

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## Høring - NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT) ved Norges teknisk natur-vitenskapelige universitet (NTNU) viser til brev fra Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement av 22.07.2011; Høring – NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

NTNUs uttalelse bygger på innspill fra Det medisinske fakultet (DMF) og Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT). Det er disse to fakultetene som aktivt har kommet med innspill til utredningen, og det er SVT, ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, som har koordinert de ulike fakultets kommentarer. På vegne av NTNU har vi følgende kommentarer:

NTNU finner at utvalget har gjort en god og grundig jobb og inkludert svært mange relevante forhold. Vi slutter oss også til de tiltakene utvalget har foreslått som er framhevet i høringsbrevet. Vi vil særskilt peke på vår tilslutning til utvalgets tydelig påpeking av at arbeidet med å bygge ned funksjonshemmende barrierer i samfunnet må forsterkes <http://www.ntnusamfunnsforskning.no/sitepageview.aspx?articleID=59>, og at nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger til aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, kultur og deltakelse må utvikles <http://www.ntnusamfunnsforskning.no/sitepageview.aspx?articleID=58>. Vi har følgende kommentarer til forhold vi mener må vektlegges i det videre arbeid på dette feltet:

DMF ved NTNU har i en nylig vedtatt strategi (<http://www.ntnu.no/dmf/strategi>) framhevet to forhold som vi ser som spesielt relevante i forhold til det felt NOUen omhandler. Det er den tematiske satsingen ”medisinsk teknologi” som også vil omfatte teknologi som er relevant for omsorgssektoren og prioriteringen av ”Forskning som styrker kunnskapsgrunnlaget i primærhelsetjenesten” som signaliserer et økt fokus også på omsorgssektoren. Videre skal utdanningene ved DMF bidra til å ”Fremme tverrfaglighet og livslang læring” hos studentene. Det ser vi som avgjørende for å møte de utfordringer utvalget peker på.

SVT er en sterk representant for det som utredningen omtaler som ”nye faglige tilnærminger” da lokalt basert tjenesteyting i stor grad trenger annen type kunnskap enn den tradisjonelle profesjonskunnskapen som i stor grad er utviklet innenfor institusjonshelsetjenestens biomedisinske fagtradisjon. SVT har gjennom Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap valgt å bygge opp

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
7491 Trondheim	E-post: postmottak@svt.ntnu.no	Bygg 1, nivå 4, NTNU Dragvoll	+47 73 59 19 00	Merete Knudtzon Strømsland
	<a href="http://www.ntnu.no">http://www.ntnu.no</a>		<b>Telefaks</b> +47 73 59 19 01	Tlf: +47

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandlende enhet ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

fagmiljø som både ser ytterligere på helse- og sosialfaglige utfordringer i sammenheng <http://www.ntnu.no/ish> samt satser strategisk på helsefremmingskompetanse og helsefremmende beste praksis, se <http://www.rchpr.org/n/default.aspx> Å implementere helsefremmende tenkning, kunnskap og praksis anses som avgjørende i kommuner og fylker for at utvalget skal kunne imøtekomme flere av de utfordringer det pekes på.

**Helsefremmende kunnskap og praksis** utvikles hovedsakelig på **hverdagslivets arenaer** gjennom hele livsløpet utenfor selve helsevesenet. Både hjem, barnehager, skoler, arbeidsliv, private nettverk og frivillig sektor vil her være sentrale arenaer for helse-, sosial- og omsorgssektoren å samarbeide med. Helsefremmende forskning er flerfaglig. **Flerfaglighet** i forskning og utdanning. Dette er et forhold som utvalget behandler bra og som vi vil påpeke viktigheten av. Vi vil oppfordre til at det stilles krav om flerfaglighet der det er naturlig for å bidra til å påvirke utvikling i en ønsket retning mot mer samarbeid på tvers av faghegemoniene.

Begge fakultet er opptatt av at **hjemmet** trekkes av utvalget frem som en sentral omsorgsarena. I hjemmet er det den enkelte aktør eller familie som regjerer, og tjenesteytere av alle slag må dermed ta utgangspunkt i aktørenes og familienes erfaringer og ønsker for sitt liv. Utvalget har et godt poeng i sin beskrivelse av praksisnær, strategisk kunnskapsutvikling (8.1.7). Å utvide kunnskapsgrunnlaget rundt erfaringskunnskap og gyldiggjøring av denne vil bli svært viktig om innovasjon i omsorg faktisk skal finne sted. Dette fordrer involvering av **forsknings- og utdanningsinstitusjonene** både i forhold til **teoretisk kunnskapsutvikling og praksisstudier** for profesjonsutøvere (som for NTNUs vedkommende her betyr leger og psykologer). Utvalget peker på forsknings- og utdanningsinstitusjonene som sentrale, men vi mener at disse må få en mer sentral plass i videre arbeid. Dette skyldes bl.a. at det er forskere fra disse institusjonene som må bidra til kunnskapsgenereringen og at det er studenter fra disse institusjonene som skal være de framtidige arbeiderne på feltet. Og her tenkes ikke bare på **profesjonsstudenter**, men også på **samfunnsvitere, teknologer og humanister**. En åpenbar måte er å legge til rette for at profesjonsstudenter har praksis knyttet til hjemmene. Det reiser noen utfordringer i forhold til bl.a. veiledning, men det går godt an å se for seg at brukeren er den som veileder studentene når de er i hjemmet. Videre kan man se for seg at studenter fra ulike utdanninger kan ha praksis i hjemmet samtidig for å sikre opplæring i tverrfaglighet. Det å la studenter ha praksis i hjemmet må ta hensyn til utvikling av regelverk og avtaler om aktiviteter. Samfunnsvitere og humanister har sterke tradisjoner for å studere menneskelig atferd, erfaringer og kultur der mennesker lever sine liv og vil i så måte kunne se helsefremmende arbeid og habilitering som noe nytt/annet enn rene helse- og omsorgstjenester.

Fokus på **kommunene**. Det må være en god sammenheng mellom kommune og spesialisthelsetjenestene. Vi mener det er viktig å passe på at det blir et fokus på kommunene i det totale forløp fra sykehus til omsorg. Ved å legge til rette for at kommunene skal ha en sentral plass, vil man få en forskyvning av den dominans som spesialisthelsetjenesten har hatt til å bestemme faglige mål, fordeling av oppgaver og innhold.

**Medisinere og psykologer** ønsker økning av **praksisplasser** i kommunen. Vi er av den oppfatning at et veldig viktig virkemiddel for å fremme interessen for å arbeide i kommunene blant personer med høyere utdanning, er at de har vært i praksis i kommunen i studietiden. I dag er det alt for få praksisplasser i kommunene. Dette må bedres gjennom flere tiltak fra krav i lov og regelverk til nye

innovative løsninger for å sikre god veiledning. Spesielt viktig er det å pålegge kommunene plikt til å ha studenter i praksis slik som spesialisthelsetjenesten har.

Studenter som **endringsagenter**. Ved å ha studenter på praksis i kommunene, skjer det en utveksling mellom utdannings- og forskningsmiljøene og praksisfeltet som er viktig. I tillegg kan studenter fungere som endringsagenter mens de er i praksis. Dette kan skje ved at de får opplæring i nye måter å arbeide på og hvordan disse kan implementeres før de er på praksisutplassering. I tillegg kan de få i oppgave under praksisperioden å identifisere forhold de mener kan gjøres på en ”bedre” måte og spille dette tilbake til praksisplassen. Dette forutsetter økt trykk på å implementere opplæring i innovasjon, entreprenørskap og forbedringskunnskap i utdanningene.

Behovet for definerte ”**omsorgskjeder**”. I forbindelse med bl.a. samhandlingsreformen er det et fokus på pasientforløp (oftest knyttet til sykehusinterne forløp) og behandlingsforløp (oftest knyttet til forløp på tvers av nivå). Dette fokuset skyldes at det er nødvendig å definere hvordan tjenester skal settes sammen for at pasienten skal oppleve dem som en helhet. Det samme behovet finnes i omsorgssektoren. Arbeid med å definere ”omsorgskjeder” vil gjøre det lettere for en aktør å vite hva som er forventet av andre aktører og hvordan han/hun kan bidra til å gjøre jobben lettere for de andre aktørene. Et godt eksempel på slikt arbeid er forsknings og praksisprosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke ( <http://www.stolav.no/samhandlingskjeden> ) og spesielt Helhetlig Pasientforløp i eget Hjem (HPH) som gjennomføres i Midt-Norge. Arbeidet med omsorgskjeder bør også framheves fordi det inkluderer organisasjonsutvikling. Som utvalget refererer til handler utfordringene med å ta i bruk velferdsteknologi 20 % om teknologi og 80 % om organisasjon. Samfunnsvitenskapen har lange tradisjoner for utvikling av **organisasjonskunnskap** noe som her vil kunne være svært nyttig for å nå utvalgets mål.

Behov for **systemforståelse**. Det er et behov for å styrke aktørenes kunnskap om hvordan hele helse- og omsorgstjenesten fungerer. Vi ser et sterkt behov for utarbeiding og spredning av informasjon som gir aktørene en systemforståelse som påvirker dem til å se den helheten de inngår i. Dette, sammen med andre tiltak, kan være med på å fremme den ønskede samhandlingen. Vi mener dette er vel så viktig som utvalgets forslag om at ansatte og studenter skal ha opplæring i velferdsteknologi (jfr kap 7.4). Det er etter vår mening viktigere hvordan velferdsteknologien spiller på lag med det øvrige velferds- og tjenestesystemet. Teknologi vil kunne forenkle og understøtte menneskelig kommunikasjon, atferd og tjenester, men vil aldri kunne erstatte mellommenneskelig kontakt og omsorg.

Samarbeid mellom frivillig sektor og offentlig tjenesteytende sektor er og vil bli enda mer sentralt. Påkobling av **privat utstyr** til offentlig oppfølging er et poeng i utredningen. Det er å forvente at det kommer produkter på markedet som brukere kan kjøpe selv. Vi mener her det trengs en vurdering av forholdet mellom å kjøpe velferdsteknologi privat og å ha rett til å koble dette opp mot ulike systemet for oppfølging. Det kan vurderes som fordelaktig at folk kan kjøpe selv da det gir press på tjenesteyterne, men samtidig er det lett å se det uheldig i at det skapes behov som ikke kan dekkes i situasjoner hvor man ikke får koblet sitt private utstyr til system for oppfølging.

Etablering av kommunale **lærings- og mestringssentra** (LMS). Det er viktig at det finnes et knutepunkt i en kommune eller kommunegruppe som tilbyr eller har oversikt over tilbud som er fokusert på å fremme mestring hos brukere og pårørende og også kan tilby opplæring til ansatte i (helse og omsorgs)pedagogikk som fremmer slik mestring. LMSene kan være en viktig arena for å spre kunnskap om for eksempel hverdagsrehabilitering, selvhjelp og bruk av velferdsteknologi.

Arbeid med å etablere slike LMS, også sett i lys av den rolle de er tenkt i samhandlingsreformen, bør prioriteres.

DMF understreker viktigheten av **bedriftsnettverk (MedITNor)**. Det er både viktig og riktig å satse på omsorgsfeltet og spesielt velferdsteknologi som en ny næring (jfr kap 9). Det forutsetter tett samarbeid mellom alle aktører. For å lette tilgang til og synergi mellom bedrifter er det viktig med bedriftsnettverk. Et godt virkemiddel vil derfor være å legge til rette for bedriftsnettverk som også inkluderer FoU-virksomheter og offentlige virksomheter. Ett eksempel på slik aktivitet er MedITNor som gjennom sin Arena-periode har skapt det største bedriftsnettverket innen velferdsteknologi og Helse-IT.

**Nasjonalt forskningscenter** som fokuserer på tjenestene. Vi ser klart behovet for et Nasjonalt InnovasjonsSekretariat for Omsorgssektoren (NISO) slik som utvalget foreslår. Vi legger likevel merke til at utvalget ikke framhever viktigheten av å ha et nasjonalt forskningscenter. Et slikt forskningscenter må drive målrettet og langsiktig forskning på høyt nivå og ha forskerrekruttering og utdanning som en integrert del av aktiviteten. I tillegg trenger det sterke nettverk nasjonalt og internasjonalt og også samarbeide aktivt med praksisfeltet. For å fylle disse oppgavene må forskningscenteret ha en langsiktig finansiering og en kritisk mengde av forskere og en aktivitet som konsentreres rundt avgrensede satsingsområder. Vi har nylig etablert et Senter for Samhandlingsforskning (SeSam, [www.sesam.helseklyngen.no](http://www.sesam.helseklyngen.no)) - et samarbeid mellom alle forsknings og praksismiljøene i Midt-Norge som er opptatt av forskning på utforming av helse- og omsorgstjenesten – som kan være en modell for et slikt forskningscenter eller muligens også ivareta en slik funksjon.

Bruk av **simulatortrening**. Det er store grupper personell og brukere som skal ha økt kompetanse. For å få stor kapasitet på feltet, vil det være hensiktsmessig å utvikle og ta i bruk simulatorer. En simulator i denne sammenheng kan være alt fra et fysisk rom hvor man prøver ut nye fysiske produkter (jfr smarthus) via 3D virtuell utprøving av virtuelle produkter og arbeidsmåter, til nettsteder hvor man kan få opplæring og få se på produkter.

Tilbud og system ut fra **Diagnose eller funksjon** leses fra ulike vinkler som samfunnsviter og som medisiner. Begge vinklinger er viktige, og vi anser dette som et viktig punkt i meldingen. I mange tilfeller vil omsorgstiltakene være knyttet til brukerens helsetilstand (jfr pkt 8.1.3. Omsorgssektorens identitet og kunnskapsgrunnlag). Det bør klargjøres hvordan man i primærhelsetjenesten skal forholde seg til at for eksempel samme bruker med tre eller flere diagnoser i fremtiden kan få tilbud om en KOLS, diabetes og hjertekoffert som inneholder mange av de samme funksjonene, men som likevel er koblet til ulike system. Det er spesielt behov for en tenking om i hvilken grad man kan stimulere til generelle system. Det er også et behov for å se når og hvordan tilbud skal utformes om fokus på funksjonsnivå blir mer sentralt og hvordan Norge vil forholde seg til ICF.

Bruk av eksisterende **befolkningsstudier (HUNT)**. Vi mener det er riktig å satse på en stor nasjonal forløpstudie (jfr pkt 8.3.5). Vi vil peke på at arbeidet med en slik studie kan legges til miljø som har kompetanse og infrastruktur på å gjennomføre store undersøkelser. Et slikt miljø er ved Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag ([www.hunt.no](http://www.hunt.no)). I tillegg bør de store mulighetene som ligger i allerede gjennomførte befolkningsundersøkelser benyttes. Igjen peker HUNT seg ut, med sitt unike materiale som bl.a. gir mulighet til en tyvstart mer enn 25 år tilbake i tid. Forut for å sette opp forløpstudien, bør det etableres et program som sikrer uthenting av kunnskap fra allerede innsamlede data. Dette vil gi viktige innspill i utforming av en forløpstudie.

Kobling til **helsetjenesteforskning og helsefremmende forskning**. Skal omsorgsforskningen bli sterkere trengs det en strategisk oppbygging hvor det blir stadig flere som tar doktorgrader på feltet. Det betyr satsning på tverrfaglighet og sterkere bruk av varierte forskningsmetoder. Det blir da viktig å spille på de miljøene som alt besitter slik kompetanse og erfaring i oppbyggingen. Her finnes allerede PhD program med helsefremmende profil og det kan bygges inn andre relevante PhD emner.

Med hilsen

Jan Morten Dyrstad  
Dekanus  
(sign.)

Åse Berg  
Seksjonssjef  
(sign.)

*I samsvar med fullmakt er dette dokumentet godkjent elektronisk og har derfor ingen fysisk signatur*

Kopi:  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
Det medisinske fakultet