

Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunetjenesteavdelingen
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Ref: TH/AA
Dato: 14.11.2011

Høringsuttalelse NOU 2011:11

Frist 15.11.2011

Utvalget gir en grundig gjennomgang av den historiske utviklingen av helsetjenesten i kommunen og behovet for innovasjon. Utvalget skisserer ideer til løsninger og kommer med konkrete forslag. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) er enige i at det er lite kumulativ kunnskap på dette området, og NOU 11 er et viktig stykke arbeid i så henseende.

NKAH ønsker først og fremst å fokusere på NOU 11 i forhold til vår kjernevirksomhet omkring utrednings- og behandlingstilbud til personer med demens, alderspsykiatriske lidelser, personer med funksjonshemning og aldring, og personer med utviklingshemning og aldring. Samt disse gruppenes pårørende. Et annet område som sorterer under vår kjernevirksomhet er opplæring av og kompetansebygging hos helsepersonell i alle landets kommuner.

Først en kommentar om tittelen *Innovasjon i omsorg*. Vi forstår at utvalget ønsket å skape spenning og mulig bevegelse med dette begrepsparet. NKAH er likevel noe kritisk til at tittelen da den er misvisende i forhold til innholdet i NOU 11. Innholdet dreier seg om en større del av kommunehelsetjenesten, og om pårørende og frivilliges innsats. Mange yrkesgrupper føler seg ikke hjemme under omsorgsbegrepet. Ordet omsorg har en verdiladning som lett assosieres med passivitet og hjelpeløshet. Innholdet beskriver en ønsket dreining fra pleie- og omsorgskultur til mer deltakelse og en mer aktiv hverdag for de som mottar kommunale helsetjenester og dette gjenspeiles ikke i tittelen.

NKAH støtter utvalgets forslag om at begrepet omsorgsteknologi skiftes ut med velferdsteknologi. Tilsvarende vil det å skille funksjon og tjeneste skape mindre forventninger, for eksempel i ordet omsorgsbolig.

Postadresse Vestfold
Aldring og helse
Psykiatrien i Vestfold HF
Postboks 2136
3103 Tønsberg

Besøksadresse Vestfold
Taranrødveien 47
3171 Sem

Adresse Oslo
Aldring og helse
Oslo Universitetssykehus HF
Ullevål
Bygg 37
0407 Oslo

Sentrålbord
Tlf.: 33 34 19 50

Faks
Oslo: 23 01 61 61
Vestfold: 33 33 21 53

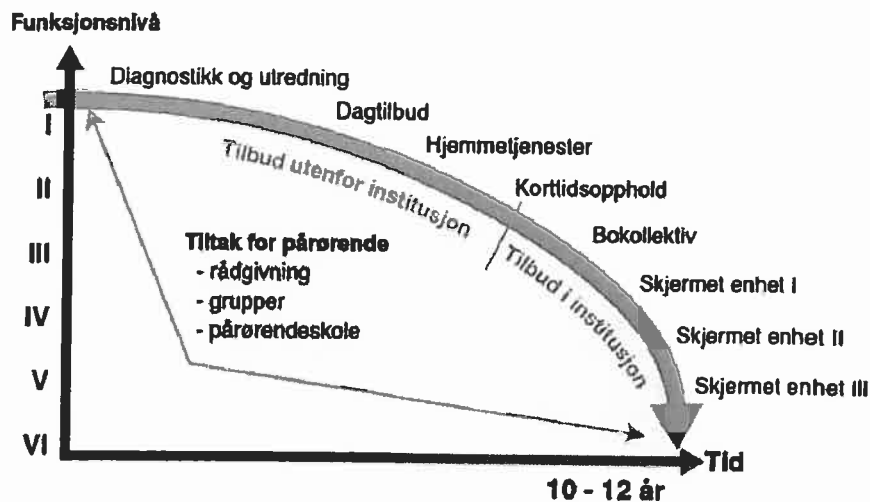
Epost
post@aldringoghelse.no

Hjemmeside
www.aldringoghelse.no

Kap 5. den andre samhandlingsreformen – baseres på næromsorg, medborgerskap og samproduksjon. St.m. 25 peker på at familieomsorgen er stor, og på størrelse med spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene, målt i utførte årsverk. En måte å sikre at sivilsamfunnet deltar i næromsorgen skisseres ved å vise til ulike eksempler fra inn- og utland. Det sies at ingen pårørende skal få sitt liv bundet til omsorgsforpliktelser fordi et offentlig tilbud ikke er utviklet. NKAH ser viktigheten av å bedre samarbeidet mellom helsetjenesten i kommunene og pårørende til personer med demens. Bl.a. vil tilgang på informasjon, veiledning og psykososial støtte under sykdomsforløpet være av stor betydning for pårørende. Her ser NKAH utbygging av demensteam og pårørendeskoler som viktige tiltak, men også at det er behov for tjenesteutvikling/innovasjon i tjenestene til personer med demens og deres pårørende. Å appellere til å samarbeide omkring "mestring av egen hverdag" framfor passivt å motta omsorgstjenester, kan fremme kreative løsninger som involverer flere aktører. Pårørende har opplevd omsorgsansvaret for ektefeller med demens som svært privat, og her kan med fordel næromsorg og samhandling utvikles for å støtte både pasienter og pårørende. Et nettverk for råd, informasjon og erfaringsdeling og mestring, og forebygging av utbrenthet og helseplager hos pårørende hilses velkomment.

Kap 6. Nye rom - NKAH støtter anbefalingene om å lage tre kategorier botilbud, og støtter forslaget om å samordne at dagens omsorgsboliger og sykehjem styres av samme lovverk og at oppholdsutgiftene blir like uansett bosted. Forslag om å gi tilskudd for å dekke merkostnader til felles areal og personalbase støttes fordi personer med demens trenger andre mennesker rundt seg for å føle seg trygge. Det er behov for både små og store fellesarealer hvor ulike aktiviteter kan foregå.

Demenssykdommen er progredierende og av den grunn har NKAH i flere år anbefalt at kommunene utvikler en tiltakskjede for personer med demens, se figur nedenfor.



Figur 1. Illustrasjon av en behandlingkjede for personer med demens og deres pårørende (Engedal et al., 2002).

Som figuren viser er det her listet opp flere heldøgntilbud; bokollektiv og tre typer skjermede enheter, da vi tenker at differensiering av botilbudene er hensiktsmessig. Personer med demens i en tidlig fase av sykdommen har spesielt behov for å få støtte til å opprettholde sine daglige gjøremål lengst mulig i et miljø som stimulerer til aktivitet. Noe som er enklere å få til når personer med likt funksjonsnivå kan bo på samme avdeling. Yngre personer med demens er en annen gruppe som kan ha spesielle behov for både å bo sammen med jevngamle og ha privat areal hvor ektefelle kan overnatte. Noen personer med demens kan i perioder av sykdommen få en atferd med uro som kan kreve at de bor på mindre avdelinger som er fysisk tilrettelagt og hvor personalet har kompetanse på møte personer med slike behov.

Kap 7. Ny teknologistøtte i tre trinn – Flere prosjekter som NKAH har vært involvert i omhandler bruk og nytte av teknologiske hjelpemidler, og disse har avdekket en del *svakheter* med produktene, med kommunehelsetjenestens rutiner for formidling, tilpassing og oppfølging, og med at det mangler infrastruktur for praktisk bruk av teknologi og teknisk support i kommunene.

NOU viser til teknologiens mange muligheter, men det skorter på kunnskap om hva som finns og på kompetanse om operasjonalisering på individnivå ute i kommunene – hvordan matche teknologien til den enkelte families behov. Vi ser det som et behov og skaffe til veie "hybride" ferdigheter på dette området, og da er en spleising av helsefag og teknologifag er nødvendig. NKAH har kunnskaps- og kompetanseutvikling av helsepersonell

som et av våre kjerneområder og vil ønske å kunne være en samarbeidspartner i denne kompetansebyggingen.

Statistisk økt bruk av teknologi forklares ved økt bruk av internett. Dette gjelder alle aldersgrupper, og det kan kanskje være et mål på at mange nordmenn er interesserte i å bruke PC, eller i hvert fall i å eie en. (Bankene har gjort det vanskelig for oss å oppsøke tradisjonelle banktjenester og vi blir tvunget over på nettbank.) Fra forskning ved Karolinska Institutet i Stockholm vet vi at mange over 50 år slutter å bruke ulike typer av hverdagsteknologi, eller ikke er motivert for å lære bruken av ny teknologi. For eksempel er det ikke uvanlig at folk slutter å bruke innsjekkingsautomater på fly og billettautomater til tog og buss. Noen vil også synes at mobiltelefonen blir plundrete, særlig hvis den gamle har gått i stykker og en skal forsøke å venne seg til en ny telefon med et nytt grensesnitt. Dette vil kunne skape digitale gap i befolkningen mellom de som bruker teknologien og de som ikke gjør det. NKAH mener at aldersrelaterte vansker som nedsatt syn, hørsel og bevegelighet, eller kognitiv svikt krever tilpassede brukergrensesnitt, og dette er ikke godt nok utviklet i dag. Om en bruker teknologi for å overvåke og ha tilsyn med en person som bor i eget hjem eller om en tilbyr teknologi som pasienter/brukere opplever som smart fordi det støtter ham/henne i hverdagen og gjør ting lettere for hjelperne, er to forskjellige ting. Vi trenger kompetanse på begge nivå. NKAH vil gjerne slå et slag for bruk av individuell plan i framtida. Her kan det avtales hvem som er kontaktperson, hvilke hjelpemidler som er vurdert samt en plan for oppfølging. Samtidig stiller vi oss bak utvalgets etterlysning av bedre lovverk.

Ang. tre-trinns utbygging av velferdsteknologi for å møte utfordringene som skisseres fra Skottland: fall, ensomhet og kognitiv svikt. NKAH vurderer tre trinns utbyggingen som litt "treg" og defensiv. NKAH støtter at det utarbeides de nevnte pakker, men at dette skjer samtidig og ikke trinnvis. Teknologien i disse pakkene baseres på ulike teknologier og de adresserer ulike brukere. Derfor synes det urimelig å vente på pakke 3 som har til hensikt å stimulere til aktivitet. Dette er noe som etterlyses allerede i dag. Teknologi for stimulering og aktivisering ønskes spesielt velkommen og det er mange sykehjem og dagsentra som etterspør slike aktivitetstiltak, som er lettvinne for personalet å administrere og som enkelt kan tilpasses i vanskelighetsgrad.

Pakkene må være noe som brukere og pårørende kan velge ettersom hva deres behov er. I MPOWER-prosjektet¹ fant vi at det var pårørende og hjelpeapparatet som var opptatt av sikkerhet og trygghet, mens de eldre selv var mest opptatt av kommunikasjon og sosialt samvær, og hadde sikkerhet og trygghet nede på 5. prioritet.

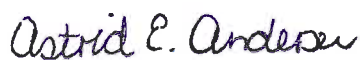
NKAH støtter opprettelse av et nasjonalt program med et sekretariat som kan samordne og styre prosjekter og forskning inn på de områder hvor det er størst behov for nyskaping. Vi håper å kunne være en aktuell aktør i dette arbeidet.

Vi ser med forventning fram til det endelige dokumentet.

Med vennlig hilsen



Daglig leder



Astrid E. Andersen

Fagkonsulent



Torhild Holthe

Forsker

¹ EU-prosjektet Middleware Platform for eMOWERing cognitively disabled and elderly 2006-2009. Prosjektleder: SINTEF IKT