

Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren

Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren

Publikasjonens tittel: Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren

Utgitt: 05/2016

Bestillingsnummer: IS- 2469

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2469

Prosjektansvarlig: Kristin Mehre
Forfattere: Elisabeth Djønn
Siw Myhrer
Michael Kaurin

Illustrasjon:

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
1 Utviklingstrekk og endringer	5
OPPDRAGET	11
2 Sammendrag av statistikk for alle tjenestemottakere	13
3 Utviklingstrekk for hjemmetjenester	15
3.1 Fire av fem eldre klarer seg i eget hjem uten hjelp fra kommunen	16
3.2 Mottakere etter tjenestetype i hjemmet	17
3.3 Helsetjenester i hjemmet og alder	17
3.4 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand	19
3.5 Brukergrupper i omsorgstjenestene	20
4 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon	21
5 Ny kunnskap	23
5.1 Om brukermedvirkning – Pasientens helsetjeneste	23
5.2 Om brukerbehov	25
5.3 Om framskriving av brukerbehov i eldreomsorgen	30
5.4 Om utviklingen etter Helsetilsynets landsomfattende tilsyn 2009 - 2012	32
5.5 Om samhandlingsreformen	34
5.6 Om utviklingstrekk basert på evaluering av Omsorgsplan 2015	35

INNHold

5.7	Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 - 2015	37
6	Bemanning og kompetanse	40
6.1	Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester - fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon.	40
6.2	Tendens til økt bruk av deltid	43
6.3	Variasjon i rollen som pådrivere for kunnskapsutvikling	44
6.4	Betydningen av organisering, ledelse og kultur for ressursbruk	45
7	Nye faglige metoder	46
7.1	Gode pasientforløp i kommunene	46
7.2	Forebyggende hjemmebesøk til eldre	47
7.3	Hverdagsrehabilitering	48
7.4	Miljøbehandling	48
8	Utvikling av ny teknologi	51
8.1	Velferdsteknologi	51
8.2	EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren på kort- og mellomlang sikt.	52
9	Referanseliste	54

INNLEDNING

Denne rapporten er svar på oppdrag om styringsparametere i tildelingsbrev for 2015;

«Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.»

Kunnskapsgrunnlaget som er brukt i rapporten er basert på statistikk om kommunale helse- og omsorgstjenester fra IPLOS-registeret og KOSTRA, forskningsbaserte enkeltstudier, tilsynsrapporter, rapporter fra evaluering av nasjonale planer og erfaring med utviklingsprogram i tjenestene.

Rapporten er beskrivende i formen. Analysen av identifiserte utviklingstrekk og endringer fremkommer i sammendraget.

SAMMENDRAG

1 UTVIKLINGSTREKK OG ENDRINGER

IPLOS statistikken viser at antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Andelen av befolkningen som mottar tjenester har også økt noe, fra 6,5 prosent i 2007 til 6,6 prosent i 2014. Det er andelen yngre mottakere (under 67) som øker. Eldre mottakere (67+) som andel av alle tjenestemottakere går ned. Dekningsgrad, dvs. alle mottakere 67+ i prosent av befolkningen 67+, går også ned.

Hjelp i hjemmet utgjør hoveddelen av tjenestetilbudet uansett alder og det er økning i de fleste tjenestetyper i hjemmet. Tjenestemottakere med mest omfattende bistandsbehov har fått økt antall timer per uke, mens mottakere med avgrenset eller middels bistandsbehov har fått litt lavere timer i antall per uke. Det er helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) som øker mest. Praktisk bistand går ned, mens praktisk bistand-/opplæring går opp. Disse utviklingstrekkene med høyere bistandsbehov hos mottakere av hjemmetjenester er styrende for prioritering. Stadig flere yngre mottar helsetjenester i hjemmet, mens det er færre eldre som mottar helsetjenester i hjemmet. En mulig forklaring er at det er bedre helsetilstand i den eldre delen av befolkningen. Det er imidlertid fortsatt få forskningsrapporter som underbygger en slik påstand. En annen mulig forklaring er at terskelen for å få helsetjenester i hjemmet blir høyere for de eldre aldersgruppene.

Det er behov for mer kunnskap om kvalitet i hjemmetjenestene for å kunne si mer om utviklingen mot mer hjelp til yngre betyr at helsetilstanden til den eldre delen av befolkningen er bedre, og om de får den hjelpen de trenger. Det er også av interesse for det helsefremmende og forebyggende arbeidet å vite mer om hva som gjør at stadig flere eldre klarer seg uten mottak av tjenester.

Bildet er entydig i retning av spesialisering av tjenestene i større kommuner, mens tjenestene i de mindre kommunene nok kan inneholde spesialiserte tilbud når det trengs, men innenfor rammen av en generalisttilnærming. Rehabilitering, palliativ omsorg,

SAMMENDRAG

differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, nevrologiske lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer - er blitt en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommuner.

Trygghetsalarm gis til de eldre, omsorgslønn og avlastning til pårørende gis til de unge. Støttekontakt brukes i liten grad overfor mottakere over pensjonsalderen. De eldre blir derfor mer avhengig av pårørende og nettverk for delta i aktiviteter og sosiale sammenhenger. Sosial isolasjon og ensomhet er en hovedutfordring når større deler av omsorgstilbudet legges til hjemmet. Vi mangler kunnskap om hvordan det kan utvikles strukturer som motvirker ensomhet og bidrar til sosiale nettverksbygging blant eldre og mennesker med funksjonshemming.

Omsorgsplasser¹ har økt i planperioden for Omsorgsplan 2015, og utviklingen innen heldøgns omsorg går i retning av mer satsing på bolig med bemanning, dette gjelder for både yngre og eldre brukere, men utviklingen går saktere for de eldre brukerne. For personer med utviklingshemming viser undersøkelser en økende tendens til at kommunene bygger større bofellesskap. Trenden gjelder alle kommuner med unntak av de aller minste. I rapportene hevdes det at bofellesskapene er i ferd med å endre karakter på en måte som er i strid med intensjonene i ansvarsreformen, at selvbestemmelsen synes å reduseres og at hensynet til turnus og rutiner i boligen er tilbake som mer vanlig begrunnelse for manglende innflytelse over egen hverdag.

En stadig større andel av beboere med langtidsplass i institusjon har et omfattende bistandsbehov, noe som kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass er blitt hevet. Det har også vært en økning i andelen mottakere av korttidsopphold med omfattende bistandsbehov.

Dekningsgraden av korttidsopphold for eldre mottakere har økt de senere årene, men veksten i mottakere av korttidsopphold har nå stagnert. Samtidig har gjennomsnittlig

¹ Hentet fra evaluering av Omsorgsplan 2015 og menes her antall plasser i omsorgsbolig og sykehjem

SAMMENDRAG

varighet av korttidsopphold gått ned. Forklaringen på at antall mottakere er redusert må ligge i at ikke alle korttidsplassene brukes til dette formålet, men at kommunene på grunn av mangel på langtidsplasser ikke får overført brukerne til denne type plasser. Det oppstår en sirkulasjonssvikt, som er et tegn på at kommunens tjenesteproduksjon er under press. Kortere oppholdstid kombinert med høyere terskel for sykehjems plass øker behovet for hjemmetjenester som kan ta imot mer behandlingskrevende pasienter. Dette er trolig en trend som vil vare. Svaret for de fleste kommuner må bli å bygge ut de hjemmebaserte tjenestene, både i antall ansatte, utvikling av nye faglige metoder og i forhold til riktig kompetansesammensetning.

Statistikk viser at personer med demens som mottar langtidsopphold i institusjon i forkant av innskriving mottar lite hjemmetjenester. Det kan tyde på at hjemmetjenestene ikke er tilstrekkelig tilpasset denne brukergruppen. Dermed gir det et press på behovet for institusjonsplass. Basert på disse utviklingstrekkene er det behov for mer kunnskap om hva som skal til for å skape trygghet i egen bolig for denne brukergruppen og pårørende. Pasientenes helsetjeneste innebærer en ny og myndiggjort pasientrolle i helsevesenet, basert på at «ingen avgjørelse skal tas om meg, uten meg». All behandling av pasienten skal understøtte pasientens mestring av egen helse. En rekke mindre studier på ulike sider ved brukermedvirkning i norske sykehjem bekrefter at god brukerinvolvering gir bedre kvalitet og mer personorienterte tjenester. Erfaringsbasert kunnskap fra helse- og omsorgstjenestene påpeker allikevel utfordringer med at brukers påvirkning på egen behandling er for lite i fokus og det er liten grad av brukermedvirkning i pasientforløpene og ellers i tjenestene. Kunnskapscenteret dokumenterer at det er behov for forskning på området. En svensk studie som beskriver konsekvenser av ulike måter å utforme eldreomsorgen finner at eldreomsorgen må tilpasses mange ulike grupper eldre, og at helsefremmende og forebyggende arbeid vil få en helt avgjørende innvirkning på utvikling av morgensdagens omsorg. Brukermedvirkning på system og individnivå er nødvendig for å skape pasientens helsetjeneste i dette fremtidsbildet.

SAMMENDRAG

I perioden 2009 til 2012 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre. Hovedfunn fra tilsynet i kommunene var avvik på områdene; tjenestetilbud til personer med demens, legemiddelbehandling, ernæring, rehabilitering i sykehjem og avlastningstjenester. I perioden etter - har det vært, og er utvikling til det bedre på nær alle områdene fra tilsynets hovedfunn av avvik. Flere kommuner har nå tilbud om demensutredning og i underkant av 80 % av kommunene er det demensteam og/eller demenskoordinator. Andelen kommuner som har dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens øker, og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra 2011. Erfaring fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at strukturert legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen og det er positiv utvikling i kunnskap om ernæring i tjenesten. For rehabilitering i sykehjem finnes det ikke kunnskap som gir grunnlag for å si at situasjonen er endret, og undersøkelser viser variasjon i kommunenes praksis for tildeling av avlastningstjenester.

I perioden 2007 – 2014 (planperioden for Kompetanseløftet) har det vært en vekst i årsverk innen brukerrettede tjenester. Det er over 16 000 nye årsverk. Andelen ansatte uten helsefaglig utdanning går ned og flere ansatte har utdanning på universitets- og høyskolenivå. Høyere kompetanse bidrar til å gjøre tjenestene virkningsfulle, trygge og sikre ved at behov identifiseres og rett behandling gis. Forskning viser at høy kompetanse i hjemmetjenestene kan forutsette og utsette innleggelse på sykehjem. Det er antydning til at utviklingen med mer behandlingskrevende pasienter og spesialisering gjør det mer attraktivt å jobbe i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid tendens til økt bruk av deltid. Av hensyn til kontinuitet for brukerne og ressursutnyttelse er dette en uheldig utvikling. Vi har ikke tilstrekkelig med kunnskap om driverne for denne utviklingen.

Nye faglige metoder preges av økt oppmerksomhet på helsefremmende og forebyggende arbeid. Satsing på gode pasientforløp i kommunene retter fokus på mobilisering av brukernes egne ressurser. Det er vekst i forebyggende hjemmebesøk til eldre, og en modell er utviklet som et verktøy for kommunene som ønsker å starte med forebyggende

SAMMENDRAG

hjemmebesøk. Det er 28 prosent av norske kommuner som har innført hverdags-rehabilitering.

Ulike metoder for miljøbehandlinger prøves ut i et utviklingsprogram som del av Demensplan 2015. Målet er å utvikle en personsentrert demensomsorg i praksis. Metodene som prøves ut er blant annet rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen), Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentret omsorg, strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå og Marte Meo praktikerutdanning. Erfaringer fra programmet viser at de ulike metodene både kan brukes hver for seg, men også med fordel kan brukes sammen slik at de sentrale elementene fra hver metode kombineres.

Nyere studier av miljøbehandling med sang og musikk viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang, musikk m.v. systematisk og terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens, og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter.

De første dokumenterte funnene i nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at velferdsteknologi gir kvalitative gevinster som økt trygghet, økt mestring og større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende. Det er potensiale for gevinster som spart tid og unngåtte kostnader og dermed mulighet for god ressursutnyttelse fremover.

Mangelfulle løsninger med elektronisk pasientjournal gir farer for svikt i pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene. Trenden med raskere utskrivninger fra sykehus og flere behandlingsledd øker behovet for tilgang til pasientens journal for å gi trygge og sikre tjenester. Det er derfor behov for EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren.

Det er sterkere satsing i kommunene på strategisk planlegging i sektoren og kommunene planlegger for fremtiden i økende grad. Omsorgsplan 2015 har stimulert til utvikling av lokale omsorgsplaner og fylkesmennene rapporterer om aktivitet som omhandler Omsorg 2020. Strategisk planlegging er av betydning for kvalitet i tjenesten i form av god

SAMMENDRAG

ressursutnyttelse, utvikling og tilpasning av tjenesten til brukerbehov og anskaffelse og utvikling av kompetanse. Evalueringen av Omsorgsplan 2015 har dokumentert at det er positiv sammenheng mellom planlegging og tilpasningsevne til endrede omsorgsbehov i befolkningen. Det er også dokumentert at organisatoriske forhold som sterk satsing på hjemmetjenester, riktig dimensjonering av bofellesskap, tett integrering mellom bofellesskap og dagsenter, samt forutsigbar, enhetlig og stram forvaltningspraksis, har betydning for ressursbruk og god ressursutnyttelse.

Identifiserte utviklingstrekk oppsummert:

- Flere yngre og færre eldre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester – dekningsgraden for aldersgruppen 67+ går ned.
- Helsetjenester til pasienter/brukere med store bistandsbehov prioriteres.
- Tjenestene preges av mer spesialisering.
- Høyere terskel for å få langtidsplass i institusjon.
- Utviklingen innen heldøgns omsorg går i retning av mer satsing på bolig, dette gjelder for både yngre og eldre brukere, men utviklingen går saktere for de eldre brukerne.
- De tjenestene hvor det ble avdekket avvik ved landsomfattende tilsyn er forbedret.
- Det er flere årsverk og høyere formell kompetanse i tjenestene.
- Tendens til økt bruk av deltid.
- Økt oppmerksomhet på forebyggende og helsefremmende arbeid.
- Velferdsteknologi gir gevinster som økt trygghet og mestring, større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende.
- Sterkere satsing i kommunene på strategisk og langsiktig planlegging av tjenestene.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrev for 2015 pkt. 2.2.1.2 fått følgende oppdrag:

«Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.»

Med sektoren mener vi her kommunale helse- og omsorgstjenester avgrenset til hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester.

Det finnes ikke oppdaterte kunnskapsoppsummeringer om omsorgstjenestene som gir ny kunnskap. Kunnskapsgrunnlaget som er brukt i rapporten er basert på:

- Statistikk om kommunale helse- og omsorgstjenester fra på IPLOS-registeret og KOSTRA.
- Forskningsbaserte enkeltstudier.
- Tilsynsrapporter.
- Rapporter fra evaluering av nasjonale planer og erfaring med utviklingsprogram i tjenestene.

Rapporten er beskrivende i formen. Analysen av identifiserte utviklingstrekk og endringer fremkommer i sammendraget.

Oppbygning og struktur har tatt utgangspunkt i områdene beskrevet i oppdraget: *ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer*. Hvert kapittel innledes med et kapitellsammendrag som gjengir hovedinnhold i kapitlet.

I kapittel 1 beskrives oppdrag og rapportens oppbygning og innhold. Kapittel 2, 3 og 4 beskriver utviklingstrekk basert på statistikk. Kapittel 5 beskriver utviklingstrekk og endring basert på ny kunnskap om disse områdene: brukermedvirkning, brukerbehov for noen grupper, framskriving av brukerbehov, utviklingen i tjenesten etter landsomfattende tilsyn,

kunnskap fra evaluering av Omsorgsplan 2015 og kunnskap fra en studie om utvikling i tjenesten siste 10 år. Kapittel 6 beskriver utvikling i bemanning og kompetanse. Kapittel 7 beskriver utvikling og status for metodene helhetlige pasientforløp, forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering og miljøbehandling. Kapittel 8 beskriver status for utvikling av ny teknologi i tjenesten.

Direktoratet samarbeider med KS om oppdraget og KS har utarbeidet et notat om nøkkeltall for pleie- og omsorg som inngår i rapporten som vedlegg.

Rapporten er starten på arbeidet med en rapporteringsform som skal utvikles videre og knyttes opp mot årsrapport for Omsorgsplan.

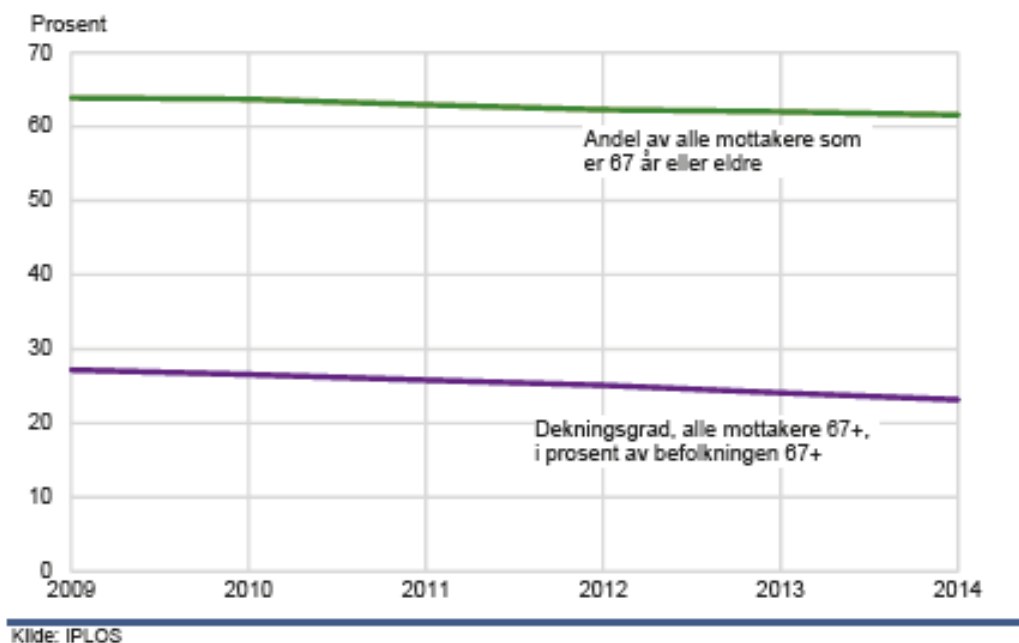
2 SAMMENDRAG AV STATISTIKK FOR ALLE TJENESTEMOTTAKERE

Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker², bruk av tjenester øker med alder, andelen yngre mottakere øker og utgjør 38 prosent, samt at andelen menn øker. Hjelp i hjemmet utgjør hoveddelen av tjenestetilbudet uansett alder, de aller fleste bor i vanlig bolig og halvparten bor alene. Helsetjenester i hjemmet fortsetter å øke og praktisk bistand går ned. En stadig større andel av de som mottar langtidsplass i institusjon har et omfattende bistandsbehov, noe som kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass er blitt hevet. Andelen med omfattende bistandsbehov blant mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon har økt litt. Langtidsopphold i institusjon er langt på vei en tjeneste for de eldste eldre, mens boliger med heldøgns omsorg i større grad tildeles mottakere under 80 år.

Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Fra 2007 til 2014 har andelen mottakere i aldersgruppen under 67 år økt. Bruk av tjenester øker med alder. I aldersgruppen 67-79 år er det kun 12,6 % som mottar tjenester. I aldersgruppen 80-89 er det mer enn 50 % som mottar tjenester og i aldersgruppen 90+ er det mer enn 90 % som mottar tjenester. Det er flest kvinner som mottar tjenester, men andelen menn øker. Fem av seks tjenestemottakere får tjenester i hjemmet. Andel mottakere med opphold i institusjon øker med alder. Hjelp i hjemmet utgjør hoveddelen av tjenestetilbudet til mottakerne uansett alder. De aller fleste mottakerne bor i en vanlig bolig. Halvparten av hjemmeboende mottakere av helse- og omsorgstjenester bor alene.

² Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Eiliv Mørk. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2015/42

Figur 3.1. Eldre mottakere (67 år +) som andel av alle tjenestemottakere



Antall personer i alderen 67 år og eldre som mottok helse- og omsorgstjenester var 210 000 personer i 2014 (62 % av totalen på 341 330 som mottok tjenester igjennom året). 38 % av mottakerne av helse- og omsorgstjenester er under pensjonsalderen, og denne andelen har økt siden 2007 med 6 prosentpoeng. Figur 3.1 over viser at eldre mottakere (67+) som andel av alle tjenestemottakere og dekningsgrad, alle mottakere over pensjonsalder (67+), i prosent av befolkningen (67+) går ned.

Det er økning i de fleste tjenestetyper i hjemmet. Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) øker mest. Praktisk bistand går ned. Andelen som har omfattende bistandsbehov er klart større blant yngre mottakere av hjemmetjenester enn blant eldre. Trygghetsalarm gis til de eldre, omsorgslønn og avlastning til de yngste. Støttekontakt brukes i liten grad overfor mottakere over pensjonsalderen.

Fire av fem mottakere av langtidsplass på institusjon har omfattende bistandsbehov. Andelen med omfattende bistandsbehov er økende i perioden 2009 til 2014, noe som kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass er blitt hevet. Tidsbegrenset opphold brukes i større utstrekning av yngre mottakere. Andelen med omfattende bistandsbehov blant mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon har økt litt fra 2009 til 2014, med 5 prosentpoeng. Langtidsopphold i institusjon er langt på vei en tjeneste for de eldste eldre, mens boliger med heldøgns omsorg i større grad tildeles mottakere under 80 år.

3 UTVIKLINGSTREKK FOR HJEMMETJENESTER

I årene etter samhandlingsreformen har det vært en tydelig vekst i helsetjenester for hjemmet og dagaktivitetstilbud³. For helsetjenester i hjemmet øker antallet mest for de yngste (under 67 år). Veksten flater noe ut for de aller eldste (90 år og over), sett i forhold til endringer i innbyggertallet for aldersgruppene. For de øvrige aldersgruppene går andelen tjenestemottakere ned. Det kan bety at det er en bedring i helsetilstanden til den eldre delen av befolkningen, og det kan bety endrede kriterier for å få helsetjenester i hjemmet. Det er behov for mer kunnskap om hva som gjør at det er flere eldre som ikke mottar helsetjenester i hjemmet.

Fra 2012 er det også flere enn før som får helsetjenester i hjemmet hvor tjenesten avsluttes før årets slutt. Dette kan ha sammenheng med tidligere utskrivninger fra sykehusene og midlertidige behov for tjenester i hjemmet.

Det er stor variasjon mellom kommuner. Storbyene har flere langtidsplasser enn andre kommuner for dem som er 80 år og eldre⁴. Dekningsgraden for helsetjenester i hjemmet er generelt høyere i små kommuner enn i store kommuner og har samlet sett økt noe de siste årene, men vært stabil for de eldste. Kvalitetsindikatoren for reinnleggelse blant eldre viser også større sannsynlighet for reinnleggelse 30 dager etter utskrivning i store kommuner (KOSTRA gruppe 13, 14 og 15) enn for små kommuner. Dette kan indikere en sammenheng mellom tilgjengelig tjeneste og kompetanse og re-innleggelser til sykehus.

³ Samhandlingsstatistikk 2015 – (kapittel om hjemmetjenester)

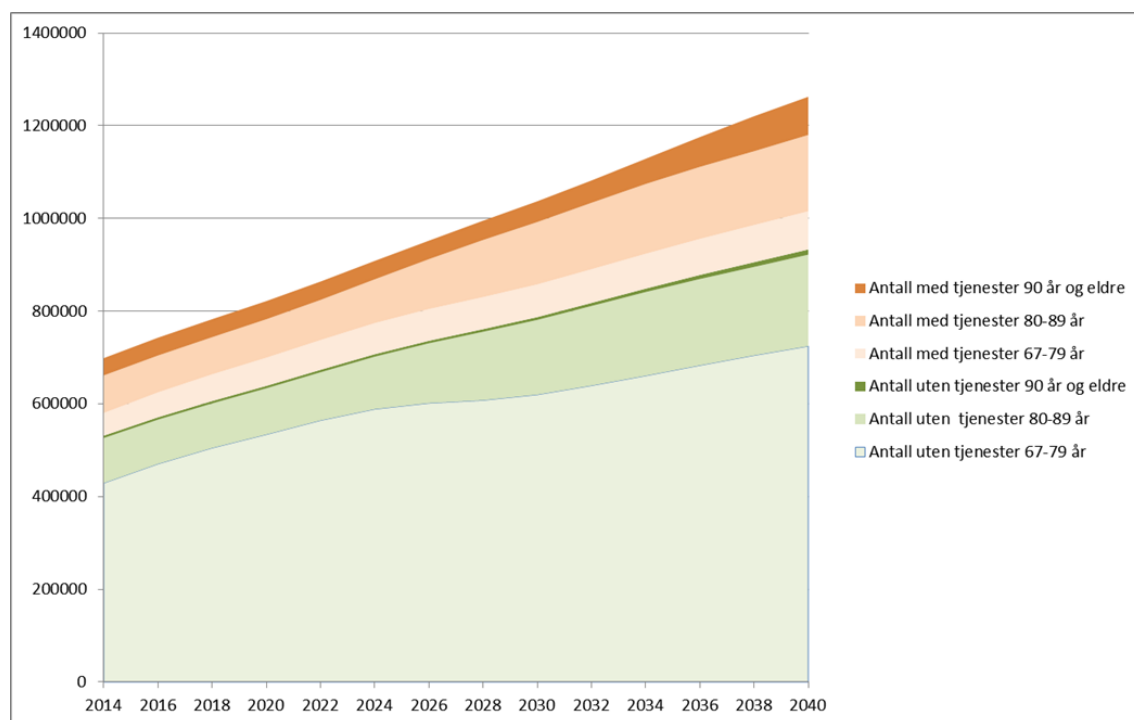
⁴ Otnes og Haugstveit (2015): *Kommunal variasjon i omsorgstjenester*; Rapporter 2015/44

3.1 Fire av fem eldre klarer seg i eget hjem uten hjelp fra kommunen

Figur 1 på neste side viser at det er en sterk økning i antall innbyggere som kan ha behov for omsorgstjenester i årene som kommer. Like sterk er økningen i friske eldre som kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner.

«De nye eldre har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivant og vil bestemme mer på egenhånd.» (Meld. St. 29 (2012-2013), side 11). Det private ulønnete omsorgsarbeidet har en viktig rolle i omsorgen for eldre. Selv om de kommunale omsorgstjenestene nå står for størstedelen av det totale omsorgsarbeidet, betyr ikke det at de private hjelperne er helt ute av bildet. Mange eldre med hjelpebehov får omsorg fra familie og andre private i tillegg til kommunale tjenester».

Figur 1 Framskrivning av eldre med og uten behov for tjenester.

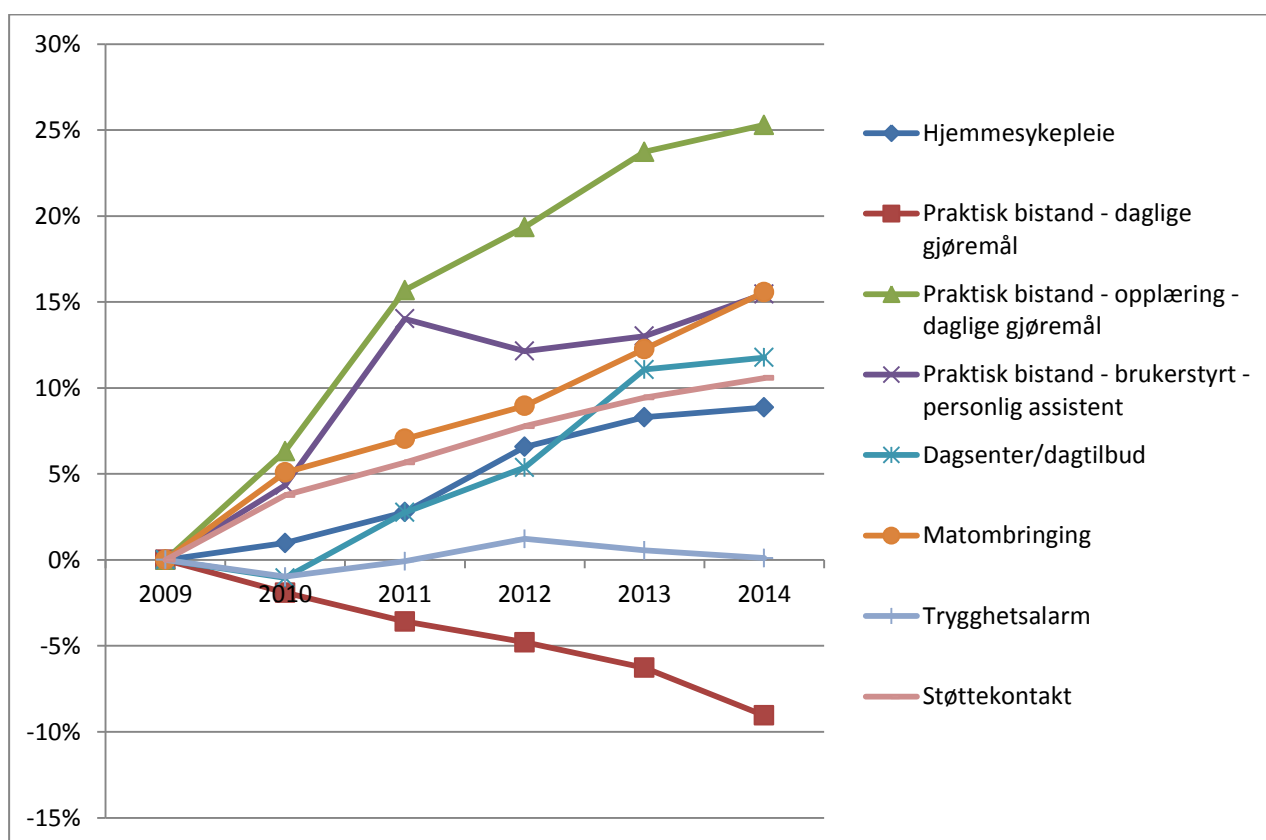


Kilde: SSB\statistikkbanken

3.2 Mottakere etter tjenestetype i hjemmet

I 2014 mottok mer enn 209 000 personer helsetjenester i hjemmet og antallet mottakere har økt med 9 prosent i perioden fra 2009 til 2014. Den største relative veksten for perioden er imidlertid for tjenesten *praktisk bistand – opplæring – daglige gjøremål* hvor veksten er på 25 prosent. Samtidig er det 9 prosent færre mottakere av *praktisk bistand – daglige gjøremål*.

Figur 11.1 Prosentvis endring i antall mottakere av hjemmetjenester, etter tjenestetype. Gjennom året. 2009-2014



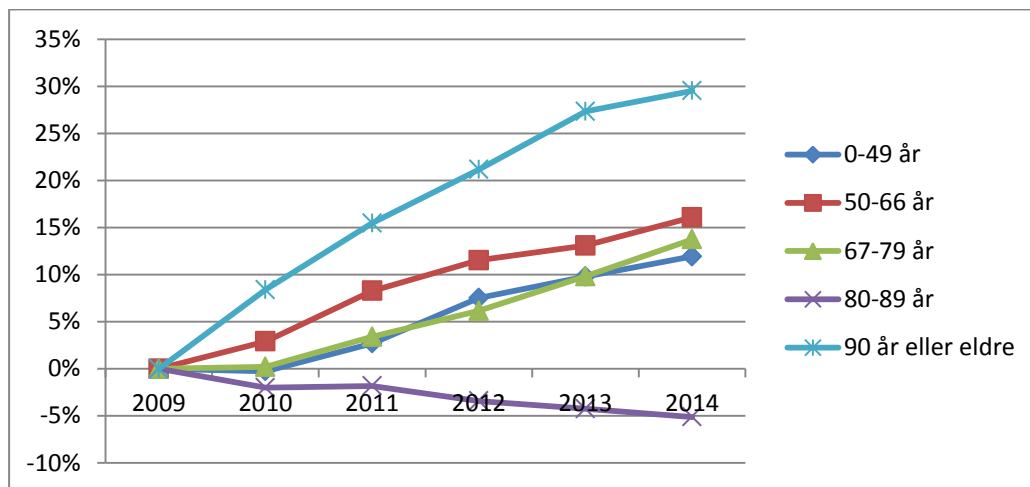
Kilde: IPLOS-registeret

3.3 Helsetjenester i hjemmet og alder

I de yngste aldersgruppene (0-49 år og 50-66 år) øker både antall og andel mottakere av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie). For de yngste eldre (67-79 år) øker også antallet mottakere av helsetjenester i hjemmet, men innbyggertallet øker i en høyere takt og fører til at dekningsgraden målt i mottakere per 1000 innbyggere reduseres.

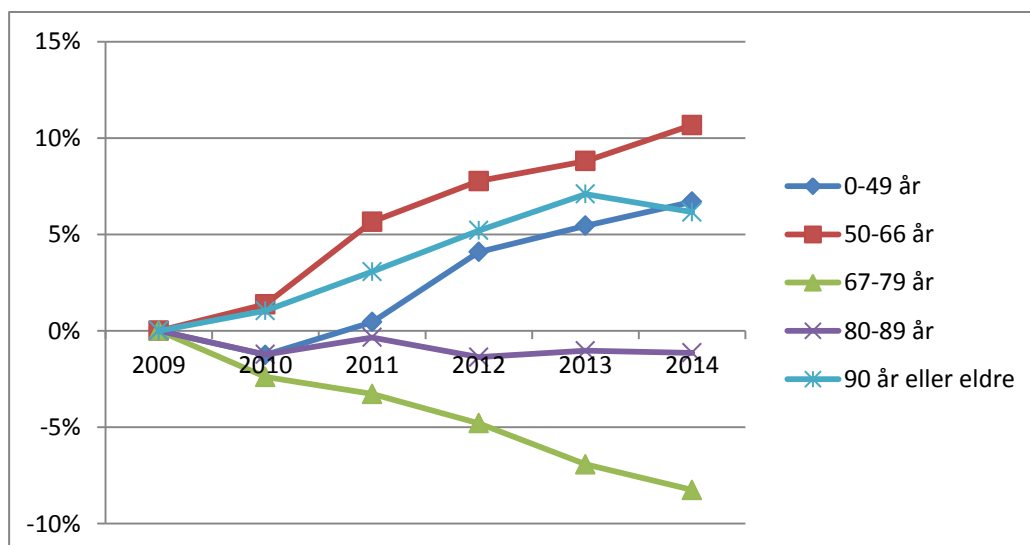
For aldersgruppen 80-89 år, har antall mottakere gått ned, mens for de aller eldste (90 år og eldre) har veksten disse årene vært aller størst. Siste år har imidlertid veksten vært lavere for de aller eldste og andelen av de eldste som mottar helsetjenester i hjemmet har gått marginalt ned siste år (figur 11.4).

Figur 11.3 Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet per 31.12 2009-2014 etter alder



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 11.4 Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet per 31. 12 2009-2014 per 1000 innbyggere etter alder.



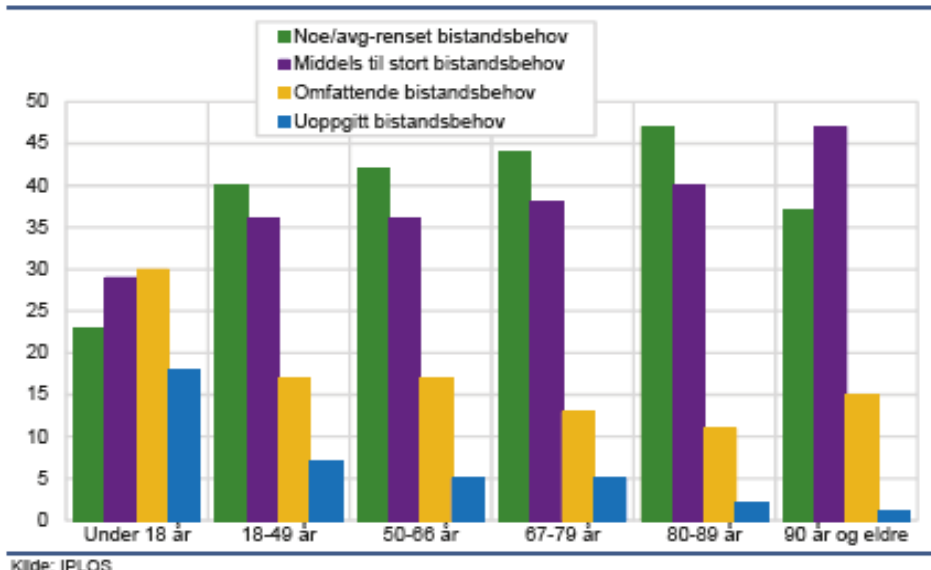
Kilde: IPLOS-registeret

3.4 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand

Blant mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand er en av fem mottakere under 50 år (24 prosent). Svært få, under 1 prosent, er under 18 år. Hovedtyngden av dem som får helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand (59,3 prosent) er over pensjonsalderen.

Bistandsbehovet er større blant yngre enn eldre mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Det skyldes at mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Yngre og aleneboende mottakere får tildelt flest timer per uke med hjelp, det henger sammen med at de gjennomgående har størst bistandsbehov. I gjennomsnitt får hver mottaker hjelp om lag 9 timer per uke. Gjennomsnittstiden per mottaker har økt i perioden, fra 7,5 timer per uke i 2009 til 8,7 timer per uke i 2014. Det er de med mest omfattende behov som har fått økt antall timer per uke, mens mottakere med avgrenset eller middels bistandsbehov har fått litt lavere timer i antall per uke. De med noe/avgrenset bistandsbehov får omkring 2 timer per uke, nesten uavhengig av alder. Unntaket er de yngste mottakerne, som tildeles nær 5 timer per uke. Mottakere med middels til stort bistandsbehov får rundt 5 timer per uke hvis de er over 67 år, og 7-12 timer per uke hvis de er under 67 år, med flest timer til dem som er under 18 år. Blant mottakere med omfattende bistandsbehov er det de i aldergruppen 18-49 år som tildeles mest ressurser, med om lag 65 timer/uken i gjennomsnitt⁵.

Figur 6.1. Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12. Alder og bistandsbehov. 2014



⁵ Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB, rapporter 2015/42

I perioden fra 2009 til 2014 har det blitt færre mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand med avgrenset bistandsbehov.

3.5 Brukergrupper i omsorgstjenestene

Mottakere av omsorgstjenester har i stor grad flere lidelser og parallelle behandlingstrengende kroniske sykdommer. For eksempel har 75 prosent av de som har kols og mottar helsetjenester i hjemmet, også minst fire ytterligere kroniske sykdommer⁶.

Tall fra tre utvalgte kommuner viser at hver tjenestemottaker i gjennomsnitt er registrert med mellom 3 og 5 diagnoser fra IPLOS-registeret⁷. Basert på de som er registrert med diagnoser i registeret⁸, er de største diagnosegruppene blant mottakere av omsorgstjenester gruppene lungelidelser, psykiske lidelser, nevrologiske lidelser og muskel- og skjelett lidelser⁹.

Tabell 2.1 Antall tjenestemottakere etter diagnosegrupper, landet. 2014¹

	Antall mottakere registrert med diagnose	Andel med omfattende bistandsbehov (%)
Psyk.utv. hemming	10670	57 %
Psykiske lidelser og rus	21686	32 %
- psykiske lidelser	19078	33 %
- rus	2608	25 %
Demens	11097	79 %
Nevrologiske lidelser	17576	50 %
Kreft	5489	33 %
Diabetes	7980	37 %
Brudd	6347	44 %
Hjerte- og kar	7475	33 %
Lungelidelser	28051	37 %
Muskel- og skjelett lidelser	15496	35 %
Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	7849	45 %
Resterende diagnoser	35355	40 %

Kilde: IPLOS-registeret

¹ Dersom en bruker har to diagnoser innenfor samme gruppe telles som én, en bruker med to diagnoser i to forskjellige diagnosegrupper telles inn i begge grupper.

⁶ Grimsmo og Magnussen (2015): *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*; NTNU

⁷ Helsedirektoratet (2014): *Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord*; Rapport IS-0427, Helsedirektoratet

⁸ Andelen mottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret var 27 % i 2014. Mottakere kan være registrert med flere diagnoser. I tallgrunnlaget for diagnosegrupper er hver person telt én gang innenfor hver gruppe, mens en person med flere diagnoser telles inn i flere grupper.

⁹ Helsedirektoratet (2015): *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret*; IS-0511

4 UTVIKLINGSTREKK FOR TJENESTER I INSTITUSJON

Fra 2009 til 2013 økte antallet mottakere av korttidsopphold i institusjon med 18,7 prosent, men i 2014 stoppet veksten opp. Fra 2013 til 2014 har antallet mottakere av korttidsplasser gått ned med 1,3 prosent til tross for at antall korttidsplasser har økt med 3 prosent. Summen av institusjonsplasser totalt har vært omtrent uendret fra 2011 til 2014. Dette tyder på at ikke alle korttids plassene brukes til dette formålet, men at kommunene på grunn av mangel på langtidsplasser ikke får overført brukerne til denne type plasser.

Antall eldre mottakere som fikk korttidsopphold økte i 2012 og 2013, men i 2014 har veksten stoppet opp. Fra 2011 til 2014 har det likevel, samlet sett, vært en økning i andelen over 80 år som får korttidsopphold, fra 153 til 168 mottakere per 1000 innbyggere.

Fra 2011 til 2014 har gjennomsnittlig varighet av et korttidsopphold gått ned fra 48 til 40 dager. Dette indikerer raskere pasientgjennomstrømning. Samtidig har kommuner med et høyt antall av korttidsopphold for eldre innbyggere, færre liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter enn kommuner med et lavt antall korttidsopphold for eldre.

Tabell 10.2 viser at det har vært en betydelig økning i antall mottakere 80 år og eldre av korttidsopphold i perioden etter at samhandlingsreformen ble implementert. Størst vekst gjelder korttidsopphold for utredning og behandling. Samtidig har det vært nedgang i antall eldre mottakere av langtidsopphold i perioden.

Tabell 10.2 Mottakere av institusjonsopphold gjennom året per 1000 innbyggere 80 år og over. Data fra IPLOS 2011-2014.

	Mottakere per 1000 innbyggere 80 år og eldre				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Habilitering og rehabilitering	47	49	50	49	4,4	-1,0
Utredning og behandling	92	94	106	106	14,7	-0,3
Andre korttidsplasser	76	81	82	82	7,9	0,3
Tidsbegrensede opphold totalt	153	169	170	168	9,8	-1,3
Langtidsopphold	174	176	173	172	-1,6	-0,8
	Antall mottakere 80 år og eldre (N=)				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Habilitering og rehabilitering	8 152	8 786	8 883	8 791	7,8	-1,0
Utredning og behandling	14 883	17 962	17 976	18 023	21,1	0,3
Andre korttidsplasser	13 724	14 573	14 674	14 270	4,0	-2,8
Tidsbegrensede opphold totalt	33 864	37 357	37 459	36 894	8,9	-1,5
Langtidsopphold	38 408	38 601	38 101	37 683	-1,9	-1,1

I 2011 var gjennomsnittlig varighet av korttidsopphold på 48 dager per mottaker av korttidsplass. I 2014 var gjennomsnittlig varighet redusert til 40 dager.

Når gjennomsnittlig varighet av oppholdene går ned, ville det være naturlig at antall mottakere ville øke, gitt at antall plasser holder seg stabilt. Forklaringen på at antall mottakere er redusert må ligge i at ikke alle korttidsplassene brukes til dette formålet, men at kommunene på grunn av mangel på langtidsplasser ikke får overført brukerne til denne type plasser. Det oppstår en sirkulasjonssvikt, som er et tegn på at kommunens tjenesteproduksjon er under press.

5 NY KUNNSKAP

Kapittelet inneholder ny kunnskap om følgende områder: brukermedvirkning, brukerbehov for noen brukergrupper, framskriving av brukerbehov, utviklingen for tjenesten etter landsomfattende tilsyn, erfaringer med samhandlingsreformen, kunnskap fra evaluering av Omsorgsplan 2015 og kunnskap fra en studie om utvikling i tjenesten siste 10 år. Underkapitlene starter med en kort oppsummering.

5.1 Om brukermedvirkning – Pasientens helsetjeneste

Pasientenes helsetjeneste innebærer en ny og myndiggjort pasientrolle i helsevesenet, basert på at «ingen avgjørelse skal tas om meg, uten meg». All behandling av pasienten skal understøtte pasientens mestring av egen helse. En rekke mindre studier på ulike sider ved brukermedvirkning i norske sykehjem bekrefter at god brukerinvolvering gir bedre kvalitet og mer personorienterte tjenester. Erfaringsbasert kunnskap fra helse- og omsorgstjenestene påpeker allikevel utfordringer med at brukers påvirkning på egen behandling er for lite i fokus og det er liten grad av brukermedvirkning i pasientforløpene og ellers i tjenestene. Kunnskapscenteret dokumenterer at det er behov for forskning på området.

Pasientens og brukerens rett til medvirkning er nedfelt i Pasient og brukerrettighetsloven. Lovens formål er å sikre lik tilgang til tjenester av god kvalitet gjennom medvirkning i utforming av tjenestetilbudet og ved å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom brukere og helsetjenesten. Omsorg 2020 gir tydelige føringer på at fremtidens helse og omsorgstjenester skal skapes sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Pasientenes helsetjeneste innebærer en ny og myndiggjort pasientrolle i helsevesenet, basert på at «ingen avgjørelse skal tas om meg, uten meg». All behandling av pasienten skal understøtte pasientens mestring av egen helse. Faktisk brukermedvirkning på systemnivå krever at brukerne settes i stand til å ha en reell påvirkning ut ifra et systemperspektiv og ikke kun egne erfaringer.

Brukermedvirkning på systemnivå

Utarbeidelsen av Demensplan 2020 er et eksempel på brukermedvirkning på systemnivå, der brukere og pårørende har kommet med sine ideer, ønsker og behov for å bidra til innovasjon

og utvikling av helse og omsorgstjenesten. Dette har resultert i konkrete tiltak som inngår i planen. Et annet eksempel er Kristiansund kommune som fikk Fylkesmannens omsorgspris for 2014 for sitt systematiske arbeid med brukermedvirkning i sykehjem. De har utarbeidet et inspirasjonshefte for brukerinvolvering, og har involvert brukere og pårørende i prosjektet *Morgendagens sykehjem, tjenstedesign for aktiv omsorg*. Her har beboere og pårørende kommet med innspill til hva som er viktig for dem, slik at det er tatt inn i planleggingen av hverdagen for beboerne. Et annet godt eksempel er Sandefjord kommune som har hatt idedugnad for foreldre/omsorgspersoner til barn og unge under 18 år som har tjenester, og har fått konkrete råd om hvordan de kan forbedre tjenesten. Senter for omsorgsforskning følger prosessen for å se effekt av tiltakene.

Brukermedvirkning på individnivå

Nye arbeidsmetoder som hverdagsrehabilitering og satsing på helhetlige pasientforløp/»Hva er viktig for deg», har lagt vekt på å styrke brukermedvirkning gjennom å sette fokus på hva den enkelte bruker/pasient ønsker å oppnå. Målet er mer målrettede og virkningsfulle tiltak og mer fornøyde brukere. En rekke mindre studier¹⁰ på ulike sider ved brukermedvirkning i norske sykehjem bekrefter at god brukerinvolvering gir bedre kvalitet og mer personorienterte tjenester.

Erfaring fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen¹¹ påpeker allikevel utfordringer med at brukers påvirkning på egen behandling er for lite i fokus og det er liten grad av brukermedvirkning i pasientforløpene og ellers i tjenestene.

Brukerundersøkelser¹² blant beboere og pårørende i institusjon viser at beboeren opplever relativt stor innflytelse på når de vil stå opp eller legge seg, samt når de vil spise. De scorer vesentlig lavere på om de deltar når det utarbeides planer som gjelder dem selv. Disse erfaringene viser at det fortsatt er behov for satsing på brukerinvolvering for å skape pasientens helsetjeneste. En systematisk oversikt fra Kunnskapscenteret¹³ viser at det er behov for forskning om metoder for å stimulere til og legge til rette for brukermedvirkning, og hvordan vi kan oppnå brukermedvirkning som oppleves nyttig og meningsfull av alle som er med i prosessen.

¹⁰ Biblioteksøk på brukerinvolvering i norske sykehjem, Helsedirektoratet, november 2015.

¹¹ Råd for vegen videre. Sluttrapport nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingreformen, desember 2015

¹² Sammenstilling av data fra www.bedrekommune.no, internt arbeidsnotat. Helsedirektoratet, desember 2015

¹³ Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD

Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3 2006

5.2 Om brukerbehov

Pasienter skrives raskere ut fra sykehus og har større behov for oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn tidligere.

De fleste registrert med demens er over 80 år og har omfattende bistandsbehov. Langtidsopphold i institusjon ytes hovedsakelig som tjeneste til denne brukergruppen.

Resultatene fra diagnosestatistikken basert på IPLOS viser at en omfattende andel av tjenestemottakere med registrerte diagnoseopplysninger også har psykiske lidelser og/eller ruslidelser (30 prosent). Mange unge med sammensatte behov har stort behov for en tverrfaglig tilnærming.

Barn som pårørende er en brukergruppe som ikke tilbys hjelp i tråd med helselovgivningen.

For brukergruppen personer med utviklingshemming viser undersøkelser at det er behov for mer kunnskap om kosthold og ernæring, samt behov for kunnskap og kompetanse om alternativer til bruk av tvang.

5.2.1 Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsstatistikken viser at andelen pasienter som meldes til kommunene som utskrivningsklare økte sterkt årene 2012-2013, men med noe tilbakegang i 2014. Kommunene melder at de får flere utskrivningsklare pasienter og at disse pasientene er sykere enn før. Det er en svak, men klar økning av reinnleggelser, tydeligst for pasienter over 80 år som er tatt i mot i kommunene etter 0-3 dager. Som beskrevet tidligere i rapporten øker antall pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet.

Det er en ønsket utvikling at pasienter som ikke trenger behandling i sykehus skal få et tilbud i kommunen, enten i hjemmet eller i kommunal institusjon. Økningen i andel reinnleggelser blant pasienter over 80 år kan være uttrykk for redusert kvalitet i behandlingen, enten på sykehus (inkludert for tidlig utskrivning) eller i kommunen, men per i dag er det ikke grunnlag for å konkludere sikkert om det.

Kommuner som har bygget opp god medisinsk kapasitet, blant annet med legetjeneste i sykehjem med korttidsplasser, har rapportert at de kan gi forsvarlig behandling til pasienter med tilstander som tidligere ble lagt inn i sykehus (jf funn fra Trondheim, Garaasen), men

det synes å være stor variasjon mellom kommunene i det medisinske tilbudet ved sykehjemmene¹⁴.

5.2.2 Personer med demens

De fleste registrert med demenssykdom er over 80 år og har omfattende bistandsbehov. Langtidsopphold i institusjon ytes hovedsakelig som tjeneste til personer med demens. Samtidig er 25 prosent av tjenestemottakere med demens hjemmeboende med ulike kommunale tjenester som helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand¹⁵.

En ny norsk studie om samfunnsøkonomi og demens¹⁶ har beregnet at en person med demenssykdom gjennomsnittlig koster samfunnet om lag 360 000 kroner per år. Det innebærer at de totale kostnadene kan være på nærmere 30 mrd. kroner pr år. En stor del av kostnadene er knyttet til sykehjemstilbudet.

Av rapporten går det også fram at pårørendes omsorgsinnsats i tillegg er betydelig. Siste måned før innleggelse i sykehjem yter pårørende om lag 160 timer hjelp, mens det på samme tid bare gis i gjennomsnitt 16 timer helsetjenester i hjemmet og en til to timer hjemmehjelp, samt dagtilbud 1-2 ganger per uke til 1/5 av brukerne.

En undersøkelse om kommunale avlastningstilbud¹⁷ viser at det bare unntaksvis gis tilbud om avlastning til voksne som yter omfattende omsorg overfor egne foreldre, og som ikke deler hushold med den hjelpetrequende. Samtidig er dette den gruppa pårørende som, ifølge studien, vanskeligst når fram med sine behov for avlastning når det er press på sykehjemmene. I tillegg til å forske på forebygging og behandling av demens, er det behov for mer kunnskap om hva som skal til for å dempe behovet og presset på langtidsopphold i institusjon som hovedsakelig tjeneste til personer med demens. Fagsjef Birger Lillesveen ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har uttalt; *«Når du kommer ut i demensløpet er det ikke viktig hvor du bor, men at det er folk rundt deg. Det er bemanningssituasjonen som er nøkkelen fremover – det er først og fremst folk rundt seg personer med demens trenger».*

5.2.3 Psykiske lidelser og ruslidelser blant mottakere av helse- og omsorgstjenester

Resultatene fra diagnosestatistikken basert på IPLOS viser at en omfattende andel av tjenestemottakere med registrerte diagnoseopplysninger i IPLOS-registret har psykiske

¹⁴ Notat fra Helsedirektoratet til HOD om forsvarlighet i utskrivningsklare pasienter, datert 25.2.2015

¹⁵ Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet, november 2015, IS-0511

¹⁶ Demensplan 2020, side 19

¹⁷ Kommunale avlastningstilbud, NOVA rapport 12/14

lidelser og/eller ruslidelser (30 prosent). Andelen med psykiske lidelser/ruslidelser kan reelt sett være høyere siden mange kommuner fortsatt har underrapportering av diagnoser for tjenestemottakerne.

Informasjonen som fremkommer av IPLOS-registeret viser at denne gruppen mottar omfattende tjenester med relativt sett mange timer med bistand i uka i gjennomsnitt. Mange yngre har behov for bistand til arbeid/utdanning og deltagelse i organisasjon, kultur og fritid¹⁸.

En ny studie av unge brukere i hjemmetjenesten¹⁹; unge mellom 16 og 30 år som faller utenfor skole og arbeid, viser et stort mangfold av bistand og tjenester. Dette omhandler praktisk bistand, veiledning, tiltak for å styrke boevne, livsmestring og koordinering av ulike aktører i forhold til de problemstillinger tjenestemottaker har.

Studien viser at det ikke er noen faste definerte rammer for hva de ansatte i de hjemmebaserte tjenestene skal yte av tjenester ovenfor denne brukergruppen og hvilke oppgaver som tilfaller andre instanser. Hvilke oppgaver hjemmetjenesten tar blir ofte basert på skjønn og etter hva ansatte i hjemmetjenesten opplever som meningsfulle for den enkelte bruker.

Studien viser at brukergruppen har stort behov for en tverrfaglig tilnærming. Det er mange ulike aktører inne (blant annet NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste, politi) noe som fører til et stort behov for samarbeid. Rollene er ofte ikke klart definerte og det ser i stor grad ut til at de ansatte i hjemmetjenesten tar ansvaret for å koordinere de ulike aktørene. Studien viste også at det er behov for kompetanseheving om tema rundt brukergruppen. Dette vil være vesentlig ut i fra kravene som stilles til de ansatte i hjemmetjenesten når det gjelder beslutninger, tilnæringsmåte og oversikt.

5.2.4 Barn som pårørende

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand²⁰.

Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk, og å forebygge problemer hos barn og foreldre.

¹⁸ Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet, november 2015, IS-0511

¹⁹ En kvalitativ studie av unge brukere i hjemmetjenesten, Senter for omsorgsforskning, Høyskolen i Gjøvik, rapportserie nr 4/2015

²⁰ Helsepersonell-loven og lov om spesialisthelsetjenesten

Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester.

En ny studie gir ny kunnskap om situasjonen for barn og unge som pårørende²¹. Studiens mål har vært å gi ny kunnskap om situasjonen for barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten, men den gir også kunnskap av betydning for primærhelsetjenesten.

Hovedfunn om barn som pårørende er blant annet at flere har opplevd traumer. Barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen, mens foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn barna selv beskriver. Barn og ungdom har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvensene av den. Barn og ungdom tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig. De bruker mye tid på det, og opplever stress og belastning på grunn av det. De blir mye overlatt til seg selv og/eller får mye ansvar for den syke. De ønsker mer praktisk hjelp hjemme til sin forelder, for å kunne leve sitt eget liv med skole, venner og fritidsaktiviteter.

Hovedfunn om primærhelsetjenesten er at kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Her ser det ut til å mangle systemer for identifisering og kartlegging tilpasset familier som lever med sykdom, og dermed mangler også hjelp til barn og familier.

Det er behov for å kvalitetssikre gjennomføring av lovpålagte forpliktelser og utvikle helhetlige og fleksible tilbud i samarbeid med brukergruppen.

5.2.5 Personer med utviklingshemming

Helseoppfølging

Generelt har det vist seg at helseoppfølgingen i mange tilfeller er mangelfull for personer med utviklingshemming. Allerede i 1990 ble dette påpekt i Helsedirektoratets anbefalinger av helsetjenester for utviklingshemmede. I sin rapport «Helseoppfølging av personer med utviklingshemming» fra 2007 viser NAKU til manglende helseoppfølging, og det samme fremgår av studier gjennomført i sammenlignbare land. I en norsk undersøkelse fra 2012 dokumenteres manglende kunnskap om omfanget av demens- og kreftsykdommer blant eldre med utviklingshemning. I hele 75 % av de tilfellene hvor det er mistanke om en demenssykdom, er ikke personene utredet.

²¹ Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien. Akershus universitetssykehus HF i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF, (Stavanger Universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, Barns Beste. IS-0522, november 2015

Når det gjelder kosthold og ernæring finnes det kun noen få undersøkelser og som særlig er knyttet til overvekt og livsstil. De kjente sosioøkonomiske faktorene for skjevfordeling av livsstilsykdommer i befolkningen, er ikke undersøkt i forhold til utviklingshemmede, men kan påberegnes. Noen av disse er omtalt i rapporten Helseoppfølging av personer med utviklingshemming (NAKU 2007)^[1]. Samtidig viser undersøkelser at personer med utviklingshemming i mindre grad rammes av livsstilsykdommer ved bruk av alkohol og tobakk (Sutherland mfl. 2002)^[2].

Det er utfordringer knyttet til å fange opp psykiske vansker hos mennesker med utviklingshemming.^[3] Diagnostikk og utredning blir særlig komplisert i saker der den utviklingshemmede har flere psykiske lidelser, alvorlig funksjonssvikt og utfordrende atferd. Men det finnes i dag få tilbud for å utrede dette i form av en innleggelse i psykisk helsevern eller andre steder, da det finnes få fagmiljø med slik «dobbelkompetanse».^[4]

Utvikling i bruk av tvang og makt

Fylkesvis oversikt^[5] over godkjente vedtak og dispensasjoner for perioden 2010 - 2012, sammenholdt med tilsynsmeldingene for de aktuelle årene viser en økning i antall godkjente vedtak fra 902 vedtak overfor 835 personer i 2010 til 992 vedtak overfor 974 personer i 2012. Tilsynsmeldingen for 2013 viser at tallet da hadde økt til 1259 vedtak overfor totalt 1102 personer. Selv om det er fylkesvise variasjoner, er dette fortsettelsen på en jevn og uavbrutt økning i antall tvangsvedtak fra år til år siden reglene først trådte i kraft i 1999. Tidligere har det vært lagt til grunn at denne økningen først og fremst har kommet som følge av en overgang fra uregistrert til registrert tvangsbruk. I hvilken grad dette også er årsaken til de siste årenes økning, foreligger det ikke kunnskap om.

På oppdrag fra Statens helsetilsyn gjorde SINTEF i 2010 en gjennomgang og analyse av vedtak om bruk av tvang hjemlet i daværende sosialtjenesteloven kapittel 4A.^[6] Utfordringene beskrevet i rapporten knytter seg særlig til å sikre forsvarlig kompetanse, herunder håndtering av dispensasjoner fra utdanningskrav. Gjennomgangen viser at kommunene har behov for dispensasjon fra kompetansekrav i nærmere 90 % av vedtakene som godkjennes.

^[1] NAKU (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemmede. NAKU, Trondheim

^[2] Sutherland, G., Murray, A. og Couch, T. I. (2002): Health issues for adults with developmental disability. Research in developmental Disabilities; 23, s.422 -445

^[3] Kittelsaa 2008

^[4] Lichtwarck, Handegård & Bliksvær 2005

^[5] Data hentet fra Helsetilsynets tilsynsmeldinger for årene 2010, 2011 og 2012.

^[6] Gjennomgang av vedtak etter sosialtjenesteloven kap. 4A (SINTEF 2011)

Det er behov for mer kunnskap om bruken av tvang og makt innenfor de kommunale tjenestene til utviklingshemmede, og utviklingen av denne. Kunnskapsbehovet knytter seg særlig til hva den årlige økningen i antall registrerte vedtak refererer seg til, dvs. om det er uttrykk for en fortsatt overgang fra uregistrert til registrert tvang, eller om det er uttrykk for en faktisk økning i tvangsbruken. Videre mangler det god kunnskap om hvor mye tvang som utøves innenfor det enkelte vedtak. Det mangler også kunnskap om den faktiske kompetansesituasjonen og hvor mange ansatte et vedtak om dispensasjon omfatter, og det mangler god kunnskap om hvilken betydning formell kompetanse har for bruk av tvang.

Utvikling i boform for personer med utviklingshemming.

For personer med utviklingshemming viser undersøkelser utført av NTNU og FAFO[9] en økende tendens til at kommunene bygger større bofellesskap. Trenden gjelder alle kommuner med unntak av de aller minste. Mange bofellesskap ligger i områder preget av omsorgsfunksjoner og institusjoner. Pårørende svarer at de ikke ønsker en slik utvikling, også de som har pårørende som bor slik (ibid). I rapportene hevdes det at bofellesskapene er i ferd med å endre karakter på en måte som er i strid med intensjonene i ansvarsreformen, at selvbestemmelsen synes å reduseres og at hensynet til turnus og rutiner i boligen er tilbake som mer vanlig begrunnelse for manglende innflytelse over egen hverdag.

Av idealene om normalisering følger kravet om atskillelse av boform og tjenesteyting. 10 år etter reformen gjennomførte NIBR^[7] en undersøkelse av bo- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede, for å se om tjenestene var i tråd med HVPU-reformens prinsipper og mål om normalisering og integrering^[8]. Forskerne fant at tjenestene i dominerende grad var bundet opp mot boligen. To av tre utviklingshemmede bodde i boliger og boliganlegg med personalbase. Samtidig fant man at gjennomsnittlig antall beboere i bofellesskapene hadde økt.

5.3 Om framskrivning av brukerbehov i eldreomsorgen

En svensk studie som beskriver konsekvenser av ulike måter å utforme eldreomsorgen finner at eldreomsorgen må tilpasses mange ulike grupper eldre, at det er betydelig underskudd på omsorgsboliger, og at helsefremmende og forebyggende arbeid vil få en helt avgjørende innvirkning på utvikling av morgensdagens omsorg.

^[9] Tøssebro og Kittelsen NTNU 2011 og Faforapport 2012: «Samlokaliserte boliger og store bofellesskap»

^[7] Tøssebro og Lundeby, NIBR 2002

^[8] Brevik og Høyland 2007

I Norden har hovedtendensen i en lang årrekke vært å legge vekt på å hjelpe de eldre i eget hjem og så vidt mulig utsette evt. flytting til sykehjem. Over tid er det derfor færre eldre, som bor på sykehjem. Den store forskjellen mellom Norden og resten av Europa er forskjeller i andelen av eldre, som mottar hjelp i hjemmet. Denne er vesentlig høyere i Norden enn i andre europeiske land.

I en ny rapport fra Vårdanalys²² (Hemtjänst, vård og och omsorgsboende, eller mitt emellan?) har man gjort en studie der man beskriver konsekvensen av ulike sett å utforme eldreomsorgen. Noen av de viktigste funnene er at:

- Planleggingen av morgendagens omsorg må ta utgangspunkt i de elders særskilte behov og tilpasses en øket heterogenitet. Man kan ikke betrakte de eldre som en gruppe. Det betyr at det må finnes mange ulike sorter eldreomsorg tilpasset mange ulike grupper eldre.
- Det finnes et betydelig underskudd på omsorgsboliger (mellanboende) med tjenester deler av døgnet. Over halvparten av morgendagens eldre (50 og 60 åringer er spurt i undersøkelsen) oppgir at de vil flytte til en eller annen form av omsorgsbolig dersom de har en lett funksjonsnedsettelse. Omsorgsboliger er i den svenske undersøkelsen beregnet til å være et billigere alternativ for samfunnet enn at de eldre bor hjemme i egne hjem.
- For å møte de eldres ønsker om sykehjems plasser (vård- och omsorgsboende) trengs en økning på minst 20 prosent fram mot 2025.
- For å begrense kostnadene for morgendagens eldreomsorg må kommunene satse på forebyggende og helsefremmende tiltak. Med en uforandret eldreomsorgsstruktur vil kostnadene øke med 30 prosent fra til 2025 bare som følge av den demografiske utviklingen. Bedres de elders funksjonsnivå i samme takt som siden midten av 1990 tallet øker kostnadene med bare 19 prosent. Forebygging og rehabilitering vil derfor få en helt avgjørende innvirkning på utviklingen av morgendagens omsorg.

Trolig er det større likheter enn ulikheter mellom Svenske og Norske kommuner. Funnene i denne analysen er trolig også relevante i en norsk sammenheng.

²² Hemtjänst, vård og och omsorgsboende, eller mitt emellan? Ett kunnskapsgrunnlag för planering av morgendagens äldreomsorg. Rapport 2015:8

5.4 Om utviklingen etter Helsetilsynets landsomfattende tilsyn 2009 - 2012

I perioden 2009 – 2012 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn på en rekke områder. Ny kunnskap viser positiv utvikling på flere av disse områdene etter tilsynsperioden. For rehabilitering i sykehjem finnes det imidlertid ikke kunnskap som gir grunnlag for å si at situasjonen er endret.

Statens helsetilsyn gjennomførte i perioden 2009 – 2012 en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre²³. I 2010–2011 ble det gjennomført tilsyn i over 500 virksomheter i helse- og omsorgstjenestene til kommunene. Det ble påvist lovbrudd i omtrent to tredjedeler.

Hovedfunn fra tilsynet i kommunene var avvik på følgende områder:

- **Identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom:**

Tilsynet avdekket at mange av kommunene ikke hadde innarbeidet tiltak for å fange opp pasienter med demens, og sørget heller ikke for tilvising til lege for å få utredet sykdom. Det manglet rutiner for å oppdage endringer i behov hos pasientene. Intern informasjonsutveksling var mangelfull, og oppgavefordeling og samarbeidsform mellom fastlege og helsetjenester i hjemmet var ikke alltid avklart.

- **Legemiddelhandtering og legemiddelbehandling:**

Tilsynet avdekket uklarhet i ansvarsforhold, mangelfulle prosedyrer og manglende kompetanse.

- **Forebygging og behandling av underernæring:**

Tilsynet avdekket at tjenestene manglet en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernærings situasjonen hos nye brukere. Manglende kompetanse om ernæring var også gjennomgående.

- **Rehabilitering i sykehjem:**

Tilsynet avdekket at det tverrfaglige arbeidet rundt rehabilitering på sykehjem ikke fungerte godt nok. Det ble avdekket mangler i kartleggingsrutiner, planer og evaluering og oppfølging av rehabilitering for beboere på sykehjem.

²³ Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009 – 2012, rapport fra Helsetilsynet 1/2014

- **Behandling av søknader om avlastning for pårørende:**

Tilsynet avdekket mangelfull saksbehandling ved behandling av søknader om avlastning. Omsorgsbyrden ble ikke kartlagt og vurdert, utredningene var mangelfulle og vedtakene standardiserte.

Både hjemmetjenester, sykehjem, fastleger og kommunale tildelingsenheter ble utsatt for tilsyn. Samarbeidet mellom ulike instanser, som mellom hjemmetjenesten og fastleger, ble også undersøkt.

Ny kunnskap om tjenestene viser forbedring. Områdene med avvik er kommentert hver for seg:

Identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom.

Flere kommuner har nå tilbud om demensutredning og i underkant av 80 % av kommunene er det demenssteam og/eller demenskoordinator. Det er fortsatt nødvendig med satsing for å sikre at alle som har behov for det blir utredet og diagnostisert. Andelen kommuner som har dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens øker, og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra 2011.

Legemiddelhandtering og legemiddelbehandling. Erfaring fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at strukturert legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen bl.a. i form av økt kunnskap om sykdommene til pasientene og om riktig bruk av legemidler til eldre. Legemiddelbehandling er en del av pasientsikkerhetsprogrammet. Ved utgangen av 2014 var ca. 55 prosent av landets kommuner involvert i pasientsikkerhetsprogrammet med et eller flere innsatsområder. Innsatsområdene for riktig legemiddelbruk er de områdene kommunene har kommet lengst med.

Forebygging og behandling av underernæring. En landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem ble publisert i 2015²⁴. Undersøkelsen viser at det har skjedd en forbedring i sykehjemmene sammenlignet med 2007 knyttet til gjennomføring av prosedyrer for ernæringsstatus og veiing, men det er fortsatt bare omlag halvparten som rapporterer at de har prosedyrer på dette. Både ledere og helsepersonell rapporterer behov for mer kunnskap om ernæringsarbeid, særlig om å vurdere beboernes ernæringstilstand og beregning av energi- og næringsbehov.

²⁴ <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278769>.

Våren 2010 publiserte Høgskolen i Østfold brukerundersøkelsen «Ærlig talt: mat og måltider i sykehjem»²⁵. Undersøkelsen viser at det er et potensial for forbedring på områder som har betydning for trivsel rundt måltidene samt brukermedvirkning.

En landsomfattende kartlegging blant ledere og helsepersonell om mat og måltider i hjemmetjenesten ble publisert i 2013²⁶. Undersøkelsen viser at fire av fem helsepersonell mener selv at de trenger mer kunnskap, og i tillegg opplever omtrent like mange ledere at helsepersonell trenger mer kunnskap i ernæringsarbeid.

Det er besluttet å etablere nasjonale kvalitetsindikatorer for ernæring og det legges til rette for registrering og rapportering gjennom IPLOS.

Rehabilitering i sykehjem. Det er vekst i korttidsplasser og økning i årsverk av fysio- og ergoterapeuter, men vi har ikke kunnskap som tilsier endring i det situasjonsbildet som er tegnet fra tilsyn om rehabilitering i sykehjem.

Behandling av søknader om avlastning for pårørende. Inntrykket fra undersøkelser er at kommunene har ulik tildelingspraksis for avlastning. Avlastning til pårørende med hjemmeboende eldre gis i hovedsak som rullerende opphold i sykehjem og/eller som dagopphold på et dagsenter eller i sykehjem. Det gis bare unntaksvis tilbud om avlastning til voksne som yter omfattende omsorg overfor egne foreldre, og som ikke deler hushold med den hjelpetrequende. Det er behov for mer kunnskap om kommunenes tildelingspraksis for å si mer om kvalitet i saksbehandlingen av søknader om avlastning for pårørende.

5.5 Om samhandlingsreformen

En studie²⁷ om samhandlingsreformen peker på konsekvenser for kommunene gjennom mer behandlingsskrevende sykdomstilstander, et skifte i retning mer spesialisering, vekst i andel korttidsplasser ved omgjøring av langtidsplasser, høyere terskel for å få tjenester, samt liten ressursinnsats for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre.

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker i sin sluttrapport på gjenstående utfordringer knyttet til å nå samhandlingsreformens mål om folkehelse, kvalitet på helsetjenester og bærekraft og gir råd om hva som bør gjøres for å sikre en videre utvikling for å nå disse målene – og derigjennom realisere pasientens helsetjeneste.

²⁵ «Ærlig talt: mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatisk sykehjem i Østfold (hiof.no)

²⁶ <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/147833>

²⁷ Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS 2014/382

Rapporten bygger på kunnskap som er kommet frem gjennom nettverkets arbeid i perioden 2011-2015. Rådene knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester gjengis her²⁸:

- Folkehelse må sees tettere opp mot miljø og bærekraft, og kommuner må sikres tilgang til spesialisthelsetjenestens kunnskap innen forebygging og folkehelse.
- Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester.

- Kommuner og sykehus må utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem der også allmennlegetjenester og akutttilbud i kommunene er integrert.
- Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning for å bygge «Pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene.
- Det bør innføres felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.

5.6 Om utviklingstrekk basert på evaluering av Omsorgsplan 2015

Evaluering²⁹ av omsorgsplan 2015 viser at de kommunene som har utviklet et godt planverk raskere kan planlegge for og tilpasse seg endrede omsorgsbehov i befolkningen. I planperioden har antall årsverk økt med 12 769, noe som er høyere enn måltallet på 12 000 nye årsverk. Det satses mer på bygging av omsorgsboliger enn sykehjem i kommunene.

5.6.1 Kommunale omsorgsplaner gir bedre tilpasning til endringer i omsorgsbehov
Evaluering av omsorgsplan 2015 viser at de kommunene som har utviklet et godt planverk raskere kan planlegge for og tilpasse seg endrede omsorgsbehov i befolkningen enn de kommunene som ikke har gjort det. Lokale omsorgsplaner har en positiv effekt på omstillingsevnen. Årsverksveksten er om lag 4,2 prosent høyere i kommuner som utarbeidet en omsorgsplan enn i de som ikke gjorde det. Tilnærmet alle lokale omsorgsplaner var datert etter at OM 2015 trådte i kraft i 2006, og de fleste gjaldt fra 2011. Evalueringen konkluderer derfor med at OM 2015 har stimulert til utvikling av lokale omsorgsplaner.

²⁸ Råd for vegen videre. Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, desember 2015.

²⁹ Sluttrapportering fra resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Forskningsrådet 2015.

Erfaringsbasert kunnskap fra fylkesmennenes rapportering på Omsorgsplan 2015/2020³⁰ viser at det er aktivitet knyttet til omsorgsutfordringer i kommunenes planverk i alle fylkene. Læringsnettverk og dialogmøter ser ut til å være en metode for styring, læring og utvikling som brukes av flere fylkesmenn.

5.6.2 Økning i årsverk og omsorgsplasser

De siste 20 årene har det vært nesten en dobling i antall årsverk i omsorgstjenestene, og det har også vært en klar økning etter at OM 2015 ble iverksatt. Fra 2008 til utgangen av 2014 har det vært en økning på 12 769 årsverk. Dette betyr at målet for Omsorgsplanperioden ble nådd allerede i 2014.

Utviklingen i antall tilskudd til plasser i omsorgsboliger og sykehjem som er beskrevet i evalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at det har skjedd en betydelig økning i antall tilskudd i 2014. Husbankens kartlegging av forventede prosjekter tyder på at målet om å gi tilskudd til 12 000 nye enheter i planperioden blir oppfylt. Det viktigste virkemiddelet for å oppnå målet om 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser var investeringstilskuddet administrert av Husbanken.

5.6.3 Omsorgsbolig fremfor sykehjem – mer differensierte og spesialiserte tjenestetilbud

Evalueringen viser at i de senere årene har det foregått en differensiering i bruken av det institusjonsbaserte tilbudet i norske kommuner. Det samme kan sies om hjemmetjenestene.

Nye tilbud har fått plass og nye brukergrupper mottar tjenester. De fleste av kommunene i utvalget fra undersøkelsen bygde i planperioden plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem. Kommunene hevdet at omsorgsboliger er et alternativ som passer godt for personer i ulike alders- og brukergrupper. Her ble spesielt yngre brukere nevnt. Personer med psykisk utviklingshemming, unge funksjonshemmede og multifunksjonshemmede brukere samt yngre personer med sammensatte lidelser, ble nevnt som viktige brukergrupper i omsorgsboliger. I flere kommuner ble det også påpekt at økonomiske avveininger var en viktig årsak til å satse på bygging av omsorgsboliger fremfor sykehjem. Det ble hevdet at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjems plasser med heldøgns bemanning.

Undersøkelsen dokumenterer også hvordan differensierings- og spesialiseringsprosessene har nådd hjemmetjenestene. Rehabilitering, palliativ omsorg, differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, neurologiske

³⁰ Fylkesmennenes års rapportering 2014

lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer - er blitt en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommuner. Gjennom økningen av yngre brukergrupper i hjemmetjenesten har denne utviklingen vært kjent i snart ti år. Undersøkelsen utdyper bildet ved å vise hvordan hjemmetjenestene også faglig differensieres og spesialiseres, med de følger det kan få for målforskyvning og ressursfordeling mellom tjenestemottakere.

Evalueringen undersøkte hvordan differensierings- og spesialiseringsprosesser i institusjoner og hjemmetjenester formes i kommuner av ulike størrelse. Bildet er entydig, og ikke overraskende: Tjenestene i større kommuner får mer og mer preg av spesialisering, mens tjenestene i de mindre kommunene nok kan inneholde spesialiserte tilbud når det trengs, men da som regel innenfor rammen av en generalisttilnærming.

Videre planer for bygg med søknad om investeringstilskudd i kommunene, viser at kommunene også i tiden fremover ønsker å bygge omsorgsboliger fremfor sykehjem. På spørsmål om hvilke brukergrupper det bygges for, nevnes psykisk utviklingshemmede, multifunksjonshemmede og personer som har spesielle behov. Personer med demens og med somatiske lidelser nevnes også. Det bygges også boliger for psykisk syke, personer med rusproblemer og økonomisk vanskeligstilte.

Aldersgrupper	Prosentandeler	Pasientgrupper	Prosentandeler
<25 år	23	Psykisk utviklingshemmede	32
25-67 år	26	Annen funksjonshemming	14
>67 år	51	Demente	20
		Psykiske lidelser	7
		Rus og avhengighet	2
		Andre (i hovedsak eldre/som. lidelser)	25

5.7 Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 - 2015

Tjenestene har hatt en omfattende utvikling, men økte brukerforventninger og nye oppgaver, med påfølgende behov for økt kompetanse og stadig mer spesialiserte tilbud, dette gjør at tjenestene fremdeles oppleves å være «på strekk».

Senter for omsorgsforskning har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, undersøkt hvordan tilstanden er nå 10 år etter rapporter fra Helsetilsynet i perioden 2003 til 2005 om kommunale helse- og omsorgstjenester. Her gjengis sammendrag av rapporten fra Senter for omsorgsforskning³¹:

Helsetilsynet ga i 2003 ut en rapport som slo fast at det var et hierarki i kommunenes helse- og omsorgstjenester der tjenestemottakere i sykehjem i større grad fikk dekket sine behov enn tjenestemottakere i omsorgsbolig, som igjen fikk sine behov bedre dekket enn tjenestemottakere som bodde i eget hjem. I 2005 kom en rapport basert på reanalyse av resultatene fra 2003. Det ble her slått fast at tjenestene opplevdes å være «på strekk», ved at kommunene fikk tilført nye brukergrupper og nye oppgaver i et større tempo enn de klarte å bygge ut tilbud om tjenester og kompetanse.

Senter for omsorgsforskning har gjennomført et forprosjekt for å se på utviklingen fra 2003 og frem til i dag. Hovedformålet har vært å analysere utviklingstrekk i de kommunale tjenestene og gjøre en vurdering av om tjenestene fremdeles er «på strekk». Prosjektet består av en litteraturgjennomgang og en intervjuundersøkelse blant 44 ledere for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Litteraturgjennomgangen viser at det har vært en betydelig utvikling i tjenestene fra 2003 frem til i dag, både når det gjelder omfang og innhold. Med hensyn til omfang har veksten skjedd i hjemmetjenestene, mens antall brukere av omsorgsboliger og institusjoner har holdt seg stabilt. Veksten i hjemmetjenestene skyldes i hovedsak økning i antall brukere under 67 år. Hjemmetjenestene utgjør nå det største tjenestevolumet når det gjelder både kostnader og brukere. Tjenestene har også hatt en utvikling med økt spesialisering av tjenester for ulike brukergrupper både i institusjonsbaserte tjenester og i hjemmetjenesten.

Samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning på tjenestenes utvikling fra den trådte i kraft i 2012. Kommunene har fått nye oppgaver og medisinsk sett mer krevende pasienter. Dette stiller store krav til utbygging av tjenestene, men også til oppbygging, innhold og rekruttering av kompetanse.

Intervjuene med lederne viser at de i hovedsak bedømmer tjenestene som tilstrekkelig, både når det gjelder tilgang og kvalitet. Alt i alt vurderes tjenestene i omsorgsbolig og sykehjem som tilstrekkelige for alle de vurderte omsorgsområdene. **Hjemmetjenestene ble vurdert som noe mindre tilstrekkelig enn institusjonstjenestene, dette gjaldt særlig hjelp til mat og**

³¹ Er tjenestene fortsatt på strekk? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 – 2015. Bjørg Dale, Bjarne Folkestad, Oddvar Førland, Ragnhild Hellesø, Aud Moe og Maren Sogstad. Senter for Omsorgsforskning november 2015.

måltider, aktivitet og sosiale tiltak. Når det gjelder ulike brukergrupper er det særlig brukere med psykisk utviklingshemming som skiller seg ut ved at denne brukergruppen, i følge lederne, i større grad mottar tilstrekkelige tjenester enn de andre brukergruppene. Personer med rusproblemer blir vurdert å ha det minst tilstrekkelige tjenestetilbudet.

Lederne vurderer at brukermedvirkning er godt ivaretatt. De mener videre at brukernes behov for endringer i tjenestene blir godt fanget opp slik at tjenestetilbudet kan tilpasses etter behovet. På spørsmål om tjenestene støtter opp om brukernes behov er svarene mer delt. Noen mener at tjenestene er gode på dette området, mens andre vurderer dette som noe dårlig.

De fleste lederne i undersøkelsen oppga at det fantes en plan for kompetanseutvikling og rekruttering i deres kommune, og at en rekke kompetansehevende tiltak var igangsatt. Litteraturgjennomgangen tyder imidlertid på at dette langt fra er tilfelle generelt i kommunene, og det kan se ut til at planene er lite kommunisert og kjent blant de ansatte.

I utgangspunktet kunne det se ut som at behovet for kompetanse var relativt godt dekket i de deltagende kommunene. Likevel oppga de fleste lederne at de hadde relativt stort behov for rekruttering av helsepersonell med ulik type utdanning, spesielt sykepleierutdanning og helsearbeidere med videreutdanning, som svar på utvikling i tjenester og endring i brukergrupper. Dette er også i samsvar med funn i den oppsummerte litteraturen. Det ser ut som om det fortsatt er store utfordringer når det gjelder å sikre tilstrekkelig kompetanse for å møte dagens og fremtidens omsorgsutfordringer i kommunene.

Et flertall av kommunene har hatt en helhetlig gjennomgang av sine tjenester. Lederne uttrykte at det er et stort behov for en slik gjennomgang for å sikre at de utfører lovpålagte oppgaver. Videre påpekte de at en slik gjennomgang også er viktig for å avgrense og tydeliggjøre oppgavene kommunen skal løse. De mener det er viktig for ansatte å ha en enhetlig forståelse av nivået på tjenestene. Flere kommuner formaliserer dette gjennom serviceerklæringer.

Det var en klar oppfatning blant kommunale helse- og omsorgsledere i vårt panel at det har foregått til dels store endringer i sektoren siste 10 år. Endringene er i hovedsak knyttet til nye og komplekse oppgaver, som gir behov for økt kompetanse. De opplever også at det stadig er tøffere økonomiske prioriteringer og at forventningene til tjenesten har økt.

Alt i alt viser dette forprosjektet at tjenestene har hatt en omfattende utvikling, men at økte brukerforventninger og nye oppgaver, med påfølgende behov for økt kompetanse og stadig mer spesialiserte tilbud, gjør at tjenestene fremdeles oppleves å være «på strekk».

6 BEMANNING OG KOMPETANSE

I perioden fra 2007 til 2014 (planperioden for Kompetanseløftet 2015) har det vært en vekst i årsverk innenfor brukerrettet pleie- og omsorg. Det er over 16 000 nye årsverk³². Andelen uten helsefaglig utdanning har gått ned, selv om antallet har økt litt. Den store forskjellen er at det er flere nye ansatte med høyere utdanning (universitet og høgskole). Undersøkelser viser at organisering, ledelse og kultur har betydning for ressursbruk, og gir støtte til satsing på hjemmebasert omsorg.

Økningen i antall sykepleierårsverk har vært særlig høy. Det har vært en økning av behovet for spesialiserte sykepleiere inne pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. I mange kommuner blir stillinger for helsefagarbeidergruppen gjort om til sykepleierstillinger der det er mulig. En studie av samhandlingsreformens konsekvenser for kommunehelsetjenesten viser at det har blitt flere sykepleieroppgaver i pleie- og omsorgssektoren og et behov for mer medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse i flere kommuner.

Ergoterapeutårsverk har økt med over 300 årsverk mellom 2007-2014. I 2014 er det 976 årsverk innen brukerrettet pleie og omsorg. Det er liknende tendens for fysioterapeutårsverk, der antall årsverk har økt fra 285 i 2007 til 425 i 2014.

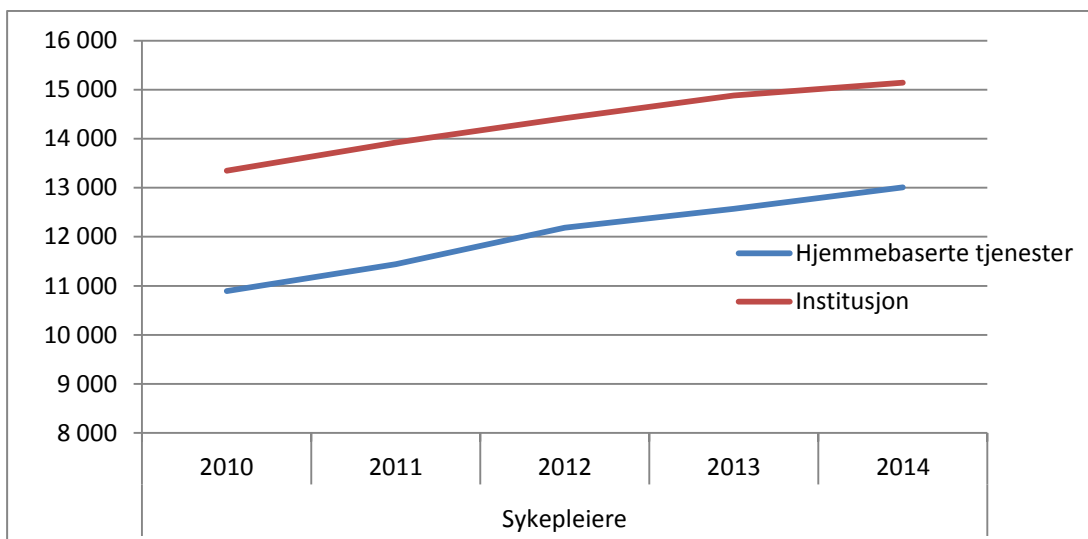
6.1 Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester - fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon.

I figurene under vises hvor i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester årsverkene utføres for sykepleiere, helsefagarbeidergruppen og gruppen uten helsefaglig utdanning. Utviklingen for disse tre gruppene har vært forskjellig de siste årene. Som tidligere nevnt har det blitt mange nye sykepleierårsverk i pleie- og omsorgstjenester. I noen kommuner blir deltidsstillinger for helsefagarbeidere gjort om til heltidssykepleierstillinger. Det har særlig vært en økning av årsverk for sykepleiere og spesialsykepleiere i kommunenes kortids-

³² Årsrapport 2014 for Omsorgsplan 2015

/rehabiliterings-avdelinger³³. Mellom 2010 og 2014 har det vært en vekst i antall årsverk i både i institusjon³⁴ og i hjemmebaserte tjenester³⁵. Økningen innenfor institusjon har flatet ut litt mellom 2013 og 2014, men sett under ett er det blitt omtrent 1 800 flere sykepleierårsverk i institusjon innen brukerrettet pleie- og omsorgstjenester. Det tilsvarende tallet innen hjemmebaserte tjenester er 2 100 årsverk.

Figur 10.1. Sykepleierårsverksutvikling i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon



Kilde: SSB

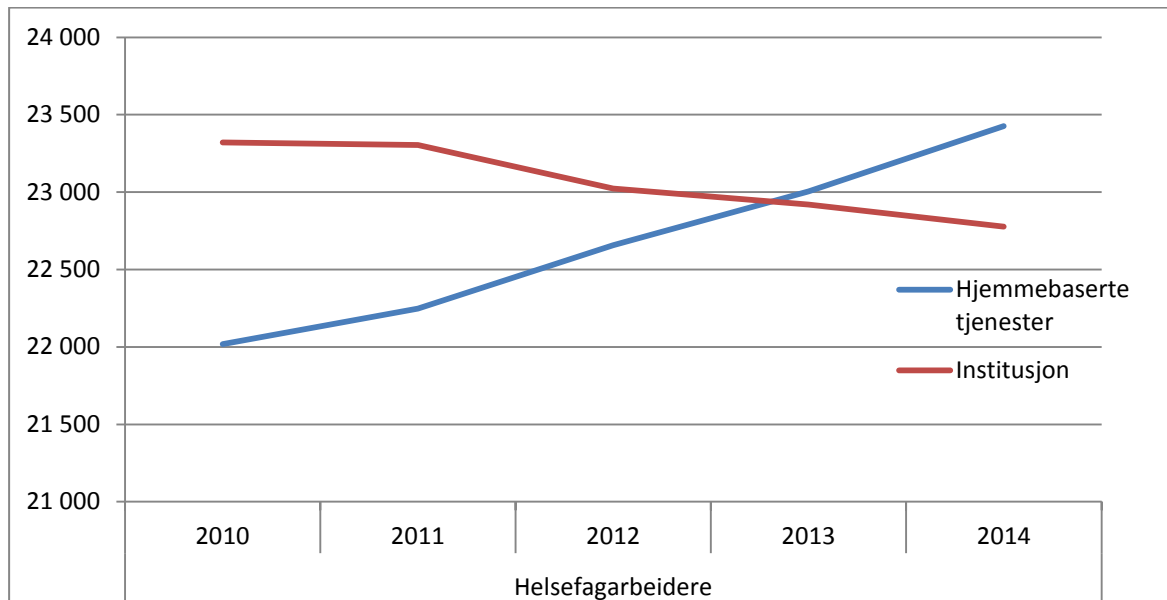
Det har derimot vært en endring i hvor helsefagarbeiderne jobber. I 2010 ble de fleste helsefagarbeiderårsverkene utført innen institusjon, mens det i 2014 var flere årsverk innen hjemmebaserte tjenester. Årsverk for helsefagarbeidere på institusjon har sunket med ca. 550 årsverk, mens innen hjemmebaserte tjenester blir det utført 1 410 årsverk mer i 2014 enn det ble i 2010.

³³ Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382.

³⁴ Institusjon er KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

³⁵ Hjemmebaserte tjenester består av KOSTRA-funksjonene 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse og 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Figur 10.2. Årsverksutvikling innen helsefagarbeidergruppen i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon.



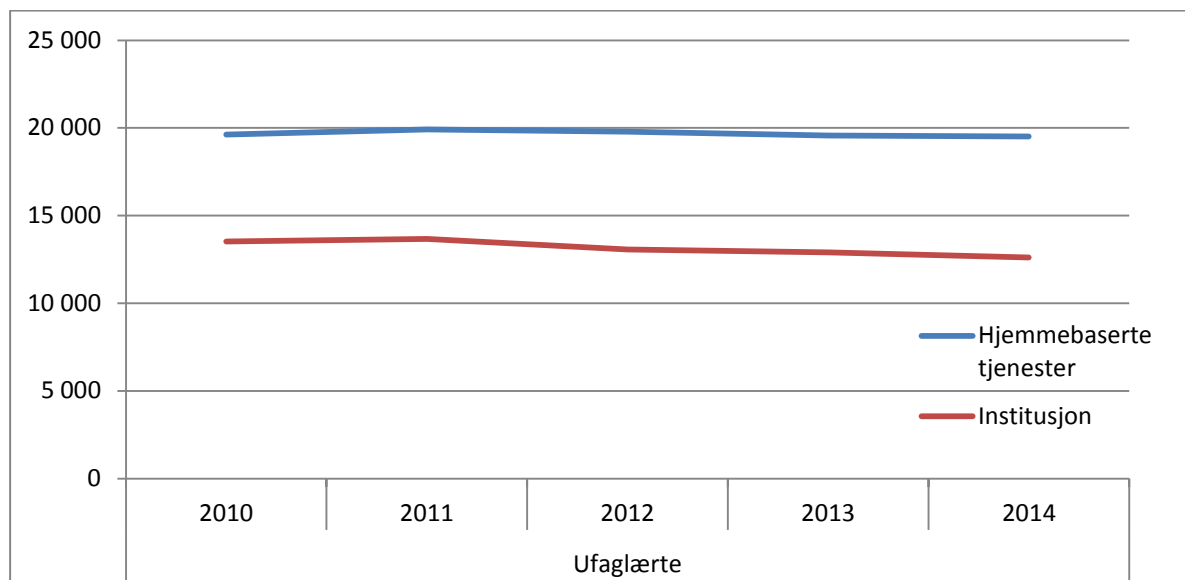
Kilde: SSB

Det har i perioden mellom 2010 og 2014 blitt færre årsverk utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning både i hjemmebaserte tjenester og på institusjon. Nedgangen for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning innen hjemmebaserte tjenester er kun litt over 100 årsverk i hele perioden, mens den har vært noe større for årsverk utført på institusjon. Her er nedgangen på mer enn 900 årsverk.

Høyere kompetanse bidrar til å gjøre tjenestene virkningsfulle, trygge og sikre ved at behov identifiseres og rett behandling gis. Forskning viser at høy kompetanse i hjemmetjenestene kan forutsi og utsette innleggelse på sykehjem³⁶.

³⁶ *Home care patients in four Nordic capitals - predictors of nursing home admission during one-year followup.* Source: Journal of multidisciplinary healthcare. 3:11-8, 2010

Figur 10.3. Årsverksutvikling for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjon.



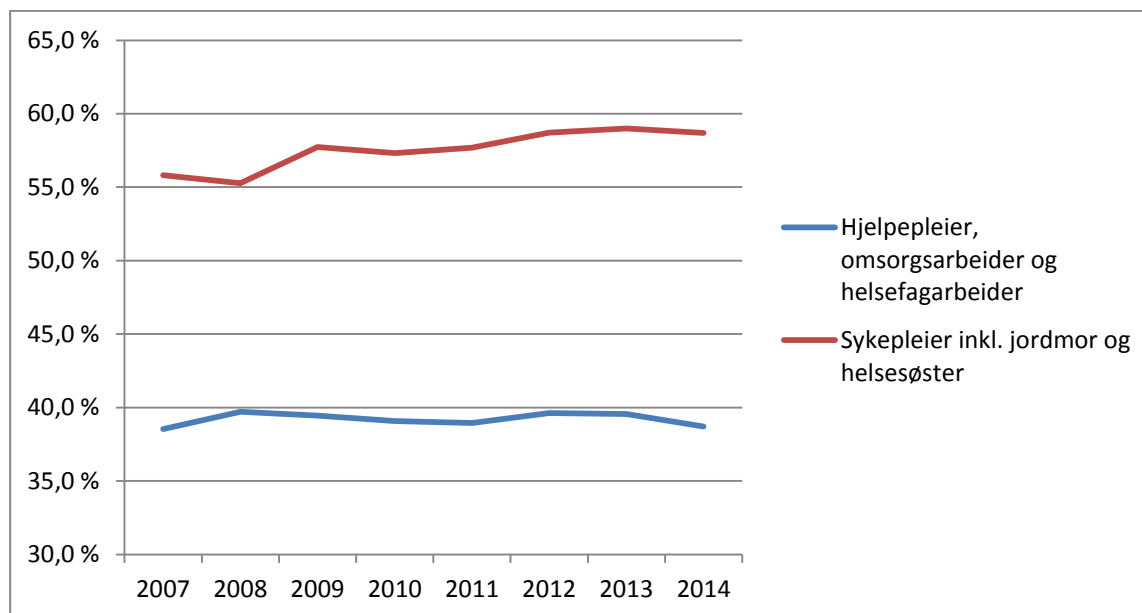
Kilde: SSB

6.2 Tendens til økt bruk av deltid

De kommunale omsorgstjenestene har vært preget av mange små stillinger, utstrakt bruk av vikarer og midlertidige arbeidsforhold. Gjennom Kvalitetsavtalen har Regjeringen og KS forpliktet seg til å legge forholdene til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger, og flere forsøk og prosjekter er gjennomført med dette som formål.

Til tross for innsatsen er det registrert en økning i deltidsbruken blant gruppene helsefagarbeidere og sykepleiere siste året. I tabellen under er heltidsstilling definert som minst 30 timer i uken. Bare 38 prosent av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har heltidsstilling. Dette er en nedgang fra 2013 da andelen var 39,6 prosent. For sykepleiere er tilsvarende tall 58,7 prosent. Dette er en liten nedgang fra 2013.

Figur 10.4. Gjennomsnittlig avtalt arbeidstid for utvalgte utdanningsgrupper i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste 2007 og 2011-2014. Prosent



Kilde: SSB 2015

6.3 Variasjon i rollen som pådrivere for kunnskapsutvikling

Utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester (USH, UST og USHT) er en fylkesvis struktur av sentre med et overordnet mål om å drive kunnskapsutvikling knyttet til primærhelsetjenestene sykehjem og hjemmetjenester i kommuner. Det er i dag 38 sentre til sammen. De har to hovedfunksjoner: De skal drive lokalt utviklingsarbeid med utgangspunkt i opplevde kommunale behov og de skal være pådrivere for at statlig politikk iverksettes i kommunene. Sentrene er en del av K2015 som er Regjeringens plan for kompetanseheving i helse og omsorg. K2015 er på sin side en del av Omsorgsplan 2015.

En nylig gjennomført evaluering³⁷ av utviklingscentrene viser at det foregår mye bra utviklingsarbeid for bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Det er stor variasjon i hvordan sentrene utøver sin rolle. Evalueringen viser at læringsnettverk ser ut til å være en mye brukt metode for læring, utvikling og spredning for de aller fleste av utviklingscentrene.

Eksempler på utviklingscentrenes bidrag i kvalitetsarbeidet i sektoren i 2014 er satsing innen legemiddel håndtering og velferdsteknologi, mange rapporterer om innsats innen lindrende

³⁷ Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm, Lars Chr. Monkerud og Rannveig Røste **Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester** Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015

behandling og omsorg ved livets slutt, og det meldes om innsats innen hverdagsrehabilitering. I tillegg er områdene demens, aktiv omsorg og ernæring gjennomgående satsninger for flertallet av utviklingssentrene.

6.4 **Betydningen av organisering, ledelse og kultur for ressursbruk**

For å forstå mer av hva som driver ressursbruken i de enkelte kommunene er det gjort en studie knyttet til organisering, ledelse og kultur som kan påvirke ressursbruk. Dette er faktorer som alle kommuner har mulighet til å gjøre noe med. Kunnskapen er viktig for å forstå hvordan det er mulig å få et bedre og mer likeverdig helsetilbud ut av de gitte ressursene. Basert på undersøkelsen³⁸ fremstår følgende forhold knyttet til organisering, ledelse og kultur som de viktigste for ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren:

- Sterk satsing på hjemmetjenester
- Riktig dimensjonering av bofellesskap
- Tett organisatorisk integrasjon mellom bofellesskap og dagsenter
- Forutsigbar, enhetlig og stram forvaltningspraksis
- Nærhet og samhandling mellom bestillerfunksjon og hjemmetjenesten
- Samarbeid på tvers av organisasjonen som preges av respekt og gjensidig tillit
- Visjonære ledere med tydelige verdier som går foran som rollemodeller
- Nær og velfungerende relasjon mellom politisk og administrativ ledelse som tilrettelegger for faglig dialog om utviklingen av tjenesten.

³⁸ Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren – Betydningen av organisering, ledelse og kultur. PWC rapport, juni 2015.

7 NYE FAGLIGE METODER

Nye faglige metoder preges av økt oppmerksomhet på helsefremmende og forebyggende arbeid. Satsing på gode pasientforløp i kommunene retter fokus på mobilisering av brukernes egne ressurser. Det er vekst i forebyggende hjemmebesøk til eldre, og en modell er utviklet som et verktøy for kommunene som ønsker å starte med forebyggende hjemmebesøk. Det er 28 prosent av norske kommuner som har innført hverdags-rehabilitering.

Utviklingsprogram for miljøbehandling har mål om å utvikle en personsentrert demensomsorg i praksis. Metodene som prøves ut er blant annet rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen), Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentret omsorg, strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå og Marte Meo praktikerutdanning. Erfaringer fra programmet viser at de ulike metodene både kan brukes hver for seg, men også med fordel kan brukes sammen slik at de sentrale elementene fra hver metode kombineres.

Nyere studier av miljøbehandling med sang og musikk viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang, musikk m.v. systematisk og terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens, og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter.

7.1 Gode pasientforløp i kommunene

Gode helhetlige pasientforløp som beskriver både den kommunale delen av et forløp, forløpet i sykehus og overgangene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil bidra til at pasienter opplever god kvalitet og samhandling i tjenestene. Kommuner fra hele landet deltar i læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp, i regi av KS med bistand fra Kunnskapscenteret. Sykehusenes arbeid med pakkeforløp og standardiserte pasientforløp er en del av de helhetlige pasientforløpene.

Arbeidet har fokus på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» for pasienter og brukere, der kommunale tjenester tilpasser seg brukernes behov, slik at pasientene er i stand til å greie

seg mest mulig selv. Man ønsker å mobilisere brukerens egne ressurser og motivasjon mot et ønsket resultat, lytte til brukernes stemme, involvere dem og gi rom for medbestemmelse når det gjelder retningen i eget liv. Satsingen tar utgangspunkt i en studie fra Trondheim/Orkdalregionen som viste at diagnose ikke var et egnet utgangspunkt for å lage gode pasientforløp for eldre som overføres fra sykehus til hjemmetjenesten. Forskerne anbefalte derfor et felles pasientforløp med en pasientsentrert tilnærming ut fra funksjonsnivå, sosial situasjon og pasientens egne behov og ønsker. Dette er tatt inn i læringsnettverkene. Studien viste for øvrig at innføring av komplekse intervensjoner må følges opp over lang tid for å sikre at de blir implementert i daglig arbeid og får ønsket effekt. KS har søkt midler til følgeforskning på videreføring av nettverkene for å sikre læring for en mer målrettet prosess.

7.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre

En nasjonal kartlegging fra 2013³⁹ viser at 25 prosent av landets kommuner hadde etablert et tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre. 52 prosent av alle som fikk tilbud tok i mot besøk. Kommunene benyttet i all hovedsak sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i samtalene. De temaene som ble hyppigst tatt opp var sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, grad av selvhjelpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler, interesser og aktiviteter, mosjonsvaner og mental helse. I henhold til kartleggingen resulterte 31 prosent av besøkene i anbefaling om henvisning til behandling eller videre tiltak. Erfaring fra en kommune viser at 2/3 av de som takket nei til tilbudet mente de var for friske. Dette indikerer behov for tydeligere å kommunisere det helsefremmende og forebyggende formålet med hjemmebesøkene⁴⁰.

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt ansvaret for gjennomføringen av et treårig utviklingsprogram, der seks regionale utviklingsprosjekter har utviklet og prøvd ut metodikk. Erfaringene fra prosjektene er i 2015 sammenstilt i en modell som er laget som et verktøy for kommunene som ønsker å starte med forebyggende hjemmebesøk. Modellen sammenfatter en tradisjonell måte å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk og vil videreutvikles i 2016. Blant annet vil det være interessant å se på erfaringene fra prosjektet som har hatt et gruppetilbud til kommunens 75 åringer og tilbud om individuelt forebyggende hjemmebesøk til personer i risikogrupper. Det er også verdt å merke seg at det er fremmet et forslag om lovendring i Danmark, hvor aldersgrensen for det årlige tilbakevendende hjemmebesøket heves fra 75 til 80 år. Dog skal alle borgere fortsatt ha

³⁹ Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse, Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 7/2014

⁴⁰ «Friskere liv med forebygging». Rapport fra spørreundersøkelse Grimstad, Kristiansund, Songdalen kommuner. September 2014. USHT Aust-Agder og USHT Vest-Agder

tilbud om et forebyggende hjemmebesøk ved fylte 75 år, og kommunen forpliktes til å tilby forebyggende hjemmebesøk etter behov til personer mellom 65 og 79 år som er i særlig risiko for å få nedsatt sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne. Forslaget åpner videre opp for at kommunene kan erstatte individuelle forebyggende hjemmebesøk med et gruppetilbud, der hvor det kan være hensiktsmessig.

7.3 Hverdagsrehabilitering

Det er så langt lite forskning publisert når det gjelder helseeffekt og økonomisk effekt av hverdagsrehabilitering. Dette understøttes av en fersk, svensk ⁴¹kunnskapsoppsummering. Den forskningen som er utført vedrørende brukernes helseeffekt er inkonsistent og lite robust. Når det gjelder økonomisk effekt er resultatene mer entydige i favør av hverdagsrehabilitering, selv om forskningen er mindre i omfang.

I perioden 2013 - 2015 har 47 kommuner deltatt i et nasjonalt prosjekt for utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Prosjektet følge evalueres og rapport foreligger i mai 2016. Her blir også ulike modeller beskrevet. Ett av spørsmålene som evalueringen skal gi svar på, er hvorvidt noen modeller fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene for rehabiliteringsprosessene. Foreløpig rapport fra følgeforskningen viser ⁴² at i skrivende stund har 28 % av norske kommuner innført hverdagsrehabilitering. Innføringen har skjedd i løpet av de siste tre og et halvt år.

7.4 Miljøbehandling

7.4.1 Utviklingsprogram for miljøbehandling som en del av Demensplan 2015

I perioden 2009 – 2011 gjennomførte en sammenslutning bestående av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehus Innlandet HF, et utviklingsprogram for miljøbehandling (Miljøprogrammet) som en del av "Demensplan 2015". Hovedmålsettingen med miljøprogrammet var å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens, kan bedres. Ulike metoder ble prøvd ut i en rekke utviklingsprosjekter. En felles overbygning for de metoder som ble brukt i programmet var **personsentrert omsorg**, et verdigrunnlag som er bredt anbefalt innen demensomsorgen.

Miljøprogrammet besto av flere delprosjekter:

⁴¹ Pettersson og Iwarsson, 2015

⁴² Foreløpig rapport fra følgeevaluering; Hverdagsrehabilitering for hjemmeboende personer: en følgeevaluering. November 2015. Unntatt offentlighet

- Utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen)
- Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for utvikling av personsentrert omsorg
- Strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå
- Marte Meo praktikerutdanning
- Etablering av fagnettverk innen miljøbehandling
- Kartlegging av kompetansemiljøer og metoder som er i bruk i praksis

Erfaringene fra oppsummeringen av prosjektene i miljøprogrammet⁴³ som med forskjellige metoder hadde som mål å utvikle en personsentrert demensomsorg i praksis, viser at de ulike metodene både kan brukes hver for seg, men også med fordel kan brukes sammen slik at de sentrale elementene fra hver metode kombineres.

I VIPS praksismodell for personsentrert omsorg brukes VIPS rammeverket, som presiserer hva personsentrert omsorg innebærer, i praksis. Metoden gir systematisering av refleksjonen rundt hva som er personsentrert omsorg for den enkelte. Perspektivet til personen med demens blir spesielt løftet fram. Metoden gir et konkret oppsett med klare roller for konsensumøter/fagmøter som gjennomføres i personalgruppen minimum en gang hver annen uke, og vektlegger konkrete gjennomførbare tiltak med evaluering.

Fra prosjektet med strukturert miljøbehandling har en positive erfaringer med bruk av verktøy for dokumentasjon av den enkelte pasients miljøtiltak i behandlingsplaner samt planverktøy for organisering av miljøbehandlingstiltalene i dags- og ukeplaner. Disse verktøyene sikrer at de tiltak en blir enige om, settes ut i praksis.

Dementia Care Mapping (DCM) er en metode for evaluering og utvikling av personsentrert demensomsorg ved hjelp av observasjoner og veiledning av personalet. Metoden er egnet til å initiere endring og følge den opp over tid, for eksempel en til to ganger i året.

Marte Meo veiledning er en godt egnet metode til å veilede personalet om kommunikasjon og samhandling med enkeltpasienter. Prinsippene for funksjonsstøttende kommunikasjon som er hovedbasis i denne veiledningen er helt i tråd med prinsippene for personsentrert omsorg. I alle prosjektene er det erfart at god forankring og involvering i prosjektet fra lederne i den enkelte institusjon, er avgjørende for en vellykket gjennomføring av tiltakene.

Oppsummeringen av delprosjektene viste at spekteret av miljøbehandlingstiltak som er i bruk er bredt og spenner fra generelle trivselstiltak til individuelt tilpasset behandling basert på kartlegging og utredning. Kompetansemiljøer på miljøbehandling finnes og har god geografisk spredning. Ikke minst utgjør spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri en ressurs overfor kommunene. Klinisk virksomhet kombineres med kunnskapsutvikling og formidling. Delprosjektet om fagnettverk for miljøbehandling viste nytteverdi av nettverkssamarbeid mellom kommuner.

Miljøprogrammet videreføres som en del av Demensplan 2015. Det jobbes nå med å prøve ut og spre kompetanse om hvordan de fire metodene Dementia Care Mapping, VIPS

⁴³ *Bedre hverdag for personer med demens* - Rapport fra utviklingsprogram for miljøbehandling. Forlaget Aldring og helse 2012

praksismodell, Marte Meo og strukturert miljøbehandling kan brukes til å implementere personsentrert omsorg og være basis for valg av miljøbehandling.

7.4.2 Miljøbehandling med musikk og sang

Det er dokumentert at personer som deltar i kulturaktivitet «opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet sitt og har mindre forekomster av angst og depresjon» (materiale fra HUNT3-undersøkelsen: Cuypers, Koenraad et al, 2011). Miljøtiltak og nye måter å møte pasientgrupper på har vist seg å virke positivt på behandling, livskvalitet, medikamentbruk og personellressurser. Nyere studier viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang, musikk m.v. systematisk og terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens, og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter. Slike tiltak kan også løfte fram ressurser hos den som mottar omsorg. Integrering av kulturelle tiltak i helsevesenet kan gi oppmuntring til pårørende og bedre ansattes tilfredshet i arbeidssituasjonen. Tilpasset bruk av slike virkemidler krever spesialkompetanse som musikkterapeut.

Det er behov for å samarbeide om, videreutvikle og utvikle nye utdanningstilbud. For å bidra til at kulturelle virkemidler blir etablert praksis i pleie- og omsorgssektorene, trengs det videre forskning. Forskningstemaer kan være effekt av kulturelle virkemidler på individ-, gruppe- og befolkningsnivå⁴⁴.

-
- ⁴⁴ (Myskja, A. (2005). *Metodebok – systematisk bruk av sang og musikk for ansatte*. Oslo: Unikum.
 - Myskja A. (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
 - Myskja, A. (2006). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase : to prosjekter i eldreomsorgen. I T. Aasgaard (Ed.), *Musikk og helse* (pp. S. 173-200). Oslo: Cappelen Fakta.
 - Myskja, A. (2007b). Musikk – kosttilskudd for kropp og sinn? I H. Bjørgan (Ed.), *Kultur former framtida* (S. 59-65). Oslo: Andrimne.
 - Myskja A. (2012). *Kunsten å dø*. Oslo: Stenersen.

Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.

8 UTVIKLING AV NY TEKNOLOGI

Velferdsteknologi gir gevinster som økt trygghet, økt mestring og større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende. Det er ingen snarveier til vellykket gevinstrealisering, dette krever grundig planlegging og oppfølging.

Mangelfulle løsninger med elektronisk pasientjournal gir farer for svikt i pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene på grunn av Et EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren er derfor foreslått av Helsedirektoratet tidligere i år i forbindelse med budsjettinnspill.

8.1 Velferdsteknologi

Helsedirektoratet presenterer i en fersk rapport⁴⁵ fra desember 2015 de første dokumenterte funnene fra deltagende kommuner i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det omfatter erfaringer fra totalt 34 kommuner. Funnene er basert på praktiske erfaringer og beregninger.

Basert på erfaringene anbefales følgende teknologityper integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenestetilbud:

- Varslings – og lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser (e-lås)

Erfaringene viser at det er en rekke faktorer som avgjør om innføring av velferdsteknologi vil lede til gevinst. En vellykket gevinstrealisering har ingen snarveier, men krever grundig arbeid med kartlegging, planlegging og oppfølging av gevinster. I rapporten presenteres gevinster basert på rapportering fra utviklingskommunene per oktober 2015.

⁴⁵ Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Velferdsteknologiprogrammet. Helsedirektoratet, IS-2416, desember 2015

8.1.1 Gevinster for tjenestemottaker, pårørende og ansatte

Kartlegging av gevinster ved bruk av velferdsteknologi viser at nytteverdi for tjenestemottaker varierer etter teknologiområde, men kartleggingen viser at gevinster som økt trygghet (reduert angst og stress), økt selvstendighet/mestring, og økt innsikt/kunnskap om egen sykdom går igjen. I tillegg rapporterer flere om økt frihet og økt aktivitetsnivå med mobil trygghetsalarm, varslings- og lokaliseringsteknologi samt «helsesjekk» (avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer).

De fleste prosjektene som har kartlagt gevinster for pårørende rapporterer om økt trygghetsfølelse. Økt trygghetsfølelse er en gevinst i seg selv og kan samtidig være en indikasjon på redusert psykisk belastning. Dette er en viktig gevinst fordi en vet at mange pårørende blir utslitte – en faktor som igjen kan lede til tjenesteinngang/opptrapping for bruker. Videre oppgis det en rekke andre effekter som indikerer redusert belastning, som at pårørende opplever mindre stress, sover bedre om natten og har færre bekymringer..

Der gevinster for ansatte er kartlagt kan disse kategoriseres i: Økt trivsel for den enkelte (mindre stress, roligere, økt trygghet i oppgaveløsning, bedre samarbeid/samhold, økt motivasjon), bedre arbeidsprosesser (bedre arbeidsflyt, mer forutsigbarhet, mer oversiktlig, økt effektivitet) og økt faglig kvalitet/kunnskap (økt kunnskap om velferdsteknologi blant ansatte, økt innsikt i tjenesten og arbeidsprosessene). Det er samtidig verdt å merke seg at noen ansatte rapporterer om utrygghet, usikkerhet og bekymring, da gjerne på vegne av tjenestemottaker. Økt kvalitet for ansatte kan måles indirekte gjennom sykefravær, men dette forholdet er ikke entydig.

Andre teknologiområder i pågående prosjekter viser også lovende nytteverdi, som for eksempel logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester, og digitalt tilsyn natt. Disse er omtalt i denne rapporten, men eventuelle anbefalinger vil vi komme tilbake til når det prosjekterresultatene foreligger.

De deltagende kommunene i nasjonalt velferdsteknologiprogram rapporterer også om **gevinster i form av spart tid og unngåtte kostnader**. Dette gir mulighet for å utnytte ressursene på en god måte og på den måten bidra til kvalitet i tjenesten. Potensialet her får vi mer kunnskap om etter hvert som resultater fra velferdsteknologiprogrammet foreligger.

8.2 EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren på kort- og mellomlang sikt.

Mangelfulle løsninger med elektronisk pasientjournal gir farer for svikt i pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene. Disse utfordringene er i hovedsak beskrevet for sykehjem og helsetjenester i hjemmet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fremkommer

gjennom flere utredninger og prosjekter⁴⁶. De eksisterende EPJ-systemene understøtter ikke arbeidsprosesser og helhetlige pasientforløp. De mangler muligheter for beslutningsstøtte og kvalitets-forbedringsarbeid. De inneholder heller ikke nødvendig struktur, terminologier og kodeverk som er et viktig grunnlag for å understøtte ovennevnte, og for enklere datafangst og innrapportering til sentrale helseregistre.

Trenden med raskere utskrivinger fra sykehus og flere behandlingsledd øker behovet for tilgang til pasientens journal for å gi trygge og sikre tjenester. Et EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren er derfor nødvendig⁴⁷.

⁴⁶ Utredningen om «En innbygger – en journal» fra Helsedirektoratet, rapport Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten – status, utfordringer og behov, IS2221, 2014, og forprosjektet EPJ i PLO i regi av KS som er pågående.

⁴⁷ 15-7622-21 Vedlegg 1 – store satsingsforslag, Helsedirektoratet desember 2015I

9 REFERANSELISTE

- Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382.
- Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien. Akershus universitetssykehus HF i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF, (Stavanger Universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, Barns Beste. IS-0522, november 2015
- Brukervalg i hjemmetjenesten (2013), jf. <http://www.ks.no/globalassets/sluttrapport-brukervalg-2013.pdf?id=15222>
- Daatland – foiler fra foredrag Helsedirektoratet desember 2015
- Demensplan 2020, side 19
- Demensplan 2020, side 7
- educational requirements and the use of coercion against people with intellectual disability. *Scandinavian*
- Eldreomsorg i Norden Nordens velferdssenter november 2015
- Ellingsen, K. E., Berge, K. og Lungwitz, D. (2011); Rule of law – wishful thinking? Exemptions from
- En kvalitativ studie av unge brukere i hjemmetjenesten, Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, rapportserie nr 4/2015
- Er tjenestene fortsatt på strekk? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 – 2015. Bjørg Dale, Bjarte Folkestad, Oddvar Førland, Ragnhild Hellesø, Aud Moe og Maren Sogstad. Senter for Omsorgsforskning november 2015.
-
- «Friskere liv med forebygging». Rapport fra spørreundersøkelse Grimstad, Kristiansund, Songdalen kommuner. September 2014. USHT Aust-Agder og USHT Vest-Agder Fylkesmennenes års rapportering 2014

- Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Velferdsteknologiprogrammet. Helsedirektoratet, IS-2416, desember 2015
- Gautun og Syse (2013): *Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene*; Rapport 8/2013, NOVA.
- Grimsmo og Magnussen (2015): *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*; NTNU
- Hagen UIO. Foil fra foredrag Helsedirektoratet desember 2015.
- Helsedirektoratet (2014): *Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord*; Rapport IS-0427, Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2015): *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret*; IS-0511
- *Home care patients in four Nordic capitals - predictors of nursing home admission during one-year followup*. Source: Journal of multidisciplinary healthcare. 3:11-8, 2010
- *Bedre hverdag for personer med demens* - Rapport fra utviklingsprogram for miljøbehandling. Forlaget Aldring og helse 2012
- <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/147833>
- <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278769>.
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Nyheter/Impone+rt+over+sykehjemsatsing.3400.cms>
- https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2015_5_innbyggerundersokelsen_2015_hva_mener_innbyggerne.pdf
- <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Helse%20og%20omsorg/Eldreomsorg/Sykehjem%20og%20dagsenter/Alle%20sykehjem/P%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%202014.pdf>
- <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Kvalitetsindikatorer%20i%20sykehjem%202-2014.pdf>
- <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Brukerunders%C3%B8kelsen%20i%20hjemmetjenesten%202014.pdf>
- <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Brukerunders%C3%B8kelsen%20i%20hjemmetjenesten%202014.pdf>

[%20Helse%20og%20sosial/Beboerunders%C3%B8kelsen%20p%C3%A5%20sykehjem%202014.pdf](#)

- <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Kvalitetsindikatorer%20i%20sykehjem%202-2014.pdf>
- Hverdagsrehabilitering i norske kommuner (2014), jf. <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomr%C3%A5de/ny-mappe/ks---hverdagsrehabilitering---sluttrapport-endelig.pdf>
- Johansen, Inger; Lindbæk, Morten; Stanghelle, Johan K & Brekke, Mette (2012). Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study.
- *Journal of Disability Research*. 2010, iFirst article, 1-16.
- Kilde: www.kunnskpasbasertpraksis.no
- Kommunale avlastningstilbud, NOVA rapport 12/14
- Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Eiliv Mørk. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2015/42
- *Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm, Lars Chr. Monkerud og Rannveig Røste* **Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester** Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015
- (Myskja, A. (2005). *Metodebok – systematisk bruk av sang og musikk for ansatte*. Oslo: Unikum.
- Myskja A. (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2006). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase : to prosjekter i eldreomsorgen. I T. Aasgaard (Ed.), *Musikk og helse* (pp. S. 173-200). Oslo: Cappelen Fakta.
- Myskja, A. (2007b). Musikk – kosttilskudd for kropp og sinn? I H. Bjørgan (Ed.), *Kultur former framtida* (S. 59-65). Oslo: Andrimne.
- Myskja A. (2012). *Kunsten å dø*. Oslo: Stenersen.
- Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.).
- NAKU (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemmede. NAKU, Trondheim
- Nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens, 2014. Rapport fra nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Juni 2015.
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, IS-1162 Veileder, Helsedirektoratet 2005

- Notat fra Helsedirektoratet til HOD om forsvarlighet i utskrivningsklare pasienter, datert 25.2.2015
- Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009 – 2012, rapport fra Helsetilsynet 1/2014
- Otnes og Haugstveit (2015): *Kommunal variasjon i omsorgstjenester*; Rapporter 2015/44
- Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren – Betydningen av organisering, ledelse og kultur. PWC rapport, juni 2015.
- Hemtjänst, vård och omsorgsboende, eller mitt emellan? Ett kunnskapsgrunnlag för planering av morgendagens äldreomsorg. Rapport 2015:8
- Samhandlingsstatistikk 2015 – (kapittel om hjemmetjenester)
- Sluttrapportering fra Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Forskningsrådet oktober 2015.
- Utredningen om «En innbygger – en journal» fra Helsedirektoratet, rapport Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten – status, utfordringer og behov, IS2221, 2014, og forprosjektet EPJ i PLO i regi av KS som er pågående
- www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
- [«Erlig talt: mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatisk sykehjem i Østfold \(hiof.no\)](http://erlig.talt.no)
- Årsrapport 2014, Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet, desember 2015.
- IS-2411 Årsrapport for 2014 fra Utviklingssenter for hjemmetjenester Oslo kommune, sak 14/5372
- 15-7622-21 Vedlegg 1 – store satsingsforslag, Helsedirektoratet desember 2015



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no