

Innspill til Helsepersonellkommisjonen fra Nasjonalt senter for aldring og helse

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse) viser til Helsepersonellkommisjonens invitasjon til å gi innspill til arbeidet med å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. Aldring og helse har hatt kompetanseheving og opplæring innenfor aldring og eldreomsorg som sin oppgave siden oppstart i 1997, og har utviklet ulike modeller innen dette.

Aldring og helse har tatt utgangspunkt i noen av punktene fra innspillet til HelseOmsorg21, Forskningsrådet, og utdyper enkelte av dem under og viser hvordan våre modeller kan brukes for å møte framtidens utfordringer knyttet til kompetanse i helsetjenestene.

Bærekraft i helsetjenesten

Vi må vurdere hva som er nødvendig og tilstrekkelig andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene.

- For å kunne tilby forsvarlige tjenester med god kvalitet, bør det være krav om kompetanse til alle som skal bidra inn mot eldre og personer med demens. Aldring og helse har utviklet ulike opplæringsmodeller som kan settes sammen i tilpassede pakker til for eksempel ansatte med helsefaglig bakgrunn, ansatte uten helsefaglig bakgrunn, frivillige, andre samfunnsaktører som brann/politi/redning og har ønsker om å sette dette sammen i slike tilpassede pakker. Når det blir færre i yrkesaktiv alder til å jobbe i tjenestene, blir kompetanse i alle andre ledd mer sentralt. Et viktig tiltak er derfor å bredde ut nasjonalt kompetansehevende tiltak på «lavere» utdanningsnivå som ABC-modellen (Aldring og helse), skolering av ufaglærte til helsefagarbeider (Aldring og helse «Med ABC til fagbrev») og relevante kortere og lengre fagskoleløp for helse- og omsorgssektoren.



Vi trenger økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak.

- I dag har vi god kunnskap om modifiserbare risikofaktorer for demens og at opp mot 40% av demenstilfeller kan forebygges og forsinkes. Like viktig som å øke smarte og fleksible helse- og omsorgstjenester er det derfor å utnytte potensialet for å forebygge og utsette behovet for helse- og omsorgstjenester knyttet til demens i befolkningen. Vi foreslår utvikling av et lavterskeltilbud i kommunene for kartlegging av risikofaktorer og implementering av flerdimensjonale livsstilsintervensjoner, basert på Aldring og helse forskning i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fjerde runde der personer fra 70 år deltok i aldringsstudien HUNT4 70+, og etter modell fra den internasjonale Fingerstudien. De som vurderes å ha nytte av multimodale intervensjoner, får et tilpasset opplegg med fysisk aktivitet, kognitiv trening, sosial stimulering, tiltak for å hindre isolasjon og depresjon. Evidensbaserte, billige og allerede implementerte tiltak er i dag spredt nasjonalt fra Aldring og helse. Tiltak som *Sterk og stødig* (fysisk styrke og fallforebygging), *Takk bare bra* (gruppetilbud for eldre med lettere depresjon) og *Kognitiv stimuleringsterapi* (behandling mot demens) er til sammen et multimodalt lavterskeltiltak som egner seg svært godt for videre systematisk bruk for populasjoner med risiko for livsstilssykdommer og funksjonsfall i eldre år. Dette vil få en stor effekt på behovet for helse- og omsorgspersonell i kommuner framover og gjøres nå i Stockholm i rammen av Fingerstudien. Aldring og helse ønsker å utvikle en tilsvarende modell for Norge, med bakgrunn i kunnskapen vi får fra våre studier i rammen av HUNT og alle de nasjonale satsingene vi allerede har ansvar for.

Organisering, oppgavefordeling og samhandling

Vi må se på oppgavefordelingen mellom nivåene i helsetjenesten og bruk av spesialistkompetanse.

- Utredning av demens foregår i dag primært i kommunehelsetjenesten hos fastlegene. Nye diagnostiske verktøy muliggjør diagnose på et tidligere tidspunkt og mer spesifikk diagnostisering. Gode modeller for samhandling mellom tjenestenivåene og kompetansedeling mellom nivåene blir sentralt for å kunne møte mulighetene dette gir for utredning.
- Oppgavefordeling og oppgaveforskyvning i helsetjenestene må vurderes. Aldring og helse mener satsingen på kortere fagskoleutdanninger basert på arbeidslivets behov er et viktig og riktig grep.

Andelen deltidsansatte i tjenestene må reduseres.

Vi må vurdere hvordan og i hvilken grad helsefrivilligheten og sosiale entreprenører kan inkluderes i helsetjenestene og samtidig sikre god kvalitet. Det bør stilles krav til systematisk kompetanseoppbygging tilpasset ulike nivåer blant disse gruppene.



- Sosiale entreprenører som ansetter ungdom og/eller eldre har allerede mange spennende og gode resultater. Gjennom bruk av kompetansepakker fra Aldring og helse sikres nødvendig faglig nivå for å kunne bidra inn i tjenestene for oppgaver som helsepersonell kan frigjøres fra.

Rekruttering, utdanning og kompetanse

Vi må ha økt kapasitet i helseutdanningene og praksisstudier, bedre finansiering og organisering av praksisstudier i primærhelsetjenesten og i distriktene.

- Aldring og helse utdanner i dag helsefagarbeidere som allerede er i jobb som ufaglærte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Modellen har høy gjennomføringsgrad, er kostnadseffektiv, desentralisert og når grupper som ellers ikke ville fått mulighet til formell kompetanse. De ansatte får økt sin kompetanse, tjenestene får flere ansatte med helsefaglig utdanning, de som får utdanningen er stabil arbeidskraft både under og etter utdanningen OG kvaliteten på tjenestene øker. Dette er en modell som med fordel kan utvides.

Vi må tilpasse lengden og innholdet i utdanningene til dagens og fremtidens behov gjennom økt fleksibilitet og fornyelse.

- Satsingen på kortere yrkesrettede fagskoleløp bør intensiveres. Aldring og helse vurderer nå å utvikle flere korte løp på fagskolenivå som kan spisse helsefagarbeideres kompetanse for å møte fremtidens utvikling i kommunehelsetjenesten.

Vi må sikre at kompetansehull kan fylles gjennom etter- og videreutdanning av eksisterende personell.

- Se punktet over. Aldring og helse mener også at alle ansatte i eldreomsorgen bør ha enten Eldreomsorgens eller Demensomsorgens ABC.
- Gjennom fritt tilgjengelige og digitale kompetansehevende tiltak med høy faglig kvalitet vil Aldring og helse også kunne sørge for at befolkning og helse- og omsorgspersonell på alle nivåer får lik tilgang til samme kunnskap og kompetanse framover.
- For å øke kompetansen i befolkningen i tider der faglært helse- og omsorgspersonell blir redusert, må vi tilpasse læring og kompetanseheving innen helse og omsorg også til nye målgrupper. I årene framover vil andelen med demens øke kraftig fordi vil blir flere eldre. Alle aktører i samfunnet vil måtte ha basis kunnskap om personer med demens og andre funksjonsnedsettelse, da det ikke vil være nok pårørende, frivillige eller helse- og omsorgspersonell til å ta vare på alle eldre og syke og, gi dem god nok oppfølging i hverdagen. Aldring og helse har derfor satset på utvikling av kompetansehevingstiltak til ufaglærte, frivillige, pårørende, og befolkningen generelt om demens, funksjonsnedsettelse. For eksempel er personsentrert omsorg et juridisk pålagt og viktig verdigrunnlag



i demens- og eldreomsorg (Helsedirektoratet 2017). Gjennom bruk av interaktiv Virtual Reality-teknologi (VR) vil Aldring og helse nå gi ulike grupper av formelle og uformelle omsorgsgivere muligheten til å få økt kunnskap og forståelse for hvordan det er å leve med demens i samarbeid med Nederlandske innovasjons- og forskningsmiljøer. VR-satsingen blir viktig både for helsefagstudenter på ulike nivåer og ufaglærte, men også ansatte, frivillige, samfunnsaktører som politi, brann, bank, butikk etc. og ikke minst for pårørende. Kompetanseheving ved såkalt «blended learning» og «learning by doing» der digitale ressurser som VR, e-læring og film/animasjon viser hvordan helse- og omsorg må tilpasses kan bidra til at ufaglærte ressurser i samfunnet kan bidra mer. Digitale opplæringsmidler kan spres og implementeres raskt, gi en basiskompetanse og gi lik tilgang til lik opplæring nasjonalt. Digitale hjelpemidler kan revideres og oversettes til ulike språklige og kulturelle sammenhenger. Grupper av faglært helsepersonell der teoretiske og språklige barrierer er til hinder for utvikling av kompetanse, vil kunne ha særlig nytte av en slik tilnærming.

Vi må sikre attraktivitet for helse- og omsorgstjenestene gjennom målrettet rekruttering, bedre arbeidsforhold og fagutviklingsmuligheter for helsepersonell.

- Utvikling av sosiale boformer og nye modeller for integrering av kompetanse og tjenester i disse boformene vil kunne være attraktive og spennende arbeidssteder for helsepersonell framover. Der vil de kunne få være med på nyskapende, fremtidsrettet og bærekraftig arbeid som kan motivere og stimulere. Helsepersonell som kan bruke og videre utvikle helseteknologi vil også kunne knytte helse- og teknologifeltene sammen, til beste for helsetjenestene og brukerne.

Forskning og innovasjon

Vi må sikre et kunnskaps- og forskningsløft for kommunal sektor for å bidra til rett prioritering, mer målrettet bruk av ressurser og bedre kvalitet.

- Aldring og helse foreslår å etablere en eldrekohort ved å videreføre HUNT4 70+ og andre populasjonsstudier. Ved å koble disse dataene til tidlige undersøkelser av den samme gruppen og til nasjonale registre, vil vi få nødvendig kunnskap om hva som er de riktige tiltakene, hvilke intervensjoner som kan påvirke tjenestebruk og hvordan folkehelsen kan påvirkes i et langsiktig perspektiv.

Vi trenger tydelige politiske signaler og incentiver til å drive innovasjonsprosjekter med mål om bedre ressursutnyttelse og bærekraft i helsetjenestene

Vi må sikre at det er handlingsrom for innovasjon og eksperimentering i tjenestene.

- Aldring og helse har lang erfaring i utvikling av modeller og tiltak, og ser nå på en mulig modell for hvordan vi gjennom regionale «kunnskaps- og



kompetansenoder» kan støtte tjenester og kommuner i arbeidet med utvikling og kompetanse.

Teknologi og digitalisering

Vi må få til raskere, mer målrettet og helhetlig digitalisering i samfunnet og i helsetjenestene, som inkluderer brukerne i utviklingen. Digitalisering tar for lite hensyn til spesifikke målgrupper av eldre med sykdom og kognitiv svikt, samtidig med at de øker disse gruppenes avhengighet til den samme teknologien ved å lage såkalte «smarte» løsninger i boliger og for deltakelse i samfunnsaktivitet.

Vi trenger bedre tilrettelegging for god teknologisk samhandling mellom tjenestene og nivåer i tjenestene og mellom formelle og uformelle omsorgsgivere.

Vi må utnytte helsedata bedre for effektivisering og avlastning av helsepersonell.

- For at ny kunnskap skal genereres raskt og kunne omsettes til gode tiltak, må helsedata ikke være for vanskelig tilgjengelig for registre og forskere, og det må legges til rette for enkel datafangst mellom ulike datakilder og registre.

Vi trenger en forsterket satsing på velferdsteknologi og e-helse for å bremse behovet for helsepersonell.

- Satsingen må ta utgangspunkt i brukernes behov og erfaringer, og må inkludere plan for implementering og oppfølging av velferdsteknologiske tiltak, både i eget hjem og i institusjon.

Vi må redusere digital ulikhet og sikre riktig bruk av digitale tjenester.

- Digital kompetanse må økes, særlig blant eldre som mangler det. Samtidig må det eksistere gode ikke-digitale alternativer for dem som ikke kan nyttiggjøre seg digitale tjenester.

Med vennlig hilsen



Kari Midtbø Kristiansen
Daglig leder
Nasjonalt senter for aldring og helse

