



Helse- og omsorgsdepartementet  
postmottak@hod.dep.no  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår dato: 23.06.2006  
Arkivnr.: 231  
Journalnr.: 709/06

## Nasjonal helseplan (2007-2010) Høringssvar fra Norsk Ergoterapeutforbund (NETF)

NETF støtter utarbeidelsen av en nasjonal helseplan, og synes at man i høringsnotatet tar opp mange viktige temaer, blant annet behovet for:

- Større kapasitet og kompetanse i kommunene, ikke minst når det gjelder tilbudet til mennesker med psykiske lidelser
- Bedre kunnskap om tjenestebehovet og prioriteringer i primærhelsetjenesten
- Strategi for å møte samhandlingsutfordringer og fjerne flaskehals og gråsoneproblemer
- Satsing på folkehelsearbeid og forebygging med utgangspunkt i en helhetlig politikk
- Tverrfaglig og aktivitetsfokuseret tilnærming til eldre og andre med omsorgsbehov
- Økt forskning for å bedre ressursutnyttelsen og kvaliteten på helsetjenestene

**Vi håper imidlertid at man i planen i større grad enn i høringsnotatet vil:**

- vektlegge de store linjene i helsepolitikken og sammenhengen med andre politikkområder
- være tydelig når det gjelder overordnede strategiske grep og konkrete prioriteringer
- operasjonalisere nasjonale mål og verdier
- framstille helsetjenesten på en helhetlig måte med utgangspunkt i brukernes behov
- legge langt større vekt på funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering på alle arenaer

I resten av høringssvaret har vi valgt å konsentrere oss om grep for å forsterke helhetsperspektivet i planen og en nødvendig satsing på funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering. (Vi viser også til vedlagte innspill til stortingsmelding om omsorg for fremtiden, der vi har lagt vekt på aktiv aldring.)

### Styrking av helhetsperspektivet

«Helseplanens helhetlige perspektiv kan gi kraft til arbeidet for bedre samhandling,» står det i høringsnotatet. Høringsnotatet framstår imidlertid langt fra helhetlig. Dette skyldes blant annet at notatet er skrevet med utgangspunkt i helsetjenesten slik den er organisert i dag, og ikke på basis av en helhetlig analyse av befolkningens helse og brukernes behov. Sammen med inkonsekvent begrepsbruk bidrar dette til at notatet framstår som fragmentert.

NETF håper at planen i større grad vil gjenspeile intensjonene om å ta utgangspunkt i pasienters og pårørendes perspektiv (jf. pkt 1.1). I arbeidet for å skape helhetlige tjenester er det viktig å huske at *brukerne* har helhetlige behov. Det er *tjenestene* som er fragmenterte og sammensatte. En helseplan som skal bidra til helhetlige tjenester, bør ikke disponeres etter dagens fragmenterte og fragmenterende organisering. Man bør heller ta utgangspunkt i hvilke fysiske, psykiske og sosiale behov brukerne har, og hvordan helsetjenesten kan møte disse behovene både i perspektiv av helsetilstand, funksjon og mestring.

### **Helhetsperspektiv og begrepsbruk**

For at helseplanen skal bli mer helhetlig, og for at man skal redusere gråsoneproblemer, bør begrepsbruken være gjennomtenkt og konsekvent. Blant annet bør man skille mellom helsetjenestens oppgaver på den ene siden og ulike arenaer og nivåer i helsetjenesten på den andre.

Helsetjenesten har ulike oppgaver, som grovt sett kan deles inn i:

- Helsefremmende og forebyggende arbeid
- Diagnostisering og behandling
- Habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg

Disse oppgavene kan løses på ulike arenaer og nivåer, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I høringsnotatet er det mange eksempler på begrepsbruk som går på tvers av dette, og som kan medvirke til å undergrave både primær- og spesialisthelsetjenestens ansvar for både forebygging og re-/habilitering, blant annet (side 12):

*«... i alle ledd og deler av tjenestene: forebygging, primærhelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og rehabilitering.»*

Å definere kommunehelsetjenester som *«helsefremmende og forebyggende tjenester, kurative helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester»*, slik det er gjort på side 41, kan også være med på å usynliggjøre kommunenes ansvar for re-/habilitering.

### **Økt satsing på funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering**

Mange brukere av helsetjenester har behov for bistand til å møte og takle de konsekvensene helseproblemene har for hverdagslivet. Dessverre er bistanden på dette området svært mangelfull i dag. Selv om de fleste er enige i at rehabilitering er viktig, har flere kommuner bygd ned og fragmentert rehabiliteringstilbudet sitt de siste årene. Samtidig har sykehusene tatt stadig mindre ansvar for å kartlegge og følge opp helseproblemenes konsekvenser.

I dag opplever mange en maksimal satsing fra helsetjenestens side i akutfasen, men utrolig mangelfull oppfølging når helsetilstanden har stabilisert seg og hverdagen skal leves videre. Det er et paradoks at så store ressurser settes inn for å redde liv og kurere sykdom, mens tiltak for at mennesker skal kunne være selvhjulpne, aktive og delta i samfunnet prioriteres så lavt.

*NETF mener at en nasjonal helseplan må gjenspeile en skikkelig satsing på funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering – ikke som en isolert deltjeneste, men som en tilnærming i hele tjenesteapparatet.*

Med *funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering* mener vi noe langt mer enn opptrening. Vi mener all innsats for å fremme aktivitet og samfunnsdeltagelse til tross for helseproblemer. Denne innsatsen bør foregå på alle arenaer, blant annet i alle deler av primærhelse-, spesialisthelse- og velferdstjenestene, i hjemmet, i barnehage, på skole og på arbeidsplass.

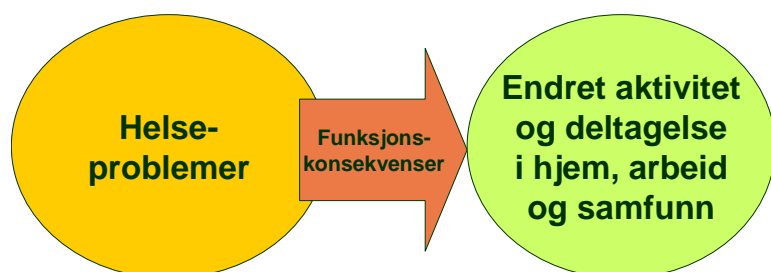
Konkrete eksempler på funksjonsfremmende tiltak kan være alt fra

- tilpassing av bolig for rullestol til
- tidlig stimulering ved hjerneskode,
- hjelp til å strukturere hverdagen og mestre daglige gjøremål ved psykiske lidelser,
- skadeforebyggende hjemmebesøk til alle over 75 år,
- lærings- og mestringstilbud til personer med kroniske sykdommer/lidelser,
- grepstrening etter håndskader og
- tilrettelegging der personer opplever utfordringer i arbeidslivet.

Dette er tiltak som styrker den enkeltes mulighet til å leve et godt liv på egne premisser, og som dessuten er lønnsomme for samfunnet fordi de bidrar til *selvhjulpenhet* og *yrkesaktivitet*. Funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering bør med andre ord spille en vesentlig rolle i møtet med framtidens samfunnsutfordringer.

### **Funksjonskonsekvenser på alvor**

Stadig flere av landets innbyggere blir avhengig av offentlig bistand og ytelser. Dette skyldes blant annet at mange får kroniske helse- og funksjonsproblemer på grunn av livsstilssykdommer og at flere overlever alvorlige sykdommer og skader. Den økende gjennomsnittsalderen i befolkningen medfører også at stadig flere lever med tilstander som gir funksjonskonsekvenser, og dermed begrensninger i dagliglivet.



*Modell 1: Helseproblemer og funksjonskonsekvenser*

For å bidra til selvhjulpenhet og yrkesaktivitet i befolkningen er det ikke tilstrekkelig at helse- og velferdstjenestene forebygger og behandler helseproblemer og kompensere for manglende aktivitet og deltakelse. *Det må i alle ledd legges langt større vekt på funksjonskonsekvenser av sykdommer, skader, lidelser og tilstander. Målet bør være helse og livskvalitet, optimal aktivitet og deltagelse for den enkelte.*

### **Vid definisjon av helse**

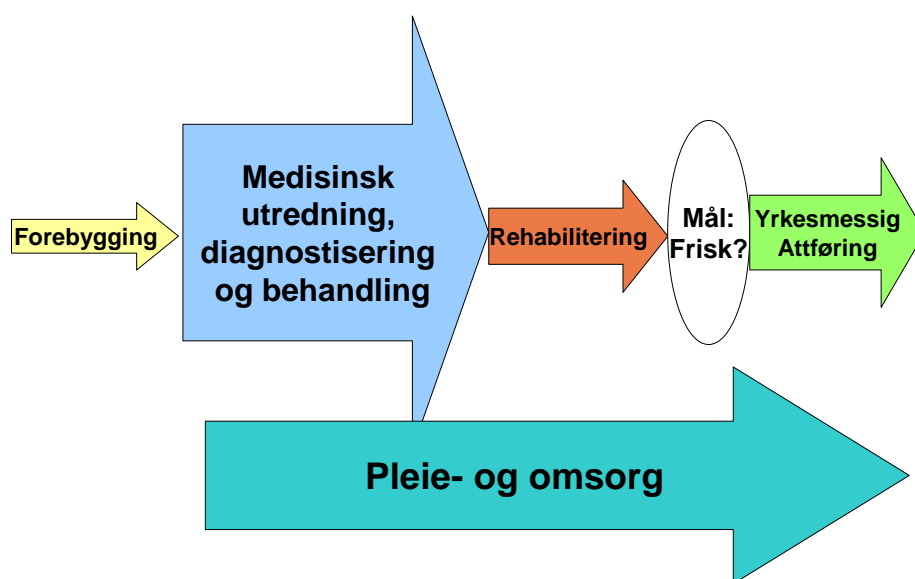
En funksjonsorientert tilnærming, som beskrevet ovenfor, bygger på en vid definisjon av helse. Helse knyttes ikke bare til dimensjonene syk-frisk og liv-død, men også til personers:

- samhandling med omgivelsene, evne til tilpasning, deltakelse og påvirkning i samfunnslivet
- evne til mestring, problemløsning, å takle vanskeligheter og ta ansvar for eget liv
- ressurser, talenter og kapasitet
- opplevelse av meningsfullhet og velvære
- sykdommer, lidelser og skader – og deres konsekvenser for dagliglivets gjøremål

NETF mener at en nasjonal helseplan innledningsvis må definere begrepet helse, og at det må legges en vid helsedefinisjon til grunn.

### Fra tradisjonell, sekvensiell tenkning ...

Den tradisjonelle tenkning om helsetjenester er basert på en snever helsedefinisjon og er svært sekvensiell (modell 2). Medisinsk utredning og behandling prioriteres svært høyt, mens pleie- og omsorgstjenester «prioriterer seg selv». Rehabilitering, som ofte taper budsjettkampen sammen med forebygging, ses på som en isolert tjeneste som settes inn når medisinsk utredning og behandling er avsluttet og man fortsatt ikke er frisk.



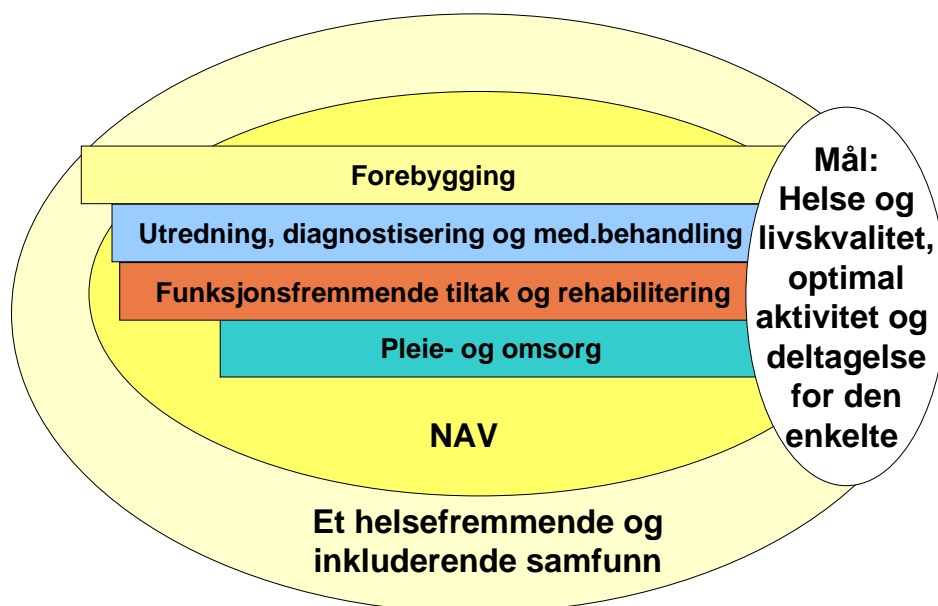
Modell 2: Tradisjonell, sekvensiell tenkning

Et ekstremt utslag av den sekvensielle tenkningen er at det ofte ikke tenkes på arbeid før en person er ferdig medisinsk behandlet og rehabilitert. Da har ofte funksjonsproblemene manifestert seg, og man har forspilt mange muligheter til å fremme mestring og deltakelse. Svært mange faller ut av arbeidslivet på grunn av funksjonskonsekvenser av sykdom og manglende mestring av disse. Helsebasert kunnskap om funksjonskonsekvenser, tilretteleggingsbehov og -muligheter er følgelig svært viktig i arbeidet for å redusere sykefravær og uføretrygding. Derfor er det uhenksom å trekke et skarpt skille mellom helse og arbeid. Det er viktig med nytenking på dette området, der den gamle medisinsk dominerte og fragmenterte oppfølgingen har spilt fallitt.

Den tradisjonelle tenkningen gjenspeiles i et helsevesen som er organisert og finansiert med utgangspunkt i legenes spesialisering og dominerende rolle som behovsvurdere, behandlere, bestillere og portvoktere. For eksempel bidrar stykkprisfinansieringen av legetjenester til fragmentering av tjenestene. Det samme gjør fastlegenes dominerende rolle, blant annet fordi de deltar lite i tverrfaglig samarbeid og i altfor liten grad henviser til andre yrkesgrupper. Legenes rolle i helsetjenesten er utvilsomt viktig, men tjenesten må organiseres med utgangspunkt i samfunnets og brukernes behov, og ikke legenes.

### ... til en mer helhetlig og integrert modell

NETF mener man må tenke langt mer helhetlig og integrert om helse- og velferdstjenester hvis tjenestene skal bidra til helse og livskvalitet, funksjon, aktivitet og deltagelse for den enkelte (modell 3).



Modell 3: En mer helhetlig og integrert modell

Forebygging, behandling, funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering må være parallelle og likeverdige prosesser. Samtidig må det legges vekt på å utvikle et helsefremmende og inkluderende arbeidsliv og samfunn. Ikke bare helsetjenesten, men også andre etater, blant annet NAV (inkl. sosialtjenesten) og utdanningssystemet, må inkluderes i helheten. Således kan man identifisere gråsoneproblemer og fremme formålstjenelig samarbeidet til beste for den enkelte.

En integrert modell innebærer at man legger vekt på funksjonskonsekvenser av helseproblemer tidlig i sykdomsforløpet. Dermed kan man:

- styrke den enkeltes evne til å mestre både sykdom og hverdagsliv
- forebygge unødige funksjonstap som konsekvens av helseproblemer
- forhindre negative spiraler av helseproblemer som gir funksjonsproblemer som gir ytterligere helseproblemer osv
- styrke og utnytte den helsebaserte kunnskapen om:
  - o sammenhengen mellom helsetilstander og funksjonsproblemer
  - o tiltak for å fremme funksjon, aktivitet og deltakelse til tross for helseproblemer

En mer helhetlig og integrert modell innebærer at den medisinske tradisjonen og pleieideologien suppleres med en funksjonsorientert forståelse og tilnærming. *Det er med andre ord ikke bare behov for en ressursinnsats, men også for et paradigmeskifte.*

**NETF håper den nasjonale helseplanen i langt større grad vil bli preget av en funksjonsorientert tilnærming, og at planen vil bidra til at funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering *sidestilles* med andre helsetjenester og *tilbys parallelt* med disse når sykdom, skader og lidelser gir funksjonskonsekvenser.**

**Et helt nødvendig løft for funksjonsfremmende tiltak og rehabilitering må få konsekvenser for:**

- **prioritering av tjenestetilbudet**
- **kompetansesammensetning i tjenestene**
- **rekruttering og utdanning av personell**
- **lovgivning og finansieringsordninger**
- **forskning, metode- og kompetanseutvikling**

Vi ønsker lykke til med utarbeidelsen av helseplanen, og bidrar gjerne med utdyping av innspillene våre i den videre prosessen.

Med vennlig hilsen  
NORSK ERGOTERAPEUTFORBUND

Karin M. Liabø  
forbundsleder

Mona Johansen  
politisk sekretær

Vedlegg: NETFs innspill til stortingsmelding om omsorg for framtiden



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Vår dato: 08.04.05  
Arkivnr.: 231  
Journalnr.: 526/05

## **Stortingsmeldingen «Omsorg for fremtiden» Første innspill fra Norsk Ergoterapeutforbund, NETF**

Omsorg for fremtiden er et viktig tema, og vi er glade for å få delta i arbeidet med denne meldingen. Nedenfor følger NETFs første innspill til arbeidet med stortingsmeldingen.

### **Bred tilnærming med vekt på aktiv aldring**

Utfordringene knyttet til den demografiske utviklingen og en stadig eldre befolkning gjør det helt nødvendig å skifte fokus i vårt syn på eldre:

- *fra* eldre bare som passive mottakere av pleie- og omsorgstjenester og storforbrukere av offentlige ressurser,
- *til* eldre som aktive bidragsytere og ressurser både for familiene og samfunnet, som ønsker å bo i egne hjem og klare seg selv så lenge som mulig.

Med dette utgangspunktet blir det viktig og spørre:

**«Hva skal til for at vi i størst mulig grad kan aldres som sunne, aktive, deltakende, selvhjulpne, autonome og trygge individ:er?»**

Svaret på dette spørsmålet vil handle om langt mer enn trygge, gode og bærekraftige pleie- og omsorgstjenester. *Helsefremming, forebygging og rehabilitering* vil være nøkkelbegreper – ikke bare i perspektiv av bidrag fra helse- og omsorgssektoren. Tilrettelegging for en aktiv alderdom bør være en oppgave for de fleste sektorer, bl.a. kultur og samferdsel.

Egentlig burde hensynet til eldre være en naturlig del av alle politikkområder. Dessverre er det ikke slik i dag. Derfor mener vi at det er behov for en *tverrdepartemental eldremelding*, der pleie- og omsorgstjenesten bare vil være ett av mange temaer. Verdens helseorganisasjons strategi for aktiv aldring: «Activ Ageing: A Policy Framework» kan med hell benyttes som utgangspunkt og disposisjon for en slik eldremelding.

På de neste sidene har vi valgt å konsentrere oss om tilbudet til *eldre i et ressurs- og aktivitetsperspektiv* fordi vi tror at dette perspektivet er helt avgjørende i møte med fremtidens utfordringer.

## Et aktivitets- og ressursorientert helsesyn framfor diagnoser

Alle mennesker har iboende ressurser, evner og talenter. Derfor er det viktig å legge vekt på menneskers *funksjon* og deres evne til å oppleve sosial *deltakelse* og *mestring* (jf. WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse – ICF).

Også eldre mennesker har behov for aktiviteter som de mestrer og som gir livet innhold og mening. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i en bred definisjon av helse knyttet til personens:

- samhandling med omgivelsene, evne til tilpasning, deltagelse og påvirkning i samfunnslivet
- evne til mestring, problemløsning, å takle vanskeligheter og ta ansvar for eget liv
- ressurser, talenter og kapasitet
- opplevelse av meningsfullhet og velvære
- sykdommer, lidelser og skader – og deres konsekvenser for dagliglivets gjøremål

## Samfunnsdeltakelse – universell utforming og inkludering

Sosial *isolasjon* og *passivitet* er et stort problem for mange eldre. *Tilgjengelighet* er en grunnleggende forutsetning for aktivitet, deltagelse og tilhørighet. Derfor må de fysiske strukturene i samfunnet planlegges og etableres i tråd med prinsippene for «*universell utforming*» (dvs. at de må være brukbare for alle, tilgjengelige, kunne brukes fleksibelt, være lette å forstå og bruke, ikke gi fare for ulykker, feil, skader og lignende, gi lav fysisk anstrengelse, ha størrelse og plass for hjelpemidler, gi positiv avbildning og redusere stigmatisering). Dette gjelder blant annet offentlige og private publikumsbygg, kultur- og aktivitetshus, transporttilbud, uteområder for friluftsliv og fysisk aktivitet samt bomiljøer.

For å oppnå reell inkludering er det også viktig å stimulere til holdninger til eldre som verdiskapere, viktige kulturbærere og ressurser for nærmiljøet og samfunnet for øvrig.

Det må skapes rom for eldre innen kultur- og samfunnsliv både ut fra et *tilskuerperspektiv* og et *deltagerperspektiv* (eks fysiske og kulturelle aktiviteter). Dette bør ikke bare skje gjennom tilrettelegging av det generelle tilbudet til befolkningen, men også gjennom individrettet støtte til deltagelse i det generelle tilbudet (f.eks. ledsagertjeneste) og gjennom tilbud rettet spesielt mot eldre (eks. seniorteater).

## Forebygging av skader og ulykker

Mange eldre er utsatt for ulykker og skader, bl.a. fallulykker, brann i hjemmet og trafikkulykker. For å sette inne nødvendige forebyggende tiltak, er det viktig å kartlegge og identifisere risikofaktorer på et tidlig tidspunkt. Dette kan f.eks. skje gjennom tilbud om et *forebyggende hjemmebesøk* til alle eldre ved en viss alder.

For å utvikle trygge lokalsamfunn bør det gis klare råd og legges vekt på risiko og atferd, f.eks. gjennom styrket kjøreopplæring og kurs ved eldresentra om forebygging av fallulykker. Det er ofte nødvendig å spille på lokale ressurser og finne lokale løsninger og dermed ansvarliggjøre politikere og befolkning.



## Ressursorienterte og aktivitetsfremmende tiltak

Ressursorienterte og aktivitetsfremmende tiltak har lett for å bli en salderingspost i pressede budsjetter og i en travel hverdag. *Dette er en kortsiktig måte å spare på.* Resultatet er ofte økt pleietyngde og høye institusjonsutgifter. Skal man snu denne trenden, er det viktig å sette inn tiltak tidlig. Her kan fastlegene spille en viktig rolle og henwise til annet helsepersonell. Eldresentrene kan også spill en viktig rolle i å fange opp behov.

Det kan for eksempel være aktuelt at det alltid foretas en reell *funksjonsvurdering* før eventuell tildeling av kompenserende tiltak, som f.eks. hjemmehjelp. Behovet for hjelp til husarbeid er ofte det første tegnet på endret funksjonsnivå. Ved å sette inn tiltak som stimulerer til egenaktivitet på dette tidspunktet, kan man forebygge passivitet og raskt funksjonsfall. Det kan være hensiktsmessig å foreta et hjemmebesøk på dette tidspunktet for å kartlegge aktivitetsmuligheter og eventuelle tilpassningsbehov. Det er viktig at slike vurderinger foretas tverrfaglig.

Et annet eksempel på tidlige tiltak er kurs og veiledning i pensjonsforberedelse, med vekt på blant annet behovet for å tilpasse aktivitetsrepertoaret og –mønsteret til aldersbetingede endringer i funksjon.

Vi vil i denne forbindelse også nevne metoden *Lifestyle Redesign*, som kan være svært nyttig i arbeidet med eldre mennesker. Metoden går ut på å bidra til endringer i aktivitetsmønster og aktivitetsnivå gjennom å hjelpe den enkelte til å definere sine egne aktiviteter og betydningen av dem. Forskning har vist at metoden har gunstig effekt både for den enkeltes livskvalitet og helse og for samfunnsøkonomien (jfr. forskning ved Institutt for ergoterapi og aktivitetsvitenskap ved University of Southern California).

## Tilpasset informasjon – helsepedagogikk

Informasjon og kunnskaper er en forutsetning for at man skal kunne ta ansvar for egen helse og oppsøke/velge riktige tiltak. Informasjon er i denne sammenhengen ikke hva som er sagt eller skrevet, men hva som er *forstått* – og aller helst; *satt ut i praksis*. Ikke minst i møte med eldre mennesker, er det viktig å sikre seg at informasjon når fram. Opplæring i helsepedagogikk kan gi helsepersonell viktig innsikt i barrierer for kommunikasjon og metoder for å overkomme disse. For eksempel bør viktige beskjeder (f.eks. fra legen) i større grad skrives ned (i storskrift?) og evt. tas opp på kassett som den enkelte kan spille av hjemme. Opplæringstilbud til eldre bør kvalitetssikres ved å trekke brukerrepresentanter med i planlegging og evaluering.

## Aktivitetsperspektivet – også på sykehjem

Det må satses på større bredde i personalsammensetningen på sykehjemmene. Ett av våre medlemmer, som selv arbeider som miljøterapeut på et sykehjem, begrunner dette slik: «Sykehjemsavdelingene trenger fagfolk med forankring i et aktivitetsperspektiv, især ergoterapeuter. Beboere på sykehjem trenger annet og mer enn pleie og omsorg. De trenger støtte til å delta i dagliglivets aktiviteter, mulighet for å dyrke sine interesser og utfolde seg med meningsfulle aktiviteter. (...) Sykehjemsavdelingene trenger kvalifisert fagfolk med ulik bakgrunn. (...) Arbeidsoppgavene ved sykehjemmene er uendelige, og tiltak kan være rettet både mot miljø og individer. Hovedutfordringen er å integrere aktivitet og trening i det daglige, utnytte alle naturlige muligheter for deltakelse og ikke minst stimulere til brukermedvirkning.

Grunnleggende kunnskaper om aktivitet, deltakelse, mening og motivasjon er nødvendig for å kunne gi et tidsriktig kvalitetstilbud til dagens og ikke minst fremtidens sykehjemsbeboere. For de er ikke bare, som navnet tilsier, syke som trenger omsorg.»

## Mangefasettert rehabiliteringstilbud

Et viktig mål for rehabilitering er best mulig fungering etter funksjonstap forårsaket av sykdom eller skade. Sentralt står den enkeltes egen innsats for å akseptere en ny livssituasjon og oppleve mestring, en meningsfull tilværelse, tilhørighet, sosial verdsetting og aktiv deltakelse i samfunnet. Et differensiert rehabiliteringstilbud til eldre kan øker livskvaliteten for den enkelte, redusere pleiebehov og forhindre eller utsette flytting til institusjon.

Rehabilitering foregår både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, men for de aller fleste eldre vil det være mest naturlig å motta et *kommunebasert* tilbud. Dette krever imidlertid ressurser til å bygge opp et differensiert rehabiliteringstilbud i kommunene. *Institusjonsbasert* rehabilitering bør foregå i egne avdelinger og tilbys til de som virkelig har et rehabiliteringspotensiale. Erfaring viser at plassene flere steder brukes til korttidsopphold i påvente av sykehjems plass. Forsøk med forsterket, *hjemmebasert* rehabilitering etter sykehusopphold har gitt klare resultater i form av mestring (jf. Bærum kommune: Prosjekt Hjem – Rehabilitering). Denne typen rehabilitering bør det satses mer på. Det er videre behov for mer forskning for å kunne vurdere ulike former for rehabiliteringstiltak i lys av resultat.

## Brukerperspektiv og individuelle planer

Kvaliteten på helse- og sosialtjenester til eldre blir til i møtet mellom bruker og tjenesteyter. *Brukermedvirkning* og *brukerstyring* må derfor være helt grunnleggende verdier i utvikling av tjenestene. Ikke minst må brukernes egen ønsker og behov være styrende for valg mellom tjenester i eget hjem, tilpassede boformer og institusjonsplasser. Måten tjenestene tilbys på må ikke være til hinder for at den enkelte skal kunne leve et liv på egen premisser, med rom for privatliv, sosialt samvær og et aktivitetsmønster etter egne ønsker og behov.

Erfaringer viser at *individuelle planer* er et nyttig virkemiddel for å avdekke og følge opp den enkeltes ønsker og mål for eget liv. Planene bidrar dessuten til å strukturere og samordne tjenestene. Enkelte steder har man blant annet erfart at planene bidrar til å trekke legene mer inn i det tverrfaglige samarbeidet. Utpeking av en ansvarlig for planen/koordinator kan gjøre det lettere for brukere å vite hvem de skal kontakte. Fordi brukere og pårørende trekkes aktivt med i utarbeidelsen av planene, rettes oppmerksomheten ofte mer mot helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende innsats enn bare mot pleie og omsorg.

Individuelle planer kan med fordel tas mer i bruk innen eldreomsorgen, og bør utløse rett til ressurser og forenklet saksgang (f.eks. når det gjelder hjelpemiddelformidling). Hovedfokus må være *prossesarbeid* med vekt på *brukermedvirkning* – ikke å lage det «perfekte arbeidsredskap».

## Teori må bli praksis – ressurser, kunnskaper og holdninger

I mange styringsdokumenter defineres gode verdier og formål for eldreomsorgen. Det vil trolig også være tilfelle for denne stortingsmeldingen. Dessverre er det et enormt gap mellom teori og praksis. Et eksempel på dette er forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som inneholder en konkret liste over hva det innebærer at brukere får tilfredsstilt grunnleggende behov. Listen beskriver idealer som ligger langt fra dagens virkelighet både i hjemmetjenesten og ved mange institusjoner. Dette skyldes ikke bare mangel på tid og andre ressurser, men også holdninger og manglende kunnskaper (jf. f.eks. punktene om mulighet til å ivareta sin egenomsorg og tilpasset hjelp ved måltider og ved av- og påkledning.)

Opplæring av personell er en måte å tilføre nødvendige kunnskaper på, men vel så viktig er det å tenke *tverrfaglighet*. Aktivitører, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter er eksempler på yrkesgrupper som kan være nyttig supplement til de «tradisjonelle» pleie- og omsorgsgruppene.

På holdningssiden kan et nyttig tiltak være *verdiverksteder* med operasjonalisering av verdiene. «Hvordan høres det og ser det ut når vi etterlever denne verdien (f.eks. respekt for privatliv eller brukerorientering)?» «Hva sier vi og hva sier vi ikke?» «Hva gjør vi og hva gjør vi ikke?»

Vi håper dere finner innspillene ovenfor interessante, og ser fram til å bidra i det videre arbeidet med meldingen.

Med vennlig hilsen  
Norsk Ergoterapeutforbund

Karin M. Liabø  
forbundsleder

Mona Johansen  
politisk sekretær