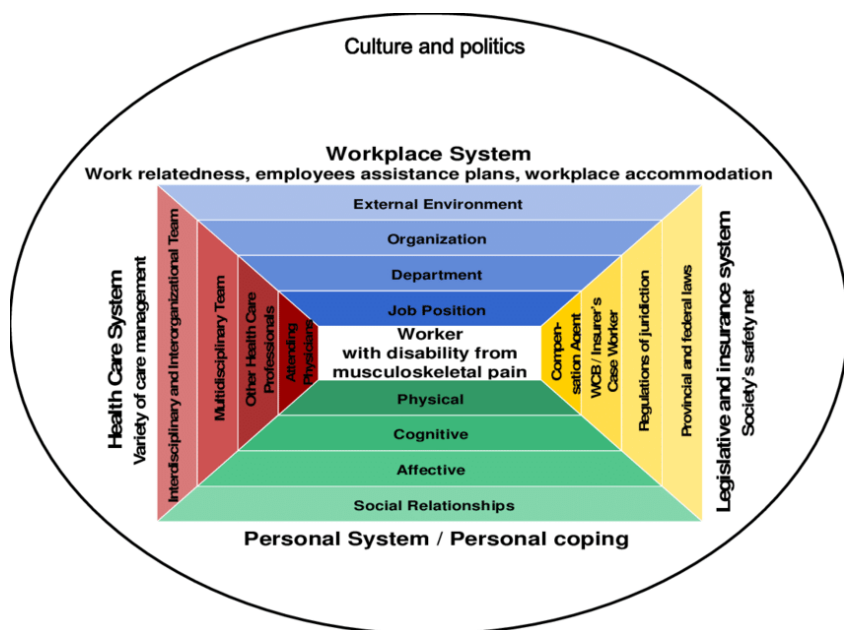
FYSIOTERAPEUTER ER SENTRALE

Den tredje pilaren er at fysioterapeuter er sentrale på dette fagområdet. Dette er for tiden et nasjonalt satsningsområde, der arbeid og helse skal utvikles til å bli et eget fagfelt. Noe som selvsagt også får betydning for fysioterapeuter. For fysioterapeuter møter arbeidstakere hver dag; blant annet i bedriftshelsetjenesten, som HMS-rådgivere, i avtalepraksis, i privat praksis, på frisklivssentralene, i arbeidsrettet rehabilitering i Nav-regi, på hjelpemiddelsentralene og i spesialisthelsetjenesten. Og manuellterapeutene kan både sykmelde og henvise til arbeidsrettet rehabilitering. Kanskje er vi den yrkesgruppen som er involvert i de fleste av de delområdene i dette bredt sammensatte feltet. Derfor har vi også et klart samfunnsansvar på området.

SAMMENHENG MELLOM SYSTEMENE

Den fjerde pilaren er at det er en viktig sammenheng mellom systemene rundt individet: mellom individets forutsetninger, arbeidsplassen, helsetjenesten, lovverk og sosial sikkerhet (Sherbrooke-modellen). Sherbrooke-modellen, også kalt «økologisk modell for arbeidsdeltagelse» har fokus på arbeidsrettet rehabilitering av personer med muskel- og skjelettplager (Loisel et al, 2005)⁶

Arbeidsrettet rehabilitering bygger på denne modellen, men vi mener at den er like anvendbar for hele arbeid og helse-feltet.



Modellen er basert på fire overordnede elementer som påvirker arbeidsdeltagelse: på norsk kan vi oversette til helsesektoren, arbeidsplassen, arbeids- og velferdssektoren og personens forutsetninger, i tillegg til den overordnede kulturelle og politiske konteksten. Modellen viser at arbeidsevne ikke bare avhenger av personens funksjon, men formes også av kulturen, forvaltningssystemet og organisasjonen personen skal fungere i.

BESKRIVELSE AV BAKTEPPET

I beskrivelsen av dette feltets bakteppe har vi i del 1 valgt å se på aktuelle politiske styringsdokumenter, deretter hvilket lovverk som er sentralt for feltet og hvordan feltet er organisert og finansiert. Videre i del 2 har vi redegjort for sykefraværstall, sysselsetting og uføretallene. Hvilke utfordringer vi mener vil ha en betydning for dette feltet, har vi også inkludert i denne delen som beskriver bakteppet – del 3.

BAKTEPPET – DEL 1

POLITISKE STYRINGSdokumenter

ARBEID OG HELSE SOM EGET FAGFELT:

I 2018 gikk det et likelydende oppdrag til Helsedirektoratet (HDIR) og Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVDIR) gjennom tildelingsbrevene fra respektive departementer:

“Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Tjenestene skal være rettet mot både arbeidstakere, arbeidsgivere, sykmeldte og mottakere av arbeidsavklaringspenger med arbeid og bedre helse som mål. Målsettingen er dessuten at deltagelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv gevinst for helse og/eller arbeidsdeltagelse”.

I tildelingsbrevene ble direktoratene også bedt om å utarbeide en rapport om tilstand og utfordringer på arbeid og helseområdet. En slik rapport ble oversendt departementene 25. april 2019 (Helsedirektoratet 2019⁷). For å styrke fagområdet arbeid og helse, mener direktoratene at det er viktig å komme frem til en *omforent definisjon og avgrensning* av hva vi legger i "arbeid-helse området" som et fagfelt.

Videre trekker en intern arbeidsgruppe etablert av AVDIR og HDIR fram følgende momenter i arbeidet med å styrke fagfeltet arbeid og helse:

- Roller og ansvar: Det er fortsatt behov for en ryddigere ansvars/rolledeling mellom tjenestene
- Felles styringssignaler: Koordinerte oppdrag fra HOD og ASD til direktoratene har gitt bedre forutsetninger for systematisk samhandling, men det er utfordringer når det gjelder felles styringssignaler ut til regionalt og lokalt nivå
- Felles faglige anbefalinger: Direktoratene anbefaler å utvikle kunnskapsbaserte, felles faglige anbefalinger på arbeid og helseområde, herunder tydeliggjøring av gjeldende prinsipper i foreliggende prioriteringsveiledere
- Styrte implementering: Vurdere løsninger som kan sikre en mer styrt implementering av felles, kunnskapsbaserte intervensjonsmodeller – og på en slik måte at en hele tiden forbedrer kunnskapsgrunnlaget for intervensjonene
- Forebygging og helsefremming: Videreutvikle samarbeidet mellom Nav og helsetjeneste med flere helsefremmende og forebyggende tilbud, eksempelvis; HelseArbeid, tilbudene ved frisklivssentralene, fysisk aktivitet på og i forbindelse med arbeid m.v.
- Finansiering: Vurdere muligheter for mer permanente og samkjørte finansieringsordninger for samvirketiltak, og vurdere utfordringer knyttet til forebyggende, arbeidsrettede tilnærminger innen spesialisthelsetjenestene
- Sykmeldere: Videreutvikle veileder og beslutningsstøtte til sykmelder der betydningen av å være i arbeid for helsen vektlegges
- Pakkeforløp: Integre arbeidsinkludering og arbeid/helse i viktige førende dokumenter innen helsetjenestene som pakkeforløp for ulike pasientgrupper
- Kompetanse: vurdere felles utvikling av utdanningstilbud/pakker/moduler og bedre samarbeid og koordinering av kurs-/opplæringstilbud innen psykisk helse og rus og muskel/skjelett-plager
- FoU-data på tvers: Det er behov for å legge bedre til rette for bruk av arbeidsinkludering som et utfallsmål innen helsetjenesteforskningen, og mer generelt for å kunne koble individdata på tvers av sektorene
- Felles systemstøtte: Det er behov for felles løsninger i bruker/pasientoppfølgingen – samhandlingsverktøy som samtidig ivaretar personvern hensyn på en betryggende måte.
- Regionale og lokale samarbeidsavtaler: Det bør vurderes en sterkere sentral tilrettelegging av avtalene, bl.a. for å stimulere til samhandling og læring på tvers
- Brukerinvolvering: bedre bruk av brukererfaringer i utviklingen av samtidig innsats fra Nav og helsetjenesten

I rapporten varsler også direktoratene at de i 2019 vil foreta en revisjon av strategien fra 2016.

Denne fellessatsingen på arbeid og helse-området bygger på et arbeide fra 2015, da en arbeidsgruppe bestående av representanter fra henholdsvis HDir. og AVdir. la fram en rapport med en rekke anbefalinger som resulterte i en strategi for direktoratenes felles innsats for arbeid og helse

“Arbeid og helse – et tettere samvirke”. Et av tiltakene var å etablere et Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. (Helsedirektoratet 2016)⁸.

OECD-RAPPORT:

I rapporten *Mental Health and Work; Norway* (OECD 2013)⁹ påpekte OECD, som de siste årene har argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene, at det er fare for at manglende felles prioriteringer på tvers av helsetjenestene og Nav representerer en barriere for tilbakevending til arbeid. Videre kommer OECD med et klart råd om å forsøke å løse problemene på arbeidsplassen, i stedet for å sykmelde.

PRIORITERINGSVEILEDERE:

I dagens prioriteringsveiledere står det at: *«Yrkesaktivitet i seg selv ikke er et vurderingskriterium. Det betyr at en i kostnadsvurderingen ikke skal inkludere verdien av det arbeidet som vil utføres ved at pasienten kommer tilbake til jobb. En skal heller ikke inkludere eventuelle besparelser i trygdeutbetalinger. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.»*

STORTINGSMELDING 34 (2015-2016) –VERDIER I PASIENTENS HELSETJENESTE

I prioriteringsmeldingen peker regjeringen på sammenhengen mellom deltagelse i arbeid og helse og løfter fram at deltagelse i arbeid vil være et viktig moment i prioriteringen:

«Deltagelse i arbeid vil som regel gi økt livskvalitet og beder helse for den enkelte. Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglige rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mestring, mening i tilværelsen, inntekt og tilhørighet. Å bruke ressurser i helsetjenesten bidrar samtidig til at befolkningen har god helse og øker muligheten for den enkelte til å delta i arbeids- og samfunnsliv gjennom livsløpet.»

Føringene i prioriteringsveilederne og prioriteringsmeldingen gir mulighet til å vektlegge dimensjonen helse og arbeid i prioriteringen av pasienter. Men det kunne likevel vært tydeligere understreket.

IA-AVTALE 2019-2022:

Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv jobber partene i arbeidslivet sammen med myndighetene for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet. Et viktig mål for IA-arbeidet er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet.

IA-avtalen ble først etablert i 2001, men har senere blitt reforhandlet flere ganger, sist i desember 2018. Ved siste reforhandling ble det foretatt større endringer enn ved tidligere revisjoner. Avtalen er nå mer spisset og avtalen konsentrerer seg om to hovedmål:

- Redusere sykefraværet med 10 prosent
- Frafallet fra arbeidslivet skal reduseres.

For å nå disse målene rettes innsatsen mot å jobbe med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet og å forebygge og redusere lange og gjentakende sykefravær (Regjeringen, 2018¹⁰).

Det har med den nye avtalen blitt et sterkere bransjefokus – og det er valgt ut 7 bransjeprogrammer (Regjeringen 2019¹¹):

- i sykehus,
- i sykehjem,
- i barnehager,

- i leverandørindustrien til olje- og gassnæringen,
- i næringsmiddelindustrien,
- i rutebuss og persontrafikk og
- i bygg og anlegg.

Med den nye IA-avtalen blir arbeidsplassen en enda viktigere tiltaksarena og partene har med denne avtalen forpliktet seg til felles innsats på arbeidsplassen for å forebygge sykefravær og frafall og fremme inkludering. Gjennom den nye IA-avtalen er det etablert en arbeidsmiljøsatsing som skal gi virksomhetene nødvendig kunnskap, kompetanse og verktøy for å utvikle arbeidsmiljøer som forebygger arbeidsrelatert sykefravær og frafall. Arbeidstilsynet deltar i satsingen sammen med Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami), Nav og Petroleumstilsynet. Arbeidstilsynet bidrar inn i arbeidsmiljøsatsingen ved å etablere en ny kunnskaps- og veivisningsfunksjon i form av en egen enhet/seksjon i Arbeidstilsynet.

IA-avtalen skal sees i sammenheng med øvrige prosesser som omhandler kompetanse, sysselsetting (NOU 2019:7) og inkludering (Jeløya-plattformen 2018)¹².

INKLUDERINGSDUGNADEN:

Inkludering som fokusområde er tatt ut av den nye IA-avtalen, men har til gjengjeld blitt løftet opp som et eget satsningsområde. Regjeringens inkluderingsdugnad ble først presentert med Jeløya-plattformen i 2018, der det stod:

- Regjeringen vil invitere både offentlig og privat sektor til en inkluderingsdugnad med konkrete mål om å ansette flere personer med nedsatt funksjonsevne eller som har «hull i CVen». Regjeringen mener at det påligger staten et spesielt ansvar for å gå foran i en slik dugnad.

Denne satsningen kalles dugnad, fordi regjeringen mener det er et felles ansvar å få flere i jobb. Her må mange bidra. Inkluderingsdugnaden har tre innsatsområder: redusert risiko ved å ansette, arbeid og psykisk helse og bedre muligheter til opplæring (Inkluderingsdugnaden 2018¹³).

Som et ledd i regjeringens inkluderingsdugnad har NHO og Nav etablert et nytt samarbeidsprosjekt kalt «Vi inkluderer». I prosjektet deltar også arbeidsgiverorganisasjonene Virke, Spekter og KS og arbeidstakerorganisasjonene LO, Akademikerne, YS og Unio. Prosjektet ledes av Arbeids- og velferdsdirektoratet og skal prøves ut i tre fylker: Vestland, Trøndelag og Oslo. I denne forbindelse uttalte Unios leder Ragnhild Lied: «Gjennom styrken i trepartssamarbeidet kan vi lykkes med å få flere som står utenfor inn i arbeidslivet. Kampen mot utenforskapet er en viktig oppgave for oss i Unio». Arbeid er en grunnleggende verdi for den enkelte, for virksomheter og for det norske samfunn og vår arbeidslivsmodell er avhengig av høy sysselsetting for å være bærekraftig. Vi tror at gjennom en målrettet satsning i privat og offentlig sektor kan vi gi flere av de som står utenfor en mulighet til å få lov til å bidra inn i det ordinære arbeidsliv (NHO, 2019)¹⁴.

REGJERINGENS STRATEGI FOR LIKESTILLING AV FUNKSJONSHEMMEDE 2020-2030¹⁵:

Barne- og likestillingsdepartementet publiserte i desember 2018 en strategi for likestilling av funksjonshemmede. Strategien vil bli etterfulgt av en handlingsplan. Strategien skal fremme likestilling og like muligheter knyttet til utdanning, arbeid, bolig, helse- og omsorgstjenester og kultur- og fritidsaktiviteter. Mennesker med funksjonsnedsettelse skal være inkludert og kunne delta i samfunnet gjennom hele livsløpet.

Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede er betydelig lavere enn i befolkningen totalt. Andelen funksjonshemmede i aldersgruppen 15–66 år som er i arbeid er på 43,8 prosent¹⁶, mens andelen i befolkning totalt er på 67,8 prosent ifølge SSBs arbeidskraftsundersøkelse¹⁷.

Jo høyere utdanningsnivå man har, jo større er sannsynligheten for å være i arbeid.

Funksjonshemmede har imidlertid gjennomgående lavere utdanning enn andre. Lav eller avbrutt utdanning eller opplæring er den klart største risikofaktoren for å havne utenfor arbeidslivet.

Det er stor forskjell i sysselsetting ut ifra både type og grad av funksjonsnedsettelse. Grad av funksjonsnedsettelse spiller en betydelig rolle i overgangen fra utdanning til arbeid.

Det er særlig personer med større funksjonsnedsettelser som har størst problemer med å bli sysselsatt. Dette kan blant annet være knyttet til utfordringer når det gjelder tilpasninger og tilgjengelighet, men også arbeidsgiveres holdninger. Mye tyder på at arbeidsgivere gjør forskjell på å legge til rette for allerede ansatte og det å rekruttere nye.

Hjelpemidler er i mange tilfelle viktig for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelser kan utføre arbeid. Det finnes en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Hjelpemiddelsentralene i Oslo og Akershus er slått sammen til en. Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne i sitt fylke,

og er et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre. Hjelpemiddelsentralen bistår kommuner, arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere med rådgivning, veiledning, opplæring og tilrettelegging. Hjelpemiddelsentralen har kompetanse blant annet om konsekvenser av funksjonsnedsettelser, mulige løsninger på praktiske

problemer, produkter som finnes på markedet og tilrettelegging av det miljøet som hjelpemiddelet skal brukes i, både i hjemmet, på skolen, i arbeid og fritid.

Regjeringen vil i tiårsperioden:

- Legge til rette for økt arbeidsinkludering.
- Legge til rette for god tilgang til nødvendig assistanse og hjelpemidler for at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse skal sikres deltakelse i arbeidslivet.
- Gjøre det lettere for arbeidsgiver å ansette personer med nedsatt funksjonsevne ved å skape trygghet for arbeidstaker og arbeidsgiver.
- Gi arbeidsgivere god kjennskap til hvordan arbeidsplassen kan tilrettelegges for personer med nedsatt funksjonsevne.

SYSSELSETTINGSUTVALGET:

Syssettingsutvalget skal analysere utviklingen i sysselsettingen i Norge, utviklingen i mottak av inntektssikringsytelser og foreslå tiltak som kan bidra til at flere kommer i arbeid.

Syssettingsutvalgets arbeid er delt opp i to faser. Syssettingsutvalgets ekspertgruppe la fram sine forslag for økt sysselsetting 28. mars 2019 (NOU 2019:7¹⁸). Med dette var ekspertgruppen ferdig med fase én. I tillegg til at utvalget kommer med forslag til en ny sykepengeordning, en arbeidsorientert uføretrygd mv, drøfter også utvalget blant annet betydningen av helse, oppfølging og tilgang til hjelpemidler for muligheten til å være i arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne. Samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav omtales også, og utvalget tar til orde for økte ressurser til Nav.

I utvalget som ble satt ned 5. april 2019, skal partene i arbeidslivet og fagekspertene sammen ta fatt på fase to. Denne skal etter planen være ferdig våren 2020. I Syssettingsutvalget II fortsetter drøftingene med utgangspunkt i forslagene fra ekspertgruppen og eventuelle nye forslag som måtte komme for økt sysselsetting. Fra Unio deltar Ragnhild Lied. I forbindelse med oppnevningen uttalte Lied: -Mens syssettingsutvalget ekspertgruppe har hatt et stort fokus på de som står utenfor arbeidslivet, mener Unio det er viktig å fokus på de som er innenfor arbeidslivet, men som står i fare for å falle ut. Videre sa hun: -Her er det et stort potensial, både for den enkelte arbeidstaker,

virksomhet og økt gevinst for samfunnet gjennom blant annet et systematisk arbeid med forebygging i arbeidslivet.

FOLKEHELSEMEDLINGA 2019:

I Folkehelsemeldinga 2019 (Meld. St. 19 (2018–2019))¹⁹ er det et eget kapittel om arbeid og arbeidsmiljø, kapittel 4.4 Arbeid og arbeidsmiljø. Der står det:

“Det å vere i arbeid kan vere helsefremjande i seg sjølv. Når ein deltek i arbeidslivet, er ein ein del av eit sosialt fellesskap, og arbeidsoppgåvene kan vere ei kjelde til meining, meistring og personleg utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltaking ressursar som gjer oss i stand til å leve eit sjølvstendig og føreseieleg liv, og som sikrar oss gode materielle levekår. Dei som er i arbeid, har gjennomgåande betre helse enn dei som er utanfor arbeidsmarknaden (Dahl, Wel og Harsløf, 2010)²⁰. Mange av dei som fell ut av arbeidslivet, gjer det på grunn av nedsett helse, så funna som viser helseforskjellar mellom yrkesaktive og yrkespassive, kan til ein viss grad tilskrivast ein helsemessig seleksjon. Vidare kan denne seleksjonen skrive seg frå aukande utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet ved nedsett helse er størst i gruppa med kort utdanning. Arbeidet inneheld ei rekkje eksponeringsfaktorar som påverkar helsa. Arbeidstakarar med kortare utdanning er meir eksponerte for belastningar i arbeidslivet, mellom anna i form av tungt fysisk arbeid og ugunstige arbeidsstillingar, eksponering for fysiske farar og kjemiske stoff, mindre medråderett og ein mindre sikker jobb. Ved å førebyggje slike former for eksponering fremjar ein helse og livskvalitet. Eit målretta og kunnskapsbasert førebyggjande arbeidsmiljø vil kunne bidra til lågare sjukefråvær og helserelatert avgang frå arbeidslivet. Når det gjeld internasjonale samanlikningar av dei fleste arbeidsmiljøfaktorar som påverkar helse og trivsel, kjem Noreg godt ut (Aagestad, Bjerkan og Gravseth, 2017)²¹. Dei aller fleste arbeidstakarar i Noreg arbeider under trygge og forsvarlege forhold, men i enkelte yrke og næringar er det framleis utfordringar og potensial for forbetring.

LOVVERK

I tillegg til lovverket som styrer helsetjenestene, der de mest sentrale er lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om spesialisthelsetjenesten og helsepersonelloven, styres dette feltet også av annet lovverk, og den mest sentrale loven er Arbeidsmiljøloven.

ARBEIDSMILJØLOVEN²²

Det forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeidet er hjemlet i denne loven.

Arbeidsmiljøloven (AML), som er kortnavnet for lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005. Dette er den grunnleggende loven for arbeidslivet i Norge, og erstatter lov om arbeidervern og arbeidsmiljø fra 1977, også kalt arbeidsmiljøloven. Den første loven som skulle sikre vilkårene for arbeidstakere, lov om tilsyn med arbeide i fabriker mv., kom allerede i 1892.

Ett av AMLs formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Arbeidet skal sikre en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet. Det er arbeidsgiver som skal sørge for å overholde reglene som er gitt i loven, og overtredelser kan straffes.

AML regulerer forhold som arbeidsgiver bestemmer. Ikke bare lønssystemer og arbeidstid, men fysiske omgivelser, måten arbeidet er organisert og fordelt osv. Loven setter grenser for arbeidsgivers handlefrihet. Arbeidsgiver har ansvaret for arbeidsmiljøet fordi det er arbeidsgiver som har makt til å bestemme de viktigste arbeidsvilkårene. Arbeidsvilkår eller arbeidsbetingelser er utvilsomt bedre ord for hva loven handler om, enn det uklare og mangetydige «arbeidsmiljø». Arbeidsmiljøet i lovens forstand, er de arbeidsvilkårene eller arbeidsbetingelsene arbeidsgiver byr

sine ansatte. Loven setter grenser for hvilke betingelser de ansatte kan arbeide under, og hvilke betingelser de skal vernes mot.

Arbeidstilsynet forvalter arbeidsmiljøloven som beskriver hva arbeidsgiver må gjøre for å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. Stortinget har dermed gitt Arbeidstilsynet definisjonsmakten for begrepet arbeidsmiljø. Arbeidstilsynet ga i 2010 ut en intern metoderapport om «Inngangsdører til arbeidsmiljøet». Den kan sees som et svar på denne utfordringen, og som starten på et oppryddingsarbeid i en etter hvert ganske kaotisk begrepsverden. Rapporten tar utgangspunkt i arbeidsmiljølovens krav til organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, men konkluderer med en modell som omfatter alle sider ved arbeidsmiljøet (Wergeland, 2012)²³.

Men det er også andre sentrale lover og forskrifter som kommer til anvendelse på dette feltet. De følgende fire lovene er sentrale lovverk for NAV (Solstad, 2018)²⁴.

FOLKETRYGDLOVEN

Folketrygden er et nasjonalt, sosialt forsikringssystem. Det meste administreres av arbeids- og velferdsetaten (NAV). Lovens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter. Ved arbeidsløshet, svangerskap, sykdom og skade, uførhet mv.

Folketrygdloven er i prinsippet en forsikringsordning. Alle som har til hensikt å bo her til lands i 12 måneder eller mer er medlemmer av folketrygden. Medlemskapet er obligatorisk og et grunnleggende vilkår for å hevde rettigheter i forhold til lov om folketrygd. Dette er en omfattende lov og det knytter seg en lang rekke forskrifter og rundskriv til de ulike ytelsene som er hjemlet her. Alle ytelsene som er hjemlet i denne loven, er statlige. Det vil si at det ikke er kommunenes ansvar å svare for disse forpliktelsene.

En av forskriftene som er hjemlet i denne loven, og som er svært aktuell på dette området er forskrift om stønad til hjelpemidler mv. Denne kommer vi tilbake til under avsnittet som omhandler hjelpemidler.

LOV OM ARBEIDS- OG VELFERDSFORVALTNINGEN

Denne loven beskriver organiseringen av Nav, inkludert partnerskap, arbeidsoppgavene og ulike regler som regulerer virksomheten. Slike regler er for eksempel regler om taushetsplikt, brukermedvirkning og individuell plan.

LOV OM SOSIALE TJENESTER

Denne loven beskriver organiseringen og forvaltningen av de kommunale tjenestene i Nav og regulerer også ansvaret mellom stat og kommune for disse tjenestene. Retten til individuell plan er blant annet inkludert i denne loven.

LOV OM ARBEIDSMARKEDSTJENESTER

Denne loven er også sentral lov, og regulerer arbeidsmarkedet når det gjelder formidling av arbeidskraft. Denne loven angir regler for plikter og rettigheter både for arbeidstakere og arbeidsgivere, og den setter rammer for arbeidsmarkedstiltak.

De lovene vi her har trukket frem er sentrale, men selvsagt ikke uttømmende. En forskrift som vi også ønsker å trekke frem er den rykende ferske forskriften for fysioterapeututdanning:

FORSKRIFT OM NASJONAL RETNINGSLINJE FOR FYSIOTERAPEUTUTDANNING²⁵

Ny forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning trer i kraft fra skoleåret 2020-2021 (Lovdata 2019). I denne forskriften, under læringsutbytte for kompetanseområdet samfunn og folkehelse, står det i paragraf 22: Kandidaten

- a) har innsikt i hvilken betydning meningsfylt aktivitet og arbeidsdeltakelse har for helse
- b) har innsikt i sammenhenger mellom helse, utdanning, arbeid og levekår
- c) kan planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer god folkehelse, arbeidsinkludering og sosial deltakelse i et mangfoldig samfunn
- d) kjenner til utviklingstrekk i samfunnet med betydning for organisering av helsevesenet og utøvelse av fysioterapi.

Dette innebærer at alle fremtidige fysioterapeuter som utdannes i Norge, skal ha god forståelse for arbeidets betydning for helse og sammenhengene mellom arbeid, helse, utdanning og levekår. Og ikke minst skal kunne planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer arbeidsinkludering. Det blir nå viktig at utdanningsinstitusjonene følger opp disse retningslinjene på en god måte.

ORGANISERING AV AKTØRENE

Dette feltet er komplisert å styre. Først og fremst fordi det er snakk om to sentrale departementer – Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Begge med flere underliggende etater.

Under ASD finner vi Arbeids- og velferdsdirektoratet (Nav) med regionale, fylkes og kommunale underavdelinger og Arbeidstilsynet med et direktorat og syv regioner med underliggende tilsynskontor spredd over hele landet. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami), som er det nasjonale kunnskapsorganet for arbeidsmiljø og arbeidshelse og som har en sentral rolle i IA-arbeidet, er også organisert under ASD.

Under HOD finner vi tilsvarende Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn og delvis fylkesmennene. Folkehelseinstituttet er også organisert under HOD, mens Nasjonalt fagråd for arbeid og helse er forankret i både Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. De fire regionale helseforetakene er også viktige i denne sammenheng, og for eksempel er Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering finansiert med midler fra Helse Sør-Øst. De kommunale helsetjenestene, som for eksempelvis fastleger, fysioterapeuter og frisklivssentraler er organisert under den enkelte kommune.

To av de underliggende etatene vi spesielt ønsker å trekke fram her er Arbeidstilsynet og Nav.

ARBEIDSTILSYNET

Arbeidstilsynet er et offentlig tilsynsorgan underlagt Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og deres myndighet er delegert derfra. Arbeidstilsynets tilsynsinnsats er basert på vurdering av risiko for at arbeidstakere i Norge kan bli syke, skadet eller utnyttet på jobb eller som en følge av jobben. Etatens prioriteringer av arbeidsmiljøproblemer, næringer og type virksomhet er et resultat av denne risikovurderingsprosessen (Strategiplan 2017-2019)²⁶.

Arbeidstilsynets hovedoppgave er å føre tilsyn og kontroll med virksomheter underlagt arbeidsmiljølovens bestemmelser (visse bestemmelser er unntatt tilsynets virksomhetsområde innenfor loven) og dens forskrifter. Informasjon om tilsynets fagfelter til både bedrifter, tillitsvalgte, verneombud og privatpersoner er også en av tilsynets fastlagte arbeidsoppgaver.

I tildelingsbrevet fra Arbeids- og sosialdepartementet til Arbeidstilsynet gir departementet Arbeidstilsynet beskjed om hvilke oppgaver som skal prioriteres. I brevet for 2018 skriver departementet: «Arbeidstilsynet skal særlig prioritere oppfølging av følgende utfordringer:

- Manglende systematisk HMS-arbeid som fører til risiko for helseskader i utsatte næringer/bransjer og yrker.
- Useriøsitet og uforsvarlige arbeidsforhold.
- Arbeidslivskriminalitet» (Tildelingsbrev 2018)²⁷.

Fra 2008-2011 var disse punktene høyest prioritert:

- Forebygge muskel- og skjelettplager.
- Forebygge psykiske belastninger.
- Styrke tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte og arbeidstakere med redusert arbeidsevne.
- Forebygge eksponering for støy og kjemiske og biologiske stoffer.
- Forebygge arbeidsulykker og redusere skadeomfang.
- Øke arbeidsmiljøkunnskapen hos unge arbeidstakere.
- Forebygge sosial dumping (Tildelingsbrev 2010)²⁸.

Arbeidsforskningsinstituttet (2017)²⁹ beskriver i en rapport fra 2017 en bekymring hos de ansatte i Arbeidstilsynet. Arbeidslivskriminalitet-satsingen gjør at mange områder blir nedprioritert. Dessuten er man bekymret for at kunnskapen om HMS og andre arbeidsmiljøspørsmål forvitte. Blant annet vises det til at mens tilsynets strategiske plan for 2013 til 2016 henviser til arbeidsmiljøloven, er den ikke lenger med i planen for 2017 til 2019. Arbeidstilsynets tilsyn og veiledning er viktig for å sikre at virksomheter med utgangspunkt i risikovurdering jobber systematisk, veldokumentert og kontinuerlig i sitt HMS-arbeid.

I Arbeidstilsynet er det blitt færre ressurser de senere årene, budsjettene kuttes og tilsynet skal effektiviseres gjennom den såkalte ABE-reformen³⁰. I 2018 var det 21 stillinger som ikke ble besatt etter naturlig avgang og for 2019 er det budsjettet med at ytterligere 15 stillinger ikke blir besatt. I 2018 var det 586 årsverk i Arbeidstilsynet. Antall tilsyn er gått ned. I 2015 var det 8,5 tilsyn per 100 virksomheter, mens det i 2018 var 6,7 tilsyn per 100 virksomheter.

Arbeidstilsynet har de siste fem årene gjennomført gjennomsnittlig 15.000 tilsyn årlig.

Arbeidstilsynet har tilsynsmyndighet overfor mer enn 250.000 virksomheter (med vel 2.5 millioner ansatte³¹) i det landbaserte arbeidslivet. Dette er virksomheter med svært ulike arbeidsmiljøutfordringer, samt ulike ressurser, vilje og evne til å håndtere utfordringene (Arbeidstilsynet, 2019³²). Det er kun 586 årsverk ansatt i Arbeidstilsynet (Årsrapport, 2018³³). Sammenligner man med Petroleumsstilsynet med 170 årsverk, som har ansvar for å føre tilsyn med 25.000 ansatte i petroleumsnæringen, er Arbeidstilsynet er underdimensjonert.

I en gjennomgang av Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet (sluttnote 28) viser det seg at Arbeidstilsynets utviklingsarbeid i stor grad tilpasser seg kritikken fra omgivelsens aktører, da særlig arbeidsgiverorganisasjonene: Det er bred enighet om viktigheten av å bekjempe sosial dumping og arbeidslivskriminalitet. I evalueringsrapporten framgår det at dagens utviklingsarbeid sannsynligvis vil resultere i en styrking av Arbeidstilsynets kontrollørrolle innen disse satsningsområdene, mens det er fare for at kontrollørrollen vil svekkes på det forebyggende arbeidsmiljøområdet. Særlig vil arbeidsmiljøbetingelser der det ikke opereres med grenseverdier, være utsatt. En slik nedtoning av kontrollørrollen innenfor det forebyggende hms-arbeidet kan svekke Arbeidstilsynets mandat, som har vært tuftet på arbeidsmiljølovens formålsparagraf om å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon og bidra til et inkluderende arbeidsliv.

OECD har gitt råd om at statens beslutning om å føre inspeksjoner og avgi ressurser til å håndheve bestemte reguleringer må gjøres på bakgrunn av hvor grove arbeidsmiljøbruddene er og hvor alvorlig skadevirkningene kan være. OECDs tilnærming står i kontrast til Arbeidstilsynets tradisjonelle risikoforståelse som ikke har begrenset seg til umiddelbare fysiske skader, men også inkludert årsaker til eksempelvis muskel- og skjelettplager, stress og konflikter. OECDs risikoforståelse og prioritering kan bidra til å ta fokus og ressurser vekk fra arbeidsmiljøbetingelser som gir helseskader

gjennom langvarig eksponering. En slik dreining må ses i relasjon til at de største helseutfordringene i Norge, både når det gjelder omfang og kostnad av redusert helse, sykefravær og uførhet er knyttet til muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager. OECDs prinsipp om selektivitet gir grunn til å stille spørsmål om hvorvidt en vekting av lovens bestemmelser i et lengre perspektiv kan bidra til en udemokratisk undergraving av arbeidsmiljøloven.

I Arbeidstilsynets strategiplan er begrepet «fullt forsvarlig arbeidsmiljø» endret til «forsvarlig arbeidsmiljø» og i rapporten fra Arbeidsforskningsinstituttet blir dette tolket som en mulig dreining fra det tidligere kravet om at økonomisk stilling ikke skulle være til hinder for fullt forsvarlig arbeidsmiljø, til en trend som peker i retning av at lovgivningen ikke må være til hinder for økonomisk vekst.

Det er ønskelig med en tettere kontakt mellom BHT og Arbeidstilsynet. Norsk Fysioterapeutforbund forstår at det eksempelvis arrangeres bransjemøter for å bidra til at BHT-ene og Arbeidstilsynet har en felles forståelse av hvilke utfordringer som er mest aktuelle. Det er viktig at godkjenningssenheten i Arbeidstilsynet har tilgjengelige ressurser til adekvat oppfølging ved kontroller av BHT-ene.

Per august 2019 er 25 av NFFs medlemmer ansatt i Arbeidstilsynet, og vi har grunn til å tro at det er ansatt flere fysioterapeuter der som har valgt ikke å være medlem i NFF.

NFF mener:

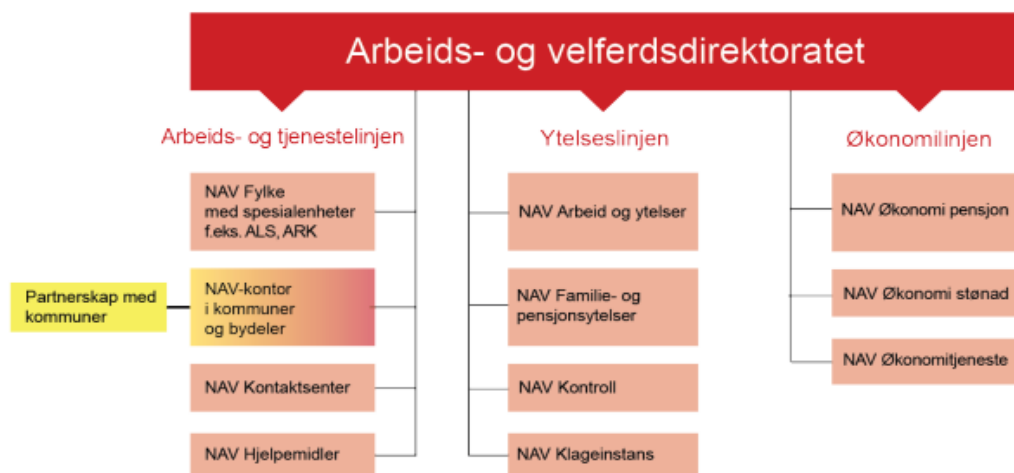
- Norsk Fysioterapeutforbund mener at Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet er svært viktig både for å avdekke uheldig praksis og virke preventivt, og vil sterkt fraråde at det kun er umiddelbar fare og alvorlighet som skal legges til grunn for Arbeidstilsynets inspeksjoner og ressursbruk. Tilsyn med virksomheters forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid er viktig, og bør ikke svekkes av hensyn til kortsiktige økonomisk gevinst. NFF advarer mot underdimensjoneringen av Arbeidstilsynet.
- ABE-reformen må avvikles, den rammer tjenestene og går ut over kvalitet. Og den rammer mange offentlig ansatte.

NAV

Navnet «Nav» er knyttet til reformen som innebar en ny organisering av velferdstjenester i Norge, og var opprinnelig en forkortelse for «Ny arbeids- og velferdsforvaltning». Nav-reformen kom i 2006, og mye er blitt sagt om hvor vellykket denne reformen har vært, men det skal vi ikke gå inn på her.

Nav er gedigent - og forvalter en tredjedel av statsbudsjettet, og omfatter 19.000 tusen ansatte, og en mengde kommunale og statlige ordninger og tilbud (54 ulike stønader og ytelser i 2018). Det samfunnsoppdraget Nav er pålagt bygger på fire viktige **lover**; lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om arbeidsmarkedstjenester, lov om folketrygd og lov om sosiale tjenester i Nav.

Nav skal bidra til å få flere i arbeid, gode levekår for de vanskeligst stilte, sikre økonomiske rettigheter gjennom god ytelsesforvaltning og gi gode brukeropplevelser. Nav er en viktig del av arbeidslinja – som i dag innebærer at det legges til rette for at den enkelte får en tilpasset bistand som skal gjøre det lettere å komme i arbeid, eller tilbake til arbeid. Dette tilbudet skal å den andre siden være omgitt av plikter og vilkår som innebærer krav om deltagelse og handling fra den som får hjelp (Solstad, 2018 – note 23).



Figur. Navs organisasjon, desember 2018

Nav er organisert under Arbeids- og sosialdepartementet. Arbeids- og velferdsetaten består av Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVDir) med underliggende enheter og må sies å være en komplisert organisasjon. Direktoratet har ansvar for styring, ledelse og utvikling av etaten.

Arbeids- og tjenestelinjen er den linjen som er av størst interesse for oss. Her finner vi både de kommunale Nav-kontorene og de ulike enhetene på fylkesnivå, som Nav Hjelpemidler og Nav-fylke, med spesialenheter som Nav Arbeidslivssenter (ALS). Fra 1. januar 2019 er antall fylkesledd redusert fra 19 fylkesledd til 12 regioner/fylker (Nav, 2019). Det vil også bli færre Nav-kontorer på grunn av at det blir færre kommuner.

Nav-kontorene har to eiere: stat og kommune, noe som innebærer to styringslinjer. Kommunen har ansvar for de sosiale tjenestene og ellers bestemmer den enkelte kommune sammen med Arbeids- og velferdsetatene hvilke kommunale tjenester som skal inngå i Nav-kontoret. Staten ved Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for arbeid, trygd og pensjon.

Staten og kommunene «samstyrer» dermed de lokale Nav-kontorene, og samarbeidet er organisert på to nivåer, både gjennom en sentral avtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (som det het i 2006) og gjennom partnerskapsavtaler mellom hver enkelt kommune og Navs regionale kontor. På Nav-kontorene finner man som en følge av dette, både kommunalt og statlig ansatte.

FØRSTELINJEN I NAV³⁴

Nav-kontorene i kommuner og bydeler, nettsiden og kontaktsentrene (som tar imot alle telefonene til Nav) i fylkene utgjør Navs førstelinje.

Som et minimum skal Nav-kontoret tilby økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogrammet, generell rådgivning og veiledning, økonomisk rådgivning, individuell plan og midlertidig husvære.

Men hovedoppgaven til Nav-kontorene er nok først og fremst å bidra til at folk kommer i jobb, eller beholder den jobben de har. De har ulike virkemidler til dette:

- Råd og veiledning knyttet til arbeids- og yrkesvalg, arbeidssøking mv.
- Formidling av kontakt mellom arbeidsgiver og arbeidssøker
- Ulike arbeidstreningstiltak på arbeidsplass eller skjermet bedrift
- Kompetansegivende kurs og programmer
- Arbeidsmessig bistand i forbindelse med sykdom og helseutfordringer

59 av NFFs medlemmer er ansatt i Nav (pr. august 2019), hvorav de fleste er ansatt på Nav Hjelpemidler (43), men det er også 11 ansatt på Nav Arbeidslivssenter. Vi har grunn til å tro at det er flere ansatte fysioterapeuter i Nav, uten at disse har valgt å være organisert i NFF.

Vi kommer tilbake til de relevante Nav-tjenestene senere i dokumentet.

FINANSIERING

Også finansieringen av ulike tjenester og tiltak under dette området er svært komplisert. Noen tiltak er finansiert av private virksomheter, eksempelvis store deler av bedriftshelsetjenesten og tilpasning og hjelpemidler på arbeidsplassen. Andre deler utføres av private institusjoner som har vunnet tilbud fra enten de regionale helseforetakene eller Nav.

Videre er mange tiltak statlig finansiert, eksempelvis tiltak som dekkes av folketrygden, ulike IA-tiltak eller tjenester som utføres av spesialisthelsetjenesten, eksempelvis arbeidsrettet rehabilitering. Men noe er også finansiert over kommunenes budsjetter, eksempelvis fastlege og avtalefysioterapi, og enkelte hjelpemidler.

Vi finner at finansieringsordninger kan være til hinder for gode samvirketiltak mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Gode og kunnskapsbaserte tiltak står i fare for å legges ned på grunn av uklarerhet med hensyn til finansieringsansvar.

Og vi finner at finansiering ikke støtter opp om spesialisthelsetjenestens ambulante virksomhet, som er viktig både med hensyn til veiledningsplikt og for samarbeid med de andre sentrale aktørene som arbeidstakerenes arbeidsplass, BHT, Nav og kommunehelsetjenesten.

Totalt av NAVs budsjett på 480 mrd. går det 191,5 mrd. (2017-tall) til helserelevante utbetalinger. 83,1 mrd. til uføretrygd, 39,8 mrd. til AAP og 33,8 mrd. til såkalte helserefusjoner. Videre finner vi at Nav finansierer dyre tiltak som går til private institusjoner, tiltak som kanskje kunne vært/er/burde vært ivarettatt av den offentlige helsetjenesten.

BAKTEPPET DEL 2 - SYSSELSETTINGS-, SYKEFRAVÆRS- OG UFØRETELLENE

SYSSELSETTING:

Andelen av befolkningen som er i arbeid er blant de høyeste i OECD-området, og i 2016 var antall personer i arbeidsstyrken i underkant av 2,8 millioner. Arbeidsstyrkens sammensetning har også endret seg betydelig over tid. Fra midten av 1970-tallet og fram til 1986 økte kvinners yrkesaktivitet betydelig, og i dag er det nesten like mange kvinner som menn i arbeidsstyrken. Arbeidsmarkedet er imidlertid fortsatt kjønnsdelt når det gjelder hvilke sektorer, næringer og yrker menn og kvinner jobber i. Om lag én av to kvinner jobber i offentlig sektor, mens dette gjelder for to av fem menn. Det er en overvekt av kvinner i helse- og sosialnæringen og undervisningsnæringen, mens menn er klart overrepresentert i industrinæringen og bygge- og anleggsvirksomhet. Mange kvinner jobber fortsatt deltid, selv om andelen er synkende. I 1980 jobbet 47 prosent heltid, i 2016 hadde andelen økt til 63 prosent (Faktaboka, 2018)³⁵.

Vi har høy sysselsetting i Norge, men det er likevel mange som står utenfor arbeidslivet. I kjernegruppen på 25–54 år var det 17 prosent som ikke var sysselsatt i 2017. For menn i denne aldersgruppen var sysselsettingsandelen lavere enn gjennomsnittet i EU, og fire prosentpoeng lavere enn i Sverige og Tyskland i 2017. For kvinner i samme aldersgruppe lå Norge klart over EU-gjennomsnittet, men også her var vi om lag fire prosentpoeng under Sverige (NOU 2019:7).

Arbeidskraftundersøkelsen for funksjonshemmede viser at 43,9 prosent av de funksjonshemmede er i arbeid, mens 74 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år var i arbeid (SSB, 2018). Langt flere enn de 43,9 prosentene som er i arbeid, ønsker å komme i arbeid. Et av målene med IA-avtalen som

trådte i kraft i 2001 var at flere personer med funksjonsnedsettelse skulle komme i arbeid. Dette har dessverre ikke lyktes. Halvparten av de som er i arbeid, har fått arbeidssituasjonen sin tilpasset. Dårlig helsetilstand og funksjonsnedsettelse vil ofte virke negativt inn med hensyn til utdanning, samt føre til svekkede muligheter på arbeidsmarkedet. Både direkte og gjennom utdanningskvalifikasjoner.

HELSERELATERTE YTELSE:

Helserelaterte ytelser er sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Disse er hjemlet i folketryktdloven og dermed et statlig økonomisk ansvar.

Fra 2004 til 2010 holdt andelen av befolkningen som mottok en helserelatert ytelse seg stabil på rundt 18 prosent. Etter 2010 har andelen gått ned, og ved utgangen av 2017 var det 16,9 prosent av befolkningen som mottok en helserelatert ytelse. Mens andelen mottakere av midlertidige og varige helserelaterte ytelser (arbeidsavklaringspenger og uføretrygd) i den øvrige befolkningen har stagnert eller vært synkende siden midten av 2000-tallet, har andelen blant personer under 30 år økt med nær 20 prosent (Arbeid og velferd, 2-2018)³⁶.

En høy, og stadig økende andel unge mottar helserelaterte ytelser over lengre tid. Blant de unge (18–29 år) mottok 7,0 prosent en helserelatert ytelse ved utgangen av 2017.

Andelen unge som mottar sykepenger har gått ned, mens andelen som mottar arbeidsavklaringspenger økte frem til 2010, for så å falle. Andel unge som mottar uføretrygd har derimot økt betydelig siden 2010.

Når vi ser på de helserelaterte ytelsene hver for seg har det vært en del bevegelse. Andelen som mottar sykepenger har vært relativt stabil siden 2004, og lå ved utgangen av 2017 på 3,7 prosent av befolkningen i alderen 18–66 år. Andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger har hatt en nedadgående trend siden 2010 og lå på 4,1 prosent ved utgangen av 2017, mens andel med uføretrygd lå på 9,4 prosent. Andelen med uføretrygd gikk klart ned fra 2004 til 2008, med innføringen av tidsbegrenset uførestønad, og har siden ligget relativt stabilt.

På tross av at vi har fått en eldre befolkning har altså likevel andelen på helserelaterte ytelser gått ned.

SYKELØNN OG -FRAVÆR:

Sykefravær et viktig medisinsk og politisk tema, og de ulike kildene til data om sykefraværet har sine svakheter som kan føre til feiltolkninger av utviklingen av sykefraværet. Mange røster roper opp om at vi har for høyt sykefravær i Norge, mens andre mener at det er for lavt siden til at arbeidsstokken består av både gravide, eldre og mennesker med sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette er det viktig å reflektere over – for NFF skal ikke ta godta «vedtatte sannheter» uten å stille spørsmål.

Da sykelønnsordningen ble innført i 1978 var det tverrpolitisk enighet om at alle arbeidstakere skulle ha full lønn under sykdom fra første dag. Det ble innført som et tiltak for å bidra til å utjevne sosiale forskjeller, da statsansatte allerede hadde en slik ordning. Andre arbeidstakere hadde karensdager. Det var tverrpolitisk enighet om at dette hadde vi råd til. Jo Benkows (H)³⁷ innlegg i debatten om ordningen er verdt å ta med seg videre:

«Den nye sykelønnsordning bygger på sosialpolitiske målsettinger som det lenge har vært tverrpolitisk enighet om, nemlig å gi alle som lever av sitt arbeid, full dekning for inntektsbortfall når sykdom melder seg. Det er et ideologisk utvistelig mål som vi nå er i ferd med å realisere».

Benkow tok også opp spørsmålet om misbruk av ordningen: «Men vi bør kanskje også stille et annet spørsmål: Hvem er det som er mest engstelig for en moralsk utglidning, uberettiget utnyttelse av systemet og nokså bastante påstander om ukontrollert overforbruk. Jo, det viser seg faktisk at det er slike som vi – slike som oss – som fra før av er sikret full lønn under sykdom, som har rimelig god helse, som har, utrolig nok, et givende og stimulerende arbeid og som er privilegert i forhold til hundretusener av landsmenn – det er faktisk vi som ofte uttrykker bekymring over andres arbeidsmoral. Og det bør vi vel lære noe av».

Selv om Norge i dag har bedre økonomi enn vi hadde i 1978, og sykefraværet ikke har økt siden den gang, er det likevel mange som hevder at dagens sykkelønnsordning ikke er bærekraftig og at den derfor må strammes inn. Den tverrpolitiske enigheten om ordningen er i ferd med å rakne.

Det legemeldte sykefraværet var 5.5 prosent 1. kvartal 2019. For kvinner er det legemeldte sykefraværet på 7.2 prosent og 4.0 prosent for menn. At kvinners sykefravær er høyere enn for menn skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser. I analysen finner Nav en betydelig økning i sykefraværet for både menn og kvinner de første årene etter at de har blitt foreldre. Sykefraværet øker med omtrent 20 prosent for menn og med nesten 50 prosent for kvinner. En av årsakene til det økte sykefraværet kan skyldes at en gruppe kvinner får spesielt langvarige sykefravær. Dette gjenspeiles også i sykefraværstadiene etter fødsel av første barn. De enkeltstadiene som øker mest er depressive lidelser og andre psykiske symptomer og plager. I tillegg er det en stor økning i tretthet og slapphet. Det er også andre årsaker til kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner. De viktigste forklaringsmodellene fokuserer blant annet på forskjeller i yrkesvalg som gir seg utslag i ulike stillinger, ansettelsesbetingelser, stillingsandel og arbeidsbelastninger. Andre sentrale hypoteser taler for kvinners tradisjonelle familie- og omsorgsroller, biologiske helseforskjeller, forskjeller i sykkelighet og ulik sykdomsattferd (Nav 2019, sykefraværstadiene)³⁸. Og vi kan tilføye arbeidsbetingelser.

Muskel- og skjelettlidelser toppe fortsatt årsakene til sykefravær. 1. kvartal 2019 utgjorde dette 36.2 prosent av det legemeldte sykefraværet, fulgt av psykiske lidelser på 21.2 prosent. Det ser ut til å være en svak nedgang for muskel- og skjelettlidelser, mens det kan registreres en økning i sykefravær som skyldes psykiske lidelser. Sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser ser ut til å være kjønnet, da dette utgjør 42.9 prosent av menns sykefravær og 31,8 prosent av kvinners sykefravær.

Sykefraværet varierer mellom de ulike bransjene. Det er klart høyest i helse- og sosialtjenestene (8.0 %), etterfulgt av transport og lagring (6.1%) og undervisning (5.8%) (Nav 2019, sykefraværstadiene).

ARBEIDSRELATERT SYKDOM:

Alle leger skal melde fra til Arbeidstilsynet om all sykdom som kan skyldes forhold ved arbeidet til pasienten, de har altså meldeplikt. I 2018 mottok Arbeidstilsynet 1816 slike meldinger³⁹. Dette er en nedgang fra tidligere år. I 2017 og 2016 ble det meldt om henholdsvis 2203 og 2350 meldinger. Hele 64 prosent av disse meldingene kom fra bedriftsleger, mens sykehusleger sendte inn 17 prosent av meldingene, mot 9 prosent kom fra allmennleger.

Det er særlig to bransjer sykefraværet gjelder, og det er industri og bygg- og anlegg. De hyppigst meldte yrkesgruppene var håndverkere (38 prosent), prosess- og maskinoperatører, transportmedarbeidere mv. (16 prosent), akademiske yrker (12 prosent), høyskoleyrker (10 prosent) og salg- og serviceyrker (9 prosent).

Det er støyskader som utmerker seg i de fleste næringene, mens det i helse- og sosialsektoren meldes mest om psykiske lidelser. Selv om støyskader fortsatt er den diagnosen leger melder mest, så er det en nedgang fra å utgjøre 60-70 prosent i 2015 til å utgjøre 47 prosent i 2018. Andre sykdommer som ofte ble meldt i 2018 var sykdommer i åndedrettsystemet (13 prosent), muskel- og

skjelettlidelser (8 prosent), hudsykdommer (7 prosent), psykiske lidelser (5 prosent) og svulster (4 prosent).

Når det gjelder muskel- og skjelettlidelser var de diagnosene som hyppigst ble meldt leddsmerte, lateral epikondylitt, smerte i nakke og uspesifisert ryggsmerte. Gjentakelsesarbeid, tunge løft, andre former for belastninger, arbeidsstillinger, arbeid med armene over skulderhøyde og arbeid ved dataskjerm var arbeidsmiljøfaktorer som ofte ble meldt.

Ifølge overlege Tonje Strømholm i Arbeidstilsynet⁴⁰ er det stor underrapportering av meldinger om arbeidsrelatert sykdom, noe som stemmer med andre funn. Siden 2006 har Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser om arbeidsmiljø vist en jevn nedgang i andelen som oppgir at de har fravær på grunn av helseplager som helt eller delvis skyldes jobben (Faggruppen for IA-avtalen 2018⁴¹). I 2016 var det likevel om lag 35 prosent av de med fravær utover 14 dager som svarte at fraværet helt eller delvis skyldtes jobben (Stami, 2018).

Ifølge Helsepolitisk barometer for 2019⁴² svarte 25 prosent av de sykmeldte at forhold knyttet til jobb kunne redusert sykefraværet. Mer forståelse fra leder (13%), færre krav på jobb (11%), bedre psykososialt arbeidsmiljø (10%) og færre konflikter på jobb (9%) kunne redusert sykefraværet. 50 prosent oppga at de ikke fikk iverksatt tiltak for at de skulle komme raskere tilbake til arbeid, denne andelen er økt fra 45 prosent i 2018. Dette er alarmerende!

Tiltakene som ble gjennomført var tilrettelegging på arbeidsplassen (18%), redusert arbeidstid (17%), bistand fra Nav (11%), rehabilitering gjennom helsevesenet (10%), bistand fra BHT (4%) og andre tiltak (12%). Videre ser det ut til at de yngre arbeidstakerne i større grad enn de eldre blir prioritert når det gjelder å få sykmeldte raskere tilbake til arbeid (Kantar TNS, 2019). Det positive i dette bildet er at vel halvparten av de som fikk iverksatt tiltak, sa at tiltakene hadde god effekt, og bidro til at de kom tilbake i arbeid som planlagt (Kantar TNS, 2018)⁴³.

Det hevdes at Norge har høyere sykefravær enn andre (Eurostat, Faktisk 2018⁴⁴). Men ifølge OECD-statistikk, så har både Tyskland og Tsjekia høyere fravær enn Norge (OECD, 2019⁴⁵). Norsk arbeidsliv kjennetegnes av høy sysselsettingsgrad, dvs. at andelen som deltar i arbeidslivet er høy, sammenlignet med andre land i Europa, og det er særlig inkluderingen av kvinner (!), yngre, eldre, kort utdannede og folk med nedsatt helse som setter Norge i en særstilling i europeisk målestokk (Dahl, Bergsli og Wel 2014)⁴⁶.

SYKELØNNSORDNINGER I EUROPA:

Solveig Ose med fl. (Sintef, 2018) sammenlignet oppfølgingen av sykmeldte i ulike europeiske land. Det er stor variasjon i hvem som har rettigheter, varigheten på rettigheter og kompensasjonsgraden. Sykelønnsordningen har blitt endret i nesten samtlige EU-land de siste 20 årene, de fleste av dem i retning av mindre rettigheter for arbeidstakerne i form av karenstid, lavere dekningsgrad og kortere perioder som gir rett til sykelønn. Sykenærver, det vil si å gå syk på jobb når man egentlig burde være hjemme, har blitt et nytt begrep. Arbeidstakere presses/presser seg til å jobbe når de er syke, på grunn av disse innstramningene.

Sverige og Danmark har strammet inn sykelønnsordningene slik at flere arbeidstakere mister inntektssikringen og dermed tryggheten som ordningen var ment å gi. Fagforeningen i begge land advarer sterkt mot å bruke deres ordninger som forbilde når vi i Norge skal diskutere nye løsninger. Det finske og norske systemet ser ut til å fungere relativt bra, og Ose m.fl. kommer med en klar anbefaling heller å se til Finland enn i retning Sverige og Danmark. Finland har kultur for bruk av bedriftshelsetjenester, mens Sverige og Danmark ser ut til å gå bort fra denne type støtteordninger og heller tegne helseforsikringer for sine ansatte, noe som ikke bidrar til å gi arbeidsgivere incentiver til forebyggende arbeidsmiljøarbeid. (Sintef, 2018)⁴⁷.

ARBEIDSAVKLARING:

De fleste som ikke er tilbake i arbeid etter utløpet av sykepengeperioden, innvilges arbeidsavklaringspenger (AAP). 11 prosent av alle som hadde ett eller flere sykepengetilfeller gikk ut den maksimale sykmeldingsperioden i 2016. For de som mottar sykepenger eller arbeidsavklaringspenger er behandling, rehabilitering og tiltak for å komme tilbake i arbeid det sentrale. Noen vil likevel ikke være i stand til å komme tilbake i arbeid, og blir innvilget uføretrygd. (NOU 2019:7).

Første kvartal 2019 var det nær 120.000 personer som mottok AAP. 35.000 av disse (29%) hadde muskel- og skjelettlidelser, mens vel 50.000 hadde psykiske lidelser (42%). For aldersgruppen under 30 år var det nær 70 prosent av de som mottok AAP som hadde en psykisk lidelse (Mottakere av AAP, Nav 2019)⁴⁸.

Om lag 80 prosent av alle nye uføremottakere siden 2010 har vært innom AAP-ordningen (Nav 2019, Statistikknotat diagnoser)⁴⁹.

I 2018 ble regelverket for AAP endret. Årsaken var at for mange gikk på AAP over lang tid, uten at de fikk avklart sin arbeidsevne. Derfor ble AAP kuttet fra fire til tre år, og muligheten for å få unntak for forlengelse ble kraftig innskrenket.

Det er mange som er bekymret for disse endringene, og når det gjelder unge under 30 år så har de gjerne psykiske lidelser som angst og depresjon, ADHD eller Asperger. De kan fungere bra i arbeidslivet, men det tar tid å komme gjennom behandling og de trenger trygge rammer. Ifølge saksbehandler Martin Kvalsvik i Nav (plasstillitsvalgt i NTL) trenger disse unge tid: «Ofte har vi ikke fått dem i arbeid i løpet tre-fire år, og vi ser at de trenger forlengelse. Disse menneskene er ofte syke nok til å få innvilget uføretrygd nå, men vi vet ikke hvordan de ville fungert hvis de fikk noen år til på seg til behandling, tiltak og til å bli mer voksne. Dessverre ser vi nå at det likevel ofte blir resultatet at de blir uføretrygdet for tidlig. Videre påpeker Kvalsvik at så lenge ungdommene er på AAP, så er de forpliktet til å være på tiltak, og Navs verktøykasse er åpen for dem. Er de først uføretrygda, har ikke Nav ansvar for dem lenger. Da må de eventuelt oppsøke Nav på eget initiativ. «Blir de uføretrygda, har vi gitt dem opp. Da trenger de ikke gjøre noe» (Fri Fagbevegelse, 2019⁵⁰).

Bekymringen går ikke bare på at unge blir skjøvet ut i uføretrygd, og dermed «gitt opp». Den går også på at endringen skaper flere sosialklienter. Statistiksjeff i Nav Ulf Andersen bekrefter i en skriver i en kronikk at det er 3.100 flere personer på sosialhjelp etter at endringen trådte i kraft. «I 2018 er det totale antallet mottakere av sosialhjelp stabilt med 131.800, mens antallet blant disse som samme år hadde hatt AAP steg til 10.800. Det er en økning på 3.100 personer fra 2017 og en klar økning sammenlignet med de stabile tallene de tre foregående årene» (Dagbladet 4. april 2019).

NFF-medlemmer har også uttrykt bekymring for disse endringene. «Hvordan skal pasientene kunne konsentrere seg om rehabilitering hvis inntektsgrunnlaget er så usikkert. Endring av AAP er en tilleggsbelastning» (Fra samtale med fysioterapeut ved Opptreningssenteret i Alta).

«Innstrammingene fører til at pasienten ikke får den tiden de trenger til å øke sitt funksjonsnivå. I noen tilfeller kan det føre til at de gir opp, og det ender i uføretrygd eller sosialstønad, i stedet for gradvis tilbakevending til arbeidslivet. Mange av våre pasienter har opplevd traumer eller seksuelle overgrep. Disse pasientene trenger TID for å komme tilbake til arbeidslivet og/eller å få en bedre livskvalitet. Det å ta fra disse pasientene rettigheter og stønader, i den tro at de skal «ta seg sammen», virker mot sin hensikt» (psykomotorisk fysioterapeut, Bergen).

I motsetning til helserelaterte ytelser som er hjemlet i folketrygdloven, og dermed et statlig ansvar, er sosialhjelp hjemlet i Lov om sosiale tjenester, og dermed et kommunalt ansvar. Vi ser altså antydning til dreining fra statlig til kommunalt ansvar.

UFØRETRYGDEDE:

Uføretrygd skal sikre inntekt til personer som har fått inntektsevnen varig nedsatt med minst halvparten på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Uføretrygden tilsvarer 66 prosent av tidligere inntekt, dvs. gjennomsnittlig inntekt i de tre beste av de fem siste kalenderårene forut for uføretidspunktet

Per juni 2019 var det registrert 346 800 mottakere av uføretrygd⁵¹. Det var en økning på 14 100 personer det siste året (4,1 %). Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år, var på 10,2 prosent per juni 2019. Uføreandelen er nå på samme nivå som i 2006, men lavere enn toppårene 2003 og 2004. Det er flere kvinner (12,2%) enn menn (8,3%) som er uføretrygdet.

Sammenlignet med starten av 2000-tallet har det vært en økning i uføreandelen i alle aldersgrupper fra 18 til 49 år. For aldersgruppen over 50 år registreres en ganske stor nedgang i uføreandelen. Spesielt for de over 60 år (Statistikknotat 2019)⁵².

Per 31. desember 2015 hadde 64 prosent av de uføretrygdede enten en psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse (36%), eller en muskel- og skjelettsykdom (28%). Det dreier seg om nærmere 200 000 personer. I tillegg til de to store diagnosegruppene har 7,9 prosent av de uføretrygdede sykdommer i nervesystemet, og 5,1 prosent er uføretrygdet som følge av skader, forgiftninger og vold.

Siden 2010 har det vært en kraftig økning i andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, mens andelen med muskel-skjelettsykdommer har gått ned. I 2011 var andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser for første gang høyere enn andelen med muskel- og skjelettsykdommer.

Denne utviklingen henger sammen med at sammensetningen av populasjonen endres over tid ved at mange av de yngre som kommer inn i uføreordningen har en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse, mens de eldre som går ut oftere har en muskel-skjelettsykdom.

De uføretrygdedes diagnosemønster varierer med hensyn til kjønn og alder. Den vanligste diagnosen for uføretrygdede menn er en psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse (40%), mens for kvinner var det flest med muskel- og skjelettsykdom (33%).

De fleste som har en psykisk lidelse, tilhører undergruppen nevrosor og atferdsforstyrrelser (14,9 %, 47 000 personer). De fleste som har en sykdom i muskel- og skjelettsystemet tilhører undergruppen rygg sykdom (11,1 %, 34 900 personer). Vi ser at omfanget av uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser synker med økende alder, samtidig som andelen med muskel- og skjelettsykdommer øker med alderen.

For kvinner mellom 18-19 år har om lag 57 prosent en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse. For menn i samme aldersgrupper var det 63 prosent. For kvinner i alderen 65-67 år var det 44 prosent med en muskel- og skjelettsykdom. For menn var det 32 prosent. For de yngste under 30 år var det svært få med en muskel- og skjelettsykdom. Dette gjelder for både kvinner og menn.

Nav-forsker Torunn Bragstad diskuterer i en artikkel i Arbeid og Velferd fra 2018 veksten i uføretrygding blant unge. Hun trekker fram at det har blitt større oppmerksomhet rundt diagnoser og behandling allerede i skolealder og at dette kan ha ført til at flere får avklart sitt uførebehov i tidlig alder. Andre forhold som trekkes fram er synkende dødelighet siden 1960-tallet, noe som har

medført økt overlevelse også for barn og unge med ulike typer av funksjonshemninger. «Generelt er de fleste som får uføretrygd når de fyller 18 år, født med ulike typer fysisk eller psykisk utviklingshemming, eller med disposisjon for alvorlige psykiske lidelser. (...) Blant de psykiske lidelsene som debutterer i barneårene finner vi, i tillegg til ulike grader av psykisk utviklingshemming, eksternaliserende lidelser (atferdsproblemer og ADHD) som kan medføre et høyt, og ofte vanskelig håndterbart aktivitetsnivå, og autisme.» (Arbeid og velferd, 2-2018)⁵³.

Utviklingen i antall uføretrygdene blir ikke bare påvirket av demografi og endring i diagnosemønstre, men er også sterkt påvirket av trygdeordningene gjennom regelverksendringer. Fra 2004 ble uføretrygden delt i en tidsbegrenset uførestønad og en varig uføretrygd. Ordningen med tidsbegrenset uførestønad varte fram til 2010, da den ble erstattet av arbeidsavklaringspenger. I 2018 ble det innført regelendringer for AAP, som nok har bidratt til økningen i uføretrygdene i 2019. Eller som arbeidsmedisineren Ebba Wergeland uttrykte gjennom sin kjente pølseanalogi: «Strammer du inn på en velferdsytelse, tyter det gjerne ut et annet sted. Problemet er dermed ikke løst, bare overført til et annet budsjett»⁵⁴.

NFF mener:

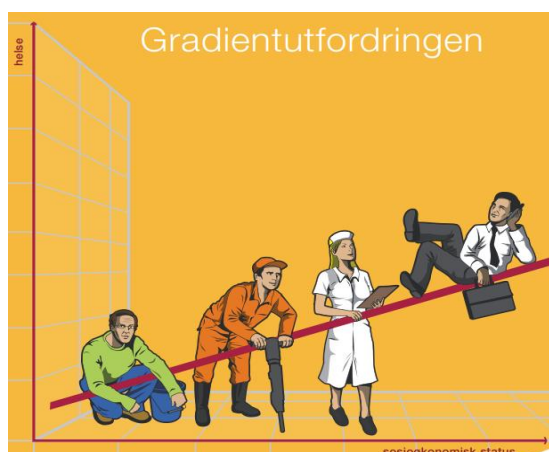
- Norsk Fysioterapeutforbund vil forsvare dagens sykkelønnsordning. I Norge er det et mål at flest mulig skal delta i arbeidslivet. Skal vi nå det målet, må vi tåle et visst nivå på sykefraværet. Sammenliknet med andre land har vi mange kvinner, eldre og folk med helseproblemer i jobb.
- Det er dokumentert at 30-40 prosent av sykefraværet kan ha sine årsaker i arbeidsmiljøet. Sykdom, plager og lidelser som er arbeidsrelatert; det være seg på grunn av organisatoriske, ergonomiske, psykososiale eller andre betingelser, må reduseres.
- Endringene i AAP-regelverket er bekymringsfull og NFF er opptatt av at pasientene må få tilstrekkelig med tid til god arbeidsavklaring. Dette må vurderes individuelt, og fysioterapeuten har nødvendig kompetanse til å vurdere pasientenes ressurser og har også forståelse for hvor tidkrevende det kan komme til å bli. Å bli gitt mulighet til å komme i arbeid må prioriteres, selv om dette tar tid.

BAKTEPPET DEL 3 – UTFORDRINGER MED BETYDNING FOR ARBEID OG HELSE-FELTET

I dette kapitlet har vi valgt å fokusere på noen utfordringer vi mener har stor betydning for arbeid og helse-feltet i dag og fremover. Den er ikke ment å være uttømmende.

SOSIAL ULIKHET I HELSE:

I Norge lever en person med grunnskoleutdanning som sitt høyeste utdanningsnivå 6-7 år kortere i gjennomsnitt enn en person med høyskole- eller universitetsutdanning. Slike systematiske helseulikheter ser vi også mellom personer etter deres inntektsnivå; jo mer penger du tjener, jo lengre lever du. Klare helseforskjeller finnes også mellom personer som er i og utenfor arbeidsmarkedet, der både arbeidsledige og mottakere av økonomisk sosialhjelp til dels har mye dårligere helsetilstand enn personer som er i jobb. Helse blir bedre for hvert eneste trinn en beveger seg oppover den sosioøkonomiske rangstigen. Dette er ofte omtalt som sosiale helsegradienter. Det vil si at de med grunnskoleutdanning lever kortere enn de med videregående utdanning, som igjen lever kortere enn de med bachelorgrad. Det er også slik at personer med midlertidig stillingskontrakt har dårligere helse enn de med fast ansettelse (Heggebø K., NOVA 2019)⁵⁵.



Til tross for tiår med utjevningpolitikk er det ennå dramatiske helse-forskjeller mellom samfunnsklassene i Norge. Sosiale årsaksmekanismer forklarer en større andel av variasjonen i helse enn biologiske faktorer (Nosrati E., sosiologen.no, 2018)⁵⁶.

«Man kan kanskje si at dårlig helse er det mest dramatiske utfallet av maktforskjeller som finnes i den sosiale strukturen» (Eikemo TE, sosiologen.no, 2018)⁵⁷.

De sosiale helseforskjellene i Norge øker og er større enn i de fleste andre europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018). NOVA-forskeren Jon Ivar Elstad, som i mange år har forsket på sosial ulikhet i helse, har i tillegg funnet at høyt utdannede pasienter får mer helsehjelp enn de med lavere utdanning. Han har studert den helsehjelpen alvorlig syke pasienter får ved norske sykehus mot slutten av livet. Eksempelvis fant han at kreftpasienter med grunnskole som høyeste fullførte utdanning hadde om lag 12 konsultasjoner hos spesialister ved sykehus i løpet av de 18 siste levemånedene, mens tallet for de høytutdannede var i overkant av 20. Samme tendens fant han for sykehusinnleggelse (Elstad, 2018)⁵⁸.

BEFOLKNINGEN ELDES:

I tiårene fremover vil befolkningen eldes. Mens det i dag er vel 2 eldre per 10 personer i yrkesaktiv alder, anslås det i 2060 å være om lag 4 eldre per 10 yrkesaktive. For at økt levealder ikke skal gi ubalanse i forholdet mellom de som er i arbeid og de som ikke er det, må avgangsalderen fra arbeidslivet øke. Etter pensjonsreformen ble innført ser vi en klar økning i antall sysselsatte mellom 62 og 66 år. I 2018 var 67,3 prosent av den norske befolkningen mellom 55 og 66 år sysselsatt, mens for aldersgruppen mellom 67-74 år gjaldt dette 19,4 prosent. Økningen fra 2017 er størst i den sistnevnte gruppen med nær to prosent. (SSB, 2019)⁵⁹. Aldringen utfordrer den norske velferdsmodellen og gjør det enda viktigere at mange deltar i arbeidslivet. Siden våre velferdstjenester i hovedsak finansieres over offentlige budsjetter, er vi mer avhengige av høy yrkesdeltaking enn land der flere oppgaver løses privat (Perspektivmeldingen, 2017)⁶⁰.

Velferdsstaten innebærer en betydelig omfordeling over livsløpet. Som barn, ungdom og eldre mottar vi mange offentlige tjenester og overføringer, samtidig som vi betaler mindre skatt. Da er vi netto mottakere av overføringer fra statsbudsjettet. I yrkesaktiv alder betaler vi i gjennomsnitt mer i skatter og avgifter enn vi mottar. Da er vi netto bidragsyttere. Dette mønsteret betyr at offentlige finanser påvirkes av endringer i alderssammensetningen av befolkningen.

UNGDOM SOM FALLER UTENFOR

Ifølge OECD-rapporten Investing in Youth: Norway⁶¹ 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 dermed arbeidsliv er bekymringsfull. Det ikke nødvendigvis er 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 2016⁶² 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 som faller ut av videregående skole⁶³. 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 står også i stor fare for å havne på utsiden av arbeidsmarkedet. For de som ikke kommer seg gjennom opplæringsløpet, er det kan 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. Fra i fjor er det en økning på vel 2.200 nye unge uføretrygdede⁶⁴. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser utgjør 61 prosent, og er den klart største årsaken til uføretrygd hos unge.

MANGE LEVER MED LANGVARIG SMERTE:

Langvarig smerte⁶⁵ er definert som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer. Vanligst er smerte i muskel- og skjelettsystemet, men smerter fra andre vevstyper er også hyppig forekommende, blant annet smerter fra indre organer.

Rundt 30 prosent av den norske befolkningen oppgir at de har langvarige smerter. Dette er høyere enn i de andre nordiske landene. Flere kvinner enn menn rammes. Det ser ut til at det har vært en svak økning i forekomsten av langvarig smerte de senere årene.

Videre kan om lag 50 prosent av uførhetstilfellene tilskrives langvarig smerte, og mange tilfeller av langtidssykefravær skyldes langvarig smerte.

Det er en klar sammenheng mellom langvarig smerte og sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt, og yrkesstatus, med mer smerte hos svakere grupper. Regelmessig bruk av sterke smertestillende midler (opioider) ses hyppigere hos personer med lavere inntekt og utdanningsnivå.

Det er lite kunnskap om årsakene og mekanismene bak denne sammenhengen. På den ene siden kan yrkesbelastninger og livsstil hos dem med lav inntekt og utdanning bidra til smerte. For eksempel er ryggsmertene vanligere blant personer med tungt fysisk arbeid, mens nakkesmerter er vanligere blant personer med stillesittende arbeid. På den andre siden kan langvarig smerte føre til frafall fra utdanning og arbeidsliv (Folkehelseinstituttet, 2018)⁶⁶.

FEDMEEPIDEMI – ET SAMFUNNSPROBLEM:

Andelen voksne som har overvekt og fedme har økt i perioden fra midten av 1980-tallet og fram til 2016. Dette forklares ved at andelen som har fedme har økt, mens andelen som har overvekt synes å være mer stabil. Dette viser høyde- og vektmålinger av befolkningen i Tromsø og Nord-Trøndelag. Tall fra Tromsøundersøkelsen viser at 75 prosent av mennene og 60 prosent av kvinnene mellom 40 og 79 år i Tromsø er overvektige (Folkehelseinstituttet 2017)⁶⁷. Leder ved Senter for sykkelig overvekt og professor på Universitetet i Oslo, Jøran Hjeltnes, kaller vektøkningen et samfunnsproblem. «Det er et av de største problemene vi har», sier han. «Helseproblemer som fedme medfører koster samfunnet mye penger. Folks arbeidsevne blir nedsatt, og det blir flere sykemeldinger». Også overlege og professor ved Folkehelseinstituttet Haakon Meyer, er enig. «Fedme angår mange og henger sammen med en rekke helseproblemer. Overvekt har ikke bare konsekvenser for samfunnet som helhet, men også for hver enkelt. Overvekt, og spesielt fedme, medfører økt risiko for mange sykdommer, inkludert hjerte- og karsykdommer og kreft. I tillegg blir vekt bærende ledd ekstra utsatt for overbelastning og betennelse» (Vi.no, 2018)⁶⁸.

Også når det gjelder fedme ser vi at det er sosioøkonomiske forskjeller, da fedme er mindre vanlig blant voksne med lang utdanning enn blant voksne med kort utdanning (FHI, 2015)⁶⁹. Globalt ser vi at BMI øker, siden 1985 har BMI-en i verden økt med 2,1. Dette tilsvarer en vektøkning på 5-6 kilo for alle voksne i løpet av tre tiår. Økningen er klart størst på landsbygda (NCD-RisC, 2019)⁷⁰.

ØKT STILLESITTING:

Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet for den generelle, voksne befolkningen er minst 150 minutter moderat aktivitet eller 75 minutter aktivitet med høy intensitet per uke. Kun om lag en tredjedel av den norske befolkningen i alderen 20-64 år oppnådde anbefalingene i 2014-2015. Gjennomsnittlig daglig stillesittende tid i den voksne befolkningen er 9 timer.

Som et ledd i at Norge har forpliktet seg til WHO's globale mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025 og norske forpliktelser for FNs bærekraftsmål 2030, har norske myndigheter satt seg et mål om ti prosent reduksjon i fysisk inaktivitet innen 2025, og 15 prosent innen 2030.

Det vi ser i dag er at menn i gjennomsnitt har noe høyere nivå av fysisk aktivitet med moderat og høy intensitet enn kvinner, mens kvinner har høyere nivå med fysisk aktivitet med lett intensitet, samt mindre stillesittende tid enn menn.

Det er også påvist en sosial gradient når det gjelder fysisk aktivitetsnivå, der de med høyere utdanning er mer stillesittende enn de med lavere utdanning. For de høyt utdannede har vi sett en økning i stillesittende tid på 14 minutter fra 2008-2009 til 2014-2015. Når det gjelder fysisk aktivitet av moderat til høy intensitet er det flere i de høyere utdanningsgruppene som tilfredsstillende de anbefalte kravene enn blant de laveste utdanningsgruppene (FHI-notat, 2018)⁷¹.

Omkring 40 prosent av arbeidsplassene har fysisk tungt, gjentakende arbeid eller gående/stående arbeid. Ifølge Tromsøundersøkelsen (2015-2016) økte stillesittende arbeid fra 35 prosent i 1985, til 56 prosent i 2016⁷². Endringer i arbeidslivet fremover tilsier at andelen med stillesittende arbeid vil øke ytterligere, en bekymring også European Agency for Safety and Health at Work gir uttrykk for i en rapport fra 2018 (European Agency for Safety and Health at Work, 2018)⁷³.

For å kunne nå målet om 10 prosent reduksjon i stillesittende tid, når analysene viser at stillesittende arbeid vil øke er en stor utfordring. Regjeringen har derfor, etter påtrykk fra Stortinget, tatt initiativ til en handlingsplan for fysisk aktivitet. Denne vil bli lansert høsten 2019. Handlingsplanen vil blant annet se på mulighetene for fysisk aktivitet i arbeidslivet.

DIGITALISERING AV ARBEIDET:

I den 4. industrielle revolusjon påvirkes alle næringer, hele arbeidslivet, samtidig. Og utviklingen er ikke lineær, den er eksponentiell ved at de teknologiske endringene går raskere og raskere. Dette skaper uforutsigbarhet og krever jevnlig omstillinger. Teknologioptimistene er opptatt av at dette vil skape nye muligheter og at vi må være offensive i møte med teknologien. Andre mener at teknologier som automasjon, roboter, kunstig intelligens, sensorer, 3d- og 4d-printere, nanoteknologi mv., i stor grad vil redusere behovet for arbeidstakere. Uansett, det er ikke tvil om at dette paradigmeskiftet vil påvirke helse, miljø og sikkerhet i arbeidet i stadig økende grad. European Agency for Safety and Health at Work har utarbeidet en rapport som ser på slike mulige utfordringer. De analyserer muligheter og utfordringer med hensyn til:

- Utstyr, verktøy og systemer som benyttes
- Hvordan arbeidet er organisert og administrert
- Arbeidstakerstatus, hierarki og relasjoner
- Egenskaper ved arbeidsstyrken
- Ansvar for å administrere HMS

- Ferdigheter, kunnskap og informasjonskrav.

Det er svært mange muligheter og utfordringer som skisseres i rapporten, eksempelvis med hensyn til bruk av exoskeletons. Exoskeletons er et slags ytre skjelett, eller roboter som festes utenpå kroppen. Disse gir arbeidstakeren støtte i til å utføre manuelle arbeidsoppgaver, eksempelvis i bilfabrikk. Slike roboter (*industrial exoskeletons*) kan bidra til å redusere belastningslidelser, og eksempelvis så har Ford kjøpt inn 75 exoskeletons for å redusere belastningsskader på arbeidstakerne (The RobotReport, 2018)⁷⁴. Men disse støtterobotene kan også bidra til at arbeidstakernes muskelkraft blir dårligere. Lignende robotteknologi benyttes for øvrig nå i spesialisert medisinske rehabilitering på enkelte pasienter på Sunnaas sykehus (*medical exoskeletons*) (sunnaasstiftelsen.no)⁷⁵.

Rapporten fra European Agency for Safety and Health at Work trekker også fram at digitaliseringen vil føre til mer stillesittende arbeid, men samtidig også gi arbeidstakere større fleksibilitet med hensyn til når og hvor man jobber. Det blir økte krav til kunnskap, endring av arbeidsoppgaver og omstilling, og grensen mellom arbeid og privatliv viskes delvis ut. Det å være tilgjengelig 24/7 kan ha samme innvirkning som skiftarbeid har på kreft, diabetes og hjerte- og karsykdommer⁷⁶. Det vil bli færre manuelle jobber, men også arbeidstakere med høyere utdanning vil bli utfordret. Dette er bare noen av eksemplene som viser de store endringene som kommer, og som særlig vil påvirke ergonomiske, organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer (European Agency for Safety and Health at Work, 2018).

GRENSSELØST ARBEID:

Ifølge en dansk undersøkelse (Ftf, 2017)⁷⁷ 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.

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)⁷⁸.

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 forøvrig 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)⁷⁹.

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.

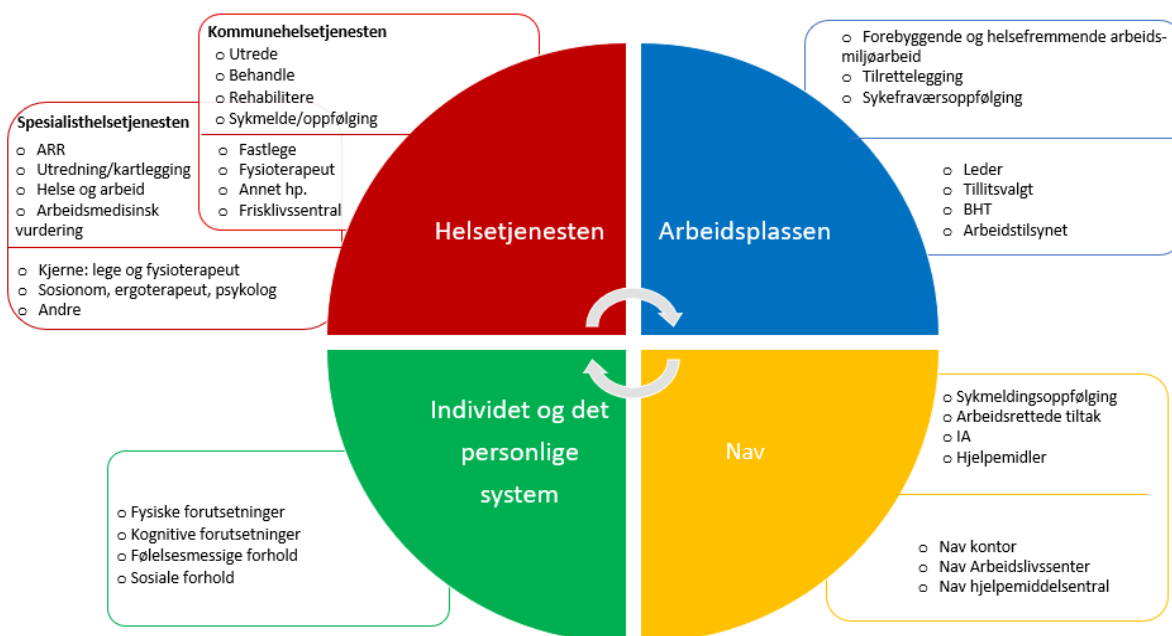
Stress og mangel på restitusjon, som denne grenseløsheten kan føre med seg, kan bidra til at helseplager utvikles, noe fysioterapeuter daglig erfarer. Det må en holdningsendring til når det gjelder retten til arbeidsfri.

NFF mener:

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

UTGANGSPUNKT SHERBROOKE-MODELLEN

Vi har valgt å ta utgangspunkt i den tidligere beskrevne Sherbrooke-modellen (s.5). Vi fokuserer først på arbeidsplassen, da det er utgangspunkt for forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid. Vi har i denne utredningen valgt å legge noe mindre vekt på det personlige systemet, og noe større vekt på helsetjenesten, ved at vi har satt søkelys på både på kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre fokuserer vi på Nav-systemet.



FOKUSOMRÅDE 1: ARBEIDSPLASSEN

Arbeidsplassen er kanskje den viktigste arenaen på Arbeid og helse-området. Det er her det forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeidet foregår. Dette er også den sentrale arenaen for sykefraværsarbeid og tilrettelegging.

BEGREPENE

Det er viktig at vi har en felles begrepsforståelse – for det er ikke gitt at vi utgangspunktet legger samme meningsinnhold i begrepene. For det som vi til vanlig tenker på som helsefremmende tiltak, kan i denne sammenhengen bety noe annet.

ARBEIDSMILJØ

Arbeidsmiljøet befinner seg i klemma mellom arbeid og kapital i samfunnet. Kampen om hva slags meningsinnhold ordet skal ha, er nærmest for klassekamp å regne. Og ikke alle er like fornøyde med begrepet. Sosiologen Hjørdis Kaul mente at arbeidsmiljø var et uklart begrep, og skrev i sin doktoravhandling at miljø gir assosiasjoner i mange retninger, fra miljøvern til omgangstonen på en arbeidsplass. Og at det viser like mye til konsekvenser som til årsaker. Hun advarte mot begrepsbruk som førte til personforklaringer på arbeidsmiljøproblemer og understrekte betydningen av å rette oppmerksomheten i større grad mot den strukturelle siden av arbeidssituasjonen, altså årsakssiden og ikke konsekvenssiden. Kaul brukte derfor konsekvent begrepet arbeidsvilkår framfor arbeidsmiljø i sitt arbeide (Kaul, 1995)⁸⁰. Selv om vi i NFF ikke skal gjøre som Kaul, kan det likevel være nyttig å kjenne til hennes synspunkter, for det er ikke tvil om at når man spør folk om hva de tenker

arbeidsmiljø betyr, tenker de ofte på fruktkurver og fredagspils, ikke på de organisatoriske/strukturelle faktorene som virkelig er de mest sentrale faktorene.

På bakgrunn av at arbeidsmiljø ikke har vært godt nok definert har arbeidsmiljømyndighetene, partene og Stami utarbeidet en forklaring for å få fram hva arbeidsmiljø egentlig handler om. **«Arbeidsmiljø handler først og fremst om arbeidet. Arbeidsmiljø er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet».** (Stami, 2018)⁸¹.

HELSEFREMMEDE ARBEIDSPASS (HEFA)⁸²

En mye brukt definisjon av helsefremmende arbeid er "den prosessen som gjør individer, grupper og organisasjoner i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helse".

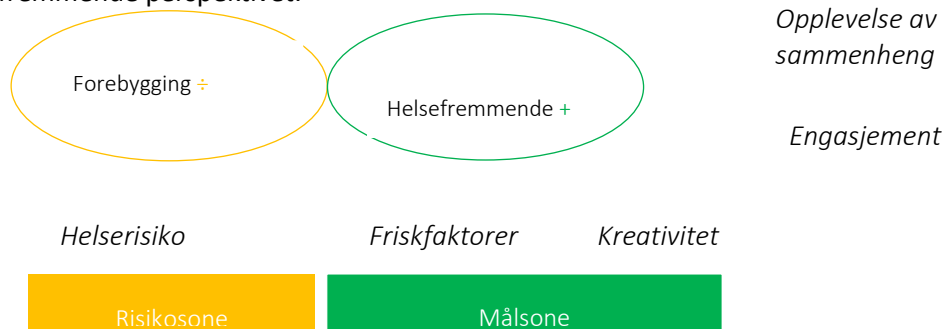
Både nasjonalt og internasjonalt er det interesse for temaet helsefremmende arbeidsplasser. Luxembourgdeklarasjonen fra 1997 sier blant annet at helsefremmende arbeidsplasser handler om å forbedre det fysiske og organisatoriske arbeidsmiljøet, fremme aktiv deltakelse og styrke de ansattes faglige og personlige utvikling. Lillestrømerklæringen fra 2002 er den norske oppfølgingen av Luxembourgdeklarasjonen. Den er et viktig grunnlagsdokument for helsefremmende arbeidsplasser i Norge. Lillestrømerklæringen framhever at en arbeidsplass er helsefremmende når den utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser og tar hensyn til den enkeltes behov, ressurser og potensial (Idèbanken)^{83, 84}. En helsefremmende arbeidsplass fokuserer på hvordan en kan organisere arbeidet, skape et arbeidsmiljø og en samværskultur som gir god helse og utvikling for alle ansatte. Det helsefremmende perspektivet er bredere enn risikoperspektivet, for en skal ikke bare sikre seg mot uheldige forhold ved arbeidet, men også aktivt rette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet. Helsefremmende arbeidsplasser skaper en gjennom en kombinasjon av å bedre arbeidsorganiseringen, fremme aktiv medvirkning og motivere til personlig utvikling, ved å styrke de ansattes mestringfølelse og ved å skape meningsfylt arbeid. En helsefremmende arbeidsplass innebærer at arbeidet blir organisert og tilpasset arbeidsevne, kompetanse, alder, livssituasjon og andre forutsetninger for den enkelte. Mestring er avgjørende. (Arbeidstilsynet).

FOREBYGGENDE ARBEIDSMILJØARBEID

I det tradisjonelle helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet som alle virksomheter er pålagt, er det sentralt at helse- og sikkerhetsrisiko kartlegges. Eventuelle risikofaktorer skal deretter analyseres og begrenses eller fjernes. Med risiko menes sannsynligheten for og konsekvensen av at noe uønsket skal hende eller utvikle seg. I en risikovurdering foretas en grundig gjennomgang av hva som kan forårsake skader eller sykdom på arbeidsplassen, slik at det kan vurderes om det er tatt tilstrekkelige forholdsregler eller om det er behov for forebyggende tiltak. Målet er at ingen skal bli skadet eller syk.

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid innebærer å tilrettelegge organisatoriske, psykososiale, kjemiske og biologiske, fysiske og ergonomiske forhold på en slik måte at en reduserer mulighet for at skade eller uheldige belastninger oppstår.

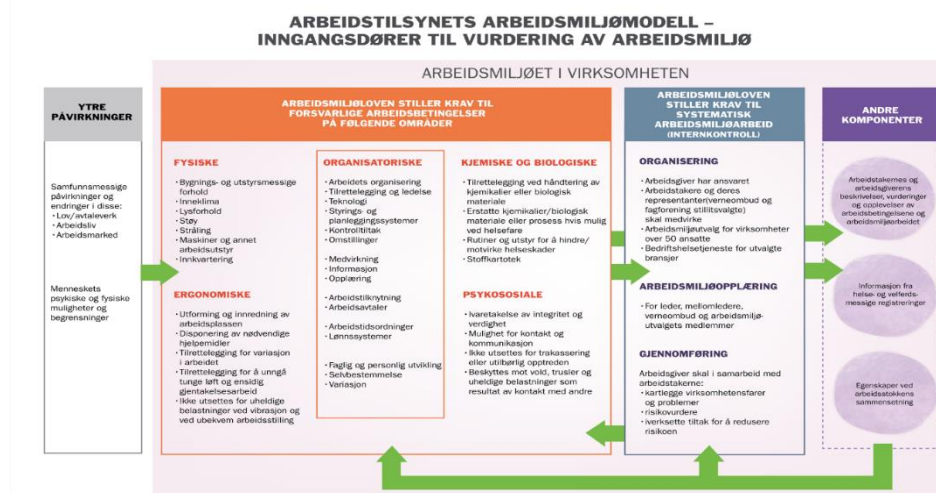
Figuren⁸⁵ under oppsummerer forskjellen på det forebyggende og helsefremmende perspektivet.



I tillegg til helsefremmende og forebyggende arbeidsmiljøtiltak har vi også sosiale velferdstiltak og individuelle livsstiltak, men siden disse ikke har noe med arbeidet som sådan å gjøre, regnes ikke disse som arbeidsmiljøtiltak.

ARBEIDSMILJØMODELLEN

Arbeidstilsynet har utviklet arbeidsmiljømodellen⁸⁶, som samler og synliggjør hvilke krav AML stiller til virksomhetenes arbeidsmiljø. Den gjør det enklere å få oversikt over AMLs krav og hvordan disse skal ivaretas. (Figuren er klikkbar).



Modellen viser at arbeidsmiljøet i en virksomhet er summen av og samspillet mellom arbeidsbetingelser, arbeidsmiljøarbeid, arbeidstakernes og arbeidsgivernes beskrivelser, vurderinger og opplevelser av arbeidsbetingelsene og arbeidsmiljøarbeidet, helse- og velferdsmessige konsekvenser og egenskaper ved arbeidsstokkens sammensetning.

AML stiller krav innenfor organisatoriske, psykososiale, ergonomiske, fysiske, kjemiske og biologiske områder. Loven spesifiserer hva som må vurderes og ivaretas innenfor hvert av områdene. Disse kravene er med en fellesbetegnelse kalt krav til arbeidsbetingelser.

De organisatoriske arbeidsbetingelsene er plassert helt sentralt (se figur), og er selve ryggraden i modellen. Arbeidstilsynet begrunner denne sentrale plasseringen med at årsakene til uheldige arbeidsbelastninger på de andre områdene, ofte ligger i de organisatoriske arbeidsbetingelsene og systematisk arbeidsmiljøarbeid. De organisatoriske arbeidsbetingelsene kan også være en uheldig eksponering i seg selv. De gjelder alle arbeidstakere i alle bransjer. Modellen viser hvilke tema innenfor organisatoriske arbeidsbetingelser loven stiller krav til.

Disse er: organisering av arbeidet, teknologi, planleggings- og styringssystem, kontrolltiltak, tilrettelegging og ledelse, omstilling, medvirkning, informasjon og opplæring, arbeidstilknytning og arbeidsavtaler, arbeidstidsordninger og lønnsystemer, og at virksomhetene ved utforming av jobb skal ivareta hensyn til faglig og personlig utvikling, selvbestemmelse og variasjon.

Loven stiller også krav til hvordan virksomhetene skal drive et systematisk arbeidsmiljøarbeid og hvordan dette arbeidet skal organiseres. Dette kaller loven virkemidler i arbeidsmiljøarbeidet. En virksomhets arbeidsmiljø omfatter imidlertid mer enn hvordan virksomheten møter lovens krav. Arbeidstakernes og arbeidsgivers beskrivelser, vurderinger og opplevelser av arbeidsbetingelsene og arbeidsmiljøarbeidet er også komponenter i virksomhetens arbeidsmiljø. Helse- og velferdsmessige registreringer som sykefravær, belastninger og skader inngår også som en del av virksomhetens arbeidsmiljø. Dette gjelder også arbeidsstokkens sammensetning – eksempelvis vil en arbeidsplass

med mange unge arbeidstakere kunne gi et annet arbeidsmiljø enn en virksomhet med mange eldre arbeidstakere. Arbeidsgiver må ta hensyn både til summen av alle disse delene og til samspillet mellom dem for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

NFF mener:

- Norsk Fysioterapeutforbund gir sin tilslutning til at arbeidsmiljø først og fremst handler om arbeidet, og at det er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet.
- NFF mener arbeidsmiljømodellen bidrar til en større forståelse av hvilke faktorer som har betydning for arbeidsmiljøet. Den synliggjør på en oversiktlig måte hvilke krav som stilles til arbeidsgivere, og gjør det mulig både for arbeidsgivere, arbeidstakere, tillitsvalgte, ledere, verneombud, bedriftshelsetjenesten og eventuelt andre å forstå hvilke belastninger arbeidstakerne i den enkelte virksomhet/bransje kan utsettes for, før disse eventuelt viser seg som dokumenterbare konsekvenser. Den gjør det enklere å jobbe både godt og systematisk med det forebyggende arbeidsmiljøet.

Modellen bidrar videre til å rydde opp i begrepsbruken som gjelder psykososialt arbeidsmiljø. Det mange omtaler som psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er egentlig organisatoriske faktorer. Dette er en viktig opprydding, som vi mener bidrar til at det blir lettere å gripe an de største utfordringene i arbeidsmiljøet, de organisatoriske faktorene som ledelse, tilrettelegging, organisering, arbeidstid, medvirkning, selvbestemmelse, opplæring mv.

- Dette er en modell som alle fysioterapeuter bør kjenne til, og den bør derfor inngå i pensum i grunnutdanningen.

BEDRIFTSHELSETJENESTEN – EN ARENA FOR FYSIOTERAPEUTER

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

BHT⁸⁷ har et viktig samfunnsoppdrag, og det er mye som fungerer godt ved dagens BHT-ordning. For å bli godkjent må derfor BHT etter vårt synspunkt som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut, sykepleier og yrkeshygieniker. Vi mener videre at 30 prosent stilling, som er kravet i dag, ikke er tilstrekkelig til faglig fordypning og utveksling med andre i BHT-en eller innen samme faggruppe.

LOVREGULERING

Dagens lovbaserte BHT-ordning er nedfelt i arbeidsmiljøloven og i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, og det bør den fortsatt være.

Virksomheter med vurdert høyere risiko må være pålagt å knytte til seg en bedriftshelsetjeneste, og dette bør fortsatt være regulert gjennom en egen bransjeforskrift (Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning)⁸⁸.

Forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område har bestemmelser om godkjenning av bedriftshelsetjenester. BHT skal videre ha en fagsammensetning innenfor kompetanseområdene arbeidsmedisin og arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid. Det faglige personalet må dekke minimum tre årsverk. De enkelte fagområder 3 (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid) må være dekket med minimum 30 prosent av et årsverk. For å kunne løse sitt oppdrag på en faglig forsvarlig måte, må tjenesten være tverrfaglig sammensatt. Fordi virksomhetene svært sjeldent selv har nødvendig helsefaglig

kompetanse til å kunne ivareta sitt HMS-ansvar, er det desto viktigere at BHT har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse til å kunne gi råd, og at bedriftene faktisk benytter denne. Norsk Fysioterapeutforbund foreslår derfor at for å bli godkjent som BHT må det som et minimum være arbeidsmedisiner, fysioterapeut, sykepleier og yrkeshygieniker tilknyttet.

Norsk Fysioterapeutforbund mener at faglige kompetansekrav er viktig, men erkjenner også at det kan være utfordrende å få til lokalt. Derfor mener vi det fortsatt bør være mulig å inngå samarbeidsavtaler med relevante kompetansemiljøer som kan bistå med aktuelle fagområder.

På bakgrunn av at en så stor andel av sykefraværet skyldes arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager og lidelser, mener Norsk Fysioterapeutforbund at det bør vurderes om flere virksomhetsgrupper skal være tilknyttet BHT.

En tydeliggjøring i lovverket av kjernevirksomheten til BHT bør på plass. Dette vil bidra til å synliggjøre overfor bedriftene hva BHT er og hva tjenesten kan bidra med når det gjelder både kvalitet og kompetanse.

Også små risikoutsatte virksomheter må være omfattet av BHT-plikten, jf. forslag i rapporten «Hva skal skje med BHT?» (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018)⁸⁹. Det viser seg også at små virksomheter har større HMS-utfordringer enn større virksomheter. Norsk Fysioterapeutforbund er bekymret for at flertallet av virksomheter som oppfyller BHT-plikten og ikke har knyttet seg til BHT er små virksomheter. Dette har blitt avdekket under tilsyn fra Arbeidstilsynet. Det viser seg også at gjennomsnittskostnadene for å knytte til seg BHT er høyere for små virksomheter. Derfor stiller forbundet seg positive til forslag om særskilte tiltak for de små virksomhetene. Både økonomiske støtteordninger og egen arbeidsmetodikk kan være aktuelle tiltak.

Norsk Fysioterapeutforbund mener det er behov for å tydeliggjøre hva som er kjernevirksomheten til BHT. Hovedfokus må ligge på det primærforebyggende arbeidet for å forhindre eller redusere arbeidsrelatert sykdom, samt bistå i å tilrettelegge arbeidet for personer med økt risiko for sykefravær før de blir sykmeldt. BHT kan også ha en viktig rolle i virksomhetenes sekundærforebyggende arbeid gjennom tiltak for å få sykmeldte tilbake i arbeid.

Helsefremmende tiltak som for eksempel ernæringsveiledning og fysisk aktivitet på arbeidsplassen er ikke en kjerneoppgave for BHT, men eventuelle tilleggsoppgaver. Forbundet mener at det fortsatt skal være mulig å tilby tilleggstjenester, men at det må fremkomme tydelig hva som er tilleggstjenester i kontraktene virksomhetene inngår med bedriftshelsetjenesten. Kontraktene må være tydelige og ha klare grunnpakker som gir bedriftene det de trenger, uten at tilleggskostnader skal være skjulte. Systematisk HMS-arbeid må være et minimum i en slik grunnpakke, da dette er hjørnesteinen i et velfungerende og helhetlig HMS-arbeid.

Å innføre rapporteringsplikt der BHT skal dokumentere både kundeforhold og gjennomført risikovurdering vil gi tilsynsmyndighetene en bedre oversikt over hvorvidt og hvordan arbeidsmiljøarbeidet gjennomføres i den enkelte virksomhet. Det kan gi data som gjør det mulig for tilsynsmyndighetene til å kunne målrette sine tilsyn bedre. En slik rapporteringsplikt vil selvsagt koste bedriftene ved at BHT nok vil fakturere for dette arbeidet.

En myndighetsstyrt obligatorisk godkjenningsordning må bestå, og den bør gjelde for alle BHT. BHT skal være kunnskapsbasert, og en godkjenningsordning er i denne sammenheng et naturlig kvalitetssikringstiltak.

Arbeidsmiljølovens formål er blant annet å sikre et arbeidsmiljø som gir en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Loven stiller også krav til at arbeidsgivere i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet for arbeidstakerne. Fysisk inaktivitet er et stort folkehelseproblem og fordi inaktivitet rammer sosialt skjevt, bidrar det til sosiale helseforskjeller. Fra et samfunnsperspektiv er det derfor ikke unaturlig å tenke at for å løse et så stort problem, er det også ønskelig at arbeidslivet bidrar. Norsk Fysioterapeutforbund mener derfor det er viktig at bestemmelsen 3-4 i arbeidsmiljøloven består, selv

om det ikke er BHTs oppgave å tilby fysisk aktivitet. Treningsgrupper i arbeidstiden, pausegym osv. faller som en hovedregel utenfor BHTs kjerneoppgaver, men det å utarbeide kurs for pauseinstruktører, og i den sammenheng vektlegge arbeidsmiljøet og tilpasningen av innholdet slik at det kan bli helsefremmende (jf. «Smart mosjon» på s..) anser NFF som en aktuell oppgave for BHT. Og en fysioterapeut fra BHT kan gi råd om type trening og øvelser med bakgrunn i kjennskap til arbeidets art og krav på en annen måte enn en personlig trener fore eksempel kan⁹⁰. Som en tilleggstjeneste bør BHT kunne tilby rådgivning når det gjelder virksomhetsstilpasset fysisk aktivitet (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018)⁹¹.

FYSIOTERAPUTERS ROLLE

Fysioterapeuter bidrar blant annet solid inn på både ergonomi og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorerens betydning for helse. Fagområdet ergonomi kan deles inn i tre hovedområder; fysisk ergonomi, kognitiv ergonomi og organisasjonsergonomi. Fysisk ergonomi omhandler anatomiske, antropometriske, fysiologiske og biomekaniske aspekter ved mennesket i samspill med omgivelsene. Kognitiv ergonomi omhandler hvordan mentale prosesser som persepsjon, hukommelse, bearbeiding og motoriske responser innvirker på interaksjon mellom mennesker og andre elementer av et system (Standard Norge)⁹². Organisasjonsergonomi er opptatt av å optimalisere det sosiotekniske system, som er betegnelsen på sammenhengen mellom mennesker og teknologi i jobbdesign. Det betegner også forholdet mellom samfunnets komplekse infrastruktur og menneskelig atferd. Det fokuseres på organisasjoners struktur, politiske verdier/handlinger og organisasjonsprosesser (Demmink, 2004)⁹³.

Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager kan oppstå når arbeidet gir uheldige kroppslige påkjenninger eller belastninger. Fysioterapeuter har inngående kunnskap om muskel- og skjelettsystemet, og de ulike og gjerne sammensatte faktorene som påvirker muskel- og skjeletthelsen. Fysioterapeuter som har gjennomført grunnkurs hos STAMI og Norsk Fysioterapeutforbunds kursrekke, har god kompetanse i systematisk arbeidsmiljøarbeid og har kompetanse til å vurdere hvilke organisatoriske, fysiske, psykososiale arbeidsbelastninger som kan gi plager, og hvordan disse kan forebygges. Det er godt dokumentert at arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager er den største enkeltårsaken til fravær i arbeidslivet, og derfor må en kunnskapsbasert og tverrfaglig BHT-tjeneste ha fysioterapeut tilknyttet.

KOMPETANSE

Obligatorisk opplæring av BHT-personale bidrar til en kunnskapsbasert tjeneste. Det er viktig å holde slike kurskostnadene lave, slik at også små bedriftshelsetjenester har mulighet til å delta. Nettbaserte kurs der det er mulig, kan bidra til å holde kursdeltagernes kostnader nede.

BHT må ha spisskompetanse innen forebyggende arbeidsmiljøarbeid som arbeidsmedisin og arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid. Faggruppene i BHT må ha kunnskap om prosjektarbeid og samarbeid. Tilnærmingen må være risikobasert og innebære internkontroll og revisjon. Det er også behov for å sikre fagspesifikk kompetanse. Eksempelvis er det slik at fysioterapeuter som skal jobbe i bedriftshelsetjenesten både bør tilegne seg generell BHT-kompetanse og større ergonomikunnskap og kunnskap om forebygging av muskel- og skjelettplager, med særlig vekt på ergonomisk kartlegging og risikovurdering, enn det som blir gitt gjennom grunnutdanningen i fysioterapi. Dersom fysioterapeuten ikke har disse perspektivene med seg, vil det være mer nærliggende å tilby bedriftene tilleggstjenester, i stedet for risikoutløste tjenester.

Norsk Fysioterapeutforbund tilbyr en kursrekke innenfor Helse- og miljøarbeid for fysioterapeuter. Dette, eller tilsvarende kurs, bør være et minimumskrav for å jobbe i BHT. For generell BHT-kompetanse er grunnkurset til STAMI en nødvendig basis for alle. I tillegg bør det fortsatt tilbys spesifikke ergonomikurs, også med påbyggingsmulighet og fordypning, noe som er manglende i dag. For å bli «Spesialist i helse/miljø-ergonomi og arbeidshelse» godkjent av Norsk

Fysioterapeutforbund, kreves nå en masterutdanning. Dette er nok en for omfattende videreutdanning til at minimumskravet bør legges der for å kunne jobbe i BHT. Det mangler etter vårt syn en tverrfaglig masterutdanning for BHT/arbeidshelse.

POLITISK STYRING OG FINANSIERING

Bedriftshelsetjenesten er som tidligere nevnt, lovregulert gjennom arbeidsmiljøloven, og hører derfor inn under Arbeids- og sosialdepartementets ansvarsområde.

Bedriftshelsetjenesten finansieres av virksomhetene, og er kun offentlig finansiert for offentlige virksomheter som omfattes av BHT-plikten, for eksempel sykehus.

NFF mener:

- En myndighetsstyrt obligatorisk godkjenningsordning av BHT må bestå. Og for å bli godkjent må BHT som et minimum ha tilknyttet arbeidsmedisiner, fysioterapeut sykepleier og yrkeshygieniker. Vi mener videre at 30 prosent stilling, som er kravet i dag, ikke er tilstrekkelig til faglig fordypning og utveksling med andre i BHT-en eller innen samme faggruppe. Minstekravet til stillingstilknytning for å bli godkjent som BHT som hovedregel bør økes fra 30 prosent til minimum 50 prosent.
- Det må stilles krav til etter- og evt. videreutdanning for å jobbe i BHT.
- På bakgrunn av at en så stor andel av sykefraværet skyldes arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager og lidelser, mener Norsk Fysioterapeutforbund at det bør vurderes om flere virksomhetsgrupper skal være tilknyttet BHT.
- En tydeliggjøring i lovverket av kjernevirksomheten til BHT bør på plass. Dette vil bidra til å synliggjøre overfor bedriftene hva BHT er og hva tjenesten kan bidra med når det gjelder både kvalitet og kompetanse.
- Også små risikoutsatte virksomheter må være omfattet av BHT-plikten, og vi er positive til at særskilte tiltak for de små virksomhetene vurderes. Både økonomiske støtteordninger og egen arbeidsmetodikk kan være aktuelle tiltak.
- NFF mener at det bør innføres en rapporteringsplikt der BHT skal dokumentere både kundeforhold og gjennomført risikovurdering. Dette vil gi tilsynsmyndighetene en bedre oversikt over hvorvidt og hvordan arbeidsmiljøarbeidet gjennomføres i den enkelte virksomhet.

ARBEIDSMILJØKARTLEGGINGER

I henhold til norsk lovverk plikter alle virksomheter å drive med systematisk kartlegging av arbeidsmiljøet. Dette foregår i praksis ofte ved hjelp av såkalte spørreskjemabaserte medarbeiderundersøkelser. Å kartlegge trivsel og misnøye, tilfredshet med egen sjef og hvordan du har det med deg selv og ditt forhold til jobben er blitt en vekstindustri i arbeidslivet.

Men er disse tradisjonelle medarbeiderundersøkelsene egentlig en «trojansk hest» som utføres som bestillingsverk ved varme konflikter, slik forsker Bitten Nordrik hevder? Hun hevder at de mest brukte metodene for å kartlegge såkalte psykososiale forhold på jobben ofte ender med at man tar «mannen i stedet for ballen» - altså konsekvenser i stedet for årsak.

Nordrik ser en tendens til at arbeidslivsutfordringer blir individualisert, ved at mye av det som skjer på jobben blir satt i sammenheng med arbeidstakerens personlige egenskaper og livssituasjon. Skårer du for eksempel høyt på overtid, blir det gjerne forklart med et ønske om å realisere seg gjennom jobben. At jobbkravene kan gjøre det vanskelig å sette grenser, blir oversett, eller i beste fall sekundært.

Når konsulentselskaper skal gjennomføre slike undersøkelser, hevder Nordrik at strategien ofte er å gi inntrykk av at man involverer tillitsvalgte og verneombud. Men i praksis får representantene for de ansatte mer av en gisselfunksjon enn en reell mulighet til å påvirke opplegget. Hun hevder at slike undersøkelser ofte brukes som ledd i en maktkamp ved konflikter, og at rettsikkerheten til den lederen som står lagelig til for hugg, er dårlig (Aftenposten, 2010)⁹⁴.

Ifølge Gaupset og Hegdal er ikke disse kvantitative medarbeiderundersøkelsene egnet som verktøy for utvikling av arbeidsmiljøet. De har i hovedsak oppmerksomheten rettet mot den enkeltes oppfatninger og opplevelser, og ikke hvordan forholdene faktisk er. Spørsmål om psykososiale forhold vektlegges, ikke de organisatoriske. De hører mer inn under en HR-tradisjon enn innenfor en arbeidsmiljøtradisjon. Undersøkelsene tar ikke utgangspunkt i arbeidsmiljøloven. (Gaupset og Hegdal, 2012)⁹⁵.

Også Ebba Wergeland⁹⁶ er kritisk til slike målinger, noe som fremgår i artikkelen «Arbeidsmiljømålinger – vitenskap på avveier»: «Det finnes mange andre metoder som kan supplere vernerunden og gi bedre kunnskap om de ikke-fysiske arbeidsvilkårene. Disse metodene baserer seg på samtaler, gruppearbeid og diskusjoner, på det sosiologene kaller rik kommunikasjon, ansikt til ansikt» (Wergeland, 2012)⁹⁷.

Kartlegginger som er godt planlagt og gjennomført, kan på sin side bidra til en felles forståelse av arbeidsmiljøet. Dette letter oppstarten i sykefraværs- og HMS-arbeidet. Også Idébanken for et arbeidsliv som fungerer tar til orde for at alle berørte må involveres, og fraråder at eksperter skal planlegge og gjennomføre den. En prosess der de berørte involveres skaper bevissthet om arbeidsmiljøet, virker motiverende og påvirker holdninger. Dermed får kartleggingen en læringseffekt, samtidig som en slik prosess sikrer oppslutningen om og gjennomføringen av tiltak. Idébanken mener det er viktig å starte med hvorfor det er viktig å kartlegge arbeidsmiljøet, hvordan arbeidsmiljøkartleggingen skal brukes og hva som skal og kan kartlegges (Idébanken.org)⁹⁸.

FAKTAUNDERSØKELSER

Ståle Einarsen, psykolog og professor ved Universitetet i Bergen, har sammen med professor Helge Hoel utviklet de såkalte faktaundersøkelsene. Einarsen er en av våre fremste forskere innen mobbing, trakassering og konflikthåndtering i arbeidslivet. Faktaundersøkelser brukes for å håndtere konflikter på arbeidsplassen, ofte knyttet til mobbing og trakassering. Slike undersøkelser kan benyttes i saker der man ikke kommer videre og det er «påstand mot påstand». Faktaundersøkelser skal ivareta den enkeltes rettigheter gjennom integritet og verdighet. Ofte hyres det inn eksterne kompetanse for å gjennomføre undersøkelsene. Einarsen mener at metoden gir en mulighet til å leve opp til arbeidsmiljølovens prinsipper ved behandling av trakasserings- og mobbesaker – prinsippene om habilitet, kontradiksjon, dokumentasjon, personvern og åpenhet (Khrono, 2019)⁹⁹.

Også til faktaundersøkelsene har det kommet en del kritikk. AFI-forskerne Bitten Nordrik og Heidi Enehaug skal nå forske på faktaundersøkelsene. Det er gjort en forundersøkelse der man har intervjuet personer som har deltatt i undersøkelser og som sier at det har vært ødeleggende for både karrierer og liv (Khrono, 2019). Advokat og varslingseksperter¹⁰⁰ utfordrer på sin side Advokatforeningen til å sette ned et utvalg for å finne ut om det er behov for obligatorisk kursing eller sertifisering når man skal undersøke psykososiale forhold, og om faktaundersøkelser er en egnet metode ved konflikter i arbeidslivet. Hun er bekymret for om rettsikkerheten er godt nok ivaretatt i disse undersøkelsene (Advokatbladet, 2019)¹⁰¹.

NFF mener:

- Gitt at arbeidstakerne sikres reell medvirkning og medbestemmelse mener Norsk Fysioterapeutforbund at arbeidsmiljøundersøkelser er et nyttig verktøy for å kartlegge det organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet.

PARTSSAMARBEID

Partssamarbeid mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner er i all hovedsak regulert gjennom hovedavtalene, mens verneombudets arbeid er regulert gjennom arbeidsmiljøloven. Verneombudsrollen er svært sentral i partssamarbeidet i alt arbeidsmiljø- og IA-arbeid. Verneombudet skal ivareta alle de ansatte i virksomheten - også lederne.

Fagforeningsrepresentant(ene) er medlemmenes talsmann og er bindeledd mellom dem og arbeidsgiver, og skal både forhandle, mekle og være vaktbikkje. Både verneombud og fagforeningsrepresentant regnes som tillitsvalgt i denne sammenheng.

Arbeidsmiljøarbeid er et felles ansvar, og det handler om samarbeid, involvering og samhandling. Likevel er det alltid lederens ansvar at arbeidsforholdene er fullt ut tilfredsstillende og lovlige, og som det er nedfelt i AML så er det arbeidsgivers plikt å kontinuerlig utvikle og forbedre arbeidsmiljøet og legge til rette for den enkelte medarbeider, mens arbeidstaker har rett og plikt til å medvirke til et godt arbeidsmiljø. Selv om arbeidsgiver har det overordnede ansvaret for virksomhetens HMS-arbeid, har tillitsvalgte en "pådriverrolle": De skal bidra til at HMS-arbeidet blir prioritert og ta dette opp i egnede sammenhenger som i møter med ledelsen og i virksomhetens styre.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver å sørge for at verneombud og AMU-medlemmer får nødvendig opplæring i HMS. I utgangspunktet skal opplæringen være på minst 40 timer, men regelverket sier ingen ting om hva opplæringen skal inneholde. Det er heller ikke noen godkjenningsordning. Det er mange tilbydere av slik opplæring, noe et enkelt søk på nettet viser. Mange av kurstilbyderne er seriøse, mens andre knapt har noen annen funksjon enn å sikre kunden et papir på kunnskap som de knapt har fått (Arbeidstilsynet, 2018)¹⁰².

I IA-avtalen har fagforeningene formell status som avtalepart, og er definert som likeverdig avtalepart på lik linje med arbeidsgiver og representant fra Nav. Dette forplikter også fagforeningsrepresentantene til å ta en pådriverrolle i IA-arbeidet, og dermed det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

På oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet og Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen utførte Sintef i 2018 et forskningsoppdrag for å skaffe til veie kunnskap om hvordan det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet praktiseres generelt, og hvordan partssamarbeidet bidrar i dette arbeidet spesielt (Sintef, 2018)¹⁰³. Der står det blant annet: «I alle hovedavtalene finnes det paragrafer som peker i retning av at partssamarbeidet kan være et verktøy til både å forvalte og forbedre virksomhetenes egne prosesser, altså forhold som vil kunne virke utviklende på arbeidsmiljøet». Selv om prinsippene for partssamarbeid er nedfelt i hovedavtalene er det store variasjoner i hvor langt man går i samarbeidet. Partssamarbeidet på arbeidsplasser som lykkes med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet kjennetegnes ved strukturert dialog gjennom faste møtepunkter og praksis for at det er partene som «eier» og må samarbeide om løsning av arbeidsmiljøutfordringer. Sintef erfarer videre at «tillitsvalgte tar en utviklingsorientert rolle som en kompetansepartner for ledelsen, og at både verneombudene, tillitsvalgte og ledelsen har som felles utgangspunkt at det er ansattes arbeidshverdag som må være startpunktet for det forebyggende arbeidet». I Sintef-rapporten legges det også vekt på at «det foreligger et behov for obligatorisk opplæring av forebyggende arbeidsmiljøarbeid og HMS, og det anbefales at fagforeningene bør drive dette arbeidet fremover ved å inkludere forebyggende arbeidsmiljøarbeid som en del av den obligatoriske tillitsvalgtopplæringen. Hovedorganisasjonene kan da støtte opp om dette arbeidet ved å bruke sin

posisjon som samordnende organ, utvikle og tilby gode kurspakker med forebyggende arbeidsmiljø som tema. Tilgjengelighet av slike kurs sender signaler om viktighet» (s. 166).

Dette er igjen tatt opp i IA-avtalen der det blant annet står: «IA-avtalen skal styrke partssamarbeidet om forebyggende arbeidsmiljøarbeid». Videre står det: «Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene vil bidra til bedre og kunnskapsbasert opplæring i arbeidsmiljøarbeid. Kunnskap og kompetanse blant ledere, tillitsvalgte og verneombud er helt avgjørende for å oppnå resultater på arbeidsplassene. Opplæring i arbeidsmiljø og målrettet arbeidsmiljøarbeid skal bygge på kunnskap og kompetanse fra den nye arbeidsmiljøloven og skal inngå i leder- og tillitsvalgt/verneombudsopplæringen».

NFF bidrar derfor i å utarbeide et kursopplegg som kan benyttes i grunnopplæringen av tillitsvalgte fra alle Unio-forbundene¹⁰⁴. NFF deltar også i Unios kontaktgruppe for IA- og arbeidsmiljøarbeid, og i den forbindelse bidrar vi til å utarbeide program for den årlige to-dagers verneombudskonferansen i Unio-regi. Det er meldt fra om at det kan være behov for å støtte de av NFFs medlemmer som tar på seg det viktige vervet som verneombud, hvordan dette eventuelt skal gjøres vil bli vurdert i kommende tre-årsperiode.

NFF mener:

- NFF vil sette fokus på de tillitsvalgtes rolle i forebyggende arbeidsmiljøarbeid ved å inkludere temaet i sin tillitsvalgtopplæring.
- Opplæring i HMS-arbeid for ledere, verneombud og AMU-medlemmer er viktig for at partene skal kunne være i stand til å forebygge og ta tak i eventuelle arbeidsmiljøproblemer, og det bør stilles minimumskrav til hva HMS-kursene (40-timerskursene) skal inneholde.

GULLHÅRPRINSIPPET OM POSITIV ERGONOMI

”Ikke for mye, ikke for lite, men akkurat passe” – slik bør utfordringene i arbeidslivet være.

Når arbeidsplassens eksponeringer bidrar til å skape helseproblemer, er det vesentlig at tiltak iverksettes på arbeidsplassen for å forebygge og redusere helseproblemer. Fysisk aktivitet og inaktivitet i utførelsen av arbeidet, må vurderes på lik linje med andre ytre påvirkninger.

Generelt er det slik at fysisk aktivitet er viktig for god helse, men det er også godt dokumentert at feil type fysisk aktivitet kan være dårlig for helsa. Eksempelvis kan for mye bruk av mekanisk kraft gi muskel- og skjelettskade, for mye aktivitet kan gi utmattelse, og langvarig stående arbeid kan gi åreknuter. Tilsvarende kan for liten bruk av muskelkraft gi svake muskler, for lite fysisk aktivitet kan gi dårlig kondisjon og for lite stående eller gående aktivitet kan gi kardiometabolske sykdommer.

Derfor har Straker L., Mathiassen SE. og Holtermann A. (British Journal of Sports Medicine, 2017)¹⁰⁵ tatt til orde for «Gullhårprinsippet», som innebærer at fysisk aktivitet – både på jobb og på fritiden bør være «akkurat passe». Når aktivitetsnivået er akkurat passe, vil det fremme helse. Er det for mye eller for lite, vil det kunne føre til uhelse. Det som er forskernes kjernebudskap i denne artikkelen er at i arbeidslivet har man stort sett bare vært opptatt av at arbeidet skal være designet slik at det ikke gjør skade, de tar til orde for at hvis arbeidet designes «akkurat passe» vil det kunne gi helsefremmende effekter.

Renholdere trekkes frem som et eksempel. De har lange kontinuerlige perioder med fysisk aktivitet med lav metabolsk intensitet, noe som forårsaker tretthet uten å fremme kardiorespiratorisk kondisjon. For å ha en helsefremmende effekt, kan renholdsarbeid utformes med høyere intensitet etterfulgt av oppgaver der de kan hente seg inn. Fysiologiske treningsprinsipper bør legges til grunn når arbeid skal designes – og dette bør gjelde både arbeidstakere med stillesittende og fysisk arbeid. Og det bør tilpasses den enkelte arbeidstaker.

Artikkelforfatterne fokuserer på fysisk aktivitet på jobb fordi dette innebærer en enorm rekkevidde og potensiale. En tredjedel av arbeidstakerne rapporterer om høy fysisk aktivitet på jobben. Disse fysisk aktive arbeidstakerne har imidlertid dårligere helse, ikke bedre helse enn arbeidere uten høy fysisk aktivitet på jobben. For eksempel har mannlige arbeidere som ofte utfører anstrengende oppgaver 80% økt risiko for dødelighet av iskemisk hjertesykdom sammenlignet med arbeidere som sjelden / aldri utfører anstrengende arbeidsoppgaver (aktivitetsparadokset). Likeledes innebærer høy fysisk arbeidsmengde økt risiko for ryggsmarter. Den fysiske aktiviteten i arbeidet deres er ikke 'helt riktig', noe som bidrar til å øke det sosioøkonomiske helsegapet. Å utforme arbeid slik at det er fysisk gunstig kan nå alle arbeidere - inkludert lavere sosioøkonomiske grupper (som vi har sett har større helserisiko og som tradisjonelt ikke responderer like godt på folkehelsekampanjer).

Å utforme arbeid slik at det på riktig måte utfordrer arbeidstakerne fysisk, vil bidra til å opprettholde og til og med kunne øke den fysiske kapasiteten. Vi har som mål at arbeidstakere skal stå lenger i arbeid, og for at de skal kunne gjøre det er det viktig at de har god fysisk kapasitet. Å ha 'helt riktige' fysiske krav på jobben kan forbedre produktiviteten, gjøre det mulig for folk å opprettholde sysselsetting, fortsette å betale skatt, forhindre noen kroniske sykdommer og redusere behandlingskostnadene for kronisk sykdom.

Gullhår-prinsippet innebærer et nytt paradigme for arbeidsdesign som kan bidra til å løse noen av de viktigste problemene arbeidsplasser og samfunn står overfor nå: sosioøkonomiske helseforskjeller, aldrende befolkning og stadig mer stillesittende befolkning.

I en rapport laget på oppdrag av Helsedirektoratet og en prosjektgruppe bestående av Direktoratet for arbeidstilsynet, STAMI, Sjøfartsdirektoratet, LO, NHO, Spekter og Virke, har en forskergruppe fra Syddansk Universitet (2019)¹⁰⁶ kommet med forslag til «smart mosjon i arbeidslivet i Norge». De tar til orde for intelligent mosjon, som kan sies å være i tråd med Gullhår-prinsippet. Forfatterne baserer sine råd på funn fra en rekke danske og internasjonale høykvalitetsstudier, og går ut på at målrettet fysisk trening har god effekt på helsen blant arbeidstakere fra mange forskjellige jobbtyper (stillesittende, gående/stående og fysisk tungt arbeide). Det vises til signifikante forbedringer av en lang rekke faktorer av betydning for fremtidig helsetilstand, herunder reduksjon av muskel- og skjelettplager.

Den fysiske treningen kan gjennomføres med stor fleksibilitet tidsmessig, for eksempel én eller flere ganger i uken, med eller uten veiledning. I et arbeidsgiverperspektiv kan treningen utføres ca. en time i uken uten at produktiviteten påvirkes negativt. Tvert imot har enkelte studier vist en forbedret produktivitet, arbeidsevne og redusert sykefravær.

For å sikre størst positiv effekt understreker forfatterne at det er viktig at man tar utgangspunkt i treningsfysiologiske prinsipper og at dem er tilpasset arbeidseksposeringen og den individuelle arbeidstakers kapasitet og helseprofil (herav konseptet intelligent mosjon).

NFF mener:

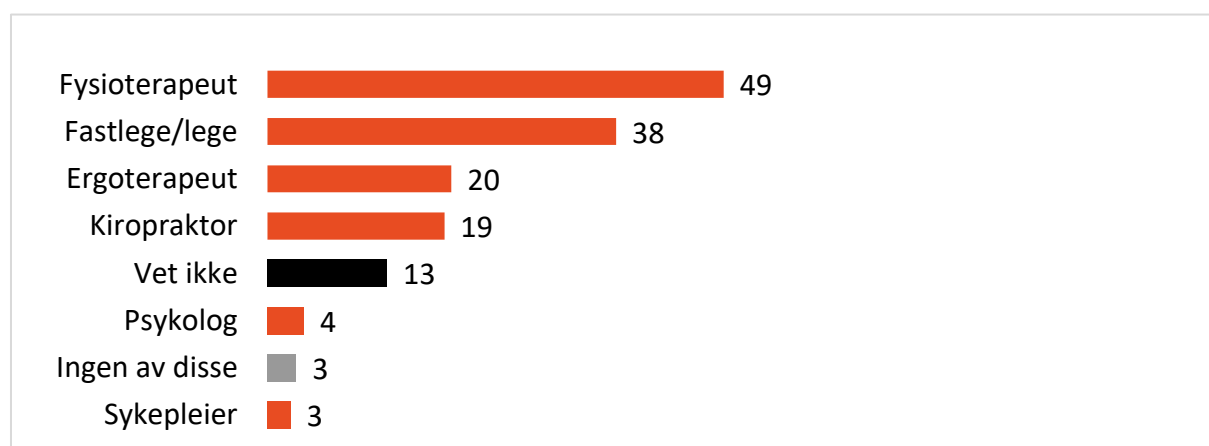
- Fysisk aktivitet tilpasset arbeidsoppgaver og den enkelte arbeidstaker er helsefremmende. Dette innebærer et paradigmeskifte i retning av positiv ergonomi.

FOKUSOMRÅDE 2: KOMMUNEHELSETJENESTEN

Tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass er knyttet til økt retur til arbeid. Den sekvensielle tenkningen som lå bak praksis tidligere, og som innebar at pasienten skulle behandles og bli frisk før det var aktuelt å komme tilbake til jobb, er nå erstattet av samtidighet i intervensjonene. Dette bør ha betydning for hvordan helsetjenesten i førstelinjen arbeider.

FYSIOTERAPEUTEN VIKTIG I ARBEIDET MED Å REDUSERE SYKEFRAVÆR

I Helsepolitisk barometer fra 2019¹⁰⁷ framgår det at fysioterapeuten anses av flest (49%) å være den i helsetjenesten som er viktigst i arbeidet med å redusere sykefravær som følge av muskel- og skjelettplager.



Det er viktig at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten er kjent med aktuelt regelverk, eksempelvis at det foreligger et lovpålagt krav til samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i forbindelse med sykefravær. Den sykmeldte har plikt til å samarbeide med arbeidsgiver for å finne løsninger og hensiktsmessige tiltak for å kunne gjenoppta arbeidet raskest mulig, herunder i fellesskap utarbeide en plan for dette og følge opp denne (Folketrygdloven §§8-7a, 8-8, 21-3 og AML §§2-3, 4-6). Arbeidsgiver skal på sin side så langt det er mulig iverksette tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. En dialog mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og helsepersonellet vil kunne understøtte dette arbeidet. Denne kunnskapen bør ha innvirkning på fysioterapeuters praksis. Både i spill med pasienter og overfor Nav i forbindelse med dialogmøter. Det er viktig at fysioterapeuter inntar en proaktiv rolle med hensyn til deltagelse i dialogmøter. Fysioterapeuter må invitere seg inn på slike møter, særlig i forbindelse med dialogmøte 2.

MANUELLTERAPEUTER KAN SYKMELDE

Sykemelder har en viktig rolle og er den som skal faglig skal vurdere om sykemelding er et riktig og godt tiltak. For å ha rett til sykepenger skal funksjonsnedsettelsen skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes livsproblemer eller sosiale, økonomiske eller andre problemer gir i utgangspunktet ikke rett til sykepenger. Men det kan være uklare grenser mellom tilstander forbundet med vanskelig livssituasjon og sykdommer i medisinsk forstand. Sykdomsbegrepet er ikke nødvendigvis helt klart. Og i 1993 opprettet Trygderetten en konsensusgruppe om sykdomsbegrepet som skulle vurdere hvordan folketrygdens lovtekst fungerte når det gjaldt diffuse muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser og psykososiale problemer i uføresaker. Konsensusgruppens hovedkonklusjon var at medisinsk vitenskap ikke vil kunne bidra til en trygdemessig operativ avklaring av sykdomsbegrepet¹⁰⁸. Uspesifikke helseplager som skyldes sammensatte årsaksforhold, som gjerne er et kjennetegn ved langtidsykemeldte personer, er ikke alltid lett å verifisere med

objektive medisinske funn. Sykemelder må bruke skjønn. Sykemelder skal både sørge for at regelverket følges ved at de medisinske vilkårene er oppfylt, samtidig som det gis rom for skjønnsmessige vurderinger. Dette er en vanskelig dobbeltrolle.

Manuellterapeuter har fra 2006 hatt rett til å sykemelde i inntil 12 uker for plager i muskel- og skjelettsystemet, samt rekvirere til billeddiagnostikk og henvise til spesialisthelsetjenesten. Manuellterapeuter står bak kun 0,2 prosent av alle sykemeldinger, kiropraktorene for ca. 1,2 prosent og fastlegene for 85 prosent¹⁰⁹.

Manuellterapeuter deltar på dialogmøter, men opplever at de altfor sjeldent blir innkalt til slike møter. Dette er synd, for de har mye å bidra med i slike møter. Manuellterapeutene etterlyser et bedre samarbeid med legene.

ERFARINGER FRA PSYKOMOTORISKE FYSIOTERAPEUTER

Psykiske lidelser er den nest største årsaken til sykefravær og den største årsaken til uføretrygd. Alle fysioterapeuter møter pasienter med psykiske plager eller sammensatte lidelser, men psykomotoriske fysioterapeuter har spesialkompetanse på dette området. Etter innspill fra faggruppen for psykomotorisk fysioterapi tok vi derfor kontakt med Strandgaten fysioterapi i Bergen, som har 5 avtalehjemler innen psykomotorisk fysioterapi, for å høre hva slags erfaringer de har med hensyn til Arbeid og helse-feltet. Her er tilbakemeldingen vi fikk derfra: *Hvordan vi samarbeider med NAV:*

Ettersom ventetiden hos oss kan variere mellom 8 og 12 måneder, kommer vi som oftest seint inn i prosessen med de nye pasientene. Hos pasienter som er i behandling, kan vi komme inn på et tidlig tidspunkt, noe som alltid er en fordel.

Vi deltar på ansvarsgruppemøter og mener at vår rolle er viktig, både når det gjelder å vurdere ressurser og hvilken framdrift og endring vi kan forvente hos pasienten.

Den psykomotoriske kroppsundersøkelsen kan gi en pekepinn om graden av belastning hos pasienten, og hvilket tidsperspektiv vi kan forvente når det gjelder endring/bedring. Fram til nå, har flere av oss gode erfaringer ved å delta på ansvarsgruppemøter, men det hender også at forståelsen for hva som er framgang, er ulik hos den enkelte saksbehandler. Det er uheldig, ettersom pasientene har krav på lik behandling. Det er viktig med skriftlig begrunnelse for vår faglige vurdering, for å øke forståelsen hos saksbehandler. Selv om det er tidkrevende, har vi gode erfaringer med å nå fram, når vi sender et godt begrunnet notat.

Dette mener vi bør løftes fram: At vi har kompetanse til å vurdere pasientens ressurser, og at vi er et viktig bidrag i rehabiliteringen av pasienter med ulike typer belastninger og diagnoser. Vi kan hjelpe pasienten til å få innsikt i sammenhengen mellom sine plager og de belastninger de har hatt i livet, men også hjelpe de til å bli bevisst hvilke valg og muligheter de har for å komme seg ut av sin situasjon. Samtale og kunnskap om kroppens reaksjonsmåter bidrar til økt forståelse. Det er stor variasjon i kompetanse og forståelse hos den enkelte saksbehandler, noe som fører til forskjellsbehandling. Derfor er det viktig at vi synliggjør dette i våre rapporter.

Det hadde vært ønskelig at NFF arbeider for at vi får en selvstendig takst for undersøkelse og vurdering, når det gjelder søknader om AAP og uføretrygd. Til nå bruker vi legenes takst og trenger en forespørsel fra NAV før vi kan utløse taksten.

Vår erfaring med samarbeid med arbeidsgivere: Det hender at arbeidsgiver er til stede på ansvarsgruppemøter. Det er nyttig og til hjelp for å øke forståelsen, slik at de som skal hjelpe pasienten, trekker i samme retning.

I noen tilfeller, der arbeidsgiver gir den sykmeldte arbeidsoppgaver utover sykmeldingsprosenten, er det fristende å gripe inn. I første omgang ber vi pasienten ta kontakt med NAV, for å bli kjent med sine rettigheter og evt. kan NAV konsulenten opplyse arbeidsgiver om hvilke regler som gjelder. Dersom situasjonen ikke bedrer seg, kan man foreslå å kalle inn til ansvarsgruppemøte, for å drøfte hvilke tilpasninger pasienten trenger for å komme seg videre.

Vår kontakt med DPS: Samarbeid med DPS er en viktig arbeidsoppgave for psykomotoriske fysioterapeuter. Flere av oss deltar regelmessig møter med DPS. Dette er særlig viktig for sårbare pasienter, som trenger et team rundt seg som trekker i samme retning. Disse pasientene kjenner ofte på kaos og kan bli dårligere, hvis de opplever uenighet mellom behandlerne om tiltak og strategi.

Innstramminger i AAP-ordningen: Innstramminger fører til at pasienten ikke får den tiden de trenger til å øke sitt funksjonsnivå. I noen tilfeller kan det føre til at de gir opp, og det ender i uføretrygd eller sosialstønad, istedenfor en gradvis tilbakevending til arbeidslivet. Vi har flere pasienter som har lyktes i rehabiliteringen, fordi de er medlem av KLP eller Statens Pensjonskasse, som tillater at de går på redusert tid i en periode. Det er viktig at vi som fysioterapeuter også er kjent med denne ordningen.

Det er også viktig at NFF løfter fram at mange av de pasientene som henvender seg til oss har langvarige sykehistorier og mange belastninger i livet sitt. Blant våre pasienter er det en høy prosent som har opplevd traumer eller seksuelle overgrep. Disse pasientene trenger TID, for å komme seg tilbake til arbeidslivet og/eller å få en bedre livskvalitet. Vi har eksempler på at det går an å rehabilitere pasienter som har hatt 100% uførhet tilbake til jobb og utdanning, og som i dag er ressurser for samfunnet og sin familie. Det å ta fra disse pasientene rettigheter og stønader, i den tro at de skal «ta seg sammen», virker mot sin hensikt.

ANSVARSGRUPPEMØTER

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator. Koordinator skal sørge for samordning av tjenestetilbudet og ansvarsgruppemøter kan være en slik arena. Fysioterapeuter bør prioritere deltagelse på slike møter, da dette er en viktig møteplass for samarbeid.

KOMMUNALT ANSVAR

Det er ikke tvil om at det er kommunene som har ansvaret for samhandling internt i kommunen; mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene og mellom de ulike sektorene. Kommunen har ansvar for å legge til rette for gode samhandlingsarenaer.

Videre skal kommunene inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og med Nav. Disse må følges opp, og det er viktig at arbeidsperspektivet også skrives inn i disse avtalene.

KNUTEPUNKTMODELLEN

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

Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter må delta i et oppstartprogram med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer. Det bør også legges til rette for felles konsultasjoner mellom pasient, fastlege og fysioterapeut. Og fastlege og fysioterapeut må ha jevnlig møter om felles pasienter.

Modellen bygger på Fysioprim-prosjektet «Samhandlende team i primærhelsetjenesten¹¹⁰» ved fysioterapeutene Lars Furan og Torgrim Tønne.

TILSKUDD TIL HABILITERING OG REHABILITERING FOR 2019

I kunngjøringsteksten fra Helsedirektoratet er søknad om tilskudd knyttet til den såkalte knutepunktmodellen nevnt spesielt under tildelingskriteriene: "Det gis anledning til at kommunene, som ledd i styrking av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, også kan søke tilskudd til pasientrettet og tverrfaglig samhandlingstiltak som fremmer strukturert samarbeid i helsetjenesteutøvelsen mellom fastleger og avtalefysioterapeuter om rehabilitering til pasienter med muskel-/skjelett-/smerteproblematikk jf. "knutepunktmodellen".

Trondheim kommune søkte om et slikt tilskudd og fikk midler til å dekke utgifter til foredragsholdere og bevertning. Fysioprim og Nasjonal kompetansetjeneste på St. Olavshospital har derfor i år igangsatt et gratis kurs over fem kurskvelder for fysioterapeuter og fastleger. Tema for de fem kurskveldene er:

- Samhandling og forståelse av hverandres praksis
- Pasientkommunikasjon med utgangspunkt i «4 gode vaner»
- Mestringsorientert fokus i en travel klinisk praksis
- Samhandling med NAV. Funksjonsvurderinger
- Erfaringer fra samhandlende team; utfordringer og løsninger. Oppsummering.

I et intervju med Fysioterapeuten¹¹¹ sier Astrid Woodhouse blant annet dette: - Kursene har gjennomgående et mestringsorientert fokus. Pasienter med sammensatte problemstillinger og langvarige plager vil ofte ikke bli helt smertefrie. Det er derfor hensiktsmessig å finne gode mestringsstrategier for å leve et rikt og meningsfullt liv på tross av smerter. For at det skal være bærekraftig over tid så er pasienten nødt til å være med i planleggingen og i mestringsarbeidet.

– Vi tror det er mer gjennomførbart og bærekraftig om leger og fysioterapeuter kan samarbeide om dette. En forutsetning for at det skal kunne skje, er at disse faggruppene kjenner hverandre godt. Det er dette knutepunktkursene skal bidra til.

Kveld fire skal samhandling med NAV, funksjonsvurdering ved sykefravær og ytelser fra NAV være tema. Her skal to overleger fra NAV være til stede, og en pasient vil komme og fortelle om sine erfaringer. Ifølge Woodhouse vil funksjonsvurdering til NAV bli spesielt vektlagt denne kvelden. – Ofte er det fastlegene som skriver funksjonsvurderinger, men vi tror at fysioterapeuter kan bidra mye. I løpet av denne kvelden håper vi at det skal bli klarere hva NAV har behov for av opplysninger, og at fastlege og fysioterapeut skal finne ut av et samarbeid som kan gjøre vurderingen best mulig.

FRISKLIVSSENTRALENE

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunalt finansiert helsetjeneste. Det finnes frisklivssentraler i 274 kommuner pr. 2018. Frisklivssentralen er en liten tjeneste, og fysioterapeuter er den største yrkesgruppen.

Målgruppen er de med sykdom eller økt risiko for sykdom, og som trenger større til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Frisklivssentraler gir hjelp som bedrer funksjon, forebygger helsesvikt og styrker den enkeltes muligheter for å være i arbeid. Frisklivssentralenes tilbud kan både benyttes som tidlig innsats for å forebygge eller begrense sykdom, og være tilbud til personer i et behandlings, rehabiliterings eller habiliteringsforløp. Det er for eksempel egnet ved sammensatte og langvarige helseutfordringer, ved risiko for frafall fra skole eller arbeidsliv og som en del av et behandlings- og rehabiliteringsforløp

Fastleger, annet helsepersonell, bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre kan henvise personer til frisklivssentralen. Frisklivssentralen er også samarbeidspartner i oppfølging av sykmeldte arbeidstakere, og om ansatte uten arbeidstilknytning som har som mål å komme tilbake i jobb. Samarbeidet kan også omfatte utveksling av relevant kompetanse samt utvikling og gjennomføring av tilbud. Målet er at tilbudene utfyller hverandre og at den ansatte bedrer sin helse og funksjon, mestrer helseplager og kommer raskere tilbake i arbeid.

Frisklivssentralene kan også bidra til økt fysisk aktivitet i arbeidslivet, både i private og kommunale virksomheter. Det er flere eksempler på dette:

Tour de Modum: Filmsnutter som vises på skjermer for eksempel i Modum Sparebank1.

Moving: Modum kommune ved Frisklivssentralen sørger for å samle og spre informasjon aktuelle turmarsjer. Infoplakater spres til bedrifter som lager interne opplegg for å få flest mulig til å delta.

Bedriftsimpuls Modum kommune: Frisklivssentralen gjør det enklere for arbeidsgivere i private og offentlige bedrifter å ivareta plikten til å vurdere tiltak for å tilrettelegge for fysisk aktivitet.

Trappekampanje: Flere frisklivssentraler har bidratt i gjennomføring av trappekampanjer, som for eksempel Bergen kommune.

Friskliv ansatt: Ansatte i Modum kommune med behov for støtte til å endre levevaner eller mestre helseutfordringer får tilbud om en helsesamtale ved frisklivssentralen.

Frisklivssentralene tilbyr også hjelp til brukere som har lettere psykiske plager og belastninger i form av Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB). Disse kursene er evaluert og prøvd ut i Norge med god effekt, og anbefales av Folkehelseinstituttet¹¹².

NFF mener:

- Fysioterapeuter skal ha et arbeidsperspektiv i sin behandling av pasienter, og må derfor kjenne til aktuelt regelverk og aktuelle samarbeidspartnere.
- Fysioterapeuter bør delta i dialogmøter, og da særlig i dialogmøte 2. Det er Navs hovedansvar å invitere til dette møtet.
- Finansiering av fysioterapitjenester på oppdrag av Nav må avklares.
- Fysioterapeuter må delta i ansvarsgruppemøter der dette er aktuelt.
- Kommuner har ansvar for samhandling og må legge til rette for samhandlingsarenaer. Samarbeidet mellom fastleger og fysioterapeuter må styrkes på området arbeid og helse. Knutepunktmodellen er et eksempel på slikt samarbeide og NFF mener at et kursopplegg for fysioterapeuter og leger som er sentralt i modellen, må få offentlig finansiering.
- Kommunene må sørge for at arbeidsperspektivet skrives inn i samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten og Nav.
- Velfungerende IKT-løsninger er sentralt for samarbeid mellom helsepersonell og mellom Nav og helsetjenesten. Dagens løsninger er ikke gode nok, og må derfor forbedres.
- Frisklivssentraler skal finnes i alle kommuner, en statlig opptrappingsplan for å sikre dette bør vurderes.
- Frisklivssentralene er en samarbeidspartner i sykefraværsarbeidet, og deres rolle i den forbindelse bør utnyttes og synliggjøres bedre.
- Frisklivssentralene kan bidra til økt fysisk aktivitet i arbeidslivet, i både privat og offentlig sektor. Dette er et tilbud virksomhetene i større grad kan benytte seg av.

FOKUSOMRÅDE 3: SPESIALISTHELSETJENESTEN

I spesialisthelsetjenesten finnes det ulike tilbud med ulike mål. Det kan være å utrede hvorvidt en sykdom kan skyldes eksponeringer i arbeid, eventuelt behandle disse sykdommene. Eller det kan være å tilby et arbeidsrettet behandlingstilbud for de som står i fare for eller har falt ut av arbeid, utdanning og skole. Det kan også være et mer omfattende og tverrfaglig arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til arbeid.

Noen av tilbudene gis på sykehus, mens andre utføres på private foretak som har avtale med det regionale helseforetaket.

ARBEIDSRETTET REHABILITERING¹¹³

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i spesialisthelsetjenesten tilbys både som dag- og døgntilbud på institusjoner og som polikliniske tilbud på sykehus.

Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til arbeid. *Det er en kombinasjon av tiltak rettet både mot helse og arbeid hvor deltakerne selv bidrar aktivt. Tiltakene gis samtidig over en bestemt tidsperiode. Rehabiliteringen kan innebære kartlegging, undervisning, aktivitet og veiledning. Det er en prosess som ofte involverer arbeidsgiver, fastlege, annet helsepersonell og Nav.*

Målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes ved at de har sammensatte og diffuse plager, som lettere psykiske plager som angst og depresjon, og muskel- og skjelettplager. Arbeidsrettet rehabilitering gjør ikke folk friske, men kan hjelpe folk å finne en måte å håndtere plagene og livssituasjonen sin på, slik at det likevel blir mulig for dem å jobbe. For å kunne ha et reelt fokus på muligheter og barrierer med tanke på jobb, skal personer som søker om arbeidsrettet rehabilitering være ferdig medisinsk utredet.

Arbeidsrettet rehabilitering skal hjelpe personer som strever med å jobbe, ved å redusere fokus på sykdom og øke fokus på hva som faktisk er mulig for personen å få til. For å stimulere til endring i personens tanker, følelser og adferd, er kognitiv tilnærming en kjernekomponent i arbeidsrettet rehabilitering.

Gjennom kartlegging, samtaler, ulike aktiviteter og målarbeid sammen med fagpersoner i et tverrfaglig team, jobber personen seg fram til hva som skal til for å komme tilbake i jobb.

Sammensetningen av det tverrfaglige teamet er litt ulik fra institusjon til institusjon, avhengig av hva de legger vekt på i sitt tilbud, men kan typisk være: Fysioterapeut/ergoterapeut, lege/legespesialist, Arbeidskonsulent, sosionom eller atfføringskonsulent, idrettspedagog, psykolog, spesialsykepleier eller psykiater

Andre fagroller kan være: Arbeidsinstruktør, veileder i friluftsliv, ridning, kultur + fritid, ernæringsveileder eller treningsinstruktør.

DEFINISJON

Arbeidsrettet rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler med deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål. en kombinasjon av helserelevante og arbeidsrelaterte tiltak vil som oftest være påkrevd. i disse prosessene samarbeider flere aktører om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet arbeidsdeltakelse kan innebære at personen blir i stand til å beholde det arbeidsforholdet som han eller hun har, eller blir i stand til å skaffe arbeid.

HVA SKILLER ARBEIDSRETTET REHABILITERING FRA ANNEN REHABILITERING?

I den offisielle definisjonen av rehabilitering er deltakelse i utdanning og arbeidsliv spesifikt nevnt, men det er viktig å presisere at i definisjonen av arbeidsrettet rehabilitering må deltakelse i arbeidslivet være hovedmålet. *Deltakelse i arbeidslivet er selve kjernen i forståelsen av arbeidsrettet rehabilitering.* Andre funksjonsmål kan være en del av prosessen mot arbeidsdeltakelse, men kan ikke være hovedmålet. Hvis andre mål er viktigere, og ikke ses som en del av prosessen mot arbeidsdeltakelse, vil det derfor være snakk om en annen type rehabilitering.

I spesialisthelsetjenesten finnes det en rekke institusjoner med tilbud om arbeidsrettet rehabilitering¹¹⁴.

Nasjonalt og internasjonalt er det gjort flere forskningsoppsummeringer som evaluerer intervensjoner som har retur til arbeid som mål. Resultatene er i stor grad sammenfallende og peker på at tverrfaglige intervensjoner er mest effektive. Mest effektive er tiltakene hvis de i tillegg involverer arbeidsplassen. Det viser seg også at intervensjoner som kommer tidlig i et forløp ofte har best effekt.

Arbeidsrettet rehabilitering må rette seg mot flere faktorer samtidig, og i sammenheng. Det forutsetter at rehabiliteringsprogrammet rigges som en tverrfaglig intervensjon.

Personer med vedvarende muskel- og skjelettplager og psykiske tilleggspilager kan ha nytte av intensiv tverrfaglig intervensjon basert på kognitive tilnærminger, herunder trening rettet mot unngåelsesatferd basert på frykt for forverring (såkalt *fear-avoidance beliefs*, Øyeflaten m.fl. 2016)¹¹⁵. Rehabiliteringen bør ha fokus på å gjenvinne funksjonsevnen kombinert med rådgivning om arbeidsforhold og/eller tilrettelegging av arbeidsplass og oppgaver. Kognitiv tilnærming er et sentralt element i de tverrfaglige intervensjonene og retter seg mot psykologiske mekanismer knyttet til opplevelse og tolkning av helseplager. De fysiske komponentene i tverrfaglige intervensjoner er fysisk aktivitet, trening og friluftsliv. Med bakgrunn i dette kan man beskrive kjernen i arbeidsrettet rehabilitering på følgende måte: Arbeidsrettet rehabilitering har arbeidsdeltakelse som fremste rehabiliteringsmål. Arbeidsrettet rehabilitering består av både helserettede elementer og arbeidsrettede elementer som kombineres i en sterk tverrfaglig forståelse og koordinering. De helserettede elementene baseres på en biopsykososial forståelse av helse. De arbeidsrettede elementene baseres på en relasjonell forståelse av arbeid hvor mange aktører og faktorer påvirker mulighet til arbeid. Det er avgjørende at deltakeren selv bidrar aktivt i egen rehabiliteringsprosess (Veileder i ARR, 2017)¹¹⁶.

ULIKE ARBEIDSRETTEDE REHABILITERINGSTILTAK I HELSETJENESTEN

Det eksisterer en rekke rehabiliteringstiltak med arbeid som mål, både i offentlige helseforetak og i private virksomheter som har avtale med regionale helseforetak. Noen steder er det kun langtidssykmeldte over 26 uker som tas inn (Hernes Institutt), andre tar inn også de som står i fare for å bli sykmeldt, eller som er under arbeidsavklaring (AAP).

Det finnes både dag, døgnet og ambulante tilbud. Lengden på døgntilbudene varierer, noen går over 8 dager (karleggings og vurderingsopphold), andre på tre, fire eller 6+ uker. De fleste har både gruppe- og individoppfølging og tilbudene er tverrfaglige. Ambulant tilbud gis som en oppfølging etter oppholdet.

For å få til et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det viktig at finansieringen arbeider i samme retning. For eksempel er det lønnsomt for foretakene å benytte poliklinikk på sykehuset (ISF finansiert), mens det er svært lite lønnsomt når koordinatorene på sykehus (gjerne fysioterapeut eller ergoterapeut) reiser ut til de andre viktige aktørene nær pasienten – ambulant poliklinikk (arbeidsplass, NAV-kontor og kommunehelsetjenesten).

Fysioterapeuter vi har møtt gir tilbakemelding på at det er en utfordring for et godt samarbeid at det er så stort diagnosefokus i spesialisthelsetjenesten. Et slikt fokus blir opprettholdt av at NAV også er opptatt av diagnose, mens i kommunehelsetjenesten er gjerne funksjon det viktigste. Kommunen får ikke de funksjonsvurderingene de trenger fra spesialisthelsetjenesten.

HELSE OG ARBEID (TIDLIGERE RASKERE TILBAKE)

Nav-ordningen «Raskere tilbake» ble omgjort til «Helse og arbeid» i 2018 og noen av tilbudene ble lagt til nye steder, andre videreført – noen i private rehabiliteringsinstitusjoner og andre lagt til helseforetak. Omleggingen av «Raskere tilbake» bidrar til at arbeidsrettede

rehabiliterings- og behandlingstilbud opprettes i spesialisthelsetjenesten over hele landet.

De regionale helseforetakene kom i 2017 med anbefalinger til HOD angående omleggingen av Raskere tilbake-ordningen. Erfaringene de hadde hatt med Raskere tilbake var at i arbeidet med å bistå pasienter tilbake til jobb var det blitt et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de øvrige aktørene i et sykefraværsløp; fastlege og kommunehelsetjeneste forøvrig, Nav, arbeidsgiver og HMS/BHT-enheter. For spesialisthelsetjenesten representerte dette samarbeidet et viktig steg ut av sektortankegangen¹¹⁷.

Ifølge Chris Jensen som leder Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering har den nye ordningen mer fokus på arbeid som en del av behandlingen, og mer fokus på tverrfaglige tilbud. Han sier at dette er en utfordring for mange sykehusklinikker som ikke har hatt arbeidsfokus i behandlingen før.

Helse og arbeid er et tilbud til de som står i fare for, eller som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole. Tilbudet skal gjøre det mulig for de som blir henvist å komme tilbake til arbeid. Formålet med dette arbeidsrettede behandlingstilbudet er å bidra til bedre helse og arbeidsevne, og bedre jobbmestring og livskvalitet.

Helse og arbeid-tiltaket er i hovedsak for personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Tilbudet er en del av den offentlige helsetjenesten, og et samarbeid med Nav, fastlege og arbeidsgiver anses som viktig. (helsenorge.no)¹¹⁸.

Tilbudene er i noen steder arbeidsrettede tverrfaglige avklarings- og vurderingspoliklinikker for muskel-skjelettlidelser, samt arbeidsfokusert individuell poliklinisk behandling for mild til moderat angst og depresjon, andre steder kan det i større grad være snakk om mestringsopphold.

Grunnprinsippene i en slik ordning må være at:

- Omfanget av behandling og rehabilitering med arbeidsfokus må tilpasses pasientenes behov. Behovene avhenger ikke bare av helsetilstand, men også av funksjonsnivå, arbeidsevne og utfordringer relatert til arbeidsplassen.
- Arbeidsfokus bør integreres i større eller mindre grad i alle deler av behandlingen. Det må sikres at det ikke gis motstridende råd om behandling, aktivitet og arbeid fordi man må ta hensyn til helse på den ene siden og deltagelse i arbeidslivet på den annen side (Chris Jensen, 2019)¹¹⁹.

I anbefalingene fra de regionale helseforetakene til HOD om Helse og arbeid-satsingen for pasienter med muskel- og skjelettlidelser bør tilbudet i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at:

- Tiltaket har både helse og arbeid som mål og at det gjøres samtidig.

- Tiltaket er tverrfaglig hvor lege og fysioterapeut utgjør kjernekompetansen med tillegg av andre faggrupper i team.
- Tiltaket kjennetegnes av løpende samarbeid og dialog med aktører i sykefraværarbeidet. Dette samarbeidet er formalisert.

For pasienter med psykiske helseplager anbefalte de regionale helseforetakene at:

- Tiltaket skal ha arbeid og helse som overordnet mål og være kunnskapsbasert
- Tiltaket skal tilby arbeidsrettede polikliniske tilbud kjennetegnet av standardiserte og intensive utrednings- og behandlingsforløp lokalisert ved helseforetakenes distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og fra private leverandører.
- Tiltaket har et aktivt og formalisert samarbeid med fastlege og kommunehelsetjeneste, Nav og arbeidsplass i sykefraværarbeidet og bidrar til at samarbeidsmodellene videreutvikles.

SØKNADSPROSEDYRE

Sykehus kan sende henvisninger direkte til den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen.

Fastlegen, privatpraktiserende spesialister og andre med henvisningsrett utenfor sykehus, som manuellterapeuter og kiropraktorer, skal sende søknad om arbeidsrettet rehabilitering til Regional koordinerende enhet (RKE)¹²⁰, gjelder for Helse Sør-Øst, eller Regional vurderingsenhet (RVE), gjelder de tre andre regionene, som godkjenner eller avslår søknadene.

Som vi ser har de ulike regionene valgt litt forskjellig organisering og ulike navn på samme funksjon. Dette kan bidra til å skape forvirring både for pasienter og ikke minst for de som henviser.

På nettsidene til henholdsvis RKE og de tre RVE-ene framgår det klart hva en søknad skal inneholde, om det er utarbeidet eget søknadsskjema og hvordan henvisningen skal sendes.

Henvisning til ARR skal ha arbeid som mål, og det må framgå at pasienten har et rehabiliteringspotensial og tilbudet vil være nødvendig for å styrke jobbmestring, forebygge sykmelding og eventuelt øke jobbdeltagelse. Pasienten må ha et eget ønske om rehabilitering med arbeid som mål.

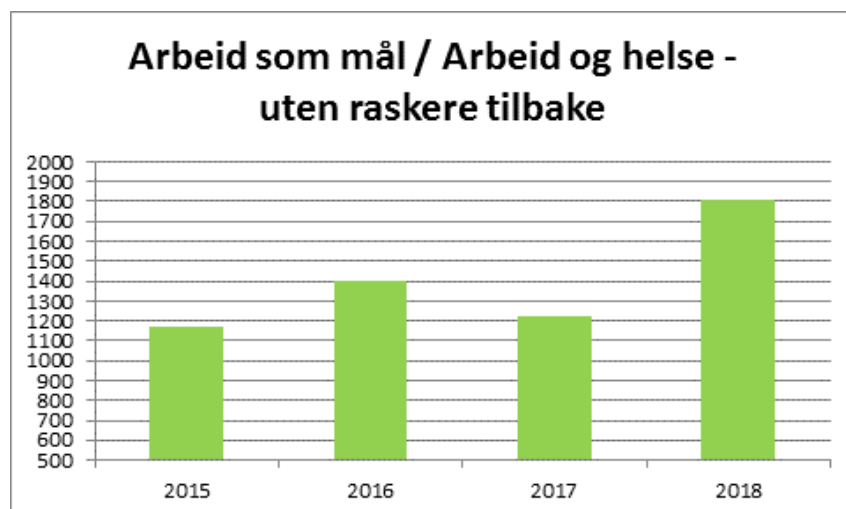
Forøvrig er det et kriterium i avtalene med private institusjoner og RHF¹²¹ som er inngått de siste årene, at alle rehabiliteringsopphold skal ha et arbeidsrettet perspektiv.

Når det gjelder søknad til Helse og arbeid-tilbud er det også her fastlege, manuellterapeut, kiropraktor eller legespesialist som har henvisningsrett. Henvisningene blir så rettighetsvurdert i tråd med prioriteringsforskriften og -veilederne. Dette vurderes av behandlingssted som har tillatelse til å vurdere om rett til helsehjelp skal utløses. I prioriteringsveilederne står det:

«Yrkesaktivitet i seg selv er ikke et vurderingskriterium. Det betyr at en i kostnadsvurderingen ikke skal inkludere verdien av det arbeidet som vil utføres ved at pasienten kommer tilbake til jobb. En skal heller ikke inkludere eventuelle besparelser i trygdeutbetalinger. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.»

Som vi ser skal noen henvisninger sendes til den regionale vurderingsenheten, i andre tilfelle skal henvisningen sendes direkte til virksomheten som tilbyr det arbeidsrettede tilbudet. Det er utfordrende for manuellterapeuter, fastleger og andre med henvisningsrett å henvise til rett tilbud. Videre kan det også være utfordrende å velge hvilket behandlingstilbud som er det mest hensiktsmessige.

På henvendelse til RKE Helse Sør-Øst fikk vi tilbakemelding om at det i 2018 var 1809 henvisninger til rehabilitering med arbeid som mål.



1756 av disse henvisningene kom fra fastleger, de øvrige kom fra BHT og private avtalespesialister. Det kom en henvisning fra fysioterapeut.

Som vi ser, er det en klar økning fra om lag 1200 henvisninger til 1800 henvisninger fra 2017 til 2018. Økningen skyldes omleggingen fra Raskere tilbake, men ifølge leder av RKE tilsvarende ikke økningen tidligere antall henvisninger under Raskere tilbake, da denne omleggingen har vært utfordrende for henviser.

Avslagsprosenten var på 11,3 prosent. Gjennomsnittlig avslagsprosent på alle ytelser har de siste årene vært på om lag 35 prosent. Med unntak av to avslag, var avslagene begrunnet med «Problemstillingen ivaretas av kommunehelsetjenesten».

På henvendelse til Helse Vest RVE kom det i 2018 inn 521 henvisninger, og 58 av disse fikk avslag, det vil si 11,1 prosent. Også i Helse Vest ble avslagene i all hovedsak begrunnet med at 1. linjetjenesten burde kunne ivareta pasienten.

På vår henvendelse til RVE Helse Midt får vi beskjed om at fra 1.1.2018 vurderer ikke RVE henvisninger til arbeidsrettet rehabilitering. Den enkelte institusjon som har avtale med Helse Midt om arbeidsrettet rehabilitering vurderer henvisningene selv.

På nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for arbeid og helse leser vi at legene i Nord melder om at ARR avslås oftere enn før.

Ifølge faggruppen for manuellterapi er det en del som henviser til ARR, men noen anbefaler at fastlegen gjør det fordi det er en oppfatning at ARR institusjonene ønsker henvisning fra lege. Faggruppen mener også at det er viktig at ARR institusjonene aksepterer henvisninger fra manuellterapeuter i like stor grad som henvisning fra leger. De som sjeldent eller aldri henviser synes tilbudene er oversiktlig, i stadig endring og det er vanskelig å vite hva som er hva og hva som finnes av muligheter. Og faggruppen mener derfor at tilbudene i ARR må bli tydeligere og mer oversiktlig, kanskje i form av en «portal».

Når det gjelder arbeidsmedisinsk utredning kan fastlege, bedriftslege, sykehusleger og privatpraktiserende spesialister henvise direkte til avdelingen. De arbeidsmedisinske avdelingene mottar også anmodninger om spesialisteklæring fra både NAV og forsikringsselskaper.

ARBEIDSMEDISINSK UTREDNING

Ved flere sykehus finnes det arbeidsmedisinske avdelinger. De kan ha litt ulike benevninger, og også noe ulikt tilbud, men i hovedsak utføres det på disse avdelingene pasientutredninger med tanke på arbeidsrelaterte årsaker til sykdom. Vårt inntrykk er at hovedfokus er på fysiske-, kjemiske- og biologiske arbeidsmiljøfaktorer, og at det først og fremst er leger og yrkeshygienikere som arbeider der.

Sammen med Statens arbeidsmiljøinstitutt har de arbeidsmedisinske sykehusavdelingene etablert et eget pasientregister. Og det er nylig utarbeidet en rapport som beskriver de vanligste diagnoser, yrker og eksponeringsfaktorer hos den yngste pasientgruppen mellom 20-29 år for perioden 2010 til 2017. Det ble registrert totalt 11 969 pasientutredninger i denne perioden, av disse utgjorde utredninger av denne aldersgruppen 8 prosent. Det viste seg at astma og håndeksem var de diagnosene som ble registrert hyppigst. Frisører var spesielt utsatt, noe som indikerer et særlig behov for godt primærforebyggende arbeid i dette yrket (Tidsskriftet, 2019)¹²².

ANSVAR FOR VEILEDNING OG FOREBYGGING

Spesialisthelsetjenestelovens §6-3 hjemler veiledningsansvaret spesialisthelsetjenesten har overfor kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for forebygging (§1-1). Hovedvekten av den forebyggende innsatsen i spesialisthelsetjenesten vil være knyttet til individrettet sekundær- og tertiærforebygging, samt råd og veiledning til kommuner og andre samarbeidspartnere. I samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak bør behovet for regelmessig veiledning og kunnskap om helse og arbeid i førstelinjetjenesten understrekes.

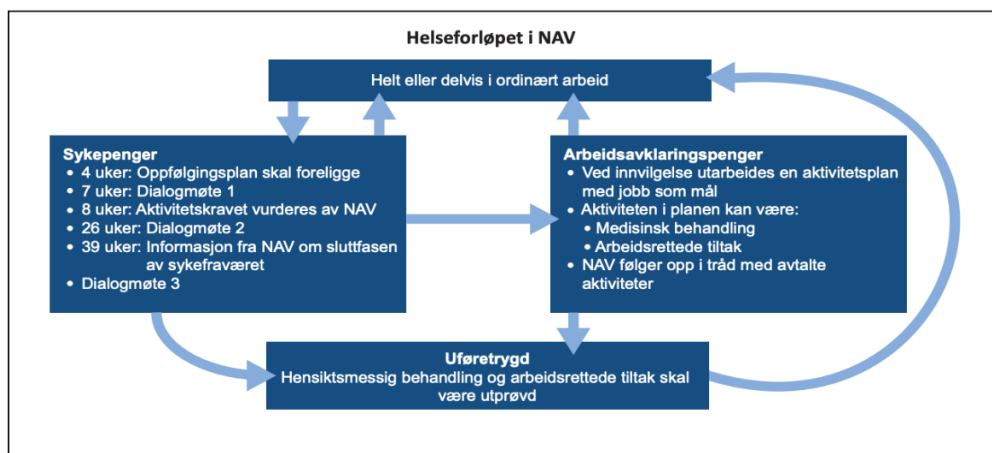
NFF mener:

- Før utskrivning må det foretas grundige funksjonsvurderinger der det tas hensyn til at pasienten ikke bare skal hjem, men også tilbake til arbeid/utdanning. «Rehabilitering tilbake til jobb» (eller skole og utdanning) bør være like naturlig som å vurdere «rehabilitering hjem».
- Arbeidsrettet rehabilitering og andre arbeidsrettede helsetiltak i spesialisthelsetjenesten må rette seg mot flere faktorer samtidig, og i sammenheng. Det forutsetter at rehabiliteringen/tiltaket rigges som en tverrfaglig intervensjon, og der fysioterapeut og lege er kjernekompetanse i team med andre profesjonsgrupper.
- Det er viktig at finansieringen av tiltak som fremmer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til slikt samarbeid. Ambulante takster må derfor økes slik at det stimuleres til samarbeid.
- Arbeidsperspektivet må inkluderes i alle eksisterende og evt. kommende pakkeforløp.
- Det må bli langt enklere å utforme henvisninger og få vurdert pasientenes rettigheter til arbeidsrettede helsetiltak. En egen nasjonal portal for henvisning til arbeidsrettede helsetiltak bør vurderes innført.
- Bedre samhandling mellom de som behandler søknadene etterlyses. Eksempelvis kunne en søknad som får avslag på ARR fra Regional vurderingsenhet bli sendt videre til et aktuelt sykehus for et mindre omfattende tilbud, som for eksempel Helse og Arbeid-tilbud. Dette kunne bidratt til å forhindre unødige avslag, bedre pasientflyt og at pasientene får rett tilbud til rett tid.

FOKUSOMRÅDE 4: NAV - HELSE

En av Navs viktigste oppgaver er å forebygge at helseproblemer fører folk ut av arbeidslivet og legge til rette for at de som har falt ut, kommer raskt tilbake. Det helserelaterte arbeidet i Nav¹²³ kan deles inn i:

- Sykemelding og sykemeldingsoppfølging
- Arbeidsavklaring og støtte til arbeidsrettede tiltak og
- Bistand ved helseskade og/eller uførhet.



Nav har en todelt rolle i sykefraværarbeidet; en systemrettet rolle i IA-arbeidet gjennom Nav Arbeidslivssenter og en individrettet rolle mot den enkelte sykmeldte og dens arbeidsgiver gjennom Nav-kontorene. Strukturen i de lokale Nav-kontorene er bygget rundt et individsystem for forvaltning av folketrygden.

SYKEMELDING OG INDIVIDUELL SYKEMELDINGSOPPFØLGING

Sykemeldingsoppfølgingen er strukturert rundt enkelte milepæler.

4 uker - Oppfølgingsplan: Sykmeldte og arbeidsgiver legger en plan for mulige aktiviteter i sykefraværperioden. Arbeidsmiljøloven beskriver hva en oppfølgingsplan skal inneholde. Den skal være utarbeidet senest innen fire ukers fravær og formidles til den som sykmelder. Planen revideres etter behov.

7 uker - Dialogmøte 1: Samtale mellom den sykmeldte arbeidstakeren, arbeidsgiveren og eventuelt den som sykmelder. I tillegg kan bedriftshelsetjenesten og den tillitsvalgte eller verneombudet delta. Målet er å snakke sammen om hva som skal til for at den sykmeldte skal komme tilbake i arbeid. Møtet skal avholdes innen sju uker, med mindre det er åpenbart unødvendig. Delvis sykmeldte innkalles til dialogmøte hvis arbeidstaker, arbeidsgiver eller sykmelder mener det er hensiktsmessig.

8 uker - Aktivitetskrav: For rett til sykepenger etter åtte ukers sykmelding er det krav om at arbeidstakeren prøver seg i arbeidsrelatert aktivitet. NAV kan gi unntak hvis sykmelder dokumenterer tungtveiende medisinske grunner som hindrer slik aktivitet, eller hvis arbeidsgiver dokumenterer at det ikke er mulig å tilrettelegge på arbeidsplassen.

26 uker - Dialogmøte 2: Senest innen 26 uker skal NAV-kontoret innkalle den sykmeldte arbeidstakeren og arbeidsgiveren til dialogmøte 2. Begge parter har møteplikt. Den som sykmelder skal delta hvis NAV mener det er hensiktsmessig. Arbeidsrettede tiltak skal vurderes. I noen situasjoner kan det gjøres unntak, for eksempel ved innleggelse i helseinstitusjon eller hvis det er klare utsikter til friskmelding.

Dialogmøte 3: Partene kan be NAV om å innkalle til et dialogmøte 3 hvis det er behov for et møtepunkt i slutten av sykepengeperioden. Tema for møtet vil være hvilke alternativer som er aktuelle for den sykmeldte. Dette omfatter ytterligere muligheter for løsninger på arbeidsplassen, samt hvilke behov det er for arbeidsrettede tiltak i regi av NAV.

Arbeidsevnevurdering: En bruker har rett til en arbeidsevnevurdering hvis bruker selv eller NAV mener at arbeidsevnen kan være redusert. Ved søknad om arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsprogram eller uføretrygd vil NAV som hovedregel foreta en arbeidsevnevurdering. Enkelte NAV-tiltak krever også en vurdering av arbeidsevnen. I arbeidsevnevurderingen gjøres det rede for personens kompetanse, utdanning, yrkeserfaring, sosiale forhold og helsetilstand, samt styrker og svakheter i møte med kravene i arbeidsmarkedet.

Aktivitetsplan: Mottakere av arbeidsavklaringspenger som trenger kvalifisering, arbeidstrening eller andre tiltak før de kan starte jobbsøking, skal ha en aktivitetsplan. Den utarbeides av stønadsmottakeren og NAV-veilederen, og skal omfatte konkrete mål om arbeid, arbeidsrettede tiltak, eventuell medisinsk behandling og den arbeidsrettede oppfølgingen fra NAV. Planen skal oppdateres hvis helsetilstanden og funksjonsevnen endres.

Aktivitetsplan og arbeidsevnevurdering benyttes også for sykmeldte som har behov for mer omfattende oppfølging fra NAV. NAV har blant annet ansvar for oppfølging av sykmeldte uten arbeidsgiver.

HEDMARKSMODELLEN - AKTIVITETSKRAV

I 2004 innførte myndighetene et aktivitetskrav ved 8 ukers sykemelding. Sykmeldtes rett til sykepenge faller bort dersom vedkommende uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving eller arbeidsrettede tiltak. Det samme gjelder dersom vedkommende uten rimelig grunn unnlater å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner eller unnlater å delta i dialogmøter. Det er NAV som skal vurdere om vilkårene for å motta sykepenge fortsatt er oppfylt.

På bakgrunn av denne bestemmelsen ble den såkalte Hedmarksmodellen utviklet og implementert av NAV Hedmark i 2012-13. Modellen gikk ut på at NAV-kontorene innførte ukentlige saksdrøftingsverksteder der man drøftet aktivitetskravet i de sykmeldingene som hadde vart i åtte uker. I verkstedet fikk veileder faglig støtte fra rådgivende lege og kompetanseveileder fra NAV fylke. De sykmeldte som ikke fikk unntak fra aktivitetskravet ved uke 8, fikk sykepengene sine formelt stanset. Samtidig sendte NAV et standardbrev til den sykmeldte med informasjon om at sykepengeutbetalingen ble stanset midlertidig, samt en oppfordring om å ta kontakt med arbeidsgiver. Målet var å styrke NAVs rolle i sykefraværsoppfølgingen, og stille tydeligere krav til lege/sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstaker. Analyser utført av utredningsseksjonen i Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014 viste markant nedgang i sykefraværet i Hedmark sammenlignet med andre fylker, samt økt bruk av gradert sykemelding. Høsten 2014 ble det dermed besluttet å iverksette et forsøk i tre nye fylker basert på erfaringene fra Hedmark.

Proba evaluerte så de tre forsøksfylkene, og observasjon på saksdrøftingsverksteder. Ifølge evalueringsrapporten har håndteringen av aktivitetskravet innenfor rammene av Hedmarksmodellen vært positiv. Etableringen av saksdrøftingsverkstedene har gitt en bedre og mer lik vurdering av aktivitetsplikten. Det er også bred enighet blant informantene om at modellen har bidratt til at flere sykmeldte fanges opp på et tidligere tidspunkt i sykefraværet. Mye tyder også på at flere kommer tidligere ut i arbeid eller arbeidsrettet aktivitet. I evalueringen utført av Proba i 2017, er det kun i liten grad blitt lagt vekt på de sykmeldtes erfaringer. De erfaringene som kommer frem i rapporten er negative (Proba, 2017)¹²⁴.

NAV ARBEIDSLIVSSENTER (ALS)

Fra 1. januar 2019 finnes det 12 regionale arbeidslivssentre. Til sammen er det ca. 500 ansatte. Disse skal være ressurs- og kompetansesentre for inkluderende arbeidsliv. Og deres primære oppdrag er å bidra til måloppnåelse i henhold til IA-avtalen, og deres bistand og kompetanse er et sentralt virkemiddel overfor virksomheter i IA-arbeidet.

For å få bistand og støtte til arbeidet med IA-avtalens mål og innsatsområder på den enkelte arbeidsplass, kan virksomheter inngå samarbeid med ALS, men før bistand kan ytes skal det være en dokumentert dialog mellom partene i den enkelte virksomhet.

Sentrene skal ha kompetanse til å utvikle og støtte et godt arbeide i bedriftene. Kanskje derfor har det vært en viss gnising mellom BHT og ALS. Grensedragningen har ikke vært god nok, og flere av høringsinstansene la vekt på dette i sitt hørings svar til rapporten «Hva skal skje med BHT?».

Arbeidslivssentrene tilbyr ulike tjenester bl.a.:

- Kurs i sykefraværarbeid, arbeidsmiljø, rettigheter og plikter i arbeidslivet osv.
- Rådgivende i dialogmøter og enkeltsaker
- Rådgivende til bedriftens partssamarbeid
- Samarbeidspartner med lokale Nav-kontor, BHT og Arbeidstilsynet.

INNSPILL FRA MEDLEM

Vi spurte ett av våre medlemmer som er ansatt i ALS om å komme med noen betraktninger rundt styrker, svakheter, samarbeid med henholdsvis kommunehelsetjenesten, BHT og tillitsvalgte. Og hvordan det er å jobbe der som fysioterapeut. Tilbakemeldingen vi fikk var:

«NAV arbeidslivssenters hovedstyrke er at det er en viktig støttespiller for arbeidsgiverne når det kommer til rådgiving om sykefravær og folketrygdloven. Vi arbeider både internt i bedrifter og i større sammenheng med åpne kurs (også felles web-kurs). Ofte trenger bedriftene hjelp med individualsaker hvor Arbeidslivssentrene er inne og gir bistand. Slik jeg ser det skal ALS og BHT jobbe tett knyttet mot hverandre slik at totalbildet kan fanges opp. Her tror jeg ALS kan bli mye flinkere til å samarbeide, og ikke se på BHT som er konkurrent. Det burde være et godt samspill mellom aktørene. Noen fylker klarer dette godt, mens andre ikke har samarbeid.

Den største svakheten til ALS med den nye IA-avtalen er at vi mistet forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet, noe som ga oss muligheten til å gi bedriftene økonomisk bistand når det var behov. ALS skal nå organisere det nye tiltaket Ekspertbistand, men det er ennå usikkert hvor mye dette vil bli brukt. Dette tiltaket vil slik det fremstår nå være en støtte for bedrifter som ikke er tilknyttet BHT og i de tilfeller hvor både BHT og offentlige aktører er utprøvd uten synlig resultat¹²⁵.

ALS jobber ut mot både ledere og tillitsvalgte i bedriftene, men må etter min mening være mer synlige for både bedrifter og tillitsvalgte. Vi blir fort en hemmelig tjeneste i NAV som ingen vet å bruke, bortsett fra kommunene som har en sterk tilknytning allerede. Våre telefoner er åpne for rådgiving både for ledere og tillitsvalgte. ALS har hatt liten tilknytning til kommunehelsetjenesten så vidt jeg vet, men kanskje vil dette økes som en del av tiltaket HelseArbeid (som ifølge IA-avtalen nå skal bli et landsomfattende tilbud).

Som fysioterapeut i ALS så jobber jeg hovedsakelig med det samme som de andre IA-rådgiverne, det vil si kursing i sykefraværsoppfølging, rettigheter og plikter, inkludering osv. Det som er styrken til fysioterapeuten er at vi kan si mer om de fysiske forutsetningene og utfordringene på arbeidsplassene, enn en del av de andre IA-rådgiverne. Det å kunne sitte på et dialogmøte og forstå de latinske begrep og tankesettet til sykemelder/behandler tror jeg også er en stor styrke å ha med seg. Her kan vi bidra til å ufarliggjøre mye av det som blir sagt.

Det jeg synes er viktigst å få frem er at ALS kan jobbe mer utadrettet med sykefravær mot enkeltbedrifter, og her er både samarbeidet internt i NAV og samarbeidet eksternt viktig. Vi skal jobbe tettere med de lokale NAV kontorene, BHT, kommunehelsetjenesten og ikke minst bedriftene for å kunne levere den beste bistanden».

Mye av det som kommer fram her, stemmer overens med det inntrykket vi fikk da vi besøkte Innlandet ALS tidligere i år.

EVALUERING AV ALS

Arbeidslivssentrenes bidrag til måloppnåelse av tidligere IA-avtale er tidligere evaluert av NTNU Samfunnsforskning (Ingebrigtsen og Moe, 2015)¹²⁶. Målene i den da gjeldende avtale var flere og annerledes enn dagens, alle funn er derfor ikke like relevante i dag.

Det ALS hadde lyktes best med var å tilrettelegge for personer med nedsatt funksjonsevne som allerede var ansatt. Videre vises det i rapporten til at det Arbeidslivssentrene har lagt størst vekt på er sykefraværarbeidet, og sentrene selv mener at de hadde lyktes godt med dette arbeidet. Dessverre så var det bare en fjerdedel av virksomhetene mente at ALS har hatt noen betydning for arbeidet med å redusere sykefraværet.

Hele 43 prosent av virksomhetene oppga videre at ALS har stor betydning for det generelle IA-arbeidet. Det kom i undersøkelsen også fram at enkelte sentre lyktes bedre enn andre.

Forskerne anbefalte:

- Godt samarbeid mellom ALS og Nav-kontor er viktig.
- ALS med gode resultater bør dele sine erfaringer med de andre sentrene
- ALS bør få innpass i virksomhetenes ordinære møtearenaer (ledermøte, AMU, etc.)
- Kompetansen ved arbeidslivssentrene bør tas vare på. Rådgiverne ved arbeidslivssentrene har gjennomgående høy kompetanse. Arbeidslivssentrene besitter en kompetanse som skiller seg fra øvrige NAV. Dette gjelder særlig forståelse for arbeidsgiveres behov, markedsinnsikt og evnen til å jobbe på systemnivå. Dette i motsetning til øvrig NAV, som i stor grad jobber på individnivå. Å jobbe på virksomhets/systemnivå, er en forutsetning for å oppnå langsiktige effekter i IA-arbeidet
- Sentrene er ulikt organisert, noen setter sammen porteføljen etter geografi, andre etter kompetanse og erfaring. Ett av de sentrene som lyktes best anvender geografi som primært kriterium.

NAV HJELPEMIDDELSENTRAL

Nav Hjelpemidler og tilrettelegging består av 18 hjelpemiddelsentraler, en sentral styringsenhet og tre nasjonale enheter. Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til funksjonshemmede i sitt fylke. I tillegg er det ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer, eksempelvis kommuner, arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere. Det finnes hjelpemiddelsentraler i alle fylker, med unntak av Oslo og Akershus som har en felles sentral. Sentralene tilbyr ikke bare hjelpemidler, men bistår også når det gjelder tilrettelegging, samt tilpasninger til omgivelsene, blant annet arbeidsplassene. Det var først på begynnelsen av 2000-tallet hjelpemiddelsentralene begynte å se på arbeidsliv.¹²⁷

Fysioterapeuter på hjelpemiddelsentralene jobber gjerne med kartlegging og utredning, rådgivning, veiledning og samtaler. De besøker arbeidsplasser, tilrettelegger og gir opplæring i bruk av hjelpemidler. De kan også foreslå funksjonsassistanse (BPA på arbeidsplassen) ved betydelig

funksjonshemming, når hjelpemidler og utstyr ikke er nok og arbeidstaker er i ordinært lønnet arbeid.

Henvising til sentralene kommer fra Nav-kontor, arbeidsgiver, arbeidstaker, HR, og en sjelden gang fra BHT, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Er den funksjonshemmede i arbeid, har ikke kommunehelsetjenesten ansvar.

Ifølge våre informanter er ikke systemet for å melde inn saker godt nok, heller ikke systemene for kartlegging, søknad, tilpasning og oppfølging. Det er uklart hvem som skal gjøre det – bedriftshelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Våre informanter opplever også at det er et noe sprikende regelverk. Det er noe uklart hvem som har ansvar for hva.

Hjelpemiddelfeltet har vært utredet flere ganger, både i 2010¹²⁸ og i 2017^{129, 130}. Og

rapportene gir våre informanter rett, dette feltet er ikke godt nok organisert og samordnet.

Regjeringen foreslo på bakgrunn av rådene fra sistnevnte ekspertutvalg å overføre ansvaret for hjelpemidler til kommunene. Høringsinstansene, deriblant NFF, syntes ikke det var en god idé, så det forslaget er nå lagt i skuffen.

ARBEIDSPASSVURDERING OG EKSPERTBISTAND

I skrivende stund har vi uoffisielt nettopp fått vite at ordningen med arbeidsplassvurdering av fysioterapeut eller ergoterapeut som har eksistert noen år, nå er erstattet av en mer omfattende arbeidsplassvurdering i forbindelse med den såkalte ekspertbistanden som ble innført med den nye IA-avtalen. Ekspertbistand er regulert gjennom en tidsbegrenset forskrift¹³¹, og som gjelder fra 1. september i 2019 til ut 2022. Dette har vi ikke fått bekreftet offisielt enda.

I NFFs hørings svar¹³² understreket vi at den allerede eksisterende ordningen ikke måtte fjernes som en følge av den nye og mer omfattende ordningen.

Informasjon om den «tidligere» ordningen finnes i vedlegg 2.

ARBEIDSRETTEDE HELSETILTAK I NAV-REGI

Nav tilbyr ulike helsetiltak. Noen av tilbudene tilbys av Nav alene eller sammen med helsetjenesten, mens andre tiltak tilbys av private eller ideelle virksomheter som har avtale med Nav.

ARBEIDSRETTET REHABILITERING

ARR i Nav-regi er et tiltak som skal styrke arbeidsevnen, og som gjennom rehabilitering skal gi deltagerne hjelp til å mestre helserelaterte og sosiale problemer som hindrer arbeidsdeltagelse.

Arbeidsrettet rehabilitering kan inneholde arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstilveiledning eller en kombinasjon av disse elementene.

Det er Nav sammen med den som har fått arbeidsevnen nedsatt eller er sykmeldt, som vurderer behovet for tiltak. Hvis deltager er i et arbeidsforhold, skal rehabiliteringen foregå i tilknytning til jobb. Hvis tilbakeføring til nåværende jobb ikke er aktuelt, foregår rehabiliteringen med siktemål på overgang til annet arbeid. Er ikke deltager i et arbeidsforhold skal rehabiliteringen foregå hos en tiltaksarrangør eller på en ordinær arbeidsplass med bistand fra tiltaksarrangør.

Dette er et individuelt tilpasset dagtilbud med maks varighet på 12 uker.

HELSEIARBEID¹³³

HelseiArbeid¹³⁴ er et samarbeid mellom helsetjenesten og Nav og skal ifølge Nav etableres i alle fylkene i løpet av 2019/2020¹³⁵. Hos Nav er det ALS som har det praktiske ansvaret for å følge opp og levere tilbudet. HelseiArbeid er ett av de tiltakene som prioriteres gjennom den nye IA-avtalen, riktignok uten at det er satt av øremerkede midler til det.

Dette er en satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak knyttet til muskel-, skjelett- og psykiske plager. HelseiArbeid har to hovedelementer, et bedriftstiltak og et individtiltak. Tanken bak er at tidlig innsats og rask avklaring gir bedre mulighet for at den enkelte oppnår ønsket effekt. Videre at dette vil bidra til å unngå unødige og tidkrevende utredninger i spesialisthelsetjenesten, fordi forholdene legger til rette for personlig mestring og lokal oppfølging der de bor og jobber. Samtidighet i fokus på arbeidsdeltakelse og helse er sentralt. HelseiArbeid skal bidra til å flytte fokus fra begrensninger til muligheter.

Bedriftstiltaket består av helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, etterfulgt av en IA-prosess med fokus på egen arbeidshverdag. Det er Nav som «henviser» til dette tiltaket.

Opplæringen på arbeidsplassen er modulbasert og består av to til tre moduler. Det starter med en forankring hos ledere, tillitsvalgte og verneombud, deretter av tre moduler på 1,5 time for alle ansatte. Tema er muskel og skjelett, psykisk helse og smertemestring og arbeidsmiljø. De ansatte gjennomfører gitte oppgaver mellom modulene. Tilslutt evalueres opplegget av ledere, tillitsvalgte og verneombud. Både Nav og representanter fra helsetjenesten deltar. Fra helsetjenesten er det vanlig at fysioterapeuter deltar.

Individtiltaket skal tilby rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokustert avklaring i spesialisthelsetjenesten (poliklinikk) etter henvisning fra fastlege.

Individtiltaket er tenkt gjennomført av team bestående av representanter for NAV og helsetjenesten. Fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten med kompetanse innen fysikalsk medisin og psykisk helse involveres. Navs kompetanse om arbeidsliv supplerer det tverrfaglige teamet. NAV Arbeidslivssenter og NAV-kontorer er sentrale i dette arbeidet.

I mars i år besøkte vi Opptreningscenteret i Finnmark, som tilbyr HelseiArbeid. Vi fikk der forståelsen av at bedriftstiltaket og individtiltaket er to helt separate tilbud. Det er ikke slik at en bedrift med en arbeidstaker eller flere som har fått oppfølging gjennom individtiltaket, får tilbud om bedriftstiltaket. Erfaringen fra Alta var at det var større etterspørsel etter individtiltaket enn etter bedriftstiltaket. I Alta tilbyr de også et mestringsopphold på fire dager i tillegg til poliklinisk utredning som en del av HelseiArbeid-satsingen.

I utgangspunktet stilte vi oss litt undrende til at utredningen skulle foregå i spesialisthelsetjenesten, da det ifølge Leon-prinsippet¹³⁶ burde kunne utføres i kommunehelsetjenesten. Men etter å ha erfart hvordan slik tverrfaglig kartlegging foregår, forstår vi bedre hvorfor denne skal utføres i spesialisthelsetjenesten. Både fordi det er viktig at utredningen er tverrfaglige (gjerner bestående av lege, fysioterapeut, psykolog, ergoterapeut og sosionom) og fordi det ikke forventes at personell i kommunehelsetjenesten har god nok kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene. På den annen side mener vi at fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten har kompetanse til å delta i bedriftstiltaket.

Selv om HelseiArbeid bygger på gjeldende kunnskap om arbeid og helse, er ikke modellen som sådan blitt evaluert. Universitetet i Tromsø har nylig fått FoU-midler fra Nav for å evaluere tiltaket, men resultatene vil ikke foreligge før om noen år. Det er kanskje noe drastisk å bygge opp et såpass ressurskrevende tiltak over hele landet, før resultatene fra evalueringen foreligger. Noen vil nok hevde at det gjerne karakteriserer enkelte av tilbudene fra Nav. Riksrevisjonen kritiserer både Nav og ASD, og om departementet sier riksrevisor Per Kristian Foss: - *Jeg tror det er utilstrekkelig for å si det*

mildt, at departementet bare styrer på budsjett og tall. De må styre på innhold, kvalitet og resultater. Dette i en kritikk av nedslående resultater av Navs arbeidsmarkedstiltak^{137, 138}.

Når det er sagt, så må det også sies at HelselArbeid er et lovende tiltak, som vi tror kan bidra positivt i det forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeidet. Det er også gunstig sett fra fysioterapeuters ståsted, da fysioterapeuter både bidrar i kartleggingsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, i eventuelle mestringsopphold, og i bedriftstiltaket med vår kunnskap om muskel- og skjelett, psykisk helse og mestring.

SENTER FOR JOBBMESTRING

I 2008 lanserte Nav en ny satsing: Senter for jobbmestring. Ansvar for Senter for jobbmestring ligger i Nav i det enkelte fylke. Hensikten var å utvikle et tilbud til mennesker med psykiske plager som er for friske til å få et tilbud i helsevesenet, men for syke til å være i jobb. Dette er et lavterskeltilbud, der brukeren kan henvende seg til senteret selv, eller bli henvist av fastlege eller Nav-veileder.

Ved senter for jobbmestring arbeider kognitive terapeuter og jobbspesialister tett sammen i team, og kognitiv terapi kombineres med individuell jobbstøtte.

Tilbudet ble etablert i syv fylker og forskning har dokumentert at senteret har lyktes med å bidra til Nav mål om å få flere i jobb og færre på trygd.

Ved årsskiftet forsvinner de øremerkede midlene som har finansiert driften av Senter for jobbmestring, det er derfor usikkert om tilbudet også vil forsvinne. En av forskerne som har evaluert tilbudet er psykolog Silje Reme. Og til velferd.no sier hun:

– Det var en unik studie, som viste god effekt. Det er vanskelig å finne tiltak som i det hele tatt virker for denne gruppen. Effekten er særlig god for dem har vært lengst ute av arbeidslivet. Tiltaket har også vist seg å ha langtidseffekt. En oppfølgingsstudie i fjor viste at effekten holdt seg. At folk var i jobb fire år etter. Det er unikt at man ser langtidseffekter av slike tiltak, sier Reme¹³⁹.

Dette er et vellykket tiltak som sannsynligvis kommer til å strande fordi det ligger i gråsonen mellom helse og arbeidsrettet tiltak. Når de øremerkede midlene nå forsvinner, faller det mellom to stoler. Arbeids- og tjenestedirektør i Nav, Kjell Hugvik, uttaler dette til velferd.no:

– Ved Senter for jobbmestring er både terapeuter og jobbspesialisert knyttet til Nav, enten som ansatte i Nav eller ved at Nav har engasjert eksterne leverandører. Det er imidlertid ikke naturlig at Nav skal ha ansvar for den medisinske behandlingen.

– Det er ikke riktig at Nav oppretter en parallell helsetjeneste. Dersom Nav skulle ansette terapeuter, ville det gå på bekostning av satsing på jobbspesialister. Helsevesenet må stille med sin kompetanse og Nav med jobbspesialister, sier han.

Sitatene over viser hvor vanskelig det kan være å få til velfungerende tiltak på tvers av etatene. Dette har vært et dokumentert godt tiltak, men når den øremerkede finansieringen kuttes, forsvinner insitatmentet for å videreføre.

INDIVIDUELL JOBBSTØTTE (IPS)

Individual Placement and Support (IPS), på norsk kalt individuell jobbstøtte, er en relativt ny og systematisk oppfølgingsmetodikk som har fokus på å øke arbeidsdeltagelse i ordinært, lønnet arbeid for mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser. Rehabilitering tilbake til arbeid blir her knyttet til behandlingstilbudet i psykisk helsevern, i stedet for å organiseres som en atskilt tjeneste.

Den overordnede filosofien bak IPS er troen på at alle mennesker med en alvorlig psykisk lidelse kan ha en vanlig jobb, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø.

Sentralt for denne metodikken er bruken av ordinære arbeidsplasser som treningsarena, integrering av tjenester innen helse- og arbeidsrehabilitering, og tett individuell oppfølging av brukeren. Dersom en bruker har et ønske om å jobbe, er det tilstrekkelig for å oppfylle kriteriet om deltagelse i IPS. Jobbstøtten pågår parallelt med behandling i helsetjenesten.

Uni Helse og Uni Research Rokkansenteret¹⁴⁰ har evaluert IPS og konkluderte med at det er statistisk sikker effekt i favør av IPS-gruppen, der IPS-deltagerne hadde høyere grad av sysselsetting enn gruppen som deltok i andre arbeidsmarkedstiltak. Resultatene viste også at IPS bidro til signifikant bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon og bedre funksjon ved 12 måneders oppfølging sammenlignet med kontrollgruppen.

Metoden er altså effektiv, men også krevende for nye enheter som vil jobbe på nye måter. Metoden krever blant annet at «arbeid» i større grad blir et selvstendig mål i all oppfølging.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har samarbeidet om videreutvikling av IPS i Norge. Noen steder er IPS en integrert del av Nav, mens det andre steder er forankret i helsevesenet, der både spesialisthelsetjenesten, gjerne DPS, og kommunehelsetjenesten er involvert. I dag er det Helsedirektoratet som i hovedsak gir støtte til IPS-prosjekter gjennom en tilskuddsordning. Men det er ønskelig at dette skal bli et «spleiselag» mellom helsevesenet og Nav.

Et pilotprosjekt i regi av professor Silje E Reme ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo tyder også på at IPS-metodikken har god effekt for mennesker med kroniske smerter. (IPS in Pain).

Prosjektet viser til et tverrfaglig samarbeid mellom leger, psykologer, fysioterapeuter og sykepleiere, samt jobbspesialister og Nav-koordinator. Foreløpige resultater viser at det å komme i arbeid, gir mer mening med livet, og det i seg selv kan redusere smertene. Selv om de belaster og anstrenger seg mer, er det ofte verdt det fordi de har det bedre i hverdagen.

JOBBMESTRENDE OPPFØLGING

Jobbmestrende oppfølging er et tilbud til personer med alvorlige psykiske helseproblemer, primært psykoselidelser. Målet er å komme ut i ordinært arbeid. Tiltaket innebærer et tett samarbeid mellom deltaker, NAV, behandlingsapparat og tiltaksarrangør. Foreløpig finnes tilbudet i Trøndelag, Buskerud, Telemark, Oslo, Rogaland, Vest-Agder og Oppland.

Det foreligger en egen forskrift om tilskudd til implementering av arbeidsrehabiliteringsmetodene individuell jobbstøtte og jobbmestrende oppfølging¹⁴¹. Tilskuddet kan gis til kommuner og helseforetak samt leverandører som har driftsavtale med kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Tildeling av tilskuddsmidler forutsetter at det er etablert et forpliktende samarbeid mellom Nav og helse- og omsorgstjenesten.

SEES I MORGEN

Til arbeidsgivere, tillitsvalgte og verneombud som ønsker mer kunnskap om hvordan møte medarbeidere med psykiske helseproblemer, og hvordan de skal håndtere psykisk helse på arbeidsplassen, har Nav utviklet en kurspakke som heter «Sees i morgen»¹⁴². ALS holder både åpne og bedriftsinterne kurs – og kursene er tilgjengelige for alle virksomheter, det er gratis og tilbys i alle sentrene.

NFF mener:**Om sykefraværarbeid**

- Det er viktig med strukturert sykemeldingsarbeid, også når det gjelder gradert sykemelding, der Nav har en sentral koordinerende rolle.
- Dialogmøte 2 er viktig og behandlende fysioterapeut bør kalles inn på dialogmøte 2, også på dialogmøte 1 hvis arbeidstaker og arbeidsgiver ønsker det.
- Aktivitetsplikt ved 8 uker bør følges opp, og Hedmarksmodellen ser ut til å være vellykket mht. å komme tidligere tilbake i arbeid. Men de negative erfaringene fra de sykmeldte må hensyntas i en videreutvikling av modellen.
- Det bør vurderes om Nav-kontorene også bør ha tilsatt helsepersonell, blant annet fysioterapeuter. Det er helsepersonell som har kompetanse til sykemeldingsoppfølgingen, så en utvidelse av teamene på Nav-kontorene med personell med helsefaglig kompetanse vil kunne styrke kvaliteten på sykefraværarbeidet i Nav.

Om Nav Arbeidslivssenter

- Nav Arbeidslivssenter er en viktig bidragsyter i IA-arbeidet – og et godt samarbeid mellom sentrene, lokale Nav-kontor, BHT og virksomhetene er viktig. Samarbeid med kommunehelsetjenesten i forbindelse med HelseArbeid, som blir ett av virkemidlene i IA-arbeidet, må også prioriteres.
- Det bør trekkes klare grenser for hvilke aktører som har ansvar for hva, for en konkurransesituasjon mellom ALS og BHT er u hensiktsmessig.
- Det bør stilles kompetansekrav i ALS. Det er viktig å rekruttere bredt, men det er ikke tvil om at fysioterapeuter bør være en selvskreven yrkesgruppe, og være godt representert på alle sentrene.
- Den «tidligere» arbeidsplassvurderingen bør på plass igjen, da det også er behov for mindre omfattende arbeidsplassvurderinger der hensikten er å forebygge.

Om hjelpemidler

- Hjelpemidler og mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen er et område alle fysioterapeuter skal ha kjennskap til.
- Når det gjelder hjelpemidler og mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen, er det behov for tydelige retningslinjer for henvisnings- og søknadsprosessen.
- Det er også behov for en gjennomgang av det aktuelle lovverket på dette området. Det er uklart hvor langt arbeidsgivers ansvar strekker seg, og det er uklart hvem som har ansvar for å tilrettelegge og tilby hjelpemidler til arbeidstakere som har behov for slike tiltak.
- NFF bør vurdere å holde seminar/kurs for medlemmene i dette temaet.

Om helsetilbudene i Nav

- Det er Nav-kontoret, som sammen med den sykmeldte arbeidstakeren, vurderer behovet for arbeidsrettet rehabilitering i Nav-regi. Det er naturlig at spørsmål om arbeidsrettet rehabilitering er tema i et dialogmøte, slik at også arbeidsgiver og sykmelder/behandler kan bidra i en slik vurdering.
- HelseArbeid er et lovende tiltak, der fysioterapeuter har en viktig rolle i det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet.
- Å ha psykiske helseplager trenger ikke bety at man ikke kan jobbe. Arbeid gir mening, mestring og tilhørighet – og arbeid kan gjøre folk friskere. Det har vist seg at systematisk samarbeid mellom Nav og helsetjenestene bidrar til at flere psykisk syke kommer ut i arbeid. Tiltak og metoder med dokumentert virkning, som Senter for jobbmestring, individuell jobbstøtte og jobbmestrende oppfølging bør videreføres.

Om tiltak på tvers

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

VEDLEGG 1: NORSKE DOKTORGRADER I FYSIOTERAPI PÅ OMRÅDET ARBEID OG HELSE

På nettsiden til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter ligger en oversikt over doktorgrader i fysioterapi, som er delvis fondsfinansiert. Av de 190 doktorgradene (pr. juni 2019) fant vi 18 som omhandlet arbeid og helse. Det kan være fysioterapeuter med doktorgrad på området, som ikke er fondsfinansiert og som vi dermed ikke har oversikt over.

1. Kåre Birger Hagen: Physical work load and perceived exertion during forest work and experimental repetitive lifting (1994).
2. Ottar Vasseljen: Work-related shoulder and neck pain with reference to muscle activity, individual factors, and psychosocial exposures (1995).
3. Steffen Torp. The importance of the psychosocial work environment in preventing musculoskeletal symptoms (2002).
4. Tone Morken. Musculoskeletal disorders in the aluminium industry (2003)
5. Kjersti Storheim. Patients sick listed for sub-acute low back pain; characteristics, prognostic factors and effect of exercise and cognitive intervention (2003)
6. Siri Moe. Bevegelse, arbeid, kunnskap. Om kroppsbevegelse ved anvendelse av ulike former for teknologi (2005).
7. Anna Steingrimsdottir. Subjective health complaints and their relation to muscle responses in a working population (2005).
8. Helene Blakstad. Revising rules and reviving knowledge: adapting tierarchical and risk-based approaches to safetyrule modifications in the Norwegian railway system (2006).
9. Liv Heide Magnussen. Returning disability pensions with back pain to work (2007)
10. Christian Gould. Faster, better, safer? Studies of safety, workload and performance in Naval high-speed ship Navigation (2009)
11. Dordi Høivik. Health, Safety and Environment Culture in the Petroleum Industry in Norway (2009)
12. Tove Østenvik. Sustained low-level muscle activity related to discomfort/pain in the neck and upper extremities among forest machine operators (2009)
13. Inger Haukenmes. Predictors of disability pension: the role of class, work and gender (2013)
14. Silje Mæland. Sick leave for patients with severe subjective health complaints – challenges in general practice (2013)
15. Tore Norendal Braathen. What works in occupational rehabilitation? - Measurements and perceptions of RTW in Norway (2015)
16. Therese Nordberg Hanvold. Mechanical workload and neck and shoulder pain at the start of working life (2015)
17. Dr. grad Tove Ask (FAKTA-prosjektet i Bergen) – Funksjonsnivå hos arbeidstakere med msk - enten de var sykmeldt eller i jobb, på tross av smerter, samt erfaringer med et funksjonsverktøy. Ønsket også et tettere samarbeid med arbeidsplassen for å øke forståelse av arbeidsgivers perspektiv og erfaringer. <http://bora.uib.no/handle/1956/12228>
18. Inger Øyeflaten. Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work (2016)

VEDLEGG 2: ARBEIDSPASSVURDERING

Fra Navs nettsider

NAV kan dekke utgiftene når en fysioterapeut eller ergoterapeut vurderer tilretteleggingsbehov på arbeidsplassen. Du kan få en arbeidsplassvurdering hvis du er ansatt i en bedrift uten bedriftshelsetjeneste og er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt.

Hva inneholder arbeidsplassvurdering?

Målet med arbeidsplassvurdering er å benytte kvalifisert personell til å forebygge sykmelding eller redusere sykefravær. En arbeidsplassvurdering inneholder en funksjonsundersøkelse av deg som trenger vurderingen, og et besøk på arbeidsplassen for å vurdere mulig tilrettelegging. Målet med tilretteleggingen er at du kan begynne i arbeid igjen helt eller delvis, eller forebygge sykefravær. Fysioterapeut eller ergoterapeut med godkjent kompetanse foretar funksjonsundersøkelse og arbeidsplassbesøk, og skriver en rapport. Arbeidsgiver bør være tilgjengelig under arbeidsplassbesøket. Etter arbeidsplassvurderingen vil arbeidsgiver få tilbakemelding slik at forslag og tilrådinger kan følges opp i bedriften. Sykmelder skal bli informert om arbeidsplassvurderingen ved kopi av rapport.

Hvem kan søke? Arbeidsplassvurdering er et tilbud til deg som mottar sykepengen eller arbeidsavklaringspenger eller som står i fare for å bli sykmeldt. Ordningen gjelder ikke ansatte i virksomheter som har egen bedriftshelsetjeneste, eller er tilknyttet fellesordning.

Varighet NAV utbetaler honorar for inntil fire timer per oppdrag.

Hvordan søker du? Du, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV kan ta initiativ til arbeidsplassvurdering.

Hvis du er ansatt i en IA-virksomhet, kan arbeidsgiver søke om forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for IA-virksomheter til arbeidsplassvurdering. Arbeidsgiver kan kontakte en fysioterapeut eller ergoterapeut som oppfyller kompetansekravet om å kunne tilby arbeidsplassvurdering.

Du finner godkjente fysioterapeuter som er medlem av Norsk Fysioterapeutforbund på https://fysio.no/finn/fysioterapeut/list/?form%5Bname%5D=&form%5Bcounty%5D=&form%5Bmunicipality%5D=&form%5Bdiscipline%5D=&form%5BworkAssessment%5D=9&form%5Bsend%5D=&form%5Bsezform_tok en%5D=iKRB9mDvm4_ZwEkewf9r7dT-oudJ0maSO0Y54IDF1Xs. Du kan også kontakte [godkjente fysioterapeuter som ikke er medlem av forbundet](#). Ergoterapeuter finner du på ergoterapeutene.org.

Etter oppdraget er gjennomført kan arbeidsgiver sende utfylt blankett NAV 08-07.14, Refusjonskrav med evaluering – forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for IA-virksomheter til NAV.

Hvis du ikke er ansatt i en IA-virksomhet er det NAV-kontoret som rekvirerer arbeidsplassvurdering etter avtale med deg og arbeidsgiver. Deretter avtaler du direkte med fysioterapeuten eller ergoterapeuten tid for funksjonsundersøkelse og arbeidsplassbesøk. Du har selv ansvar for å informere arbeidsgiveren, og for eventuell kontakt med tillitsvalgte eller verneombud.

Fysioterapeuten/ergoterapeuten sender deretter rapport med regning til den som har rekvirert arbeidsplassvurdering.

Rapportering Rapport til NAV-kontoret skal inneholde fysioterapeutens/ergoterapeutens vurderinger og anbefalinger på bakgrunn av arbeidsplassbesøk og eventuell funksjonsundersøkelse. Rekvisisjon og rapportskjema – Arbeidsplassvurdering benyttes til dette. Rapporten bør være så konkret som mulig når det gjelder forslag til tiltak.

Taushetsplikten er ikke til hinder for denne typen rapportering til NAV-kontoret, jf folketrygdloven § 21-4. NAV-kontoret kan sende kopi av rapporten til sykmelder, jf forvaltningsloven § 13 b. nr. 2. Rapportens anbefalinger og forslag vil bli formidlet til arbeidsgiver hvis arbeidstaker gir sitt samtykke.

Honorar / regning Oppdraget vil bli honorert etter takst for påbegynt time, [se satser](#). Det vil i tillegg bli gitt skyssgodtgjørelse for billigste reisemåte etter "Regulativ for reiser innenlands for statens regning". Tidsbruk i

forbindelse med arbeidsplassvurdering er stipulert til inntil 4 timer for funksjonsundersøkelse, arbeidsplassbesøk og rapportskrivning. Reisetid kommer i tillegg.

Regning og rapport blir sendt til den som har rekvirert arbeidsplassvurderingen. Det er ikke utarbeidet egen regningsblankett. Regningen må inneholde terapeutens navn, adresse og kontonummer, samt organisasjonsnummer eller personnummer. Videre må den sykmeldtes navn og fødselsdato framgå, og spesifisering av medgått tidsbruk fordelt på eventuell funksjonsvurdering, arbeidsplassvurdering inkludert rapportskrivning, reisetid og beregnet skyssgodtgjørelse.

Fra NFFs nettsider om arbeidsplassvurdering:

For at en fysioterapeut skal kunne påta seg arbeidsplassvurdering på oppdrag fra NAV, må ett av følgende tre alternativer til kompetanse være oppfylt:

- Spesialist i helse- og miljøarbeid.
- Bestått ukeskurset Helse- og miljøarbeid - fysisk arbeidsmiljø (tidligere Helse- og miljøarbeid for bedriftsfysioterapeuter del 1) - regi NFF, gjennomført i 2001 eller senere, og godkjent tilhørende oppgave. Andre kurs med tilsvarende innhold og varighet kan også godkjennes.
- Minst tre års praksis i minimum 50 % stilling med forebyggende fysioterapi/ergonomi, for eksempel i bedriftshelsetjeneste.

Hvordan gå fram for å kunne påta seg slike oppdrag?

NAV har delegert ansvaret for godkjenning av kvalifiserte fysioterapeuter til NFF. Deltakere på NFFs kurs får tildelt godkjenning etter kurset. Andre kan sende søknad til Norsk Fysioterapeutforbund v/fagseksjonen, Postboks 147 Sentrum, 0102 Oslo. Dokumentasjon på at du har den kompetansen som kreves, skal da vedlegges.

NFF holder en liste over kvalifiserte fysioterapeuter til oppdraget. Listen ligger på NFFs nettsider www.fysio.no, under "Finn en fysioterapeut", og oppdateres daglig *i henhold til den kontaktinformasjonen som det enkelte medlem har lagt inn på sine sider*. Alle NAV-trygd-kontor bruker den til å finne aktuelle fysioterapeuter. I tillegg kan du gjerne gi ditt lokale NAV-kontor beskjed om at du ønsker å påta deg oppdrag.

Hva er honoraret?

Honoraret er **705 kroner** per time fra 1. januar 2019 (satsene [endres årlig](#) av Arbeids- og sosialdepartementet). Skyssgodtgjørelse gis i tillegg. Veiledet tidsbruk er stipulert til inntil fire timer for funksjonsundersøkelse, arbeidsplassbesøk og rapportskrivning.

Rapportskjema

Ved bruk av ordningen med arbeidsplassvurdering skal fysioterapeuten rapportere til NAV. [Last ned skjema på NAVs nettsider](#).

REFERANSER OG NOTER

Referansene er i all hovedsak klikkbare.

- ¹ Statens arbeidsmiljøinstitutt (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse.
- ² Waddel and Burton (2006). Is work good for you? TSO.
- ³ Van der Noordt M m.fl. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occupational and environmental medicine.
- ⁴ Heggebø K og Dahl. E (2015). Unemployment and health selection in diverging economic conditions: Compositional changes? Evidence from 28 countries. International Journal for Equity in Health.
- ⁵ Franche m.fl (2005). workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature.
- ⁶ Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Tulder, M. v., et al. (2005a): "Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence". Journal of Occupational Rehabilitation, 15 (4), 507-524.
- ⁷ Helsedirektoratet (2019). Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet. IS-2811.
- ⁸ Helsedirektoratet (2016). Arbeid og helse – et tettere samvirke. Publikasjonsnummer IS-2535
- ⁹ OECD (2013). Mental Health and Work; Norway.
- ¹⁰ Regjeringen (2018). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2019-2022.
- ¹¹ Regjeringen (2019). Bransjeprogrammer under IA-avtalen 2019-2022.
- ¹² Jeløyplattformen (2018).
- ¹³ Regjeringen 2018 – Inkluderingsdugnaden.
- ¹⁴ NHO 2019. Vi inkluderer. Et samarbeid for å få flere i jobb.
- ¹⁵ Barne- og likestillingsdepartementet (2018). Et samfunn for alle. Regjeringens strategi for likestilling av funksjonshemmede for perioden 2020-2030. Q-1248-B
- ¹⁶ SSB 2019. Funksjonshemmede, arbeidskraftundersøkelsen.
- ¹⁷ SSB 2019. Arbeidskraftundersøkelsen.
- ¹⁸ NOU 2019:7. Arbeid og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting.
- ¹⁹ Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga - gode liv i eit trygt samfunn.
- ²⁰ Dahl, Wehl og Harsløf (2010).
- ²¹ Aagestad, Bjerkan og Gravseth 2017
- ²² Arbeidsmiljøloven. Lovdata 2019.
- ²³ Wergeland E (2012). Arbeidsmiljømålinger – vitenskap på avveier.
- ²⁴ Solstad, Asgeir (2018). Kort om Nav. Universitetsforlaget (bok)
- ²⁵ Lovdata (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning.
- ²⁶ Strategiplan 2017-2019. Arbeidstilsynet.
- ²⁷ Tildelingsbrev Arbeidstilsynet (2018). Fra Arbeids- og sosialdepartementet.
- ²⁸ Tildelingsbrev Arbeidstilsynet (2010). Fra Arbeidsdepartementet.
- ²⁹ Arbeidsforskningsinstituttet (2017). Et arbeidstilsyn i endring. AFI-rapport 06:2017.
- ³⁰ Fra budsjettåret 2015 innførte regjeringen avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) og har siden kuttet budsjettet til alle statlige virksomheter med 0,5-0,7 prosent hvert år.
- ³¹ Hentet fra SSB tabell 07984, sysselsatte i 2018.
- ³² Arbeidstilsynet (2019). Innsikt – Analysenytt fra Arbeidstilsynet, nr. 2-2019, s. 6.
- ³³ Årsrapport (2018). Arbeidstilsynet.
- ³⁴ Hentet fra Asgeir Solstad. Kort om Nav. Universitetsforlaget 2018.
- ³⁵ Stami (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- ³⁶ Arbeid og velferd nr.4 2018. Færre på helserelaterte ytelser – friskere befolkning?
- ³⁷ <https://frifagbevegelse.no/i-1978-mente-alle-vi-hadde-rad-6.158.66654.c69dbf78ec>

- ³⁸ Nav 2019. Sykefraværstatistikk.
- ³⁹ <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/statistikk/statistikk-meldinger-om-arbeidsrelaterte-sykdommer/>
- ⁴⁰ <https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/meldinger-om-arbeidsrelatert-sykdom-i-2018/>
- ⁴¹ Faggruppen for IA-avtalen (2018). Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2018.
- ⁴² Kantar TNS (2019). Helsepolitisk barometer.
- ⁴³ Kantar TNS (2018): Helsepolitisk barometer.
- ⁴⁴ Eurostat/Faktisk 2018.
- ⁴⁵ OECD (2019): Absence from work due to illness. <https://stats.oecd.org/Index.aspx>
- ⁴⁶ Dahl, Bergsli, Wehl (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.
- ⁴⁷ Sintef 2018. Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland
- ⁴⁸ Nav 2019. Flere uføretrygdede i løpet av 1. kvartal 2019.
- ⁴⁹ Nav 2019. Mottakere av AAP.
- ⁵⁰ Fri Fagbevegelse (2018). Nye regler for arbeidsavklaringspenger: Ungdom presses over på uføretrygd og sosialhjelp, advarer Nav-veileder.
- ⁵¹ Nav 2019. Diagnoser uføretrygd.
- ⁵² De ferskeste tallene mht. diagnoser og uføretrygd er tall fra 2015. Disse ble publisert i 2019. Det er om lag tre års etterslep på koding og publisering av diagnosestatistikk.
- ⁵³ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/vekst-i-uf%C3%B8retrygding-blant-unge>
- ⁵⁴ <https://velferd.no/velferdbloggen/2017/wergelands-polse>
- ⁵⁵ Heggebø K (2019). Sosioøkonomisk ulikskap i helse – nok empiri, meir teori? Sosiologen.no
- ⁵⁶ Sosiologen.no (2018). Intervju med Elias Nosrati 27. mars 2018.
- ⁵⁷ Sosiologen.no (2018). Intervju med sosiologiprofessor Terje Eikemo 18. mars 2018
- ⁵⁸ Elstad, J.I. (2018). Educational inequalities in hospital care from mortally ill patients in Norway. ScandiNavian Journal of Public Health, Vol 46
- ⁵⁹ SSB (2019). Sysselsetting, registerbasert. 25. februar 2019.
- ⁶⁰ Perspektivmeldingen 2017.
- ⁶¹ OECD (2018), Investing in Youth: Norway, OECD Publishing, Paris
- ⁶² Ungdata 2016.
- ⁶³ SSB, 13. juni 2019. Gjennomføring i videregående opplæring.
- ⁶⁴ Nav. Uføretrygd – kvartalsstatistikk pr. 30. juni 2019.
- ⁶⁵ Begrepet vil i hovedsak erstatte kronisk smerte.
- ⁶⁶ Folkehelseinstituttet (2018). Langvarig smerte.
- ⁶⁷ Folkehelseinstituttet (2017). Overvekt og fedme blant voksne. Publisert 25.10.2017.
- ⁶⁸ Vi.no (2018). Derfor er overvekt et problem for hele samfunnet.
- ⁶⁹ FHI (2015). Mer fedme blant folk med kort utdanning i rike land.
- ⁷⁰ NCD-RisC, 2019. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. Nature 08 May 2019.
- ⁷¹ FHI-notat, 2018. Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet.
- ⁷² <https://www.dagbladet.no/nyheter/tall-pa-inaktivitet-blant-befolkningen-gir-grunn-til-bekymring/70178835>
- ⁷³ European Agency for Safety and Health at Work 2018. Foresight on new and emerging occupational safety and health risks associated digitalisation by 2025. ISSN: 1831-9343
- ⁷⁴ The RobotReport (2018). Industrial exoskeletons: new systems, improved technologies, increasing adoption.
- ⁷⁵ Sunnaasstiftelsen.no. Innovasjonsprosjektet Exoskeleton.

- ⁷⁶ Skiftarbeid er klassifisert som sannsynlig kreftfremkallende (IARC's klassifisering av kreftfremkallende eksponeringer). Flere systematiske litteraturgjennomganger har videre konkludert med at skiftarbeid som innebærer nattarbeid medfører økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes, metabolsk syndrom og brystkreft. (Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018).
- ⁷⁷ FTF (2017). Grænseløst arbeide utfordrer arbeidsmiljøet.
- ⁷⁸ HMS-magasinet (2019). Det grenseløse arbeidslivet rammer akademikerne hardt.
- ⁷⁹ 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>
- ⁸⁰ Kaul H. (1995). Kjerringknuter. Kvinners identitet i omsorg og yrke.
- ⁸¹ Stami (2018). Det handler om arbeidet. Trykkfil.
- ⁸² Arbeidstilsynet. Helsefremmande arbeidsplassar. Nettside.
- ⁸³ Idébanken. De beste arbeidsplassene er helsefremmende.
- ⁸⁴ Idébanken (2010). Vil måle helsefremmende faktorer. Intervju med Steffen Torp 7. oktober.
- ⁸⁵ Figuren er et utdrag av figur på Idébankens nettside.
- ⁸⁶ Arbeidstilsynets arbeidsmiljømodell.
- ⁸⁷ Kapitlet om bedriftshelsetjenesten skiller seg fra de andre, siden forbundsstyret allerede har vedtatt politikk på dette området. Kapitlet er likevel tatt med, siden det vil bli et sentralt punkt i den endelige plattformen. Etter innspill fra medlemmer har vi lagt inn forslag til ett nytt politisk standpunkt om minstenorm for ansettelse – og følger sammen med de allerede vedtatte standpunktene.
- ⁸⁸ Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Kapittel 13. Bedriftshelsetjeneste.
- ⁸⁹ Arbeids- og sosialdepartementet (2018). «Hva bør skje med BHT?» Rapport fra uavhengig ekspertgruppe.
- ⁹⁰ På bakgrunn av en ny kunnskapsoppsummering fra Syddansk Universitet og innspill fra medlemmer er formuleringene i dette avsnittet blitt moderert fra saken ble behandlet i FS i 2018.
- ⁹¹ Norsk Fysioterapeutforbund (2018). Høring «Hva bør skje med BHT?».
- ⁹² Standard Norge. Ergonomi. Nettside.
- ⁹³ Demmink J.H. (2004). Foredrag Institutt for Fysioterapi. Høyskolen i Bergen.
- ⁹⁴ Aftenposten 13. desember 2010. Jakter på syndebukker i arbeidsmiljøet.
- ⁹⁵ Gaupset, S. og Hegdal, B. (2012): Kvantitativ kartlegging av organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Medarbeiderundersøkelse som verktøy i utvikling av arbeidsmiljø. Internt AMU-notat juni 2012.
- ⁹⁶ Ebba Wergeland er dr. med og spesialist i arbeidsmedisin og har mange år bak seg i Arbeidstilsynet.
- ⁹⁷ Wergeland E (2012). Arbeidsmiljømålinger – vitenskap på avveier.
- ⁹⁸ Idébanken.org. Kartlegging av arbeidsmiljø.
- ⁹⁹ Khrono (2019). Nettsak 21. februar 2019.
- ¹⁰⁰ Doktoravhandling i 2016 om «Arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold».
- ¹⁰¹ Advokatbladet (2019). Artikkel 22. februar 2019.
- ¹⁰² Arbeidstilsynet (2018). Pliktig HMS-opplæring: To timar på kurs – og utlært?
- ¹⁰³ Sintef (2018). Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. 2018-00851.
- ¹⁰⁴ Utarbeides høsten 2019.
- ¹⁰⁵ Straker L., Mathiassen SE, Holtermann A. (2017). The «Goldilocks Principle»: designing physical activity at work to be «just right» for promoting health. British Journal of Sports Medicine Vol 52, Issue 13.
- ¹⁰⁶ Dalager T, Hansen AF, Holtermann A, Sjøgaard G og Søgaard K (2019). Intelligent motion. Rapport til udarbejdelse af «Smart mosjon i arbeidslivet». Syddansk Universitet.
- ¹⁰⁷ <https://www.kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2019/presentation-helsepolitisk-barometer-2019.pdf>

- ¹⁰⁸ Øyeflaten, 2011: Subjektivitet ved sykmelding. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1308-10 doi: 10.4045/tidsskr.10.1446
- ¹⁰⁹ Informasjonen funnet på Kiropraktorforeningens nettsider, har ikke rukket å finne offisielle kilder som bekrefter dette enda.
- ¹¹⁰ https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/aktuelle-saker/tonne_samhandlende_team.pdf
- ¹¹¹ <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Fastleger-og-fysioterapeuter-paa-kurs-for-aa-laere-samarbeid>
- ¹¹² Nasjonal veileder for frisklivssentraler. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler>
- ¹¹³ Hentet fra Veileder i Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (2017). Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering.
- ¹¹⁴ <https://arbeidoghelse.no/om-oss/har-du-helseplager-som-hindrer-deg-i-a-jobbe/institusjoner/>
- ¹¹⁵ Øyeflaten I. m.fl. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation – a mediation model. BMC Musculoskeletal Disorders 2016 17:225.
- ¹¹⁶ Veileder i Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (2017). Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering.
- ¹¹⁷ Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten. 2017.
- ¹¹⁸ <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/helse-og-arbeid>
- ¹¹⁹ Chris Jensen (2019). Hvordan oppretter man et nytt arbeidsrettet behandlingstilbud? Arbeidoghelse.no, 7. mars 2019.
- ¹²⁰ Under de regionale helseforetakene (RHF) ligger Regional Koordinerende Enhet (RKE).
- ¹²¹ Gjelder Sør-Øst, er ikke kjent med om dette gjelder alle regionene.
- ¹²² Tidsskriftet (2019). Utredning av unge med arbeidsrelatert sykdom. 27. august 2019.
- ¹²³ Figuren er hentet fra NOU 2019:7, s. 215.
- ¹²⁴ <https://proba.no/wp-content/uploads/proba-rapport-2016-12-sluttevaluering-av-hedmarksmodellen.pdf>
- ¹²⁵ Dette synspunktet er i tråd med NFFs høringsinnspill om tilskudd til ekspertbistand.
- ¹²⁶ Ingebrigtsen B.A. og Moe A. (2015). Evaluering av NAV Arbeidslivssenters bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3 i IA-avtalen. NTNU Samfunnsforskning.
- ¹²⁷ Ifølge våre informanter på Nav Hjelpemiddelsentral Oslo og Akershus.
- ¹²⁸ NOU 2010:5 Aktiv deltagelse, likeverd og inkludering.
- ¹²⁹¹²⁹ En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltagelse og mestring. 2017. Herunder inngår også rapporten:
- ¹³⁰ Gjennomgang av hjelpemiddelfomidlingen. Samhandling og organisering av hjelpemiddelområdet. Utført av Agenda Kaupang i 2017.
- ¹³¹ Forskrift om tilskudd til ekspertbistand
- ¹³² <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Uttalelser-og-innspill/Hoering-forslag-til-forskrift-om-tilskudd-til-ekspertbistand>
- ¹³³ En kort introduksjon til HelseArbeid. Brosjyre fra Helsedirektoratet 2018.
- ¹³⁴ Forløperen er iBedrift.
- ¹³⁵ Dette bekreftes ikke, verken i IA-avtalen eller i Statsbudsjettet for 2020. Der står det at tilbudet skal gjennomføres i større omfang enn i dag.
- ¹³⁶ LEON-prinsippet. Lavest Effektive Omsorgsnivå. Dette er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. Dette gjelder også for forebyggende og helsefremmende arbeid – dette bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.
- ¹³⁷ <https://www.nettavisen.no/nyheter/riksrevisjonen-med-sterk-kritikk-av-nav/3423420093.html>

¹³⁸ Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2017-2018). Undersøkelse av forvaltning og bruk av arbeidsmarkedstiltak i Nav.

¹³⁹ Usikker fremtid for suksesstiltak i Nav. Velferd.no, 23. mai 2019

¹⁴⁰ Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS). Sluttrapport. 2016.

¹⁴¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-04-185>

¹⁴² <https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Relatert+informasjon/arbeidslivspakken-sees-i-morgen>

Sak 10 Drøftingssak:

Utvikling og evaluering av tilbud til sykmeldte – hvem, hva, hvordan og hvorfor?

Emne		Påkrevet
		*
Utvikling og evaluering av tilbud til sykmeldte – hvem, hva, hvordan og hvorfor?		
Forslagsstiller		*
Randi Wågø Aas		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem		*
Randi Wågø Aas		
Aktuelle innledere		
<ul style="list-style-type: none"> • Randi Wågø Aas og/eller andre i rådet: Kan innlede fra et forskningsståsted: Hvilke modeller finnes internasjonalt for utvikling og evaluering av intervensjoner for sykmeldte – rasjonale bak ulike modeller. Er internasjonale anbefalinger i tråd med hvordan vi gjør dette i Norge? • Sekretariatet/invitert deltager: Hvordan gjøres det i NAV? Rasjonale bak dagens praksis. Hvordan gjøres det i helsedirektoratet? Rasjonale bak dagens praksis. • Praksis/invitert deltager: Hvordan utvikles nye intervensjoner i praksisfeltet? Rasjonale bak dagens praksis. Bruken av kliniske retningslinjer og prosedyrer overfor sykmeldte. • Diskusjon i rådet om idealer og realiteter – og fremtidens ønskede modell. 		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken		
<ul style="list-style-type: none"> • Intervention mapping • Intervention mapping – eksempel på tjenester til sykmeldte • Developing and evaluating complex interventions - rammeverk • Evaluering av komplekse intervensjoner – modell • Utvikling av valide og reliable verktøy for praksis • Knowledge Translation – hvordan blir tjenester kunnskapsbaserte • Forskningsbasert innovasjon • Delphi-teknikk og andre ekspertmetoder • Internasjonale RTW-programs utviklet av fagpersoner, forskere, myndigheter og brukere gjennom tett samarbeid. • Mv. 		
Sakspapirer som belyser saken		*
<p>Dette vil være første gangen denne saken belyses der både myndigheter, forskning, praksis og brukerorganisasjoner deltar i dialogen – tenker derfor at det er i denne runden er viktigst å få frem ulike modeller og forskjeller i tankesett rundt dette – gi oversikt og skape en bevisstgjøring av hvordan dagens modeller i Norge ser ut.</p>		
Hvorfor		*
<p>Etter at IA-avtalen frøste gang ble underskrevet, ble det i evalueringen etterpå som Sintef utførte sett at det til sammen var utviklet 40 nye tiltak til sykmeldte. Hvem utviklet disse, og på hvilket kunnskapsgrunnlag? I Stoltenbergs sykkelønsutvalg ble det besluttet å iverksette Raskere tilbake. Det var få som ikke var enig i å stryke arbeidsrettet rehabilitering til sykmeldte, men mange var skeptiske til styrking av kirurgi og mer utredning av sykmeldte (i tråd med internasjonal forskning). Modellen som ble innført var i stor grad åpen, selv om det var noen innholdsbeskrivelser i anbudsutlysninger. Dette gjorde at hvert tilbud kunne utvikle de tjenester de selv mente det var behov for. Dette skapte et stort mangfold, og noe innovasjon – men var modellen treffsikker nok og effektiv nok? For eksempel: Svært få av tilbudene hadde fokus på</p>		

Emne		Påkrevet
<p>tilbud på arbeidsplassen – noe som ikke var i tråd med internasjonal forskning. I de siste IA-forhandlingene ønsket arbeidsgiversiden «ekspertbistand». Hvilket kunnskapsgrunnlag og hvilken metodikk skal praktiseres for at ekspertbistand kan forventes å ha effekt? Hvem er ansvarlig for at tiltaket praktiseres i tråd med internasjonal forskning på tilsvarende tilbud?</p> <p>Felles for disse eksemplene er at det synes som om tiltak til sykmeldte dukker opp på mange ulike måter. Vi har et partssammensatt system, men der deltar ikke den fjerde partneren – forskningen – som kjenner til kunnskapsgrunnlaget for tiltak og hva effektforskningen viser. Forskningen henges på etterpå. I Australia f.eks. utviklet aktørene return-to-work programmer for ulike målgrupper, basert på nyeste forskning.</p> <p>For å vurdere om vår rådende modell er bærekraftig i form at den bidrar til kunnskapsbasert praksis til sykmeldte trenger vi å få en felles oversikt over hvordan tiltak utvikles og evalueres. Dette er opplevs som en viktig oppgave for Nasjonalt fagråd for arbeid og helse.</p>		
Bakgrunn		*
<p>Driver vi kunnskapsbasert praksis til sykmeldte i Norge i dag? I hvor stort omfang? Hva fremmer og hemmer dette? NAV satser betydelig på kunnskapsbasering av sitt tilbud og helsetjenesten har gjort det lenge. Imidlertid viser studier at vi strever med å få det til, det tar svært lang tid før forskningen tas i bruk i tjenesteutvikling.</p>		
Status (Nåsituasjonen)		*
Se over.		
Målgrupper (hvem berøres)		*
Sykmeldte. Deres pårørende. Arbeidsgivere. Arbeidslivet. Samfunnet. Tjenesteapparatet.		
Involverte aktører	Alle nevnt over.	*
Problemstillinger		*
<p>Hvordan er dagens praksis i utvikling og evaluering av tjenester til sykmeldte. Jeg tror at denne saken må drøftes flere ganger før det gjøres endelige vedtak, da den er komplisert og involverer en rekke systemer og aktører.</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser		
Tilrådning – Forslag til vedtak		*
<p>Nasjonalt fagråd – arbeid og helse tilråder/anbefaler/mener/uttaler at.....</p> <p>For tidlig – bør diskuteres av rådet.</p>		

