

## Høringssvar fra Nasjonalt senter for aldring og helse til Helsepersonellkommisjonens NOU 2023 4 Tid for handling.

Nasjonalt senter for aldring og helse ([Aldring og helse](#)) takker for muligheten til å komme med høringssvar til Helsepersonellkommisjonens NOU 2023 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Vi har valgt å gi noen generelle innspill, for så å beskrive hvordan vi mener Aldring og helses eksisterende tiltak og oppdrag med fordel kan videreføres, utvides og utvikles for å møte flere av behovene og forslagene beskrevet i Tid for handling.

Vi vil takke Helsepersonellkommisjonen for et arbeid og en rapport som vi opplever som grundig, realistisk og løsningsorientert.

I vårt innspill kommenterer vi fra bunnen av pyramiden og oppover, fordi, slik vi oppfatter det, at det er nederst i pyramiden kommisjonen mener det bør være størst fokus. Det er også her Aldring og helse har hovedtyngden av våre oppgaver og vårt mandat knyttet til kunnskapsbygging, kompetansespredning og modellutvikling.



## 1. Pårørende, tilrettelagt egenomsorg, forebygging og folkehelsearbeid

Aldring og helse støtter Helsepersonellkommisjonens vurdering av redusert tilgang på helsepersonell framover krever at vi i større grad kan jobbe for flere friske år. Vi mener dette kan gjøres blant annet gjennom:

- **Gode modeller for forebygging.** Gjennom vår forskning i HUNT 4 70+ og Aldring i Trøndelag er vi i ferd med å utvikle et kunnskapsgrunnlag om hva som er de virksomme tiltakene for at den enkelte skal kunne oppnå flere friske år. The European task force for brain health services (Giovanni et al. The Lancet Regional Health – Europe 2023) skisserer en modell vi mener kan tilpasses norske forhold og ha relevans for flere områder enn hjernehelse. Modellen har fire bærebjelker:
  - **Grundig risikovurdering** blant annet gjennom bruk av validerte kartleggingsverktøy, ulike biomarkører, gjennomgang av livsstilsfaktorer og arvelig disposisjon.
  - **Formidling av risiko** ut fra grundige etiske vurderinger, den enkeltes ønsker og den enkeltes helsekompetanse.
  - **Skreddersydde forebyggende intervensjoner** for at den enkelte skal kunne oppnå flere friske år. Multimodale intervensjoner kan inneholde både kognitiv trening, sosiale tiltak, fysisk aktivitet, ernæringstiltak og medisinske tiltak som behandling av høyt blodtrykk og bruk av høreapparat ved nedsatt hørsel.
  - **Tiltak for å bedre oppstått funksjonsfall** som [kognitiv stimuleringsterapi](#), fallforebygging gjennom balansetrening som i [Sterk og stødig-modellen](#) og bedring av depressive symptomer gjennom [Takk, bare bra-modellen](#) mm.

Slike modeller utvikles allerede i dag av Aldring og helse og implementeres i kommunene med opplæring og veiledning fra Aldring og helse. Modellene kan legges til frisklivssentral, dagaktivitetstilbud, helsestasjon for eldre ut fra hva som passer i den enkelte kommune. Aldring og helse har tidligere utviklet, implementert og fulgt opp demensteam/hukommelsesteam i norske kommuner. Dette har vært vellykket, så vi har god erfaring med denne type arbeid. Vi håper dette også vil kunne komme som en følge av Folkehelsestrategien.

- **Gode modeller for sosiale boformer og samfunnsstrukturer** som kan bidra til rause, inkluderende og aktiverende nærmiljø, hvor vi, på tvers av generasjoner og grupper, kan hjelpe hverandre. Aldring og helse mener denne typen boformer kan bidra til å opprettholde og forbedre funksjonsevnen hos eldre og andre grupper ved at omgivelsene legges til rette for at den enkelte kan benytte og utvikle sine iboende egenskaper på best mulig måte, i tråd med WHO's prinsipper for Healthy Ageing. Slike boformer kan være en viktig del av løsningen for å sikre



at eldre kan bo hjemme lenger og for å legge til rette for flere friske år. Dette har vi også spilt inn til Bo trygt hjemme-reformen.

- Et viktig prinsipp her vil være uformell frivillighet hvor ulike beboere kan bytte tjenester og hjelpe hverandre. Gjensidig frivillighet i bofellesskapene vil gjøre det lettere for eldre og aleneboende å bli i egen leilighet lenger.
  - Det bør legges til rette for meningsfulle aktiviteter og folkehelseiltak som oppfordrer den enkelte til å være aktiv og sosial, både organisert og uorganisert. En koordinator kan ha ansvar for å legge til rette og koordinere alle aktiviteter og motivere beboere til å delta.
  - Vi mener slike boformer også bør inneholde helsetjenester for dem som bor der og i nærmiljøet rundt, slik at man slipper unødige flyttinger og kan planlegge for gode forløp for eldre. Gode modeller for forebygging som beskrevet over, kan med fordel legges til slike konsepter.
  - Boformene kan ha integrerte helsetjenester som dagaktivitetstilbud og enhet for heldøgns omsorg. Dette kan både fungere som avlastning for pårørende og sikre trygge og forutsigbare overganger når eldre og personer med demens får behov for økt omsorgsnivå. Når enhetene legges i samme konsept, vil det være lettere å få til trygge, kjente og planlagte overganger, slik at man i størst mulig grad unngår kriser. Det vil også være enklere for pasient og pårørende, når tilbudene og enhetene ligger i samme konsept.
  - Slike innovative tjenesteløsninger bør være arena for lærlinger og studenter, og kan på den måten bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell. Vi har tro på at dette vil være attraktive arbeidsplasser og kunne bidra til å høyne statusen til eldreomsorgen, fordi man får være med og utvikle spennende løsninger for morgendagens eldreomsorg.
  - Et annet viktig virkemiddel det kan legges opp til i slike boformer, er leie-til-eie-prinsipper for egen bolig, slik at helsefagarbeidere og sykepleiere vil kunne ha mulighet til å skaffe seg selveid bolig til tross for høye boligpriser og begrenset inntekt.
- **Velferdsteknologiske løsninger** bør bres ut som et godt og sikkert supplement til, men ikke en erstatning for, nødvendige helsetjenester. 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 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. Digitalisering øker disse gruppenes avhengighet til den samme teknologien ved å lage såkalte «smarte» løsninger i boliger og ved å øke digitalisering som et



premiss for samfunnsaktivitet i for eksempel bank, kollektivtransport eller butikk.

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

## **2. Frivillige, likepersoner og erfaringskonsulenter**

- **Helsefrivillighet og sosiale entreprenører.**
  - 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.
  - Aldring og helse har utviklet ulike opplæringsmodeller som også kan settes sammen i tilpassede pakker for sosiale entreprenører, andre samfunnsaktører som brann/politi/redning og frivillige som kan bidra til å avlaste helsepersonell på definerte områder fremover.
  
- **Sosiale entreprenører** som ansetter ungdom og/eller eldre har allerede mange spennende og gode resultater. Aldring og helse tror slike sosiale entreprenører vil kunne bli viktige aktører for å møte morgendagens utfordringer. De vil kunne gi verdifulle bidrag i ny og nødvendig tenkning rundt oppgavedeling, som kan frigjøre helsepersonell til deres kjerneoppgaver. Vi vil trekke fram to ulike aktører som på hver sin måte viser vei:
  - Generasjon M jobber med ungdom fra 14 til 20 år, som introduseres til yrkeslivet og helse- og omsorgstjenestene ved å bidra med sosiale aktiviteter i sykehjem og hjemmetjenester. De erstatter ikke fagpersonale, men deres aktiviteter bidrar til glede og livskvalitet blant beboerne, er gode folkehelseiltak og kan frigjøre ressurser hos fagpersonalet, slik at de kan fokusere på sine kjerneoppgaver. Ungdommene jobber i team, får opplæring, blant annet ved hjelp av ressurser fra Aldring og helse, og får veiledning underveis. Denne modellen bidrar til å forhindre utenforskap hos ungdom, og til å motivere flere til utdanning innen helse. Samtidig er den viktig for de eldre i tjenestene og dem som jobber der.
  - Gammel Nok jobber i den andre enden av skalaen. De ansetter personer 55+, som av ulike grunner har sluttet på sin arbeidsplass. Aldring og helse tror det vil bli viktig å beholde folk i arbeid lenger



framover, men det er ikke sikkert man skal være i det samme arbeidet hele veien. Det kan være man ønsker større fleksibilitet, eller kanskje mindre ansvar. I Gammel Nok kan man få ulike typer oppdrag ut fra ønske og egen kompetanse. De ansetter og autorisert helsepersonell, som på den måten kan bidra til å øke tilfanget av helsepersonell i klinisk arbeid til tjenestene. Aldring og helse utvikler på oppdrag fra Gammel Nok kompetansepakker på tre ulike nivåer, som deres ansatte skal skoles gjennom for å kunne bidra med tjenester til eldre og personer med demens.

- Gjennom bruk av kompetansepakker fra Aldring og helse kan nødvendig faglig nivå sikres, slik at entreprenørene kan bidra inn i tjenestene for oppgaver som helsepersonell kan frigjøres fra.
  
- **Partnerskapsavtaler med arbeidslivet.** Det rapporteres om utfordringer med å rekruttere frivillig til tradisjonell frivillighet. Dette til tross for at frivillig aktivitet har positive effekter både for den som mottar og den som yter frivilligheten. Mange ønsker ikke å forplikte seg til faste oppgaver og faste tider. Gjennom «tjenestebytting» og uformell frivillighet slik det legges opp til i modellen for sosiale boformer vil andre former for gjensidig frivillighet kunne utvikles. I tillegg vet vi at de som er frivillige mens de er yrkesaktive med større sannsynlighet forblir frivillige som pensjonister. Aldring og helse mener derfor det bør utvikles en modell for partnerskap mellom arbeidsliv og frivillighet, hvor frivillig aktivitet gradvis introduseres for den yrkesaktive som en del av arbeidet de siste årene fram mot pensjonsalder. Den enkelte kan få prøve ut ulike former for frivillighet for å finne det man trives best med. Bedriftene og arbeidslivet tar samfunnsansvar og bidrar til et inkluderende, aldersvennlig samfunn med mer glidende overgang mellom yrkesliv og pensjonisttilværelse. Det kan muligens legges opp til incentivordninger med en form for økonomisk kompensasjon for bedriftene i slike modeller.
  
- **Pårørendes innsats.** Pårørende trekkes i ulike sammenhenger fram som en viktig ressurs for å løse utfordringene med færre ansatte i tjenestene framover. Pårørende yter allerede i dag en svært stor og viktig innsats. Noen betaler en høy pris i form av at de risikerer egen helse, eller går helt eller delvis ut av yrkeslivet. Aldring og helse vil uttrykke bekymring for at flere pårørende må yte større innsats. Det er et tydelig kvinneperspektiv her som er bekymringsfullt. Det er flest kvinner blant de eldre, de fleste som jobber i eldreomsorgen er kvinner og den største delen av pårørendeinnsatsen gjøres av kvinner. Aldring og helse er opptatt av at kvinner ikke tvinges tilbake til ulønnet omsorgsarbeid som følge av mangelen på helsepersonell. Det er et klart tilbakeskritt i et



likestillingsperspektiv. Samtidig er det et paradoks at verdifull kompetanse og arbeidskraft da forsvinner fra de sektorene som trenger det mest framover. Vi mener at det er viktig at så mange som mulig oppfordres til yrkesaktivitet, og at det også legges til rette for det.

### **3. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene. En presentasjon av Aldring og helses eksisterende tiltak som kan videreføres, utvides og utvikles for å møte noen av forslagene fra Helsepersonellkommisjonen.**

Aldring og helse har hatt [kompetanseheving, opplæring](#) og utdanning innenfor aldring og eldreomsorg som sin oppgave siden oppstart i 1997, og har betydelig erfaring og kompetanse på dette området.

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. 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 Aldring og helses «Dette må jeg kunne», Aldring og helses ABC-modell, skoloring av ufaglærte til helsefagarbeider (Aldring og helse «Med ABC til fagbrev») og relevante kortere og lengre fagskoleløp for helse- og omsorgssektoren.

Aldring og helse mener at alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene bør gjennomføre «Dette må jeg kunne» og ABC-opplæring med aktuelt fagtema, se under, også ekstravakter og ferievikarer.

- **Dette må jeg kunne**

E-læringene [«Dette må jeg kunne»](#) gir en grunnleggende innføring i viktige prinsipper for pleie og omsorg. De er bygd opp med et enkelt språk og lettfattelige begrepsforklaringer slik at stoffet skal være lett tilgjengelig. «Dette må jeg kunne» er beregnet på nyansatte, ekstravakter eller ferievikarer, men egner seg også godt for dem som har behov for en liten oppfriskning.

Per i dag finnes følgende e-læringer i «Dette må jeg kunne»:

- Introduksjon til helse- og omsorgsarbeid
- Gode tjenester til personer med utviklingshemning
- Observasjonskompetanse



- **ABC-opplæringen**

[ABC](#) er et nasjonalt kompetansehevende tiltak som Aldring og helse gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. Fram til 2021 har 96 prosent av landets kommuner deltatt eller er i gang med ABC-opplæringen. ABC-opplæringen passer for alle ansatte, både de med og de uten helsefaglig utdanning. Hensikten er å gi ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester mulighet til å tilegne seg kompetanse i aktuelle fagtemaer og spesielt styrke kunnskapen sin om hva som er god praksis i henhold til retningslinjer, lover og forskrifter. Målet er at kunnskap og refleksjon vil føre til positiv endring av praksis.

ABC-opplæringen innebærer en kontinuerlig læringsprosess over et halvt, ett eller flere år, og det er mulig å gjennomføre den ved siden av jobb. Det er ingen eksamen etter avsluttet opplæring, og deltakerne vil motta et bevis ved avsluttet ABC-perm.

**ABC-opplæringen består av tre hovedelementer:**

- ABC-permer – som inneholder hefter med ulike tema
- ABC-grupper – tverrfaglig sammensatte refleksjonsgrupper. For gjennomgang av hvert enkelt ABC-hefte gjennomføres minst én gruppesamling
- Fagseminar(er) – gjennomføres halvårlig med 5–6 timers varighet ABC-permer

**ABC-permer**

Opplæringsmateriellet er organisert i ABC-permer med ulike temahefter. I heftene får ABC-deltakerne presentert relevant fagkunnskap, fagterminologi, praksisnære eksempler og en rekke arbeidsoppgaver til refleksjon og diskusjon. Heftene er også tilgjengelig elektronisk.

**ABC-gruppene**

De selvdrevne ABC-gruppene møtes hver tredje eller fjerde uke. Gruppesamlingene skal være en arena for faglige diskusjoner og refleksjon. Gruppene er tverrfaglige og ofte satt sammen av deltakere på tvers av arbeidsplasser. Det er erfaringsmessig en fordel at det er tverrfaglige grupper fra ulike avdelinger og virksomheter i kommunen. I tillegg til økt læringsutbytte kan det styrke personalet i å samhandle på tvers av de kommunale virksomhetene. Som forberedelse til hver gruppesamling leser deltakerne ett hefte. I gruppen går de systematisk gjennom heftet og jobber sammen om refleksjonsoppgavene. Ved å diskutere og reflektere omkring fag sammen med andre øker deltakerne sin egen kunnskap. Gruppesamlingene skal gjennomføres i tråd med skriftlige føringer fra Aldring og helse.



## **Fagseminarene**

Det arrangeres obligatoriske fagseminarer for hver perm. De varer i fem til seks timer. I løpet av fagseminarene aktualiseres og utdypes temaer som deltakerne gjennomgår i ABC-gruppene. Undervisningen er praksisnær og legger til rette for at ny kunnskap skal kunne overføres til egen praksis og arbeidshverdag. I tillegg til faglig påfyll får deltakerne også møte andre ABC-grupper og ansatte i sin kommune og sitt fylke. I løpet av det første fagseminaret vil deltakerne få møte sine respektive ABC-grupper, og det er her gruppedeltakerne får mulighet til å bli kjent med hverandre. Deltakerne avklarer forventninger og arbeidsmetoder som skal gjelde for den enkelte ABC-gruppen. Deltakerne får en gjennomgang om hvordan de kan jobbe selvstendig, og hvordan de kan skape trygghet i gruppen. I trygge grupper er det rom for å lytte og å stille spørsmål. Gruppen utarbeider en gruppekontrakt for å sikre en god gruppeprosess. Det er flere måter å løse gjennomføringen av ABC-opplæringen på. Det kan være hensiktsmessig at den ansatte leser heftene på fritiden, men at fagseminarer og gruppesamlinger inngår i arbeidstiden. Det er vanlig, og kanskje mest praktisk, at gruppesamlingen legges i overgangen fra dagvakt til kveldsvakt, slik at det blir et «spleiselag» mellom arbeidstid og fritid. I den første gruppesamlingen utarbeider gruppene en felles plan for gjennomføring av gruppesamlingene gjennom året.

Per i dag finnes følgende ABC-løp:

- Demensomsorgens ABC
  - Eldreomsorgens ABC (inkludert ABC Psykiske sykdommer hos eldre)
  - Mitt livs ABC (for ansatte som jobber med personer med utviklingshemning)
  - ABC musikkbasert miljøbehandling
- 
- **Helsefagarbeiderutdanning**

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. All praksis foregår på egen arbeidsplass. Mange av deltakerne er fremmedspråklige, og får gjennom utdanningen bedre kompetanse i norsk språk, bedre kunnskap om norsk eldreomsorg og helsevesen, bedre kulturforståelse for norske verdier i pleie- og omsorg og trening i bruk av





nødvendige digitale hjelpemidler som pc. Utdanningen har også mange etnisk norske deltakere, som av ulike grunner ikke har lyktes i skolesystemet så langt, men som gjennom dette skreddersydde løpet fullfører sitt fagbrev og får verdifull kompetanse både for seg selv og for sin arbeidsplass. Dette er en modell som med fordel kan utvides.

- **Fagskole**

Aldring og helse driver [fagskole](#) med to studieretninger: Demensomsorg og alderspsykiatri og Utviklingshemning miljøarbeid og aldring. Satsingen på kortere yrkesrettede fagskoleløp bør intensiveres. Aldring og helse utvikler nå flere korte løp på fagskolenivå som kan spisse helsefagarbeideres kompetanse for å møte fremtidens utvikling i kommunehelsetjenesten. Dette kan bidra til kvalitetssikring av nødvendig oppgavefordeling og oppgaveforskyvning i helsetjenestene og til at fagskoleløpene baseres på arbeidslivets behov og utvikles i samarbeid med dem. Vi mener dette er viktige og riktige grep. Slike kortere fagskolemoduler kan bygges sammen til en fagskolegrad.

Fagskoleutdanning bør løftes som en karrierevei. Helsefagarbeidere med fagskole har blant annet fått fagstillinger som faghelsefagarbeidere, assisterende enhetsledere og demenskoordinatorer. Det tyder på at fagskoler absolutt er en vei å gå for dem som ønsker karriere og vekstmuligheter i eldreomsorgen. Fagskolen gir svært relevant og klinisk rettet kompetanse med bakgrunn i arbeidslivets behov.

Både vår helsefagarbeiderutdanning og vår fagskole er lagt opp som samlinger med digital oppfølging mellom samlingene, samtidig som man er i arbeid på egen arbeidsplass.

- **Digital kompetanseheving og Virtual reality i opplæring**

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. Ut over «Dette må jeg kunne», har vi utviklet et betydelig antall [e-læringer](#), videoforelesninger, podkaster og filmer/animasjoner.

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 basiskunnskap 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 og funksjonsnedsettelse. Personsentrert omsorg et juridisk pålagt og viktig verdigrunnlag i demens- og eldreomsorg (Helsedirektoratet 2017). Gjennom bruk av interaktiv Virtual Reality-teknologi (VR) ønsker Aldring og helse å gi ulike grupper av formelle og uformelle omsorgsgivere muligheten til å få økt kunnskap og forståelse for hvordan det er å leve med demens. 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 har vist stort læringsutbytte, og 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.

- **Kompetanseheving i praksis**

Aldring og helse har lang erfaring med kompetanseheving i praksis, blant annet i egen fagskole der studentene siden oppstart i 2008 har hatt praksis på egen arbeidsplass, og i vår helsefagarbeiderutdanning. Våre studentevalueringer viser at praksis på eget arbeidssted øker mulighetene for å kombinere utdanning med yrkesaktivt arbeid og samtidig ivareta private, familiære, sosiale og økonomiske plikter og interesser. Aldring og helses skoletilbud gir gjennom sin praksistilnærming bedre muligheter for å prioritere kompetanseheving også for mindre kommuner/tjenestesteder med få ansatte og begrenset tilgang på kvalifiserte vikarer. Våre desentraliserte og fleksible utdanninger er gode eksempler på utdanning og opplæring nær der folk bor, slik Helsepersonellkommissjonen fremhever betydningen av når helsefagarbeidere er lite mobile og ofte blir værende i egen kommune under utdanning og i senere arbeid. Vi har lokal forankring og tilstedeværelse i våre utdanninger, selv om vi er et senter med en nasjonal funksjon.



Aldring og helse har også ønske om å utvide kapasiteten på våre utdanninger, og etablere regionale «noder» som kan følge opp og være et bindeledd mellom kommunenes arbeid med våre satsinger og opplæringer og Aldring og helse sentralt. På den måten tror vi at vi i enda større grad vil kunne bistå kommunene med kompetanse i eldreomsorgen og forberedelse av tjenestene, både innenfor forebygging og omsorg, til et samfunn med langt flere eldre.

Ulike tilnærminger for å støtte utvikling fra real- til formalkompetanse ute i tjenestene er lønnsomt for den enkelte og for tjenestene. Ved å satse på kompetansebygging på lavere nivå av utdanning, vil vi kunne rekruttere flere og beholde rekrutterte i tjenestene lengre. Det øker også kvaliteten på tjenestene.

For at ansatte skal ønske å jobbe i eldreomsorgen, må det være en spennende arbeidsplass med mulighet for utvikling og innovasjon. Utviklingen 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.

Alle Aldring og helses opplæringsmodeller bygger på to viktige prinsipper som er løftet fram i Tid for handling:

- Utdanning nært der folk bor:  
Vi lærer opp og utdanner folk der de bor, mens de er i jobb i tjenestene. Det gjør vi i nært samarbeid med fylkeskommuner, statsforvaltere, spesialisthelsetjenester, utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester, kommuner og andre aktører lokalt. Enkelte av våre utdanningsløp skreddersys på oppdrag fra kommuner og bidrar til et faglig løft på tvers av tjenester i kommunen.
- Kortere vei mellom forskning og praksis:  
Som det offentlige, nasjonale kompetansemiljøet for aldring og eldreomsorg i Norge, driver Aldring og helse omfattende forskning, utviklingsarbeid og kompetanseheving. Vi er derfor en svært tydelig eksponent for kort vei mellom forskning og praksis. Alle våre opplæringsmodeller bygger på status på kunnskapsfeltet, og revideres jevnlig ut fra ny forskning, både fra våre egne forskere og annen forskning på feltet. Vi jobber også tett mot myndighetene, med store oppdrag blant annet i demensplanene. Det betyr



at alle våre opplæringsmodeller jevnlig oppdateres for å være i tråd med nasjonale føringer, styringsdokumenter, forvaltning og gjeldende lovverk.

Avslutningsvis vil vi uttrykke bekymring rundt at det nå pågår svært mange utredninger og reformer parallelt. For at vi skal lykkes med å møte de framtidige demografiske endringene, og utfordringene som følger med dem, er det viktig at alle disse sees i sammenheng når tiltak skal planlegges og iverksettes.

Med vennlig hilsen



Kari Midtbø Kristiansen  
Daglig leder  
Nasjonalt senter for aldring og helse

