
Fra: QuestBack <noreply@questback.com>
Sendt: 8. juli 2018 17:54
Til: KD-RETHOS
Emne: Respons på Høring RETHOS fase1

- Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Exercise is Medicine Norge
- Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
 - Fysioterapeututdanningen
 - Sosionomutdanningen
 - Sykepleierutdanningen
 - Vernepleierutdanningen
- Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Utkastet tar for seg behovet for fokus på aktivitet i læreplanen, det er meget bra.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Dette bør det være ennå sterkere fokus på i utkastet.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 8
- Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterkere.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon kunne vært sterkere.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Det anses hensiktsmessig med felles fagspesifikt undervisningsopplegg for å sikre felles faglig kompetanse innen relevante temaer.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at

fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %. Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser. I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi

råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

- Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Utkastet tar for seg behovet for fokus på aktivitet i læreplanen, det er meget bra.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterk.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon må være sterkt.

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Pasientpopulasjonen i kommune og spesialisthelsetjeneste kan være meget forskjellig. I kommunal praksis er det ofte mange pasienter med kroniske lidelser som må behandles over tid (flere år), mens i spesialisthelsetjenesten er det oftere pasienter med noe enklere problemstillinger og kortere behandlingsforløp. Således er det nødvendig med erfaring fra begge type tjenester.
- I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Dette bør være gjennomførbart, men det må da legges opp til praksis innen begge disse områdene. Utdanningsansvarlig/lærested må etablere gode relasjoner til praksissteder som holder en høy standard med vektlegging på forskningsbaserte behandlingsalgoritmer.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for

hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %. Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser. I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

- Sosionomutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Befolkningens kompetanse innen fysisk aktivitet og helse ser ut til å være todelt, de som vet mye om temaet og som prioriterer å være fysisk aktive og motsatt. Dessverre så viser det seg at de med høyere sosioøkonomisk status har bedre kompetanse og holder mer på med fysisk aktivitet enn de med lavere sosioøkonomisk status. Dette påvirker folkehelsen og dødelighet til de to gruppene, jfr bl.a. forskning fra vestlige og østlige bydeler i Oslo. Mennesker med lavere sosioøkonomisk status er oftere i kontakt med sosionomer enn de med høyere status, dette gjelder både barn og voksne. Derfor er det et stort behov for at sosionomer også tilegner en stort grad av kunnskap om fysisk aktivitet og helse, og de positive effektene av dette. Utkastet bør derfor ta inn mer undervisning om fysisk aktivitet og helse.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Befolkningens kompetanse innen fysisk aktivitet og helse ser ut til å være todelt, de som vet mye om temaet og som prioriterer å være fysisk aktive og motsatt. Dessverre så viser det seg at de med høyere sosioøkonomisk status har bedre kompetanse og holder mer på med fysisk aktivitet enn de med lavere sosioøkonomisk status. Dette påvirker folkehelsen og dødelighet til de to gruppene, jfr bl.a. forskning fra vestlige og østlige bydeler i Oslo. Mennesker med lavere sosioøkonomisk status er oftere i kontakt med sosionomer enn de med høyere status, dette gjelder både barn og voksne. Derfor

er det et stort behov for at sosionomer også tilegner en stort grad av kunnskap om fysisk aktivitet og helse, og de positive effektene av dette. Utkastet bør derfor ta inn mer undervisning om fysisk aktivitet og helse.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 8
- Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterkere.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon kunne vært sterkere.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- Er ferdighetstreningen i utdanningen tilstrekkelig vektlagt? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'absolutt ikke tilstrekkelig' og '5' betyr i 'absolutt tilstrekkelig'
 - 4

- Begrunn svaret
 - Det å motivere til å starte med fysisk aktivitet eller øke dette, krever god trening innen atferdsendring. Dette vektlegges i for liten grad i utkastet.
- Den delen av studiet som foregår i praksis er omtalt under studiets oppbygging. Er det flere eller andre forhold knyttet til praksisstudiene som bør inn i retningslinjene?
 - Trening innen atferdsendring.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %. Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser. I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar

2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

- Sykepleierutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Det er nevnt folkehelse i utkastet, men det fremkommer ikke vektleggingen av dette og hvordan dette skal gjennomføres.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Det må være et godt samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene for å oppnå samfunnet mål om en ennå bedre folkehelse. Leger og sykepleiere må være gode ambassadører for fysisk aktivitet, og må således ha god kunnskap om temaet, inkl. hvordan endre atferd. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av fysisk aktivitet

som behandlingsform i helsevesenet. En studie gjennomført i New Zealand viste at bare en av åtte pasienter som gikk til sin allmennlege fikk råd om fysisk aktivitet. Norstat gjennomførte i februar 2016 en spørreundersøkelse blant 1000 personer på oppdrag for Aktivitetsalliansen. 25 % av respondentene hadde snakket med fastlegen sin om fysisk aktivitet i 2015, og hos kun 7 % av de spurte var det fastlegen som hadde tatt opp temaet om fysisk aktivitet under konsultasjonen, mens 18 % av pasientene selv tok dette opp. Studier har dessuten vist at allmennleger føler de ikke har nok kunnskap til å kunne gi pasientene eksakte råd om fysisk aktivitet. Vi kjenner ikke til studier som viser sykepleiernes kompetanse innen fysisk aktivitet og helse, eller evne til atferdsendring. Men i et tverrfaglig team, hvor også sykepleiere inngår, så bør man sikre økt kompetanse innen fysisk aktivitet og helse.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterkere.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon kunne vært sterkere.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- Begrunn svaret

- Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- Er forslaget til oppbygging av studiet tilstrekkelig for å sikre helhet og sammenheng i utdanningen?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Vi anser at det viktigste temaene er ivaretatt.
- Hvilket alternativ anses å være mest hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - B
- Begrunn svaret
 - For å sikre best mulig og relevant praksis, så mener vi at det må være en type sjekklister, dvs. at det tallfestes antall uker sammenhengende praksis, jfr. alternativ B.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %. Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser. I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes

anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

- Vernepleierutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Utkastet har mer fokus på folkehelseaspektet, spesifikk innen fysisk aktivitet og helse.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke

sykdommer og lidelser. Dette bør det være et sterkere fokus på i utkastet.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterkere.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis ikke minst innen temaet folkehelse, med vektlegging på fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon kunne vært sterkere.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- Er det viktig å nevne særskilte grupper i formålet slik retningslinjen beskriver?
 - Vet ikke
- Begrunn svaret
 - Usikker.
- Hvilke konsekvenser vil dette har for utdanningsinstitusjonene?

- Valgbart fordypningsemne utfordrer utdanningsinstitusjonene på ressursiden. Det går imidlertid an at alle utdanningsinstitusjonene har felles valgbare fordypningsemner.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %. Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser. I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen

innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

[Gi tilbakemelding](#)

Tjenesten er levert av www.questback.com - Questback Essentials