



Til: Helse- og omsorgsdepartementet
Høringsinnspill NOU 2023:4 Tid for handling

Oslo, 28. april 2023

Helsepersonellkommisjonen - høringsinnspill

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon som jobber med folkehelse, forskning på hjerte- og karsykdommer og demens, og er en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

Nasjonalforeningen for folkehelsen deler utvalgets virkelighetsbeskrivelse og bekymring for aldersbæreevnen i helse- og omsorgstjenesten. Vi registrerer at det har vært en offentlig diskusjon om premissene utvalget baserer sine forslag på, som blant annet har vært knyttet til hvor stor andel av arbeidstagere i Norge som skal jobbe i helse- og omsorgstjenesten og ressursbruken i Norge sammenlignet med andre land. Gjennom mange år har Nasjonalforeningen pekt på at det er behov for økt kapasitet, kompetanse og kvalitet i kommunal helse- og omsorgstjeneste, særlig i tilbudet til personer med demens. Derfor er vi glade for at utvalget er tydelig på at innsatsen fremover må styres mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antallet eldre.

Helsepersonellkommisjonens rapport omhandler mange ulike sider av helsetjenesten. Nasjonalforeningen for folkehelsen vil i hovedsak kommentere forslagene som omhandler organisering, samhandling, oppgavedeling, kompetanse, prioritering og teknologi

Grunnmur for helse og omsorg

I helsepyramiden (figur 8.2) har helsepersonellkommisjonen tegnet opp en «grunnmur» med pårørende, egenomsorg, forebygging og frivillighet som byggesteiner. Det er liten tvil om at en viktig del av svaret på utfordringen med mangel på helsepersonell er å redusere behovet for helsetjenester ved å redusere omfanget av unødvendig sykdom. Den høye forekomsten av ikke-smittsom sykdom som påvirkes av levevaner kan reduseres gjennom forebygging. I dag mangler det et systematisk arbeid for å styrke folkehelsen og innsatsen for forebygging.

Den uformelle omsorgen i Norge er estimert til å utgjøre om lag 136.000 årsverk. Dette er omtrent på samme nivå som den kommunale omsorgstjenesten, som utgjør om lag 142.000 årsverk (Demensplan 2025). Nasjonalforeningen ønsker å peke på at det er lite restkapasitet å hente hos pårørende til eldre og pleietrengende mennesker slik situasjonen er i dag. Pårørende er en uvurderlig ressurs, men for å kunne dra nytte av den ressursen pårørende er, må vi frigjøre kapasiteten de i dag bruker på å kompensere for at tjenestene ikke oppfyller sitt ansvar for koordinering og samhandling rundt pasienten.

Mange pårørende til personer med demens har så stor belastning at de selv blir syke. De opplever å måtte ta en stor del av jobben med å skape sammenheng, helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet og i stor grad står for koordinering av tjenestene. Pårørende og personer med demens etterspør mer proaktivitet i tjenestene, der en fast kontaktperson i kommunen jevnlig tar kontakt, og at de får informasjon og tilbud om tjenester uten at de selv trenger å oppsøke dette. Det er også behov for bedre og mer

Postadresse
Postboks 7139 Majorstuen
0307 Oslo

Besøksadresse
Oscars gate 36 A
0258 Oslo

Telefon: 23 12 00 00
post@nasjonalforeningen.no
www.nasjonalforeningen.no

fleksible avlastningstilbud. Dette kommer også frem i Helsedirektoratets pårørendeundersøkelse for 2020-2021, der 68 prosent sier de gjør mer enn man kunne forvente av en pårørende, og 58 prosent svarer at de utfører oppgaver som burde vært utført av helse- og omsorgstjenesten. Avlastningstilbudet oppleves heller ikke som godt nok. Én av tre har unnlatt å søke om tiltak og tilbud som kan være avlastende for dem, fordi tilbudet ikke er som godt nok tilpasset behovet, har for dårlig kvalitet eller ikke finnes nær der de bor.

I likhet med pårørende, kan pasienter og brukere selv utgjøre en stor ressurs, og det kan i noen tilfeller være potensiale for å overføre oppgaver til pasienter. Kommisjonen understreker at forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet skal legges til grunn for slik oppgavedeling, og at det må være kombinasjonen av pasientens/brukerens mestring og livskvalitet, sammen med vurderingen av riktig bruk av personell og kompetanse som må legges til grunn for oppgavedeling mellom pasient/bruker og personell. Dette er viktige presiseringer, men som interesseorganisasjon for personer med demens, er vi skeptiske til at det skal legges for sterke føringer for oppgaveoverføring fra helsetjenesten til pasienter og brukere.

Både pasient og pårørende er viktige ressurser i framtidens helse- og omsorgstjeneste. For å utnytte disse ressursene, må tjenestene selv ivareta koordineringen rundt pasienten. Personer med demens og deres pårørende må få en fast kontaktperson i kommunen, aktiviteter til mennesker med demens må være tilpasset pasientens behov og pårørende må få tilpasset avlastning.

Folkehelsearbeid og forebygging

I tillegg til å være interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende, utgjør folkehelse, forebygging og sosial ulikhet i helse vårt mandat som frivillig organisasjon. Helsekompetanse er et element i dette. Helsepersonellkommisjonen peker på kommunens og fylkeskommunenes viktige rolle i folkehelsearbeid, forebygging og helsefremmende arbeid. Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsker å peke på at frivillig sektor spiller en vesentlig rolle i folkehelsearbeid, forebygging og helsefremmende arbeid. I tillegg til å utøve konkrete oppgaver som kan bidra til å fremme folkehelse og forebygging, er det å være frivillig i seg selv helsefremmende.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener sosial ulikhet i helse i altfor liten grad er belyst i kommisjonens rapport. Hele 170 000 leveår kunne vært vunnet bare på ett år dersom vi ikke hadde hatt sosial ulikhet i helse. Sagt på en annen måte er det et potensial for at 40 prosent av tapte leveår i befolkningen kan spares om vi utjevner sosiale helseforskjeller¹. Tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse vil være sentrale for å forebygge helseplager og med det redusere behov for helsetjenester.

Utvalget peker på styrking av befolkningens helsekompetanse som et viktig element i å redusere behov for helsetjenester og -personellbehov. Nasjonalforeningen for folkehelsen er enig i at helsekompetanse er viktig, men synes utvalget legger for stor vekt på individperspektivet. For å bedre folkehelsen er strukturelle og befolkningsrettede tiltak langt mer effektive enn kompetansebygging hos hver enkelt. Den norske befolkningen vet for eksempel at det er fornuftig å være fysisk aktiv og å spise sunt. Likevel er det stor sosial ulikhet i sunne levevaner. Barrierer for å være mer aktiv og å spise sunt skyldes i større grad begrenset økonomi og kontroll over egen tid enn mangel på kunnskap. Skal vi redusere sosial ulikhet i helse, må vi redusere sosial ulikhet i seg selv.

¹ <https://nasjonalforeningen.no/om-oss/vi-mener/rapporter/sosial-ulikhet-tar-liv/>

Vi må bruke de politiske virkemidlene vi vet virker. Vi trenger sunn skatteveksling for å påvirke kostholdet i sunnere retning, vi trenger fysisk aktivitet i skolen for å redusere sosial ulikhet i fysisk aktivitet og å etablere vaner som kan vare gjennom livsløpet.

I møte med helsetjenestene må arbeidet for å styrke helsekompetanse ses i et systemperspektiv. Vi må ikke individforklare utfordringer som i realiteten handler om systemets brukervennlighet. Når [kartleggingen](#) av helsekompetanse i den norske befolkningen viser at mer enn 30 prosent av befolkningen kan mangle sentrale kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å realisere «pasientens helsetjeneste», trenger vi en helsekompetansestrategi som primært er orientert mot å endre systemets brukervennlighet. Samtidig er det vesentlig at pasientene får kompetanse slik at de kan ta den nødvendige rollen i oppfølging av egen behandling som rett medisinerer, nødvendig tilpasning av kosthold med mer, for at behandlingen skal ha god effekt. Når det gjelder mennesker med kognitiv svikt, er det behov for informasjon tilrettelagt for pasientgruppen.

Kommisjonen omtaler, i tråd med mandatet, behovet for språk- og kulturtilpassede helsetjenester til den samiske befolkningen. De peker på at for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til samiske befolkningen, bør ansatte i helse- og omsorgstjenesten ha kultur- og språkkompetanse, og tillegg til systemansvaret for å sikre tolketjenester. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener dette er viktig også for andre minoritetsgrupper. Eldre med innvandrerbakgrunn er en økende gruppe, og flere vil utvikle demens. For mange vil dette innebære at norskkunnskapene de har opparbeidet seg i løpet av tiden de har bodd i Norge vil svekkes. Ulike kulturer har dessuten forskjellige holdninger til sykdom og oppfatninger om stigma, kilder til å skaffe seg informasjon, vurderinger av dialog med helsepersonell og forholdet mellom familieomsorg og offentlige tjenester. Denne pasientgruppen vil ha behov for å bli møtt av ansatte med språk- og kulturkompetanse.

Frivillig sektor

Frivillig sektor er og vil fortsatt være en sentral partner til det offentlige i møte med de fremtidige utfordringene i helsetjenesten. Nasjonalforeningen for folkehelsen er opptatt av at det er tydelige grenseoppganger mellom hvilke oppgaver som er det offentliges ansvar, og hvilke oppgaver frivilligheten gjennom sin egenart kan løse.

Det er riktig som utvalget trekker frem, at frivillig sektor historisk har vært en velferdsinnovatør, og tatt initiativ til tjenester og tiltak som senere har blitt offentlige. Blant annet har Nasjonalforeningen bidratt til oppbyggingen av det som i dag er helsestasjonstjenesten.

Vi synes imidlertid at utvalget i for liten grad skiller mellom frivillige organisasjoner og ideelle velferdstilbydere som tilbyr tjenester til det offentlige gjennom anbudsrunder. Dette bærer etter vårt syn også de foreslåtte tiltakene preg av. Ideell sektor kan avlaste det offentlige gjennom å levere helsetjenester, slik mange allerede gjør i dag, for eksempel i behandling av rusavhengighet eller drift av sykehjem. I disse tilfellene har det offentlige en ferdig definert problemstilling eller oppgavesett som ideelle får i oppdrag å løse mot vederlag. Dette er en modell der det offentlige har en bestiller-rolle, og ideelle en utførerrolle.

Det er ikke hensiktsmessig å overføre en ren bestiller-utførermodell til samhandlingen mellom den offentlige helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten. Et samarbeidsforhold mellom det offentlige og frivilligheten må være preget av likeverdighet der frivillige

organisasjoner bidrar på egne premisser. En av årsakene til at frivilligheten har vært sentral i utviklingen av tilbud som nå er del av velferdsstaten, er at vi er ute i lokalsamfunnene og kan tidlig identifisere behov i en rolle offentlige myndigheter vanskeligere kan innta. Frivilligheten kan erfare hvor skoen trykker fra et ståsted som er likeverdig de menneskene som trenger tjenester. Frivillig sektor må være med og utforme problembeskrivelsen og forslagene til løsninger med den innsikten vi har i brukernes og innbyggernes situasjon. En bestiller-utfører-relasjon vil kunne svekke brukertilpasningen i tilbudene og legger uheldige føringer og begrensninger av frivillighetens egenart og merverdi.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener kommisjonen går for langt i sin beskrivelse av hvilke oppgaver og hvordan disse skal overføres fra offentlig til frivillig sektor. Frivilligheten kan med likeverdige avtaler lokalt være med å gjennomføre oppgaver innenfor tjenestetilbudet kommunen har ansvar for, men slike beslutninger kan ikke tas for landet som helhet. For å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, er det viktig at ansvaret for lovpålagte tjenester er forankret i det offentlige. Det er det offentlige som må ha ansvaret for at tjenestene tilbys og at de utføres. Frivillige organisasjoner har ulik kapasitet og representasjon i ulike deler av landet, og en nasjonal regulering av hvilke oppgaver som skal utføres av frivillige vil kunne bidra til en uheldig geografisk variasjon. Derimot kan frivilligheten være en samarbeidspartner til det offentlige på oppgaver gjennom lokale avtaler.

Det er et stort potensial for å videreutvikle samarbeidsrelasjoner med frivillige organisasjoner på kommunalt nivå. Kommunene bør tilstrebe å gjøre seg kjent med hva som finnes av aktiviteter i regi av frivilligheten i sin kommune. Kommunene bør ha en aktiv frivillighetspolitikk og innta en koordinerende rolle. Vi har erfaring fra blant annet Stavanger og Oslo hvor kommunene stiller med lokaler og noe midler, Nasjonalforeningen for folkehelsen stiller med tilrettelegging og rekruttering av frivillige. Våre lokallag ulike sosiale aktiviteter rettet mot personer med demens, og kurs og avlastningstilbud og samtalegrupper for pårørende. Tilbudet er utviklet på brukernes premisser, som et faglig godt og sømløst supplement til kommunens tilbud. Aktivitetene er også samtidig del av et bredere støttetilbud til pårørende.

Kommisjonen peker spesielt på informasjons-, lærings- og mestringstilbud som en arena der frivilligheten og det offentlige kan ha et mer formalisert samarbeid. En rekke organisasjoner har i dag allerede den type tilbud. Gjennom vår Demenslinje, Hjertelinje og likepersonsarbeid bidrar vår organisasjon med informasjons og veiledning, og med det til å styrke befolkningens helsekompetanse. Våre frivillige og likepersoner utøver også viktige oppgaver, som sosial støtte, inkludering, felleskap og kunnskapsoppbygging. Det er også et stort potensiale for å utvikle bedre samarbeid med frivilligheten på enkle oppgaver som ikke er helsetjenester, som bistand til enkle praktiske oppgaver som handling av mat, følgetjenester m.m.

Videre mener Nasjonalforeningen det er nødvendig å sikre at den frivillige aktiviteten som utøves er forankret i frivillige organisasjoner. Vår organisasjon har sett eksempler på der det offentlige har forsøkt å rekruttere og administrere frivillige direkte, med varierende resultat. Organisert frivillighet er viktig for å sikre en forutsigbarhet og kvalitetssikring, både for de frivillige og for personer som mottar tilbudene. Frivillige organisasjoner har kompetansen og erfaringen som trengs for å sikre opplæring og oppfølging av frivillige.

Om vi som samfunn skal kunne dra fullt nytte av potensialet som ligger i et tettere samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, er det viktig å sikre gode og forutsigbare

rammebetingelser for frivilligheten. For frivillige organisasjoner vil avtaleregulering av kunne bidra til mer forutsigbare rammer rundt aktivitetene.

Oppgavedeling innad i helsetjenesten

Nasjonalforeningen for folkehelsen støtter tenkningen som ligger til grunn for å bygge helsetjenesten nedenfra - inspirert av prinsippet om oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå (LEON). Et viktig element er mer utstrakt og fleksibel bruk av helsefagarbeidere, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Kombinert med en større utbredelse av oppgavefordelingstiltak som TØRN kan økt rekruttering og bedre bruk av helsefagarbeidere bidra til bedre og mer effektiv bruk av det helsepersonellet vi har. Vi støtter også forslag om å gi kommunene økt formelt ansvar for undervisnings og veiledningsoppgaver, som omtalt i kapittel 10. I tillegg til å øke utdanningskapasiteten, kan dette bidra til å øke interessen for å jobbe i kommunal helse- og omsorgssektor.

Helsepersonellkommissjonen peker på nødvendigheten av å styrke generalistkompetansen i møte med en befolkning som får mer komplekse og sammensatte behov. Generalistene utgjør en viktig kanal for samarbeid og samhandling mellom kommunen og helseforetakene. Geriatrik kompetanse og kjennskap til demenssykdom vil både i dag og i fremtiden vil være en viktig del av generalistkompetansen. Andelen av befolkningen over 75 år er antatt å stige fra 7 prosent i 2021 til 12 prosent i 2040. I dag er det allerede et stort behov for flere ansatte med kunnskap om demens både i spesialisthelsetjenesten men spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pårørende tar for eksempel jevnlig kontakt med oss fordi fastlegene ikke vet hvordan de skal forholde seg til personer med demens. Dette stiller store krav til personen som får diagnosen, og ikke minst personens pårørende.

Kombinerte stillinger, omtalt av kommissjonen som «hus og hytte-stillinger», foreslås som tiltak for å øke kompetanseheving og -overføring på tvers av tjenestesteder. Kommunene har de senere årene fått ansvar for pasienter med stadig mer komplekse og alvorlige helsebehov. Nasjonalforeningen for folkehelsen er mener i at kombinerte stillinger i utgangspunktet kan være positivt. Det er behov for bedre samhandling og kompetanseoverføring både mellom nivåene i helsetjenesten, men også mellom ulike deler av omsorgstjenestene på samme nivå. Kombinerte stillinger kan bidra til større og mer variert faglig felleskap for ansatte, og også bidra til å gjøre det mer aktuelt for flere å jobbe i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Mange av de som jobber i denne sektoren i dag rapporterer om høyt tidspress og mange arbeidsoppgaver, og oppgir dette som grunn til at de slutter i yrket. Det er viktig at kombinerte stillinger ikke bidrar til å øke gapet mellom tid som er tilgjengelig og antall oppgaver som må gjøres. For personer med demens er det viktig å begrense antall ulike personer å forholde seg til. Dette er også viktig for å kunne utøve personsentrert omsorg. Det er også bakgrunnen for at Nasjonalforeningen for folkehelsen er opptatt av å øke andelen hele stillinger i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Prioritering

Kommissjonens vurdering er at bedre prioritering og reduksjon av over- og feilbehandling kan bidra til å frigjøre personellressurser i helsetjenesten. Et viktig ledd i dette vil ifølge kommissjonen være en tydeligere forventningsstyring, begrensninger av behandlingsvalg, en gjennomgang av personelleffekten av eksisterende pasientrettigheter og at virkningen på personellbehov skal utredes når det vurderes endringer i politikk og innføring av nye rettigheter for pasienter, brukere og pårørende.

Nasjonalforeningen støtter i hovedsak kommisjonens vurdering av behov for god prioritering og å redusere overbehandling. Samtidig er det vesentlig at det offentlige helse- og omsorgstjenestetilbudet er av høy kvalitet. Dersom det ikke jobbes systematisk med å sikre høy kvalitet i vår universelle helsetjeneste, vil dette kunne skape grobunn for utvikling i retning av et todelt helsevesen, noe som vil bidra til større sosial ulikhet i helse. Kommisjonen peker på pasientrettigheter og -krav som potensielle drivere for økt helsepersonellbehov. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at hensynet til å redusere behov for helsepersonell må balanseres opp mot hensynet til å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Gode pasient- og brukerrettigheter kan også bidra til å redusere eller utsette behovet for mer omfattende helsetjenester. I utredningen pekes det spesielt på at det er underdiagnostikk og underforbruk av helse- og omsorgstjenester i tilbud som er særlig aktuelle for personer med demens: sykehjemsplasser, dagtilbud til personer med demens og ulikheter i omsorgsregimer mellom yngre og eldre brukere.

Digitalisering og teknologi

Nasjonalforeningen for folkehelsen støtter overordnet sett helsepersonellkommisjonens forslag knyttet til digitalisering og teknologi. Vi deler kommisjonens syn på behovet for kompetanseheving blant ansatte, behovet for å utdanne personell som forstår både informatikk, medisin, kliniske behov og hvordan helse- og omsorgstjenesten er bygget opp, og økt satsing på forskning.

Vi mener det haster å få på plass en bedre digital infrastruktur, som journalløsninger som snakker bedre sammen. Skal vi lykkes med å utvikle gode og sømløse pasientforløp, må det på plass en bedre digital infrastruktur som fremmer kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten, både på tvers av nivå, men også mellom ulike aktører på samme nivå. Løsninger som bidrar til å oppnå målbildet om én innbygger – én journal, må prioriteres. For personer med demens kan det være vanskelig å formidle viktig helseinformasjon til ulike aktører. I dag må alt for ofte pasienten og/eller pårørende passe på at helseopplysningene og nødvendig informasjon blir formidlet mellom tjenestene. Dette truer pasientsikkerheten. I Helsedirektoratets pårørendeundersøkelse for 2020-2021 oppgir 72 prosent av pårørende at de må gi samme informasjon flere ganger til flere ansatte i helse- og omsorgstjenesten, og 56 prosent peker på at de ulike tjenestene ikke samarbeider.

Videre er det nødvendig å få opp takten i implementering av velferdsteknologi. Bedre teknologiske løsninger vil kunne bidra til bedre helsetjenester for personer med demens og deres pårørende, og til å øke omsorgskapasiteten. For eksempel reduserer bruk av sengesensorer behov for nattetilsyn, og gir roligere netter for pasienter som slipper å bli vekket. Lokaliseringsteknologi bidrar til økt selvstendighet og mestring for personer med demens, til trygghet og lettere hverdag for deres pårørende og til redusert behov for leteaksjoner for det offentlige. Til tross for at det i dag er anslagsvis over 100 000 personer med demens, er det under 1000 personer på landsbasis som har tilbud om lokaliseringsteknologi. Det er også store geografiske forskjeller. For eksempel har nær en av fem hjemmeboende med demens som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo tilbud om GPS, mot under to prosent i Nordland.

Tiltak som bidrar til å få pilotprosjekter over i en driftsfase må prioriteres. Allerede ved planlegging av prosjekter må det settes av tid og midler til implementering og opplæring. I en spørreundersøkelse gjennomført av Sentio på vegne av Nasjonalforeningen for folkehelsen i 2022 blant beslutningstagere i 245 kommuner, svarer 64 prosent at mangel på teknologisk kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten er den største utfordringen knyttet til å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger.

I tillegg til digital kompetanseheving blant ansatte, vil flere hele stillinger kunne bidra til å lette innføringen av teknologiske løsninger. Særlig kommunal helse- og omsorgstjeneste er preget av deltid, utstrakt vikarbruk og stor andel ufaglærte. Dette står i kontrast til den stabile og faglig sterke infrastrukturen innføringen av teknologiske løsninger ofte krever.

Kommisjonen anbefaler at teknologiske og digitale løsninger som vurderes innført fører til besparelser knyttet til personellbehov og færre ansatte, alternativt at arbeidskraften som frigjøres brukes til økt omfang og større utbredelse av tjenestene. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at bedre helsetjenester og økt omsorgskapasitet skal veie tungt som formål for innføring av teknologiske og digitale løsninger.

Det er en politisk målsetning at de eldre som kan og vil skal bo hjemme lengst mulig. Dette vil innebære større behov for helse- og omsorgstjenester nærmere hjemmene og brukerne, og økt bruk av digitale verktøy. Kommisjonen peker på at denne utviklingen vil kreve mer digital kompetanse blant innbyggerne og personellet. Personellet må kunne forstå og bruke de teknologiske hjelpemidlene, mens brukerne trenger digital helsekompetanse til å bruke digitale verktøy for å mestre egen helse. Nasjonalforeningen for folkehelsen er opptatt av at digitalisering av helsevesenet ikke bidrar til å øke det digitale utenforskapet. I dag er det 600 000 ikke-digitale brukere, og eldre og personer med nedsatt funksjonsevne er overrepresentert i denne gruppen. Videre er det viktig for personer med demens er det at digitale helseverktøy bare fungerer, og ikke krever egeninnsats fra aktive brukere.

Nasjonalforeningen for folkehelsen deler kommisjonens vurdering av at forståelse av brukeres og pasienters behov er nødvendig for å fullt ut kunne utløse potensialet i teknologi og digitalisering. Vi får ofte tilbakemeldinger om at de løsningene som tilbys i for liten grad er tilpasset den enkelte, og at de dermed ikke blir tatt i bruk. Målet om en aktiv medvirkning i egen og næres helse også må gjelde for personer med demens og deres pårørende. De digitale helse- og omsorgstjenestene må legges til rette slik at personer med demens kan ha nytte av dem. Det innebærer at personer med demens også må involveres som aktive brukerstemmer i alle ledd, fra utviklingen av digitale verktøy, til tilpassing, valg av velferdsteknologiske løsninger som vurderes innført i kommunen og oppfølgingen av disse. Når personer med demens gradvis mister sin evne til å følge opp egen helse, er det helt sentralt at pårørende får muligheten til å medvirke i tjenestetilbudet til sine nære. Tilgang til informasjon, medvirkning, gode fullmaktsløsninger og god brukervennlighet er helt nødvendig.



Mina Gerhardsen
generalsekretær