

Til  
Helse og omsorgsdepartementet

Dato: 21.09.2014  
Arkiv: 21  
Journal: 246/14

## Innspill til Folkehelsemeldingen

Norsk Ergoterapeutforbund gir med dette innspill til folkehelsemeldingen med utgangspunkt i punktene:

- Helsevennlige valg
- Aktive eldre
- Psykisk helsearbeid
- Barn og unge

### Helsevennlige valg

Norsk Ergoterapeutforbund støtter helseminister Høies ønske om en mer inkluderende definisjon av helse der han foreslår «Helse er å mestre de fysiske eller psykiske belastningene som kropp og sjel utsettes for».

#### Utfordringer:

I samsvar med "Trondheimerklæringen" (Folkehelsekonferansen 2014) mener Norsk Ergoterapeutforbund at folkehelsearbeidet skal fremme trivsel og helse og vektlegge sosiale og miljømessige forhold i samfunnet. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Nøkkelen til bedret folkehelse ligger i stor grad i utvikling av et samfunn med inkluderende holdninger og omgivelser.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at det er viktig å vektlegge hverdagsliv, nærmiljø og hverdagsmestring i større grad enn et ensidig kroppsfokus. Kosthold, røyking, alkohol og mosjon, heretter KRAM-faktorer (Danske Sunhedsstyrelsen) er dokumenterte faktorer som påvirker helse. Innbyggere med høyere utdanning kan lettere endre livsstil med

utgangspunkt i informasjon og helseråd om kost, røyking, alkohol og mosjon. Imidlertid kan ren kunnskapsformidling være utfordrende for grupper i samfunnet pga språklige barrierer eller behov for supplerende praktisk opplæring. Endring til sunnere livsstil krever egen motivasjon, praktisk trening og drilling i nye vaner. KRAM-faktorene har lett for å fokusere ensidig på fysisk kropp og risikofaktorer. Det er viktig å se innbyggernes hverdagsliv i en større sammenheng for å vurdere hva som fremmer helse: for eksempel den enkeltes trivsel i hverdagen gjennom interesser, kulturtilhørighet, sosiale relasjoner, tilgjengelighet, transport og tilbud i lokalmiljø osv.

I stor grad fokuserer helsefremmede råd på den generelle befolkningen, mens en glemmer de utsatte gruppene, for eksempel: Hvordan gi tilbud om røykeavvenning for personer med psykiske lidelser, som statistisk røyker mer enn den øvrige befolkningen? Hvordan kan personer med lærevansker eller psykisk utviklingshemming med fedmeproblem endre sitt kosthold? Hvordan kan en person i rullestol utføre nødvendig fysisk trening når det lokale treningssenteret ikke er tilgjengelig?

### **TRIVsel fremmer helsevennlige valg!**

Hverdagsaktiviteter gir god fysisk trening, men også utfordringer og glede sosialt og mentalt. Norsk Ergoterapeutforbund mener vi må vektlegge omgivelsenes aktivitetsmuligheter for utfoldelse og deltagelse. Universell utforming er et bærende prinsipp, der teknisk utvikling til enhver tid vil gjøre tilgjengelighet og inkludering lettere.

For å endre vaner og hverdagsvalg kreves mer enn kunnskapsformidling. Det kreves intervensjon som i større grad tar utgangspunkt i den enkeltes motivasjon, interesser og nærmiljøets muligheter. Dette må vektlegges fremover både for befolkningen generelt og aktuelle risikogrupper.

Forskningen i Helse og livskvalitet fra Senter for helsefremmende forskning (HiST/NTNU) gir et viktig bidrag. Her snus fokus for folkehelse til et ressursperspektiv ved å stille spørsmålene om hva det er som fremmer helse for befolkning i en kommune (LEV VEL-studien i Malvik ved Lillefjell, Maass og Espnes 2013, Maass, Lindstrøm, Lillefjell 2014). Studien viser sammenheng mellom ressurser og aktivitet i nærmiljøet og hvordan det påvirker helse. Mer enn 90% trives godt eller svært godt i denne kommunen, men LEV VEL-studien sier også at det er *”verdt å merke seg betydelige sosioøkonomiske forskjeller i opplevd livskvalitet og hvorvidt tilværelsen oppleves meningsfull, håndterbar og begripelig. Det vil si at de med lavere utdanning og inntekt rapporterer dårligere livskvalitet og en mindre meningsfull, håndterbar og begripelig tilværelse enn de med høyere utdanning og inntekt.”* Det er derfor viktig å ha dialog med de mest utsatte gruppene i befolkningen for ”å treffe blink” i folkehelsearbeid.

Innføring av hverdagsrehabilitering er et godt eksempel på helsefremmende intervensjon for eldre med begynnende funksjonssvikt. Intervensjonen starter med spørsmålet: Hva er viktige aktiviteter for deg nå? Dette er et helsefremmende spørsmål som erstatter et problemfokus. Da skal det ikke her ligge noen skjulte motiv om at helsearbeidere vet bedre hva som er viktig. Ved å starte med den enkeltes interesser og vilje til endring har kommuner både i Sverige, Danmark og Norge dokumentert god effekt på brukernes tilfredshet og funksjon i hverdagsaktiviteter (Oppsummert i Tuntland og Ness 2014). Ved å

starte innsats med den enkeltes ønsker for aktivitet og ved å tilby tidlig innsats i nærmiljø oppnås gode resultat.

Oppsummert anbefaler Norsk Ergoterapeutforbund en satsning på TRIVsels-faktorer for å fremme helsevennlige valg. TRIVsels-faktorene (Gamborg 2013) kan konkretiseres til å være:

**T – tilgjengelighet:** Aldersvennlig og universell utforming av nærmiljø, tilgang til offentlige rom, informasjon og teknologi. Et organisasjonsliv, idrett og kulturelle aktiviteter tilrettelagt for alle, samt trygge gang- og sykkelstier, sandstrøing på vinterføre og kollektivtransport. Tilgang til forebyggende innsats for innbyggere gjennom skolehelsetjeneste samt mestring- og læringscenter og frisklivssentraler som bidrar til varige livsstilsendringer, med allsidig aktivitet og sosial deltagelse.

**R – relasjoner og roller:** Det er mulig norsk helsetjeneste i for stor grad har fokusert på enkeltindividets kroppsfunksjon, mens vi har oversett de helsefremmende og ressursutløsende muligheter med å støtte sosiale relasjoner og roller. Det er vesentlig å støtte opp om personers sosiale roller og aktivitetsroller; eks jeger, fisker, bridgespiller, korsanger, idrettsutøver osv. Slike roller holder fast ved rutiner og personlig livsstil. Frivillige organisasjoner gir et viktig bidrag i sosial støtte, i tillegg kan vi i større grad se muligheter til gjensidig støtte i nabolag, interesseorganisasjoner som eks jakt- og hundeklubber, hage- og husflidslag med mer. Spørsmålet er ikke alltid hvordan den enkelte skal bli selvstendig, men hvordan vi alle kan bli tettere forbundet og dermed være en ressurs for hverandre. Sosiale media og ny teknologi åpner også her for nye muligheter – eks Trondheim kommunes utprøving av app på smarttelefon for sosiale aktiviteter (Co-living) – styrt av en gruppe pensjonister.

**I – interesser:** De helsefremmende rådene trenger ikke være kjedelige, spesielt når de tar utgangspunkt i den enkeltes motivasjon og interesser. Erfaringene fra hverdagsrehabilitering viser at individuelle tilnærminger basert på de eldres preferanser er effektive og ikke fordyrende. De fleste aktiviteter fremmer en vid forståelse av helse – for eksempel den kognitive, mentale og den sosiale funksjon. Aktiviteter trenger ikke være fysisk utfordrende for å fremme helse, også kognitiv utfordrende aktiviteter som spill, lesing, kryssordløsning, innlæring av språk og diskusjoner er dokumentert forebyggende for kognitiv svikt (referanser i Tuntland og Ness 2014).

**V – vilje og vaner:** Vi har lett for å glemme at hverdagslivet organiseres i automatiserte rutiner og vaner (Tuntland og Ness side 68). Dette er en styrke som vedlikeholder vårt hverdagsliv og funksjon, spesielt når en deltar i kjente omgivelser. Samtidig kan helse forverres av dårlige vaner. Det kreves derfor en ekstra oppmerksomhet på vaners betydning for å holde vedlike helse, samt kunnskap om hvordan vaner kan endres. Det kreves vilje og brukers egen deltagelse for endring av vaner – og ofte må kunnskap og råd følges opp med praktisk trening over tid. Vaner endres sjelden med kun muntlig informasjon, det må innlæres og gjentas.

Å kunne være aktiv og deltagende i hverdagslivet er viktig for helsen. Ergoterapeuter har spesialisert kunnskap og kompetanse om aktivitet og deltagelse i hverdagslivet for



befolkningen og utsatte grupper. Norsk Ergoterapeutforbund er derfor bekymret for den dårlige dekning av ergoterapeuter i Norge og mener dette vil gi et mangelfullt folkehelsearbeid i mange kommuner

## Aktive eldre

Eldre er, som resten av befolkningen, en mangfoldig gruppe med svært ulike behov, interesser og funksjonsnivå. De fleste eldre er aktive og en ressurs for samfunnet. Dette skal samfunnet også støtte opp om; Vi tilbyr mer aktive tjenester dersom vi spør den enkelte "Hvilke aktiviteter er viktig for deg å gjøre nå?" fremfor "Hva trenger du hjelp til?" Samfunn og kommunehelsetjenesten må særlig støtte opp om at flest mulig ivaretar helsa gjennom et aktivt og deltagende hverdagsliv hjemme og i nærmiljøet. Norsk kommunal helsetjeneste har lenge vektlagt at eldre skal få bo lengst mulig i eget hjem, men eldre skal også leve lengst mulig aktivt i eget liv og i et sosialt samspill med andre.

Mye kan gjøres med nye boformer og teknologi. Den viktigste endringen må imidlertid skje i hele samfunnets tanke sett om mestring av eget liv som eldre og gammel. Dette gjelder i politiske beslutninger, tjenesteutforming, frivilligorganisasjoner, de pårørende og de Eldres egne holdninger. Bare begrepet *eldreomsorg* om alle tjenester som har med eldre å gjøre, kan signalisere en passiv tjeneste til en stor gruppe mennesker som heller trenger tilrettelegging og støtte til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. (Jørgensen bruk av begrepet *omsorg* i Meld St Morgendagens omsorg). Eldre mennesker har ressurser og muligheter, og ønsker et selvstendig liv. Tilbud til eldre må bidra til å styrke egen mestring og motivasjon for å opprettholde aktivitet og deltagelse, og unngå unødig hjelpeavhengighet (Tuntland og Ness 2014). Av særlige tiltak for eldre kan nevnes:

### Hverdagsrehabilitering.

Fortsatt satsning på hverdagsrehabilitering med særlig fokus på den gruppen eldre som er i ferd med å miste funksjon, sårbare eldre (*frail elderly*). (Utdypes i boka Hverdagsrehabilitering av Tuntland og Ness 2014)

### Forebyggende hjemmebesøk

Førland og Skumsnes (2014) dokumenterer at dette fremdeles er dårlig utviklet - kun 25% av kommunene hadde denne tjenesten i 2013, med særlig bidrag fra sykepleiere og ergoterapeuter. En litteraturoversikt av den Danske Sosialstyrelsen (2013) viser til metaanalyser som gir støtte for tverrfaglig innsats ved hjemmebesøk. Denne forskningen må en ta med videre i implementering av forebyggende hjemmebesøk.

Oss bekjent vurderer Danmark å sikre (lovfeste?) at brukere som ønsker praktisk hjelp i hjemmet først må ha en ADL – og funksjonsvurdering av ergoterapeut. Noen danske kommuner gjør dette allerede. Dermed kan forebyggende og rehabiliterende innsats vurderes før passive hjelpetjenester (jmfør også hverdagsrehabilitering).

### Fører kortvurdering

Mange eldre kjører bil og det vil bli enda flere i årene som kommer. Noen vil klare dette utmerket, andre kan bli en fare for seg selv og andre trafikanter. Det er derfor nødvendig å

ha system for grundig kartlegging og vurdering av kjøreevne. Norsk Ergoterapeutforbund er i ferd med å sluttføre faglige retningslinjer for kunnskapsbasert førerkortvurdering med systematiske metoder og pålitelige redskap, som vi gjerne kan informere nærmere om.

### **Forebyggende tiltak for personer med demens og kognitiv svikt.**

Ca halvparten av norske kommuner har demensteam – ofte også med kun sykepleiere. I kommunehelsetjenesten er det økt bevissthet om velferdsteknologi som f.eks GPS, men mindre fokus på andre og supplerende tiltak. Kommunene skal tilby dagaktiviteter for eldre uten at dette blir gjennomført i alle kommuner. Norsk helsetjeneste har ikke i stor nok grad tatt høyde for mulighetene som ligger i kognitiv trening, krisebearbeiding og vanetrening og tilrettelegging i eget hjem for å forbygge forverring av demenstilstand. Forskning dokumenterer at deltakelse i kognitive og sosiale aktiviteter hindrer utvikling av demens (eks Stav mf 2012, Vik 2012).

### **Veiledning og grupper knyttet til livsstilsendringer og hverdagslivets aktiviteter.**

Flere studier viser helseeffekt med livsstilsgrupper, der deltagerne sammen diskuterer felles utfordringer, kombinert med tilrettelegging av hjem og individuell praktisk trening - som eks ta buss til biblioteket, shopping osv (Well elderly study, Clark, Asen, Zemke 1997)

### **Velferdsteknologi**

Å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger for at mennesker skal kunne være mer selvhjulpne og trygge i eget hjem er nødvendig for å møte framtidige helseutfordringer. For å utnytte og utvikle nye løsninger i dag må det bygges opp kompetanse hos helsepersonell og etablere et tjenstedesign som samhandler med teknologien. De store utfordringene ligger i vurdering, utprøving, trening, tilrettelegging og servicefunksjon knyttet til velferdsteknologi, og ikke teknologien i seg selv. Her er det nødvendig med en andrelinjetjeneste (NAV hjelpemidler) som kan bidra med råd og veiledning til kommunene ved eks innkjøp av ny teknologi. Det er også behov for støttefunksjoner for innbyggere og helsepersonell ved innføring og bruk av ny teknologi.

### **Boveiledning og tilrettelegging**

De fleste boliger er bygd, som vi fortsatt skal bo i de neste 30-50 årene. De fleste av disse boligene er ikke universelt utformet. Mange ergoterapeuter bidrar til individuelle tilpassinger av boliger etter som innbyggere får funksjonssvikt. Ofte ville det være mer samfunnsøkonomisk å utføre en universell utforming framfor individuell tilpassing ved slike endringer. Dette vil være en god investering for framtidige beboere. Det er behov for mer støtte til universell utforming av bygningsmasse og boliger for at flest mulig skal kunne fungere i egne hjem og nærmiljø

Tilrettelegging av hjem og aldersvennlig nærmiljø og tjenester vil bevare vaner og funksjon lengre og dermed bremse demensutvikling. Internasjonalt er det høstet erfaring med demensvennlige butikker med avgrenset vareutvalg, tydelig merking, enkle betalingsordninger (uten pinkode) og organisering av varer som følger huskeliste på en app på telefon.



### **Lettere tilgang på tekniske hjelpemidler**

Hjelpemiddelformidling må forenkles. Prosedyrer fra erkjent behov, til hjelpemiddelet er i funksjon av bruker tar for lang tid og har svikt i ulike ledd i dette forløpet; byråkratisk og omfattende søknadsprosess, ventetid for utlevering, manglende ergoterapikompetanse i kommunen for kartlegging, tilpassing og trening i bruk av hjelpemidlene. Eldre som venter på tildeling av hjelpemidler står i fare for å miste ytterligere funksjon i denne ventetiden. Kjapp oppfølging av hjelpemidler kan være effektivt forebyggende tiltak for å støtte opp om aktivitet og deltakelse

Med økning av antall eldre i de neste tiårene er Norsk Ergoterapeutforbund bekymret for mangel på ergoterapeutstillinger i Norge for å møte de økende behov for helsefremmende og forbyggende tjenester.

### **Psykisk helse i et folkehelseperspektiv**

Innen området psykisk helsearbeid er det nødvendig i større grad å bygge på brukerdeltakelse og kunnskap fra recoverytenkning (jamfør Psykisk helsearbeid av Karlsson og Borg 2013). Det bør utvikles forebyggende og helsefremmende tjenester sammen med aktuelle brukergrupper. Norsk Ergoterapeutforbund støtter helseministerens fokus på utvikling av *pasientens helsetjeneste*.

### **Frisklivssentraler, lærings- og mestringssenter**

Norsk Ergoterapeutforbund mener kommunale frisklivssentraler støtter opp om folkehelse, men de vektlegger noe ensidig på kosthold, røyking og mosjon. Vi erfarer også at brukere er tilfreds med tilbudet mens de er på frisklivssenteret, men det satses ikke nok på å endre vaner slik at en sunnere livsstil etableres etter tilbudet fra frisklivssentralen. Norsk Ergoterapeutforbund mener at frisklivssentralene og lærings- og mestringssentrene må sees i sammenheng, utfylle hverandre og gjerne være fysisk under samme tak. Disse tjenestene må i større grad inkludere mennesker med psykisk sårbarhet og lidelser, og med utvidet tilbud og tverrfaglighet. Tjenesten må inkludere livsstilsendringer og fritidsaktivitet samt individuell veiledning for å fremme gode helsevaner og deltagelse i samfunnet. Spesielt er det nødvendig å utvikle samarbeid med det vanlige sivilsamfunnet; kultur-, idrett- og hobbylag som eks fiske, jakt og husflid oa. Treningen bør i større grad rettes mot trening i bruk av etablerte fritid, idrett og kulturaktiviteter i nærmiljøet som fremmer inkludering.

### **Utprøving av hverdagsrehabilitering og trening i samfunnsdeltakelse**

I stor grad er tilbudene for mennesker med psykiske lidelser basert på samtaleterapi. Det mangler tilbud om praktisk opptrening i daglige gjøremål. Mange mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse, rusproblem eller institusjonalisering trenger praktisk opptrening i selvstendig boform, eks mestring av hus- og klesvask, innkjøp, gå på kino eller gå tur i marka. Med fordel bør en prøve ut tiltak med praktisk trening etter modell fra hverdagsrehabilitering for mennesker som har eller risikerer psykisk lidelser. Også i denne målgruppen er det særlig nødvendig å ta utgangspunkt i de aktivitetene den enkelte mener er betydningsfulle og viktige i livet. Dermed konkretes mål som kan trenes i en tidsavgrenset periode med tverrfaglig støtte. Mennesker med rusavhengighet, som er i en

rehabiliteringsfase, trenger tett oppfølging med veiledning og støtte over tid for å mestre mange ulike utfordringer i hverdagen. Dette må tilpasses individuelt ut fra den enkeltes behov og erfaringer.

### **Arbeid**

Psykisk helsearbeid har til nå vektlagt samtaler, miljøterapi og stegvis bo- og arbeidstrening i skjermede omgivelser. I større grad må det satses på direkte samarbeid med mulige nye arbeidsplasser for tilrettelegging på arbeidsstedet, veiledning av arbeidsgiver og kollegaer og trening i reelle arbeidssituasjoner. Denne form for trening, for eksempel individuell jobbstøtte, har dokumentert bedre effekt (eks Kinn 2014). Deltakelse i arbeidslivet støtter opp om psykisk og sosial funksjon og forebygger forverring av psykiske lidelser. Også her må en satse på praktisk trening over tid for å etablere trygghet og gode arbeidsvaner.

Arbeidsrettet tiltak for psykisk sårbare personer må se personens helhet; også arena utenfor arbeidsstedet. Forhold hjemme, på arbeid og i fritida må sees i en helhet. Store utfordringer i hjemmesituasjon og manglende fritidsaktiviteter vil igjen påvirke evne til arbeidsutføring.

### **Tverrfaglighet**

Vi har felles lov for sosiale og somatiske tjenester. Likevel er det framdels etablert et skille i kommunehelsetjenesten som ikke nok integrerer sosialfaglig personell i somatiske tjenester og omvendt. En større vekt på tverrfaglighet og tverretattlig samarbeid er nødvendig for å gi gode tilbud til hele mennesket. Ergoterapeuter, som både har et helsefaglig og samfunnsfaglig grunnlag, blir ofte utelatt innen psykisk helsearbeid. Dette gir dårligere tilbud, spesielt i praktisk trening i arbeid- og hverdagsliv.

## **Barn og unge**

Norsk Ergoterapeutforbund mener at alle barn har behov for og rett til lek, aktivitet og sosial læring i vanlige omgivelser i sitt nærmiljø. En tverrfaglig helsestasjons- og skolehelsetjeneste, med kunnskap og ressurser også innen psykisk helse, må sikre at barn og unge med risiko for helseproblem tidlig fanges opp. Forebygging blant barn og unge må gjøres i deres naturlige miljø, sammen med andre barn. Tilpassede aktiviteter må utføres i den vanlige leken, skole- og fritid og hverdagsliv. Lekeplasser, sportsarenaer, ferdselsveier og fritidsareal må gi mulighet til utforskning og utfordringer for alle.

### **Mer tverrfaglig samarbeid**

Utjevning av sosiale ulikheter er viktig i folkehelsearbeid, der utdanning og arbeidsplasser har en særlig viktig rolle. Utdanning og arbeidsliv må være med på å hindre utstøting, mobbing og diskriminering. Etter som det er behov for større fokus på sammenheng mellom helse og hverdagsmestring mener Norsk Ergoterapeutforbund at en må åpne for større bredde i den tverrfaglige kompetansen innen barnehager, skoler, helsestasjoner og skolehelsetjenester. Ofte er det sammensatte løsninger som må til for å muliggjøre deltagelse og inkludering. Her bidrar profesjonene med ulike redskap. Internasjonalt (eks USA) jobber de fleste ergoterapeuter innen skolesystemet med trening, råd og veiledning.

For eksempel gir ergoterapeuter spesielt oppfølging av hypersensitive barn som trenger spesiell tilrettelegging i skolemiljøet for å fungere godt. Dette er barn som ofte risikerer større psykiske og atferdsmessige problem uten tiltak. Ergoterapeuter møter barn med funksjonsnedsettelse innen ulike helsetjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Flere ergoterapeuter i barnehager og skoler vil kunne bidra til helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltak i barnets nærmiljø i tett samarbeid med undervisningspersonalet.

Norsk Ergoterapeutforbund mener at en tverrfaglig helsestasjons- og skolehelsetjeneste må sikre at barn og unge med risiko for helseproblem tidlig fanges opp. Forebygging blant barn og unge må gjøres i deres naturlige miljø, sammen med andre barn og ungdom. Tilpassede aktiviteter må utføres i den vanlige leken, skole- og fritid, sosiale aktiviteter og hverdagsliv. Lekeplasser, sportsarenaer, ferdselsveier, fritidsareal og sosiale møteplasser for ungdom må gi mulighet til utforskning, utfordringer og mestingsopplevelser, men også gi opplevelse av trygghet og tilhørighet.


### **Velferdsteknologi i skolen**

Å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger for barn og unge er nødvendig for å dyktiggjøre til framtidens samfunn, støtte opp om læring og deltakelse. Spesielt kan velferdsteknologiske løsninger bidra til å organisere skolehverdagen for barn med lære vansker og manglende konsentrasjon. Ergoterapeuter kan her bidra med forebyggende tiltak.

### **Tiltak mot dropout**

Det er behov for nytenkning for å hindre dropout, blant annet tverrfaglige tiltak for å fange opp sårbare barn og unge. Også her er det nødvendig å gripe fatt i barns egne interesser og spørre barnet: hva er viktige aktiviteter for deg? Å ta utgangspunkt i barn og unges eget ståsted før læreplaner er ofte nødvendig.

Med vennlig hilsen



Nils Erik Ness

*nestleder*

*Norsk Ergoterapeutforbund*