



Universitetsdirektørens kontor

Referanse

2023/2176-ANAA

Dato

22.03.2023

Hørings svar fra Det psykologiske fakultet til NOU 2023:4 - *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

Vi viser til brev fra Muséplass 13.02.2023, der fakultetene bes om å gi innspill på NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Her følger innspill fra Det psykologiske fakultet.

1. Fakultetet anerkjenner tilstandsbeskrivelsen og understrekningen av behovet for “kraftfulle tiltak” som vil kunne redusere behovet for arbeidskraft.
2. Kommisjonen sier på side 14-15 at når det gjelder tjenester, så vokser tjenestene innen psykisk helse ikke i samme takt som somatisk helse, til tross for politisk enighet om det motsatte. Vi er bekymret for at dette innebærer et vedvarende alvorlig udekket behov for psykiske helsetjenester i befolkningen, og vi anser at dette behovet er underkommunisert i rapporten.
3. “Det er ikke mulig å bemanne seg ut av utfordringene” (side 15): Vi anbefaler å differensiere dette uttrykket. Vi støtter for eksempel kommisjonens forslag om å oppbemanne kommunale tjenester (som vil gå på bekostning av spesialisthelsetjenesten). Men det er i dag et stort udekket bemanningsbehov for enkelte tjenester som for eksempel logopeder, og det er urasjonelt å ikke øke bemanningen her gitt de store økonomiske gevinstene som ligger i en mer optimal benyttelse av denne typen kompetanse. Det er også et faktum at kommunene synes det er vanskelig å rekruttere psykologer til lovpålagte stillinger, hvilket tilsier at det foreligger mangler i de kommunale tilbudene når det gjelder psykologtjenester. Det er viktig å ikke usynliggjøre slike forhold under et slagord om at man ikke kan bemanne seg ut av utfordringene.
4. Fakultetet stiller seg bak kommisjonens uttalelse side 17: “Riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse.” Psykologutdanningen i Norge er en generalistutdanning som kvalifiserer nettopp til denne typen kommunalt arbeid, og det er dette som ligger til grunn for lovpålagte psykologstillinger i alle kommuner.

Dette er et UiB-internt notat som godkjennes elektronisk i ephorte

5. Vi er enige med kommisjonen i at det er viktig å styrke generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene, og vil løfte fram at den norske seksårige integrerte psykologutdanningen utgjør en slik generalistutdanning.
6. Vi er enig med kommisjonen i viktigheten av å ha et godt kunnskapsgrunnlag for å vurdere dimensjonering av utdanningene. Kommisjonen peker på flere yrkesgrupper som det vil være rikelig av i 2040 (psykologer, tannleger og tannpleiere), hvilket vil kunne få betydning for dimensjonering av disse utdanningene. Vi er imidlertid usikre på premissene for analysene av fremtidige behov og de tre scenarioene som SSB har satt opp. En ting er fremskrivinger av befolkningens demografi sett opp imot dagens dimensjonering i psykologutdanningen. En annen ting er å systematisk analysere faktisk behov for psykologtjenester i dag og i 2040. Basert på dagens udekkede behov for psykologtjenester er det særlig viktig å ha et godt kunnskapsgrunnlag slik kommisjonen skriver. Dette kunnskapsgrunnlaget må etableres for eksempel gjennom en egen utredning.
7. Vi støtter kommisjonens anbefaling om at utdanningskapasiteten for de store helsepersonellgruppene, her inkludert psykologer slik vi vurderer det, bør ved norske utdanningsinstitusjoner tilsvare minst 80% av anslått behov i helse- og omsorgstjenestene.
8. Vi er enig med kommisjonen i at kommunene bør ta et større ansvar for mottak av studenter i praksis, herunder psykologstudenter, dvs. når det gjelder veiledning og tilrettelegging.
9. Vi mener at det er nødvendig å nyansere kommisjonens mening (side 20) om at oppgaver der personell ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, bør automatiseres i størst mulig grad. Det er store arbeidsfelt for psykologer og annet helsepersonell som ikke innebærer slik direkte pasientkontakt, og som ikke egner seg for automatisering, for eksempel det omfattende forebyggings- og helsefremmingsfeltet.
10. Fakultetet vil peke på betydningen av å innlemme mangfoldstematikk i analyser av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, utover adekvat kjønnsbalanse. Dette omfatter mangfoldsrekruttering til alle relevante utdanninger, og det omfatter kompetanse til å håndtere mangfold blant pasienter, brukere og pårørende.
11. Fakultetet vil løfte fram betydningen av at logopeder synliggjøres som svært relevant helsepersonell. Per i dag er det stor mangel på logopeder. Dette underbygges blant annet av at kun 6 % av slagrammede møter logoped i løpet av de 3 første månedene (Norsk hjerneslagregister, 2020). Behovet for logopeder i helsetjenesten er påpekt av både KPMG (2020) og Hdir (2019). Som innspill til helsepersonellkommisjonens melding peker på (s.318), viser forskning at tiltakene som begrenser uførhet blant slagpasienter, er behandling av spesialister som fysioterapeuter og logopeder. Den viktige rollen til logopeder i tverrfaglige team i helsetjenesten bør understrekes for å sikre helhet og kvalitet i pasientoppfølgingen. I tråd med dette bør logopedutdanningen bli et profesjonsrettet 5-årig program som leder fram til

autorisasjon som helsepersonell. Logopeder har klinisk spisskompetanse på språk og kommunikasjon. Dette er ferdigheter som ofte rammes ved utviklingsforstyrrelser, lærevansker og ervervede og progredierende nevrologiske tilstander som hjerneslag og Parkinsons sykdom. I tillegg ligger vansker med spising og svelging til det logopediske fagfeltet.

Vennlig hilsen

Norman Anderssen
dekan

Ove Chr. Borge
fakultetsdirektør



Universitetet i Bergen

Referanse

2023/2176-EIDA

Dato

21.03.2023

Svar fra Det medisinske fakultet:

Høring Helsepersonellkommissjonens NOU 2023:4

Vi viser til brev fra Universitetsdirektørens kontor 13. februar 2023, der fakultetene bes om å gi innspill på NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (Helsepersonellkommissjonen). Nedenfor følger fakultetets innspill på utredningen og dets anbefalinger.

Fakultetets høringsinnspill

Det medisinske fakultet stiller seg bak Helsepersonellkommissjonens vurderinger av størrelsen på bemanning i helsesektoren sett i forhold til befolkningen som helsetjenesten skal yte helsehjelp til, og at denne ikke kan fortsette å øke i et langsiktig perspektiv. Det er positivt at kommissjonen legger en slik forståelse til grunn for videre vurderinger, og at vi ikke kan bemanne oss ut av fremtidens helseutfordringer. Isteden kreves det andre arbeidsformer, løsninger og bruk av ny teknologi for dette formålet.

Utdanning av helsepersonell i Norge

Helsepersonellkommissjonen legger i kap. 10.3 til grunn at som hovedregel bør norsk helsepersonell utdannes i Norge, og dette prinsippet bør være førende for dimensjonering av utdanningene som leder til autorisasjon. Kommissjonen påpeker sårbarheten av å gjøre seg for avhengig av utenlandske læresteder, og den relativt høye andelen av norske leger som utdannes i utlandet trekkes frem som en særlig risikofaktor. Til tross for en svakt synkende trend de siste årene, var det i studieåret 2021/2022 hhv. 3035 norske medisinstudenter og 324 norske odontologistudenter under utdanning i utlandet, mot rundt 4000 medisinstudenter og 150 odontologistudenter under utdanning i Norge.

Helsepersonellkommissjonen anbefaler at Norge bør ha et selvforsyningsprinsipp, med et mål om at 80 prosent av behovet for helsepersonell i de større gruppene dekkes gjennom norske utdanninger. For medisinstudenter er dette i tråd med Grimstadutvalgets anbefalinger, og Det medisinske fakultet ved UiB støtter dette prinsippet. Dette medfører at det må legges til rette for en målrettet og forutsigbar opptrappingsplan av norske studieplasser i medisin. I 2022 var tallet på studieplasser 731¹, noe som er et langt stykke unna Grimstadutvalgets anbefaling om en samlet utdanningskapasitet innen medisin på 1076 studieplasser.

¹ Kilde: Database for høyere utdanning (DBH)

Dette er et UiB-internt notat som godkjennes elektronisk i ephorte

En mulig måte å øke kapasiteten i norske legeutdanninger på, er de ulike modellene for desentrale medisinstudier, som de fire fakultetene enten har etablert eller er i ferd med å etablere – som Vestlandslegen ved UiB. Desentrale medisinstudier kan bidra til økt motivasjon og kompetanse for et videre yrkesliv i distriktene, hvor tilstrekkelig tilgang på helsepersonell er en sentral forutsetning for fremtidig fastlegeordning og bruk av kommunale tjenester fremfor sykehus i et ressursperspektiv.

Samhandling mellom helsesektoren og utdanningssektoren

I dimensjoneringen av utdanningene trekker kommisjonen frem behov om god koordinering mellom helse- og omsorgsmyndighetene og utdanningsmyndighetene, både på departements- og direktoratsnivå. Dette gjelder særlig tilstrekkelig tilgang på praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter, og for legene, behovet for samsvar mellom studieplasser i grunnutdanningen og tilgjengelige LIS-stillinger.

Fakultetet støtter denne vurderingen, og vil påpeke et generelt behov for økt samhandling mellom de to sektorene. Ordningen med universitetene og høyskolene som hovedleverandør av helsepersonells utdanning, og kommune- og spesialisthelsetjenesten som primær arbeidsgiver, krever samarbeid for samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver. Dette er særlig viktig for å sikre at lærestedene utdanner helsepersonell som ivaretar fremtidige behov i helsetjenesten. Tilsvarende samarbeid er også viktig innen etter- og videreutdanning, for å sikre faglig oppdatering hos helsepersonell.

Hva angår utdanning av helsepersonell, både leger og andre grupper, er kommunenes ulike forutsetninger for kapasitet og kompetanse innen veiledning og praksisplasser, en utfordring. Det medisinske fakultet understreker betydningen av samarbeid mellom lærestedene og kommunene i utdanningsspørsmål, og ønsker en drøfting om større forpliktelser for kommunene innen utdanning av helsepersonell.

Vi ser med bekymring på at andelen medisinerere som underviser og forsker ved vårt fakultet i hovedstilling, er nedadgående. Dette er uheldig, fordi grunnutdanningens tilknytning til profesjonen blir svekket. Denne problemstillingen, som i stor grad handler om rammer og forutsetninger for at helsepersonell skal kunne kombinere en akademisk karriere med en behandlerkarriere, er et eksempel på trender som må løses av helsesektoren og utdanningssektoren i fellesskap.

Revisjon av dagens ordninger for kandidatmåltall

Det medisinske fakultet har ved flere anledninger påpekt at dagens ordninger med måltall for forventet kandidatproduksjon i helseutdanningene (kandidatmåltall), ikke er formålstjenlig som styringsverktøy. Fakultetet har blant annet utarbeidet en egen rapport som tydelig viser at måltallene ikke har sammenheng hverken med lærestedenes forutsetninger for kandidatproduksjon, eller behovene for helsepersonell i samfunnet. Den manglende koblingen til reelle behov er også påpekt av Helsepersonellkommisjonen.

Vi støtter derfor Helsepersonellkommisjonens anbefaling om å gjennomgå ordningen og vurdere alternative virkemidler for denne type styring.

Kvoter for underrepresentert kjønn i utdanninger med ujevn kjønnsrepresentasjon

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det for enkelte helseutdanninger kan være aktuelt med tiltak for å bedre kjønnsrepresentasjonen, blant annet med tanke på at helsepersonell

bør speile befolkningen og av hensyn til arbeidsmiljø. Her vises det til Aasenuvalgets vurderinger² om at kjønnskoter for visse utdanninger vil være å foretrekke fremfor individuelle tilleggspoeng/kjønnsponeng, da sistnevnte er å forstå som individuell særbehandling og samtidig gir store, uforutsigbare utslag i søkermassen.

Det medisinske fakultet har ved flere anledninger søkt Kunnskapsdepartementet om å kunne innføre en 30 % kvote for underrepresentert kjønn til medisin- og odontologistudiet ved UiB. Disse søknadene har blitt avslått med henvisning til muligheten for å innføre individuelle kjønnsponeng. Vi støtter derfor vurderingene om at kvoteordninger blir det primære kjønnsutjevneende tiltaket, dersom slike tiltak skal innføres for utvalgte utdanninger i fremtiden.

Vennlig hilsen

Per Bakke
dekan

Heidi Annette Espedal
fakultetsdirektør

² NOU 2022:17: *Veier inn – ny modell for opptak til universiteter og høyskoler*

Hørings svar angående NOU 2023:4 «Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste»

Fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS)

IGS har ansvar for utdanning og forskning innen primærhelsetjenesten. Dette er et viktig bakteppe for vårt forslag til høringsuttalelse, som er skrevet etter innspill fra våre fagområder.

Om alderskonjunkturer og folkehelse

NOU 2023:4 skisserer befolkningens utvikling de neste 20 årene, der den tydeligste trenden er økningen i 80+ gruppen. Nå er det slik at vi belaster helse- og omsorgstjenestene særlig de siste par årene før vi dør, og vi er rimelig friske frem til da, uansett hvilken alder vi dør i. Vi kan ikke se at dette forholdet er tydelig lagt til grunn for helsepersonellkommisjonens arbeid.

NOUen omhandler folkehelsearbeid og forebygging på side 17. Her savner vi de viktigste sykdomsforebyggende elementene, som økt sosial tilhørighet, fremming av fysisk aktivitet og stimulans til et meningsfullt liv. Kommisjonen nevner styrkning av befolkningens helsekompetanse. I betydningen bedre folkehelse og bedre håndtering av enkle helseplager selv, er dette positivt. I motsatt fall kan økt «helsekompetanse» medføre økt press på helsetjenestene i stedet for mindre.

Vi ser at kommisjonen flagger behovet for å utdanne flere generalister. Det er viktige tanker, men vi savner en tydeliggjøring av hvordan internstrukturene / kommandolinjene i og grenseoppgangen eller overflytting av ansvaret i helsevesenet da må endres for å styrke helse- og omsorgstjenestene.

På makroplan kunne vi ønske oss en konkretisering av kommisjonens mange forslag til tiltak.

Om bærekraftig utvikling for helsepersonell

Når det gjelder beskrivelser av grunnleggende verdier og overordnede tanker om veien videre er vi svært enige i at tendensen til økt bruk av privat helsevesen bør begrenses, og at alle, inkludert befolkningen selv og politikerne bør være med på en felles innsats for en bærekraftig utvikling av det norske helsevesenet, og utviklingen av bruk av helsepersonell. Det er positivt at det satses på økt utdanning av eget helsepersonell i Norge, ikke minst leger, og at det ikke legges opp til økt import av helsepersonell fra utlandet.

I et lite land som Norge kommer alt helsepersonell fra en felles «pool» med nyutdannede og offentlig ansatte. Det er en svært dårlig investering for Norge om de som har fått gratis grunnutdanning og spesialistutdanning velger å gå til private tjenestetilbydere. For å unngå «personellflukt» må det legges til rette for at offentlige arbeidsplasser fremstår som attraktive. Blant annet er faglig utvikling, autonomi og en god jobb-hjem-balanse faktorer som helsepersonell vektlegger i sitt valg av arbeidsplass.

Helsetjenestene skaper selv høyere etterspørsel, og det bør være grenser for hva som skal tilbys. Det er imidlertid høyere risiko for overdiagnostikk og overbehandling i det private. Økt

tilbud av private helsetjenester vil i tillegg gå på bekostning av den offentlige helsetjenesten og føre til økt sosial ulikhet.

I NOUen skrives en del om «bærekraft» også i form av å lage jobber og karriereveier attraktive for helsepersonell. Det nevnes økt grad av heltidsstillinger og at helsepersonell skal motiveres for å stå i (samme) jobb lengre. Dette er positivt, men tiltakene bør beskrives i enda mer detalj.

At prioriteringer er nødvendige, og at vi alle må begrense oss, bør forankres i hver enkelt helsefagutdanning, men også hos hver enkelt arbeidstaker i helsetjenesten.

Om å skape fremtidens lege- og helsepersonellutdanning

Samtidig som det legges opp til at flere studenter, særlig legestudenter, skal utdannes i Norge, må det også følge med tilstrekkelige ressurser i form av økte bevilgninger til universitetene.

Ikke bare for leger, men også for andre helsefagutdanninger, er flaskehalsen nå i kommunene med begrenset kapasitet og kompetanse for veiledning og praksisplasser. Det er viktig at det fremmes økt samarbeid mellom universiteter (og høyskoler) og kommunene som utdanningsinstitusjoner. Satsning på helsefagutdanningene må fremsnakkes og kommunene må i enda større grad enn nå forpliktes til å fungere som utdanningsinstitusjoner.

Vi trenger flere høyt utdannede helsepersonell som vil arbeide utenfor sykehusene: I primærhelsetjenesten, og der folk bor: I distriktene. Dette for å møte økt mengde eldre og personer med multimorbiditet i befolkningen. Det er mindre ressurskrevende å holde pasienten utenfor institusjon så lenge det er mulig. Det er derfor viktig også å utdanne leger til å både kunne (kompetanse) og ville (motivasjon og mulighet) velge å arbeide/bli boende i distrikt. Vi anbefaler økt satsing på desentraliserte legeutdanninger, slik alle de fire legeutdanningene nå iverksetter for deler av studentene.

Veilederkompetanse og -utdanning vil bli en økende flaskehals ved økt antall studenter. Vi anbefaler sterkt felles veilederutdanninger og synergieffekter mellom veiledningskompetanse i grunn-, videre- og etterutdanningene for leger.

For å utdanne gode leger, ikke minst til distriktene, er det er ønskelig med gode universitetslærere. Det bør tilrettelegges for mulighet for kombistillinger mellom klinikk og universitet både for sykehus- og allmennleger.

Med innføring av nye spesialistutdanninger ble meritt for både undervisning og forskning minimert for alle spesialiteter. Dette bør styrkes igjen. Det er svært viktig at doktorgrad blir gjort tellende for alle legespesialiteter.

Om bemanning i helsesektoren

Her er det delte meninger innen IGS. Noen støtter MED sitt utkast til høringsuttalelse på dette punktet, men det går også an å se annerledes på saken:

Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at øvrige næringer og sektorer ikke lengre vil akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgssektoren. Det er fordi den

samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for andre sektorer. (Helsepersonellkomisjonens rapport s.12-13). Om det norske folks ønsker å prioritere helse og omsorg, enten ved å betale skatt for offentlige tjenester eller å betale private tilbydere, så bør økonomien tilpasse seg dette. Det er ingen åpenbar grunn til at helse- og omsorgssektoren skal vike for andre sektors sysselsettingsønsker. I en situasjon hvor det er knapphet på arbeidskraft er det ikke gunstig hvis noen sektorer subsidieres og dermed har et konkurransefortrinn i å konkurrere om arbeidskraft. Vi viser ellers til denne: <https://www.morgenbladet.no/ideer/kommentar/2023/03/09/okonomiske-feilslutninger-preger-offentligheten/>

På vegne av IGS,

Guri Rørtveit
Instituttleder

Parallelt med Helsekommissionsrapporten har norske media (e.g., Brennpunkt) satt søkelys på at eldre hjemmeboende personer med demens og sykehjemspasienter blir møtt med kommunikasjonsvikt, dårlig smerte- og symptombehandling, overmedisinering og mangel på aktivitet. Pårørende føler seg ikke inkludert i viktige avgjørelser.

Norsk eldreomsorg og spesielt hjemmetjenesten er ryggraden i vårt helsevesen. Likevel, systemene er ikke forberedt på fremtidige utfordringer i forhold til kompetanse, kapasitet og effektivitet. Vi er enig med Helsekommisjonsrapporten at en isolert økning av personalet ikke kompenserer for nødvendig kompetanse og effektivisering. Norge har høyest dekning av pleiepersonalet i Europa.

Mange sykehjem er lagt ned tross økende behov; nye sykehjem mangler finansiering gjennom husbanken. Av-institusjonalisering er et resultat av begrensede ressurser. Her følger Norge den Europeiske trenden. Fremdeles dør nærmest 60% av befolkningen på sykehjem til tross for at de aller fleste ønsker å bo hjemme til de dør.

Myndighetene må tørre å sette søkelys på eget ansvar og familiens rolle. Utviklingen av digitale løsninger og sosiale boformer må prioriteres i samarbeid med brukere, kommuner, forskningsmiljøer og industrien. Det bør fremheves i helsekommisjonsrapporten.

Et annet perspektiv er hjemmetjenesten som utgjør oftest eldre kvinner eller helt unge jenter som egentlig ønsker å få seg en annen, og mindre slitsom jobb. Arbeidet er beintøft, krever høy kompetanse og foregår ofte i en vanskelig, ikke trygg omgivelse. Mange forskningsresultater understreker dette. Systematisk etterutdanning er ikke etablert i hjemmetjenesten eller på sykehjem. Det bør fremheves i helsekommisjonsrapporten

Tidsskriftet:

<https://tidsskriftet.no/2023/01/aktuelt-i-foreningen/det-ma-satses-pa-hjemmetjenestene>

TV2 hadde et intervju med meg om dette i nyhetene på lørdag; har ennå ikke fått linken.

Helsepersonellkommissjonen – NOU2023:4

Kommentarer fra Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Helsepersonellkommissjonen har foretatt en grundig gjennomgang av behovet for helsepersonell, og tiltak for å møte de utfordringer som følger av en forventet stor økning i etterspørsel etter helsetjenester.

Vi ønsker å knytte noen kommentarer til to forhold i utredningen, som vi ønsker Universitetet i Bergen tar med i sitt høringsinnspill.

Helsepersonellkommissjonen argumenterer for at størrelsen på bemanning i helsesektoren sett i forhold til den befolkningen som helsetjenesten skal yte helsehjelp til, ikke kan fortsette å øke i et langsiktig perspektiv. Dette utgangspunktet stiller vi oss kritiske til, og mener det bygger på en feil forståelse av hvordan befolkningens behov og etterspørsel skal styre ressursbruk. Helsetjenester er per definisjon arbeidskrevende, og selv med teknologisk utvikling, vil de fortsette å være det. Da skal også ressurser gå i den retning, både i form av mer personell om det er hva som trengs, men selvsagt støttet av teknologisk og digital utvikling. Det kan ikke være slik helsekommissjonen hevder at andre sektorer skal sette begrensninger på grunnleggende behov for helsetjenester. I tillegg må en ta med seg at begrensning i tilgang til helsepersonell implisitt vil dreie seg om ressursbruk i offentlig sektor. Dersom stat og kommune ikke leverer, vil det uvegerlig vokse fram et privat tilbud til kjøpesterke eldre. Det vil på ingen måte vil begrense andelen av arbeidskraft til sektoren, og vil i tillegg kunne ha svært uheldige sosiale og fordelingsmessige virkninger.

På den annen side siden så det er det all grunn til å støtte opp under utvikling av nye og forbedrede digitale tjenester, og bruk av nye teknologi knyttet til kunstig intelligens innen helseomsorg,

Det andre punktet vi ønsker å kommentere er forslaget om å sette av betydelige midler, 5 milliarder over 10 år, til forskning knyttet til utvikling av forbedrede helsetjenester. Dette støtter vi, men mener at rammen for relevant forskning må være bredere enn det som indikeres av kommissjonen.

Helsetjenester må sees i en sosial kontekst, der en rekke samfunnsmessige forhold er av betydning for å få et tilstrekkelig og tjenlig tilbud. Det trengs mer forskning på hvordan vi kan få mer ut av allerede utdannet helsepersonell; mange med utdanning fra helsesektoren jobber utenfor sektoren, mange jobber mindre enn full tid, og det kan finnes gode tiltak for å redusere tidlig-pensjonering. Dette er sånn sett kjent, men det bør tydeliggjøres mer som sentralt i den etterspurte forskning. Dernest trengs mer forskning som ser på hvordan frivillige, f.eks. friske eldre, og ulike andre ordninger og organisasjoner i samfunnet, kan bidra innen omsorg, i samarbeid med helseprofesjonene. Her kan det være stor nytte ved å involvere befolkningsgrupper utenfor de tradisjonelle forskningsinstitusjoner som ressurser i forskningen. Det er altså viktig å understreke at det er stort behov for både teknologisk og samfunnsvitenskapelig forskning for å finne gode løsninger på hvordan vi sikrer at samfunnet leverer de helsetjenester som vil bli etterspurt.

Jan Erik Askildsen

Dekan

Det samfunnsvitenskapelige fakultet