

Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016

Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren

Publikasjonens tittel: Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016

Utgitt: 3/2017

Publikasjonsnummer: IS-2613

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

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	6
SAMMENDRAG	7
1. STATISTIKK OM TJENESTEMOTTAKERE	12
1.1 Demografiske endringer	13
1.2 Endringer i tjenestetilbudet	13
1.3 Variasjon i tjenestetilbudet	14
1.4 Tjenester og kjønn	14
1.5 Tjenester og alder	15
1.6 Tjenester og behov	16
1.7 Utviklingstrekk for tjenester i hjemmet	16
1.8 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon	18
2. LEDELSE	20
2.1 Nasjonal lederutdanning	20
2.2 Viktige trender og betydning for ledelse	21

INNHold

2.3	Innovasjon og betydning av ledelse	22
2.4	Ledelse og koordinering	23
2.5	Betydningen av ledelse i utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten	23
2.6	Kontrollspenn for ledere og betydning for kvalitet	25
3.	BEMANNING OG KOMPETANSE I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	27
3.1	Økning av personell innenfor omsorgstjenestene	28
3.2	Heltid og deltid	28
3.3	Sykefravær	30
3.4	Er helse- og omsorgstjenestene «på strekk»?	31
3.5	Ulønnet omsorg	32
3.6	Praksis i omsorgstjenesten	33
4.	UTVIKLING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	35
4.1	Forskning på helse- og omsorgstjenesten i kommunene	35
4.2	Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester	36
4.3	Planlegging som en del av forbedringsarbeidet	36
4.4	Utvikling av et kommunalt pasientregister (KPR)	37
5.	FOLKEHELSE	38

INNHOOLD

5.1	Arbeid	38
5.2	Frivillig innsats	39
5.3	Ensomhet i alderdommen	40
5.4	Oversikt over helsetilstanden i befolkningen	41
5.5	Fysisk aktivitet	42
5.6	Forebygging av fall og hoftebrudd	42
6.	VI PÅ VEI TIL DEN NYE HJEMMETJENESTEN?	43
6.1	Pasientens helsetjeneste - om bruker og pårørendemedvirkning	43
6.2	Behov for bedre involvering og støtte til pårørende	46
6.3	Bruk av avlastere og støttekontakter i kommunene	47
6.4	Tjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud for personer med demens	48
6.5	Bedre tilrettelegging for omsorg ved livets slutt i hjemmet	49
6.6	Kommunene har mangelfull oversikt over behov for habilitering og rehabilitering	52
6.6.1	Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene er mangelfullt	52
6.7	Pasienter og brukere med store og sammensatte behov møter en fragmentert helse-, og omsorgs- og velferdstjeneste	54
6.7.1	Tjenesteutviklingen samsvarer ikke med behovsutviklingen	55
6.7.2	Asymmetrien mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kan resultere i barrierer for helhetlige forløp	55
6.7.3	Strategier for mer strukturert oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov	55

INNHold

6.8	Status og utvikling innenfor psykisk helse- og rusfeltet i kommunene	57
6.9	Tjenester til personer med utviklingshemming	61
6.10	Tjenesteutvikling og ny teknologi	65
7.	VI PÅ VEI TIL DEN NYE HJEMMETJENESTEN?	69
7.1	Tilskuddsordninger innenfor helse- og omsorgstjenesten	69
7.2	Tilskuddordning for ressurskrevende tjenester	70
7.3	Foreløpige erfaringer ved oppstart av forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester	70
7.4	Finansierings- og organiseringsmodeller som virkemiddel	71
8.	LITTERATURLISTE	74

INNLEDNING

Denne rapporten er svar på oppdrag om styringsparametere i tildelingsbrev for 2016;

«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.»

I tilbakemeldingen etter forrige års rapport ønsket Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet i 2016 utgaven av rapporten i sterkere grad belyste temaene frivilligheten og samarbeid med tjenesten i kommunene, pårørende, innovasjon og statlige initiativer som drivere for utviklingen. Dette er forsøkt fremhevet i årets rapport.

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) angir noen viktige områder som kommunene skal videreutvikle i årene som kommer. I denne rapporten prøver vi å belyse noen trender i forhold til sentrale temaer som brukermedvirkning, ledelse og kunnskapsbasert praksis. I tillegg har årets rapport et spesielt fokus på tjenester i hjemmet. Tjenestetilbudet her gis til personer i alle aldre med til dels svært sammensatt helseutfordringer. Noen av dem har en utviklingshemming, andre en psykisk sykdom og / eller en rusavhengighet, noen er somatisk syke og mange er eldre. Når et stadig mer avansert tjenestetilbud gis i hjemmet til brukeren blir det behov for å følge mere med på utviklingen av kvaliteten på disse tjenestene.

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. I tillegg tilbakemeldinger fra fylkesmennene og forskningsmiljøer knyttet til omsorgstjenestene.

Nytt av året er at Helsedirektoratet gjennom prosjektet Samdata kommune har analysert data fra blant annet omsorgstjenestene. Disse analysene publiseres i egen rapport (IS-2575) i mars, men flere av analyseresultatene gjengis i kapittel tre om utviklingstrekk og i kapitlet om habilitering og rehabilitering.

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

SAMMENDRAG

Dette sammendraget er organisert ut fra hovedpunktene i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring som sier at god kvalitet innebærer at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle mottar et likeverdig tjenestetilbud. Oversikt over helsetilstanden og planlegging av tjenesten er et grunnlag for at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Selv om mange av kommunene har kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, er det fortsatt mange kommuner som ennå ikke har kommet i gang.

Analyser fra Helsedirektoratet¹ viser at det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder tjenestetilbud. Samtidig viser analysene også at forskjellene mellom kommunene reduseres betydelig når vi korrigerer for alderssammensetning, antall utviklingshemmede, dødelighet og antall innbyggere.

Det er betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder satsing på hjemmebaserte tjenester eller institusjonstjenester. Kommuner som har lavt nivå av begge tjenester tenderer til å ha et høyt nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare eldre pasienter. Dette kan være en indikasjon på at dekningsgraden for tjenester er for lav i disse kommunene, og at det er grunn til å følge dem ekstra nøye.

Tilbud om dagsenter viser stor variasjon mellom kommunene. Det har vært en sterk satsing, gjennom en egen tilskuddsordning, på dagaktivitetstilbud til personer med demens de senere årene. Det er fortsatt en del kommuner som ikke har opprettet dagaktivitetstilbud tilbud for personer med

¹ Samdata kommune (IS-2575).

SAMMENDRAG

demens. Helsedirektoratet har liten kunnskap om de som bor hjemme likevel får et tilstrekkelig tilbud. Direktoratet vil arbeide med å utvikle indikatorer som bidrar til å følge med på om personer med demens som bor hjemme får et tilstrekkelig dagaktivitetstilbud i kommunen.

Både for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon og for bruk av private fysioterapeuter er det også betydelig variasjon mellom kommuner. Det er en opptrappingsplan for dette feltet, men det er grunn til å følge utviklingen nøye.

Involverer brukerne og gi dem innflytelse

God kvalitet forutsetter at brukernes, pasientenes og pårørendes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.

I denne analyserapporten viser vi at det ikke er noen tydelig endring i brukernes rapporterte opplevelse av kvalitet på tjenestene de siste årene. Likevel kan det se ut til at brukerinvolvering bare i noen grad er en realitet i praktisk utføring av helse- og omsorgstjenestene. Det arbeides imidlertid aktivt med temaet i mange kommuner og innenfor flere fagfelt. Slik Helsedirektoratet vurderer det er mange kommuner kommet i fasen med utprøving av nye metoder og arbeidsformer for å involvere brukerne og pårørende. Erfaringsmessig tar denne type holdningsskapende arbeid tid. Kunnskapsgrunnlaget for hvordan man kan arbeide med temaet synes å være økende. Det mangler imidlertid forskning som viser om brukerne og pårørende opplever å være involvert i hvordan tjenesten utføres/ytes.

Virkningsfulle tiltak

God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, rehabilitering, habilitering, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.

Faktagrnnlaget for denne rapporten viser at det er en positiv trend i forhold til å etablere et kunnskapsgrunnlag for helse- og omsorgstjenestene. Det forskes mer på området og de strukturene som er etablert for å spre kunnskap ut til praksisfeltet er i en positiv utvikling. Det er imidlertid en lang vei å gå før kommunene er på et nivå tilsvarende spesialisthelsetjenesten. Kommunenes rolle og bidrag inn i forskningen er i mindre grad utviklet. Det er imidlertid en del av de større kommunene som er i ferd med å utvikle modeller for samhandling med forskningsmiljøene.

SAMMENDRAG

Trygge og sikre tjenester

Trygge og sikre tjenester kjennetegnes av personell med tilstrekkelig kompetanse til å gi individuelt tilpassede tjenester. I denne rapporten har vi valgt å ha et spesielt blikk på tjenester i hjemmet. Det er flere tegn som tyder på at disse tjenestene etter overføring av stadig nye oppgaver mangler kompetanse for å møte de nye utfordringene. Det er en betydelig økning av yngre brukere med sammensatte behov. Samtidig har samhandlingsreformen medført at eldre skrives raskere ut fra sykehus, og rehabiliteringsoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Flere av forskningsrapportene som denne analysen bygger på, konkluderer med at kommunene bare i noen grad er i stand til å møte de kravene til kompetanse som denne endringen krever. Dette til tross for at det både er en generell økning i antall ansatte og deres kompetanse, en økning i forskningsaktiviteten og etablering av utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Helsedirektoratet ønsker spesielt å trekke fram tjenester til utviklingshemmede samt habiliterings- og rehabiliteringstjenestene som risikoområder.

Et av de områdene som har hatt en positiv utvikling når det gjelder kompetanse er psykisk helse og rusfeltet. Her har det vært et langsiktig og planmessig arbeid i kommunene som ser ut til å gi positive resultater.

Statistikk fra KOSTRA viser at kommunene i noen grad har et økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er også positivt at kommunene i økende grad planlegger for morgendagens utfordringer og analyserer hvilke helseutfordringer kommunen har. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til bl.a. manglende forankring i ledelsen og i sektorer utenfor helse. Evaluering av samhandlingsreformen peker også på at kommunale tjenester har blitt mer preget av medisinsk behandlingssfokus. Riksrevisjonen har også stilt spørsmål om hvorvidt arbeidet er tilstrekkelig kunnskapsbasert.

Det har kommet signaler om at tilbudet om avlastning vil påvirkes når avlastere skal overføres fra oppdrag til arbeidsavtaler. Dette kan ramme barn og unge med omfattende tjenestebehov hvor forutsigbar avlastning for pårørende er sentralt. Det må følges nøye med på utviklingen her.

SAMMENDRAG

Er samordnet og preget av kontinuitet

Lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort, andelen av deltidsansatte er høy og tjenestene utføres 24 timer i døgnet. Samtidig øker kravene til lederne innenfor områder som kunnskapsledelse, samhandlingsledelse og oppbygging av gode styringssystemer. Mye tyder på at lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset disse «nye» oppgavene og tjenestens kompleksitet.

Kommunens tjenester må tilpasses brukere og pasienter med flere diagnoser og nedsatt funksjons- og mestringsevne med konsekvenser for flere livsområder. De diagnosebaserte nasjonale retningslinjene tar i liten grad hensyn til at brukere kan ha flere kroniske sykdommer. Både nasjonalt og internasjonalt er det lite forskning på behandling av personer med multisykdom og oppfølging av brukere med behov for et vidt spekter av fagkompetanse.

Tjenestene sikrer i liten grad at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan og koordinering. Dette til tross for at verktøyet erfares å være godt egnet til å sikre medvirkning og koordinering.

For pasient- og brukergrupper hvor det er mulig å strukturere et utvalg standard sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en definert tidslinje, anbefales det å utvikle slike. Det er mye godt forskningsbasert utviklingsarbeid på gang gjennom læringsnettverk i kommunene i regi av KS på dette området. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten må forløp i kommunene hovedsakelig være uavhengig av diagnose.

Utnytter ressursene på en god måte

God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst. Utgiftene i tilskuddsordningen «Ressurskrevende tjenester» har økt betydelig de seneste årene. Utformingen av toppfinansieringsordningen påvirker insentivene til kostnadskontroll og fordeling av risiko mellom staten og kommuner. Det bør utvikles kunnskap om hvordan ressurskrevende tjenester kan finansieres på en måte som sikrer at kommunene i større grad har ansvar for både tjenestetildeling og finansiering av tilbudet til kommunens innbyggere.

Helsedirektoratet forvalter et stort antall tilskuddsordninger. Graden av måloppnåelse for tilskudd blir ofte vurdert i forhold til ressursinnsatsen som kreves. Det meldes fra kommuner og fylkesmenn

SAMMENDRAG

om en viss grad av prosjektrøtthet, der arbeid knyttet til tilskuddsordningene kommer på siden av andre oppgaver og ikke blir integrert i driften. Det stilles spørsmål ved hvordan kommunene evner å implementere igangsatte prosjekter i ordinær drift etter at prosjektfasen er over.

Nye resultat viser at velferdsteknologi gir store gevinster både for tjenestemottaker og samfunn når den er tilpasset sluttbrukers behov og brukes riktig. Erfaringer fra utprøvinger i kommuner tilknyttet Nasjonalt program for velferdsteknologi viser at det er en høy grad av samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved å omstille helse- og omsorgstjenesten ved hjelp av velferdsteknologi, samtidig opplever brukere, pårørende og ansatte økt kvalitet på tjenesten.

1. STATISTIKK OM TJENESTEMOTTAKERE

I analyserapporten for 2015 framhevet Helsedirektoratet noen sentrale utviklingstrekk.

- Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker
- Bruk av tjenester øker med alder
- Andelen yngre mottakere øker
- 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.

Årets rapport bekrefter funnene fra forrige året. I tillegg viser analyser fra Helsedirektoratet at: Det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av dagtilbud.

Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Denne sammenhengen gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antallet innbyggere med psykisk utviklingshemming). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommunestørrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For aldersgruppen under 67 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet økt med 12-34 prosent for alle kommunestørrelser bortsett fra de største (100 000 + innbyggere) som har hatt en mer beskjeden økning på 2 prosent over den samme perioden (Figur 4.21). For personer i aldersgruppene 67-79 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet blitt redusert med 2-10 prosent for alle kommunestørrelser.

Institusjonsplasser totalt har ikke holdt tritt med befolkningsutviklingen, mens veksten i antall korttidsplasser har gitt en bedre dekning av tilbudet om korttidsopphold i 2015 sammenlignet med 2009. Korttidsplasser utgjorde 14 prosent av institusjonsplassene i 2009 mot 18 prosent i 2015. Tidsbegrenset opphold i institusjon 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.

1.1 Demografiske endringer

I perioden fra 2009 til 2015 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 7,3 prosent, men aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 29,5 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i denne perioden.

Statistikk fra fhi.no viser at innvandrere utgjør en stadig økende del av befolkningen.

Innvandrerbefolkningene utgjør pr. 01.01.16 over 16 prosent av landets befolkning.

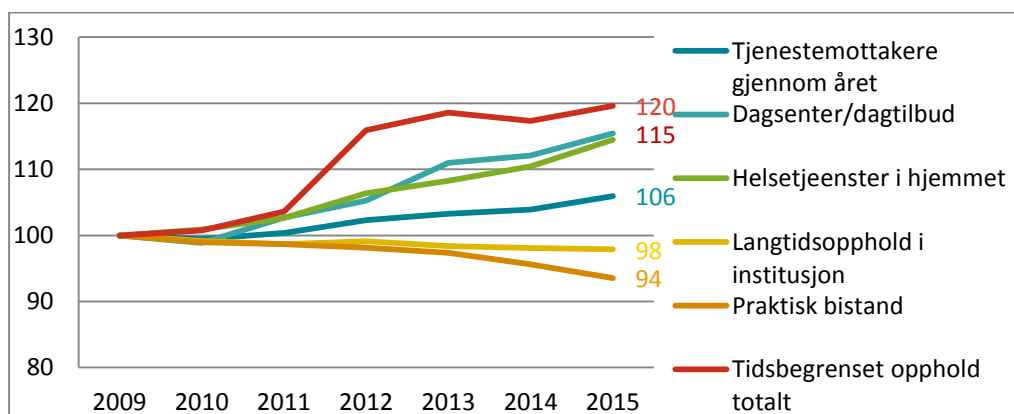
De demografiske endringene i denne perioden varierer med hensyn til kommunestørrelse. I de største kommunene har det vært en befolkningsvekst på inntil 10 prosent, mens i kommunene med færre enn 10 000 innbyggere har befolkningsveksten ligget under fem prosent. Antallet eldre over 80 år har økt med tre til fire prosent i mellomstore kommuner, mens det i de minste og de største kommunene er færre innbyggere i denne aldersgruppen.

Alderssammensetningen i befolkningen varierer også med kommunestørrelse. I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år i underkant av 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen omlag 12 prosent.

1.2 Endringer i tjenestetilbudet

Tjenestetilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon omfatter om lag 349 000 mottakere i 2015 og representerer en vekst på seks prosent siden 2009. I figur 1 er endringene i antall mottakere presentert for tjenestegruppene.

Figur 1. Endring (prosent) i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon 2009-2015.



Kilde: Samdata kommune (Helsedirektoratet IS-2575)

For tjenestene som tilbys til hjemmeboende mottakere ser vi en vekst for helsetjenester i hjemmet, mens antall mottakere av praktisk bistand ble redusert i perioden. Når det gjelder døgnbaserte tjenester ble flere mottakere tilbudt tidsbegrensede opphold i perioden, mens færre mottok langtidsopphold.

1.3 Variasjon i tjenestetilbudet

Analysene i Samdata kommune viser at det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av dagtilbud. Flere kommuner rapporterer at de ikke har mottakere av dagtilbud som er 80 år eller eldre. Det er også betydelig variasjon i mottakere av korttid- og langtidsopphold på institusjon, og i eldre mottakere av trykghetsalarm.

For bruk av fastlege finner vi liten variasjon i hvor mange som har vært hos fastlege siste år, men større variasjon i hvor ofte man bruker legen, særlig blant eldre over 80 år. En kommune har færre enn to konsultasjoner hos fastlege per innbygger som er 80 år og eldre, mens andre har nærmere 8 konsultasjoner per eldre innbygger. Bruk av legevakt varierer enda sterkere enn bruk av fastlege. Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antallet innbyggere med psykisk utviklingshemming). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommunestørrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For alle typer tjenester, finner vi imidlertid at det er større variasjon mellom små kommuner enn mellom store.

De største kommunene har et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre innbyggere enn små og mellomstore kommuner, men et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon.

Størst variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon, bruk av individuell plan og bruk av fysioterapeuter.

Variasjonen mellom kommuner i pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er lite endret fra 2010 til 2015, men vi finner at variasjonen har blitt noe mindre når det gjelder bruk av legevakt og korttidsopphold. Dette skyldes trolig at omfanget av korttidsopphold har økt i perioden.

Noen kommuner har et lavere nivå av kommunale helse- og omsorgstjenester enn andre. Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Denne sammenhengen gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

1.4 Tjenester og kjønn

Det er 60 prosent kvinner blant mottakerne i 2015. Andel menn som mottar tjenester er økende. Hovedårsaken til dette er den økte levealderen blant menn. Det er særlig blant dem over 80 år at det er et stort flertall kvinner. I aldersgruppen fra 18 til 66 år er det omtrent like mange menn som kvinner. Som det framgår av tabell 1 står menn for nesten hele økningen i tjenestemottakere mellom 2009 og 2015.

Tabell 1. Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester fordelt på kjønn 2009-2015

	Kvinner	Menn	Totalt antall mottakere
2 009	206 690	122 483	329 306
2 015	208 928	139 708	348 858
Økning i antall mottakere	2 238	17 225	19 552

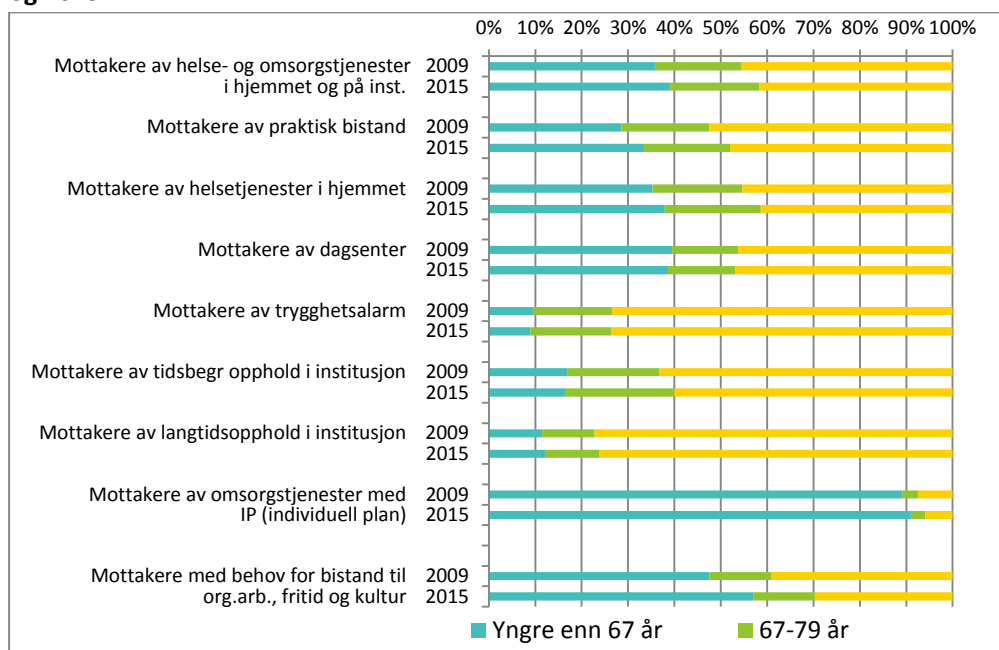
Kilde: IPLOS

1.5 Tjenester og alder

Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Fra 2009 til 2015 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 prosent som mottar tjenester. I aldersgruppen 80-89 år er det mer enn 50 prosent som mottar tjenester og i aldersgruppen 90+ er det mer enn 90 prosent som mottar tjenester. 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.

De kommunale omsorgstjenestene er i ulik grad rettet inn mot ulike aldersgrupper. I figur 2 er andel mottakere fordelt på de tre aldersgruppene. Figuren viser at innbyggere som er 80 år og eldre står for en stadig mindre del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon.

Figur 2. Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon etter aldersgrupper i 2009 og 2015.



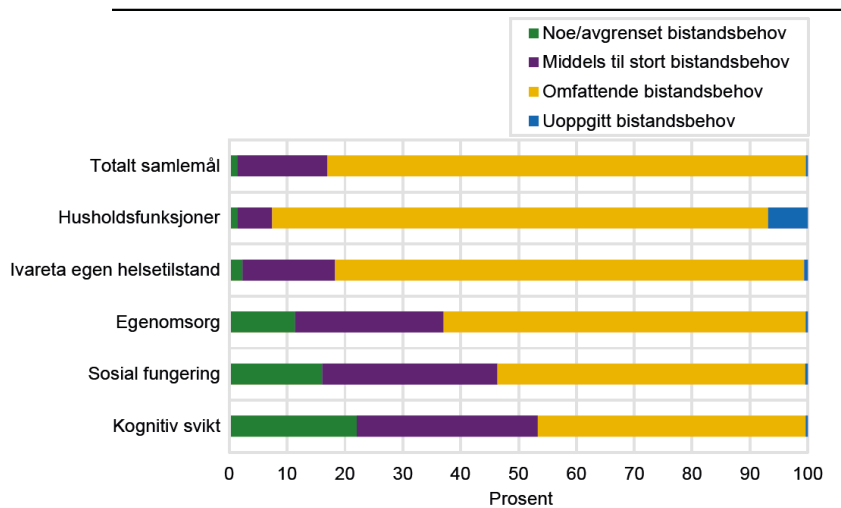
Kilde: Samdata kommune (Helsedirektoratet IS-2575)

Vi ser at de ulike tjenestene har ulik relevans for de tre aldersgruppene. Mens døgntilbud i institusjon og trygghetsalarm er særlig knyttet til mottakere på 80 år og eldre er helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og bruk av dagsenter tilnærmet likt fordelt mellom mottakere yngre enn 67 og mottakere 80 år og eldre. Det er de yngre mottakerne som i størst grad har individuell plan og som har behov for bistand til organisasjonsarbeid, fritid og kultur.

1.6 Tjenester og behov

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.

Figur 3 Mottakere av tjenesten langtidsopphold i institusjon etter delmål og behov per. 31.12. Andel 2015



Kilde: IPLOS

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.

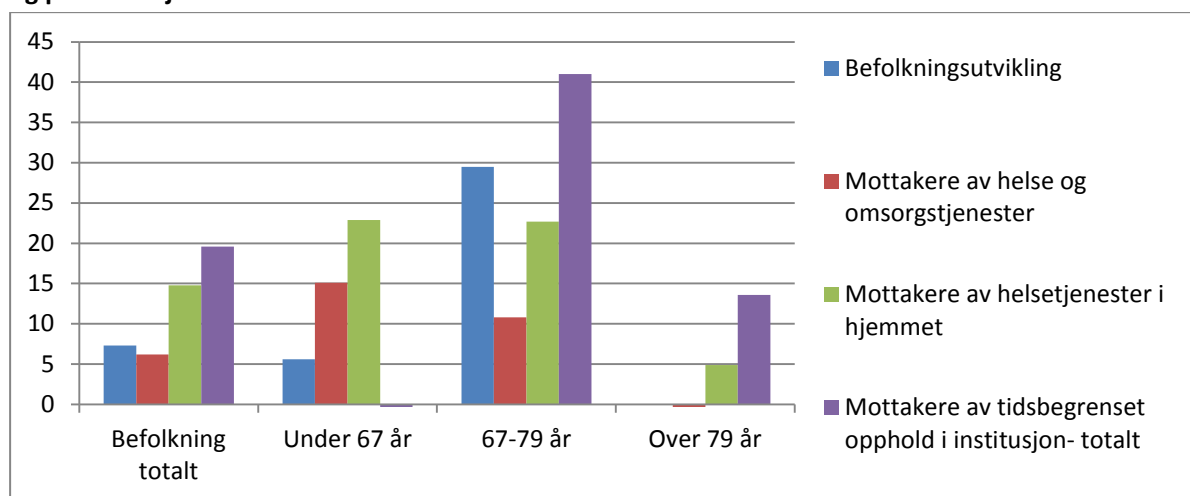
1.7 Utviklingstrekk for tjenester i hjemmet

Hjemmetjenestens virksomhet fordeler seg i hovedsak på ambulerende hjemmetjenester og hjemmetjenester i boligbaser hvor tjenestene er knyttet til mottakere i boliger i nrområdet. Om lag to tredjedeler av *virksomhetene* var rettet mot boligbaser i 2015². Undersøkelsen viste også at hele 45 prosent av virksomhetene var helt eller delvis rettet mot psykisk utviklingshemmede. Personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er en målgruppe som mange av virksomhetene retter sine tjenester inn mot. Disse målgruppene vil medføre et større innslag av yngre mottakere inn i hjemmetjenestene.

Når vi ser på helsetjenester i hjemmet er 38 prosent av mottakerne yngre enn 67 år i 2015; en økning på tre prosentpoeng fra 2009. Når det gjelder praktisk bistand er en tredjedel av mottakerne yngre enn 67 år; en fem prosent økning fra 2009. Økningen i *antall* mottakere i aldersgruppen 0-66 år er større enn befolkningsveksten og dette betyr at det er flere som får dekket behovet for helsetjenester i hjemmet i 2015 sammenlignet med 2009 (figur 3).

² SSB (2016): Hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Rapport 2016/13.

Figur 4 Befolkningsutvikling og prosentvis endring i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon fra 2009 til 2015.



Kilde: Samdata kommune (Helsedirektoratet IS-2575)

Tjenester til hjemmeboende gis gjerne i eget hjem, men ytes også utenfor mottakerens hjem, for eksempel som et dagaktivitetstilbud.

Dekningsraten for helsetjenester i hjemmet synes å øke med avtagende kommunestørrelse. For eksempel har kommunene med færre enn 2000 innbyggere over dobbelt så mange mottakere av helsetjenester i hjemmet per innbygger som store kommuner (flere enn 100 000 innbyggere). Når det gjelder dekningsraten for praktisk bistand og dagsenter ser vi samme tendens; dekningsraten er størst i de minste kommunene. Dekning av tjenesten trygghetsalarm har ikke samme mønster og synes å være mer likt fordelt mellom kommunegruppene.

Tjenesten praktisk bistand omfatter bistand til: 1) daglige gjøremål, 2) opplæring daglige gjøremål og 3) brukerstyrt personlig assistanse. Antall mottakere av tjenestene praktisk bistand har blitt redusert for alle kommunegruppene. Dette er i motsetning til ønsket om at mottakerne i større grad skal få opplæring og hjelp til å mestre daglige gjøremål slik at de kan bo i eget hjem. En mulig forklaring kan ligge i at kommunale tjenester bygges ut til å gjelde stadig mer omfattende tjenester til flere brukergrupper, som psykisk helse og rus og mennesker med utviklingshemming. Disse gruppene mottar trolig tjenester i hjemmet under ulike betegnelser som boveiledning, miljøarbeidertjeneste osv. Dekningsraten for praktisk bistand viser stor forskjeller mellom kommunegruppene for aldersgruppen 67-79. Forskjellen er stabil gjennom hele perioden til tross for en betydelig vekst i mottakere og befolkningsgrunnetallet for aldersgruppen.

I 2015 mottok 220 152 personer helsetjenester i hjemmet og antallet mottakere økte med 15 prosent i perioden fra 2009 til 2015. For aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år var veksten i antall mottakere på 23 prosent, mens for aldersgruppen 80 år og eldre var veksten på 5 prosent.

For aldersgruppen under 67 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet økt med 12-34 prosent for alle kommunestørrelser bortsett fra de største (100 000 + innbyggere) som har hatt en mer beskjeden økning på 2 prosent over den samme perioden. For personer i aldersgruppene 67-79 år har dekningsraten for mottakere av helsetjenester i hjemmet blitt redusert med 2-10 prosent for alle

kommunestørrelser. For personer i aldersgruppen 80 år og over har antall mottakere av helsetjenester i hjemmet økt i alle kommuner bortsett fra de nest største (50000-99999 innbyggere)

Veksten i antall mottakere har vært størst i årene etter Samhandlingsreformen. Dette kan henge sammen med at det med Samhandlingsreformen kan ha kommet nye brukergrupper til som for eksempel har behov for medisinsk oppfølging etter sykehusopphold. Dette kan også knyttes opp mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

1.8 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon

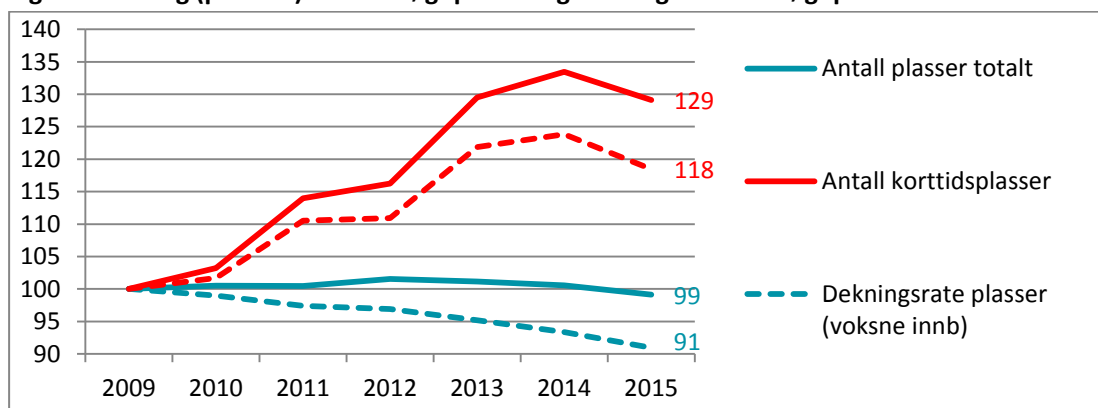
Det var et sentralt mål i Omsorgsplan 2015 å gi investeringstilskudd fra Husbanken til bygging av 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden fra 2008 til 2015. Tall fra Husbanken konkluderer med at målet ble nådd i planperioden gjennom tilsagn om investeringstilskudd til 12 292 boenheter.

Helsedirektoratet påpeker i sin oppsummering og evaluering av Omsorgsplanen at tilskuddene til de nye plassene og boligene likevel ikke har ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. Vurderingen er at det har vært et omfattende moderniseringsbehov i sykehjemmene. De er blitt bedre steder å være for beboerne, og for personer med demens er det bygd mindre, skjermede avdelinger. Med vekst i andel eldre vil vi også få en vekst i andel aldersrelaterte lidelser, deriblant demens.

Demensplanen er basert på en erkjennelse av at dagens tilbud ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for denne gruppen, samt at gruppens forekomst øker i de kommende år. Det er nødvendig å utvikle tjenester som kan utsette institusjonsinnleggelse, men også samtidig tilpasse omsorgsboliger og institusjonsplasser i kommunene til denne pasientgruppen. Dette vil legge beslag på ressurser som ikke nødvendigvis vil bli synliggjort i form av flere institusjonsplasser, men gi ett bedre tilrettelagt døgntilbud for eldre med demenslidelser.

Endring i antall døgnplasser og dekningsrate (18 år og eldre) er presentert i figur 4.

Figur 5 Endring (prosent) i antall døgnplasser og dekningsrate for døgnplasser siden 2009.



Kilde: Samdata kommune (Helsedirektoratet IS-2575)

Figuren viser at antall korttidsplasser har økt med 20 prosent, mens institusjonsplasser totalt er redusert med 1 prosent i perioden 2009-2015. Dekningsratene viser at institusjonsplasser totalt ikke har holdt tritt med befolkningsutviklingen, mens veksten i antall korttidsplasser har gitt en bedre dekning av tilbudet om korttidsopphold i 2015 sammenlignet med 2009. Korttidsplasser utgjorde 14 prosent av institusjonsplassene i 2009 mot 18 prosent i 2015.

Den eldre befolkningen står for 60 prosent av mottakerne av tidsbegrensede opphold i institusjon. Selv om befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre deler institusjonsplassene med andre aldersgrupper, velger vi å beregne dekningsraten for institusjonsplasser i kommunene i henhold til befolkningsgrunnlaget i denne aldersgruppen. Antall korttidsplasser har økt med 14-66 prosent for alle kommunestørrelser fra 2009 til 2015. Det er de største kommunene (100 000 + innbyggere) som har hatt den minste økning i antall plasser. Veksten i dekningsraten øker med avtagende kommunestørrelse.

Antallet institusjonsplasser totalt har vært stabilt på i overkant av 41 000 plasser i perioden 2009 til 2015. Dette betyr at veksten av korttidsplasser i de små kommunene har gått på bekostning av det øvrige tilbudet av institusjonsplasser i disse kommunene, mens det i de største kommunene har kommet i tillegg til det øvrige tilbudet av institusjonsplasser. Dette betyr at de små kommunene har omprioritert plasser og at dekningsgraden for langtidsplasser har gått ned for eldre innbyggere gjennom perioden.

Tidsbegrensede opphold deles inn i tre hovedkategorier: 1) utredning og behandling, 2) habilitering/rehabilitering og 3) andre korttidsopphold. Dette er sentrale tilbud for pasientgruppene som defineres som utskrivningsklare i spesialisthelsetjenesten og hvor det er behov for kommunalt døgntilbud i det videre behandlingsforløpet. Det har vært en tydelig økning i bruken av tidsbegrensede opphold blant mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre i kommunene, særlig siden 2011. Veksten er størst for mindre kommuner og minst i de største kommunene.

Utviklingen i dekningsraten for mottakere av langtidsopphold har gått i motsatt retning, men endringene i perioden er små. For de minste kommunene har det vært en reduksjon i dekningsrate for langtidsopphold i perioden 2009 til 2015. De største kommunene har hatt en tilnærmet uendret dekningsrate når det gjelder langtidsopphold for aldersgruppen 80 år og eldre.

Det er totalt sett liten sammenheng mellom dekningsgraden av korttidsopphold og langtidsopphold for eldre. Det er verken slik at kommuner som har et høyt nivå av korttidsopphold – også har et lavt nivå av langtidsopphold, eller slik at kommuner som har et høyt nivå av det ene også har et høyt nivå av det andre. Det er med andre ord ingen tydelig indikasjon på at nivået av korttidsopphold har stor betydning for nivået av langtidsopphold.

2. LEDELSE

Sentrale tema i tiden for ledere er: ny kvalitetsforståelse basert på brukers prioritering og mål, sømløse tjenester og teamorganisering, ny teknologi, tilretteleggelse for brukermedvirkning og utvikling av en styrket brukerrolle, innovasjon og endringsledelse.

Forskning og eksempler fra praksis viser at helse- og omsorgstjenesten enda ikke har klart å ta brukerens ressurser systematisk i bruk. Fremdeles er ikke pasienten navet i all samhandling og koordinering. Men utviklingen går i retning av å organisere og lede tjenestene slik at pasient- og brukerrollen blir styrket.

KS anslår at det finnes over 12 000 ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort, og kan i noen avdelinger i omsorgstjenesten i blant omfatte opp mot 200 ansatte i små deltidsstillinger. Samtidig øker kravene til lederne innenfor områder som kunnskapsledelse, samhandlingsledelse og oppbygging av gode styringssystemer. Mye tyder på at lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset disse «nye» oppgavene. Dette kan vanskeliggjøre implementering av nye oppgaver og ny kunnskap. En omfattende deltidskultur i tjenestene vil også være utfordrende i et ledelsesperspektiv.

2.1 Nasjonal lederutdanning

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten³ er utviklet i et nært samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og Høyskolen BI. Tilbakemeldinger fra studenter og underveisevaluering fra Rambøll viser at innholdet i den 30 studiepoengs videreutdanningen på masternivå fanger godt opp hva som er viktige tema for behov, trender og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten. Innholdet bygger både på internasjonal forskning innen ledelse, men også hva sektoren selv har etterspurt av kunnskap. Tema er derfor nøye utvalgt og omfatter:

- Kunnskap om lederatferd og ledelse som bidrar til å utvikle kultur for samhandling, samarbeid og oppgavedeling på tvers av profesjoner, tjenesteområder og nivå.
- Endrings- og innovasjonsledelse med mål om å styrke evnen til å utvikle nye tjenester der innbyggere i større grad blir ressurs i eget liv, der velferdsteknologi blir brukt og hverdagsmestring øker.

³ www.bi.no/helsemaster

- Strategisk kompetanseplanlegging for å møte morgendagens behov gjennom best mulig utnyttelse av virksomhetens (formelle og uformelle) kompetanse og ressurser.
- Tilrettelegging for samarbeid med brukere, pårørende, frivillige og andre aktører i lokalmiljøet (kultur, skoler og barnehager, bedrifter og næringsliv, natur, friluft, trossamfunn mv).
- Ledelse i politisk styrte virksomheter.

Deltakerne i programmet jobber med endrings- og utviklingsprosjekter i egen virksomhet. Det gjennomføres en modul i Danmark med tema innovasjons- og endringsledelse. Det er en viktig forutsetning for å lykkes med denne satsingen at de kommuner som har deltakere i programmet, bevisst vil bruke kompetansen i sin virksomhet.

Våren 2016 ble første kull på 108 studenter uteksaminert. Høsten 2016 ble det tatt opp tre nye klasser med til sammen 162 studenter. Tilbudet blir gitt flere steder i landet. Det er planlagt oppstart av tre nye klasser fra høsten 2017 hvorav en klasse blir lokalisert vekselvis i Lakselv og Tromsø, men de to andre er plasserte i Oslo.

2.2 Viktige trender og betydning for ledelse

Nasjonalt senter for e-helseforskning peker på tre forhold som de viktigste trendene for helse- og omsorgstjenestene. Det er:

- **Ny kvalitetsforståelse:** som innebærer realistiske mål i tråd med «det som er viktigst» for pasienten.
- **En sømløs helsetjeneste:** hvor alle pasientens tjenester skal jobbe sammen som et team for å oppnå han/hennes mål.
- **Ny teknologi:** som innebærer verktøy for å støtte den aktive informerte pasient, verktøy for virtuelle team => felles mål, plan og rolle forståelse, og verktøy for proaktiv avstandsoppfølging.

Senteret har gjort en studie av helsetjenesten sett fra pasientens ståsted⁴. Til tross for de mange positive sider ved helsetjenesten som kom fram i denne studien, er det også beskrevet betydelig glipp og rot. Ved langvarig sykdom er pasientens egeninnsats helt sentral for å forebygge og forhindre forverring av sykdom, men disse ressursene tas ikke systematisk i bruk. All samhandling skjer rundt pasienten, likevel fortsetter vi å ignorere at pasienten er navet i all samhandling og koordinering.

God helsetjenestekvalitet for pasienter med langvarige tilstander omfatter både 1) riktig diagnose og hensiktsmessig tverrfaglig behandling 2) koordinerte og forutsigbare helsetjenester, og 3) god støtte til egenomsorg og egenmestring. Vi trenger en helsetjeneste som setter pasientens individuelle behov fremst og deretter ser på behov som følger av diagnosen, slik at det diagnose-relaterte arbeidet tydelig støtter opp om pasientens mål.

Dette krever en betydelig kulturendring, kompetanseheving og systemtiltak. Helsearbeidere som jobber pasientsentrert, må oppleve at de jobber med og ikke på tross av systemet. For at dette skal realiseres trengs både en visjonær, modig og langsiktig ledelse, som endrer kultur, organisering og økonomiske insentiver slik at de støtter opp rundt helhetlige pasientforløp.

⁴ Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten. Nasjonalt senter for e-helseforskning, mai 2014

2.3 Innovasjon og betydning av ledelse

Innovasjon er å skape noe nytt som gir verdi. I helse- og omsorgssektoren vil innovasjon kunne måles i verdier⁵ som skapes gjennom økt kvalitet, økt effektivitet, økt produktivitet og økt tilfredshet hos ansatte, pasienter og pårørende. Innovasjon skjer gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedring (inkrementell innovasjon) og/eller gjennom radikal innovasjon som kjennetegnes av høyere grad av usikkerhet og risiko. Innovasjon foregår som en læreprosess gjennom kobling av kunnskap fra flere parter som sammen finner ut noe nytt som ikke hver enkelt kunne klart på egen hånd. Det er en sosial og kulturell forankret prosess som er avhengig av tillit mellom parter som samarbeider og som har vilje til å dele strategisk kunnskap. Kompetanse om innovasjon og ledere som tilrettelegger for deling av kunnskap, prøving og feiling er sentralt for å utvikle kultur for innovasjon.

En analyse fra Danmark⁶ viser at 73 prosent av nye produkter, tjenester og organisasjonsformer er helt eller delvis gjenbruk av andres gode løsninger. Analysen viser også at når en presset økonomi setter innovasjonene i gang, er de offentlige arbeidsplassene enda bedre til å tilpasse og gjenbruke.

”Det er sjældent, at man kopierer én til én. Ofte bliver man inspireret af andre og tilpasser andres gode løsninger til sin egen sammenhæng. Det er ret overraskende, at tre ud af fire genbruger andres løsninger. Det underminerer i den grad myten om en offentlig sektor, der lukker sig om sig selv, og ikke vil låne, lære og bruge hinandens løsninger”

En kartlegging av dagens innovasjonssystem⁷ innen helse- og omsorgssektoren viser blant annet at det blant aktørene er vilje, motivasjon og kunnskap om behov i sektoren. Svakheter ved dagens innovasjonssystem er først og fremst at det er uoversiktlig. Aktørene i innovasjonssystemet opplever det som krevende å skaffe seg oversikt over hvem som gjør hva, og det mangler et helhetlig system for kunnskapsdeling om pågående og gjennomførte innovasjonsaktiviteter. Dette slik at man kan lære av hverandre og lett få tilgang til kunnskap som kan ha verdi for andre.

Det fremkommer også at det er ulik kompetanse og kultur for innovasjon i sektoren. Det fremkommer i kartleggingen at aktørene tilnærmer seg innovasjon på ulike måter. Politisk har for eks. HOD og NFD ulike tradisjoner og måter for å implementere innovasjon i politiske utviklingsprosesser (tjenestefokus og næringsfokus). Det etterspørres en tverrsektoriell overordnet handlingsplan for innovasjon.

Videre opplever informantene at aktørene i innovasjonssystemet har ulik kompetanse rundt innovasjon. Det er behov for mer kunnskap om hva innovasjon er og om hvordan brukarmedvirkning aktualiseres i innovasjonsprosjekter. Innovasjon i offentlig sektor er lite integrert i utdanningsløp innenfor helse og omsorg.

Implementering av innovasjon er ofte ikke en del av kommuners og helseforetaks budsjetter. Ledelse blir ikke målt på innovasjon og mangel på lederforankring kan føre til at innovasjonsprosjekter ikke videreføres. Ledere i offentlig sektor viser ofte liten vilje til å inkludere næringslivet i egne innovasjonsprosesser.

⁵ InnoMed strategi 2012-2014

⁶ <http://coi.dk/nyheder/2016/ny-coi-bog-innovation-oeger-effektivitet-kvalitet-i-den-offentlige-sektor/>

⁷ Innovasjonssystem for helse- og omsorgssektoren-Forslag til tiltak og videre arbeid for et mer helhetlig innovasjonssystem. Svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Levert 5.januar 2017

2.4 Ledelse og koordinering

Koordinerende enhet (KE) sin rolle bør styrkes og synliggjøres

Forskning og undersøkelser peker på viktigheten av at personell som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen må sikres god opplæring og veiledning⁸. Ansvar for opplæring og veiledning er nå en tydelig lovpålagt rolle for koordinerende enhet. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan enhetene er organisert og om de er bemannet med tilstrekkelig ressurser til å ivareta sitt ansvar.

Helsedirektoratet erfarer at mange KE og koordinatorene opplever svak lederforankring. Forskning⁹ viser også at koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering, som er forankret i helse- og omsorgssektoren, kan mangle legitimitet i andre sektorer. Begrepene habilitering og rehabilitering er ikke like godt forankret i NAV eller opplæringssektoren. KE sin rolle i å bidra til samarbeid på tvers av fag og sektorer er dermed særlig utfordrende, og tydelig lederforankring og støtte er avgjørende.

En spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet til alle landets kommuner/bydeler i 2014 viser en positiv tendens til at KE plasseres høyere i organisasjonen og nærmere rådmannsnivå enn ved tidligere undersøkelser. Det er positivt, men dette er fortsatt et sårbart område.

Kommunene kan sikre økt brukermedvirkning og bedre koordinering gjennom å oppfylle pasienter og brukeres rett til individuell plan (IP) og oppnevning av koordinator

Det antas å ligge et betydelig potensial i å styrke brukermedvirkning og koordinering gjennom økt bruk av individuell plan og koordinator¹⁰. Et betydelig antall pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får ikke tilbud om individuell plan og koordinator. Samtidig viser undersøkelser og forskning at koordinering og medvirkning ikke ivaretas tilstrekkelig. Det er et lederansvar å sikre at pasienter og brukere får oppfylt sine rettigheter. Erfaring og undersøkelser så langt bekrefter at IP er et godt verktøy når det brukes i samsvar med nasjonale krav og veiledning¹².

2.5 Betydningen av ledelse i utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten

Kunnskapssenteret har utarbeidet en beskrivelse av suksessfaktorer for brukermedvirkning¹¹. Beskrivelsen er basert på eksempler fra norske kommuner. Den suksessfaktoren som ble beskrevet i flest eksempler handler om å jobbe mot brukernes mål. Det vil sikre brukerperspektivet i hele den tiden brukerne har behov for tjenester. For å fremme en ny og styrket brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene. Det kan også være nødvendig å tenke annerledes og benytte ressursene man har tilgjengelig på en annen måte.

Lederes rolle som kulturbærere for brukermedvirkning som vektlegger den enkelte pasient/brukers mestring og ressurser gjennom praktisk handling, holdning og systematisk arbeid med kompetanseutvikling er helt sentral og avgjørende for å lykkes med å skape pasientens helsetjeneste.

⁸ Jan Tøssebro: Oppvekst med funksjonshemming, 2014

⁹ NOU 2016:17, «På lik linje»

¹⁰ https://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf

¹¹ Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer. Kunnskapssenteret, 1.12.2016

Helsedirektoratet har ikke funnet kunnskapsoppsummeringer om sammenhengen mellom lederadferd og betydning for brukermedvirkning og utvikling av pasientens helsetjeneste. Evaluering av SIO prosjektet vil på sikt gi systematisert kunnskap om emnet basert på undersøkelser fra 11 kommuner. Her har vi valgt å ta med et eksempel fra Asker kommune som viser hvilken betydning ledelse har for å få til en styrket brukerrolle i praksis. Vi har også tatt med et eksempel fra Oslo kommune om hvilken betydning organisering og ledelse kan ha for tilrettelegging for mer sømløse tjenester og styrking av brukerrollen.

Eksempel på betydning av ledelse for helhetlige pasientforløp og brukermedvirkning

Asker kommune¹² har deltatt i KS sitt arbeid om verktøyet «tidstyver». Fokuset er: Brukermedvirkning, samskaping i praksis for å gi kvalitativt gode og riktige tjenester (Hva er viktig for deg?) samtidig som de har prosessorientert saksbehandling som gir effektiv drift. Arbeidet er implementert som en driftsoppgave. Hovedfokus i arbeidet har vært:

Ledelse har gjennom den toårsperioden de har holdt på vært en rød tråd. Det har her vært sentralt med kunnskap om sentrale og lokale føringer, Primærhelsemelding, Strategi 2020 (Asker kommunes overordnede strategidokument) og temaplaner som stadfester tidlig innsats, forebygging og aktiv brukerrolle. Videre har tjenestedesignperspektivet lagt rammene for arbeidet der samtidige tjenester og en dør inn hvor bruker får helhetlig behandling, er målet. En suksessfaktor er et lederteam som er enige om strategi, mål og tiltak, selv med ulike faggrupper og fagfelt samlet i en virksomhet.

Handlingsplan og Virksomhetsplan som staker ut strategi, mål og tiltak og er avgjørende for at Helse- og Omsorg har felles overordnede mål. Her har det vært viktig at de ansatte selv er med å definerer tiltak. Asker kommunes kompetansestrategi setter virksomheten i stand til å se hele mennesket – høy og bred kompetanse innenfor felt som somatikk (inkl. kognitiv svikt og funksjonsnedsettelse), psykisk helse og rus, koordinering og IP, økonomi og gjeldsrådgivning, samt boligsosialt arbeid og Husbankens virkemidler.

Inndeling i tre brukerløp. Asker kommune har strukturert arbeidsprosessene i tre brukerløp:

«Grønne brukerløp» der bruker ved hjelp av elektronisk selvhjelp og informasjon på nettet selv kan orientere seg i tjenesteapparatet.

«Gule brukerløp» der bruker ved hjelp av enkel veiledning/rådgivning og påfølgende tjenester blir satt i stand til å mestre sin livssituasjon

«Røde brukerløp» der bruker er i behov av sammensatte og ofte flerfaglige tjenester og kanskje bistand av et oppfølgingsteam.

En saksbehandler (en brukerkontakt). For å kunne legge til rette for samskaping har Asker kommune valgt at også en saksbehandler har det overordnede ansvaret for innbyggeren. Asker kommune har valgt å gi hver bruker en brukerkontakt for å legge til rette for at bruker kan møte færrest mulig "hjelpere" i systemet.

Det satses på kreative og trygge medarbeidere som ser mulighetene i sakene, og som forstår brukerens situasjon. Et sentralt poeng er at det må ligge en grunnfestet tillatelse fra ledelsens side til de ansatte for

¹² Eksempel fra Asker kommune v/Cathrine Retvedt / avdelingsleder Tjenestetildelingen. 24.januar 2017

at de skal tørre å være kreative i sin tjenesteytelse. Tett samarbeid mellom primærkontaktene og tverrfaglig samarbeid i «baklandet» er viktig. Det å «tenke utenfor boksen» i forhold til hvem som gjør hva, og «brette opp arma – gjør det som må til» er også viktige suksessfaktorer for å lykkes i de komplekse situasjonene som brukerne ofte er i.

Det handler om å endre en kultur, og jobbe målrettet med holdninger. Noe som både oppleves inspirerende og utfordrende for personalet. De ser at en dreining til mer aktiv brukerrolle fører til mindre brannslukking og mer målrettede tiltak, og dette oppleves motiverende både for medarbeidere og brukere. Erfaringen så langt viser at stor innsats tidlig i et forløp kan redusere behovet for langsiktig bistand. Dette gjelder blant annet flere vanskeligstilte brukere som har fått mulighet til å kjøpe egen bolig ved hjelp av startlån. Et konkret eksempel på dette fra Asker kommune er vedlagt rapporten.

Eksempel på tillitsmodell fra Oslo kommune

Oslo kommune har i den kommunale tjenesteytingen valgt å prøve ut en ny form for virksomhetsstyring, beskrevet som tillitsmodellen.

Målet med tillitsmodellen er å lage en modell for de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene slik at lovpålagte tjenester med høy kvalitet også vil bli levert i årene fremover, -selv med økt press på tjenestene. Strategien er å gi myndighet tilbake til dem som leverer tjenestene, slik at de sammen med innbyggerne finner frem til den beste løsningen gjennom samskaping¹³.

Hensikten med tillitsmodellen¹⁴ er å komme «nærmere» brukeren med et fleksibelt, tverrfaglig team. Brukeren vil møte et selvstyrende team bestående av sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, helsefagarbeider og saksbehandler. For den som mottar tjenesten vil det bety at et fragmentert tjenestesystem blir samlet i et system, hvor brukeren får et tettere forhold til færre ansatte enn tidligere. I dette legges det opp til tett dialog med bruker og pårørende for avdekke brukerens behov og hvordan man best kan dekke disse. Målet er altså å gi en tryggere og mer forutsigbar hverdag. Teamet får selvstendig ansvar for å fordele arbeidsoppgaver seg imellom, sette opp arbeidslister og i samarbeid med brukerne vurdere deres behov for tjenester. Arbeidslaget skal jobbe dag og kveld i turnus. Det finnes foreløpig lite informasjon om og resultater fra dette prosjektet i Oslo kommune.

2.6 Kontrollspenn for ledere og betydning for kvalitet

En svensk kunnskapsoppsummering¹⁵ viser hvordan antall medarbeidere pr. leder skiller seg mellom ulike deler av arbeidsmarkedet og hvordan dette påvirker så vel virksomheten som ledere og medarbeidere.

Rapporten viser at helse- og sosialtjenester er den delen av arbeidsmarked der ledere har flest ansatte, gjennomsnittlig 30. Deretter utdanningssektoren med et gjennomsnitt på 27 ansatte per leder. Gjennomsnittet i disse to sektorene, som er de to mest kvinnedominerte, er betydelig høyere enn gjennomsnittet i arbeidslivet. Med unntak av industri, transport og lagring, som i gjennomsnittet er 23 ansatte per leder, resten av arbeidsmarkedet gjennomsnitt på omtrent halvparten eller mindre. Helsetjenester og sosialt arbeid er ikke en bransje spesielt egnet til å organisere ansatte og ledere i store

¹³ Arendalskonferansen 2016 Innlegg ved Hilde Holm Prosjektleder Oslo kommune

¹⁴ Akersposten 17.november 2016

¹⁵ Chefer i välfärdens tjänst – En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa. Vision, september 2016

grupper. Tvert imot, ifølge forskning er sektoren kjennetegnet ved at den er mer hensiktsmessig med mye mindre grupper av ansatte per leder.

Sosiale virksomheter med mange ansatte per leder øker risikoen for dårlig helse og svekker måloppnåelse. Rapporten viser at store grupper ansatte per leder i helsevesenet, omsorgstjenester og sosialt arbeid medfører alvorlige negative konsekvenser. Det gjelder både ledere selv og medarbeidere og organisasjonen generelt. For eksempel viser studier av sykehusmiljø at store grupper av ansatte per leder er assosiert med redusert pasienttilfredshet og flere hendelser i drift. Studier viser også redusert trivsel, økt stress og belastning blant både ledere og ansatte.

Fordi ledelse og lederen er en av de viktigste nøklene til mer sunne arbeidsplasser, anbefaler rapporten at hver arbeidsgiver tar opp spørsmålet om hvordan virksomheten styres og ledes og etablere normtall for blant annet ansatte per leder. Et rimelig antall ansatte per leder er avgjørende. Men også støttestrukturer rundt lederne må utvikles. Dette dekker alt fra administrativ støtte, informasjon, finans og HR-tiltak. Ved å organisere aktiviteter med fagfolk rundt ledere som kan arbeide med dataene som de har spesielle ferdigheter for, skapes det muligheter for ledere å utvikle virksomheten og veilede og støtte ansatte, og være i stand til å involvere og dele og bringe oppdraget til sine ansatte. Med stor sannsynlighet kan funnene i denne svenske undersøkelsen overføres til norske forhold.

3. BEMANNING OG KOMPETANSE I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

I Meld. S 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*¹⁶, blir det poengtert at en av de kommunale helse og omsorgstjenestenes¹⁷ store utfordringer er knapphet på helse- og sosialpersonell. Denne utfordringen vil trolig øke fram mot år 2060¹⁸. Utfordringen handler både om antall og om kompetanse. Behovet for grunn-, videre og etterutdanning for ansatte ble tydeliggjort ved innføring av Samhandlingsreformen i 2012, som medfører at flere innbyggere med omfattende bistandsbehov blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester. For å sikre riktig kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester har regjeringen igangsatt Kompetanseløft 2020 som en videreutvikling av Kompetanseløft 2015. En viktig del av løsningen på utfordringene i dagens og fremtidens omsorgstjeneste vil være å utdanne nok personell med riktig kompetanse.

I dette kapitlet beskrives utviklingen av personellressurser i omsorgstjenesten generelt, og særskilte utviklingstrekk i deltidstillinger, sykefravær og ulønnet omsorg trekkes fram. I samsvar med politiske føringer har det vært en økning i antall ansatte i omsorgstjenesten og da særlig en økning av ansatte med høyere utdanning. Videre ser man at andelen heltidsstillinger er lav og at det fremdeles er et relativt høyt sykefravær i omsorgstjenesten. Kapitlet viser til forskning som har funnet sammenheng mellom økt andel heltidsstillinger og lavere sykefravær samt mellom bedre bemanning og lavere sykefravær i omsorgstjenesten.

Kapitlet viser også at samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning på tjenestenes utvikling fra den trådte i kraft i 2012. Kommunene har fått nye oppgaver og pasienter med mer komplekse og sammensatte omsorgsbehov. Det har vært en utvikling med økt spesialisering av tjenester for ulike brukergrupper både i institusjonsbaserte tjenester og i hjemmetjenesten. Dette stiller store krav til utbygging av tjenestene, men også til rekruttering av personell som har rett kompetanse. Økte brukerforventninger og nye oppgaver, med påfølgende behov for økt kompetanse og stadig mer spesialiserte tilbud, gjør at tjenestene synes å være «på strekk».

Regjeringen har hatt fokus på frivillige i omsorgstjenesten. Derfor er det gjort en analyse av omfanget av ulønnet omsorg i årets analyserapport. Omfanget av ulønnet omsorg er stort, estimert til mellom 90 000 og 100 000 årsverk, og det ser ut til å holde seg relativt stabilt.

For å sikre at personell i omsorgstjenesten har rett kompetanse er det viktig at utdanningen er tilpasset tjenestens behov. Helsedirektoratet ønsker i denne rapporten å fremme behovet for å sikre at

¹⁶ Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.

¹⁷ Heretter benevnt omsorgstjenestene

¹⁸ Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit og Berit Otnes (2016). SSB Rapport 2016/20. Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.

kvaliteten og omfanget av praksis som tilbys i omsorgstjenesten er tilfredsstillende. Praksisutfordringene omtales i kapittelets siste punkt.

3.1 Økning av personell innenfor omsorgstjenestene

De siste årene har det vært en positiv bemanningsutvikling i omsorgstjenestene med om lag 26 700 flere avtalte årsverk i 2015 enn det var i 2004. Det har samtidig vært en stor økning av ansatte med utdanning fra høgskole eller universitet, primært sykepleiere. Arbeidstakere med høyere utdanning økte fra 29,4 prosent i 2007 til 34 prosent i 2016.

Antall ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning har økt fram til 2015. Andelen som denne gruppa utgjør, har imidlertid gått ned siden den totale årsverksveksten i tjenesten har økt mer enn økningen i antall ansatte uten slik utdanning. Den samme tendensen gjelder for ansatte med utdanning på videregående nivå, i all hovedsak helsefagarbeidere. Det er et siktemål at andelen ufaglærte reduseres. Utviklingen de siste årene med en total økning av antall ansatte i omsorgstjenestene og en økende andel ansatte med utdanning fra høgskole og universitet er i henhold til politiske mål om vekst i antall helsepersonell og økt kompetanse i disse tjenestene. På den annen side har økningen av antall ansatte vært større (både i prosent og i reelle tall) i spesialisthelsetjenesten. Siden 2011 har antall årsverk innen spesialisthelsetjenesten økt med 12,3 prosent, eller om lag 12 200 årsverk. Tilsvarende har omsorgstjenestene økt med 5,1 prosent, eller litt over 6 500 årsverk. Det betyr at Samhandlingsreformens intensjoner om å flytte veksten i helsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten ikke har blitt oppfylt.

3.2 Heltid og deltid

Det har i de siste årene vært et politisk mål å redusere andel ufrivillig deltidsstillinger i pleie- og omsorgssektoren. En økning av andelen arbeidstakere som arbeider heltid vil være en fordel både ut fra et pasientperspektiv, et arbeidstagerperspektiv, et arbeidsgiverperspektiv og et samfunnsperspektiv¹⁹. For pasientene vil en økt andel ansatte med heltidsstillinger gi økt kontinuitet og økt kvalitet. For arbeidstagerne gir heltidsstillinger en mer forutsigbar hverdag, en større sannsynlighet for gode lærings- og fagmiljøer og bedre rettigheter (eks pensjon og lån). For arbeidsgiverne gir en økt andel heltidsansatte færre ansatte, lavere turnover og trolig blir det lettere å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft. For samfunnet vil en økt andel heltidsansatte føre til en bedre ressursutnyttelse av helsepersonells arbeidskapasitet i et arbeidsmarked hvor det er en økende mangel på helsepersonell²⁰ og det vil være et viktig likestillingstiltak¹⁶. Det er særlig kvinner som arbeider i kommunale institusjoner og i hjemmetjenesten som arbeider deltid. En økning av heltid i denne sektoren vil gi kvinnene høyere inntekt og det vil trolig bli lettere å rekruttere menn¹⁶.

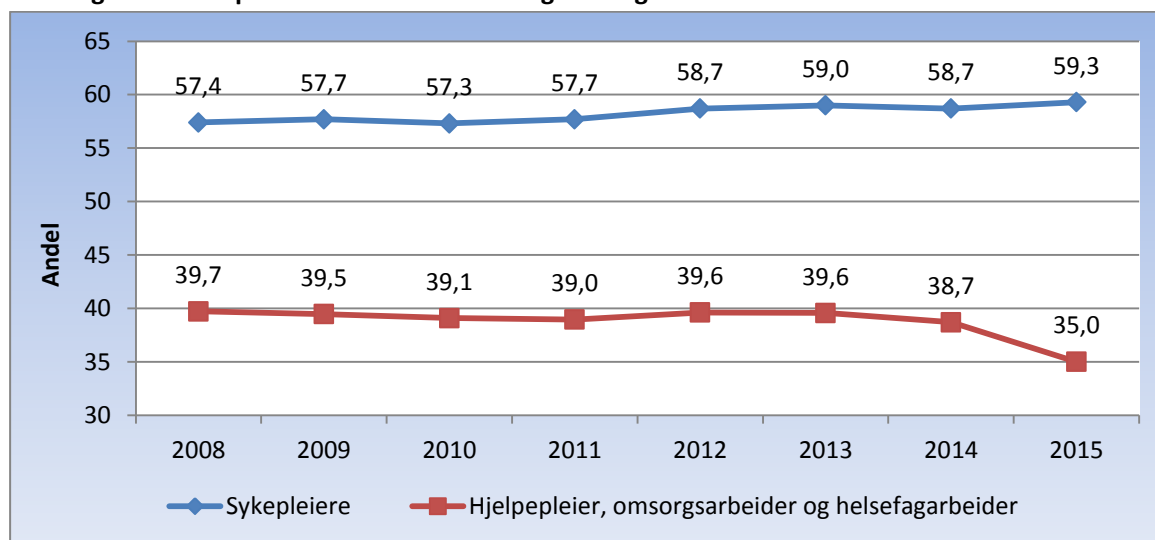
Helsemyndighetene, arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene har i de siste årene gått sammen om å finne tiltak som kan øke heltidsandelen i omsorgstjenesten.

¹⁹ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

²⁰ Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.

Andelen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere som jobber heltid i omsorgssektoren har holdt seg relativt stabilt på nær 40 prosent i perioden 2008-2013. Fra 2013 til 2014 sank andelen til under 39 prosent, og fra 2014 til 2015 sank den ytterligere. I 2015²¹ var andelen 35 prosent. Andelen sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer har i perioden 2008-2015 ligget stabilt på i underkant av 60 prosent. Samtidig er det viktig å påpeke at det i samme tidsperiode har vært relativ stor vekst i antall sykepleiere i sektoren. Det kan derfor se ut som at en stor andel av denne veksten har kommet som heltidsstillinger.

Figur 6: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer. Pleie- og omsorgssektoren. 2008-2015.

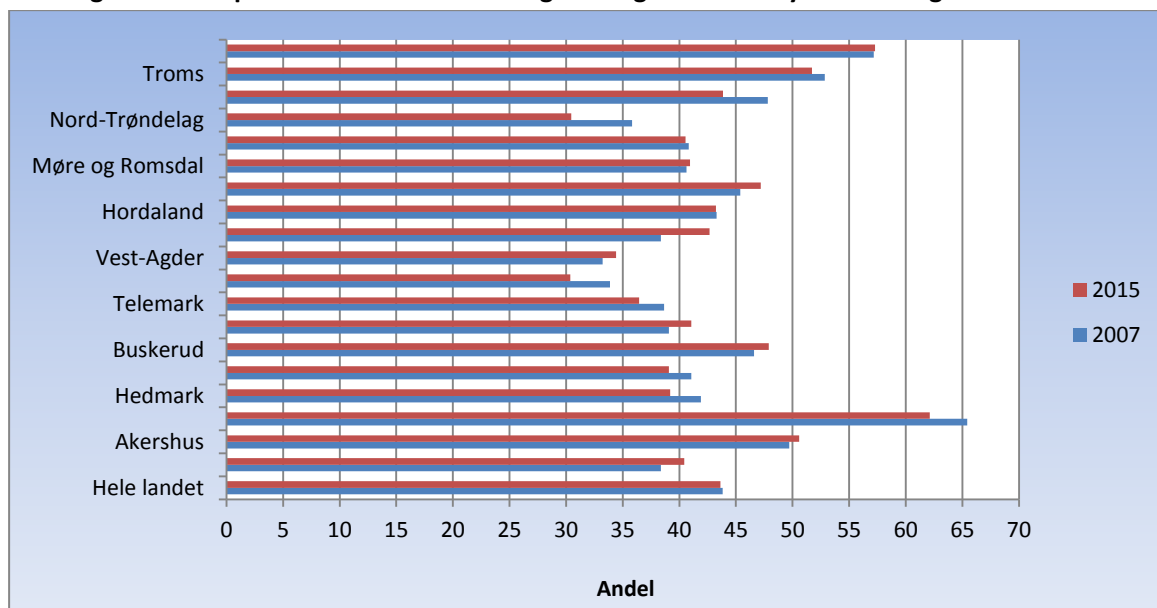


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er store regionale forskjeller i andelen som jobber heltid. I 2015 hadde Oslo høyest andel av heltidsansatte med 62,1 prosent og Aust-Agder lavest med 30,4 prosent. Andelen heltidsansatte har imidlertid gått ned i begge disse fylkene fra 2007 til 2015. For hele landet har andelen ikke endret seg nevneverdig. Andelen for landet var 43,8 prosent i 2007 og 43,6 prosent i 2015.

²¹ I 2015 ble systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk endret. Overgangen har skapt utfordringer i beregningen av årsverkstall for 2015, og det blir et brudd i tidsserien. Endringen medfører at man ikke med visshet kan si hvorvidt endringer i årsverkene skyldes faktisk endring eller hvorvidt det skyldes en endring i innrapporteringen. Tidligere har det kun vært kategorier for arbeidstid kun inkludert fire kategorier, men i 2015 var en femte kategori med. Det var «Uoppgitt arbeidstid».

Figur 7: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer. Pleie- og omsorgssektoren. Fylker 2007 og 2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 6 viser at andel deltid ikke er redusert i henhold til hensikten. En av årsakene kan være at omsorgssektoren rekrutterer personer som ønsker å arbeide deltid. En ny undersøkelse av sykepleierstudenter fra HIOA viser at dagens sykepleiestudenter ikke ser for seg en fremtid som deltidsarbeidende²². Videre henger en utbredt bruk av deltid i omsorgstjenesten sammen med måten turnus gjennomføres på og at det har utviklet seg en deltidskultur i denne sektoren²⁰. For at arbeidsgiver skal få turnusen til «å gå opp» og da særlig få dekket ledige vakter i helgene er deltidsstillinger nødvendig så lenge man gjennomfører turnusen på den måten som er vanlig i Norge i dag. Ingstad (2016)²³ anbefaler å vurdere lengre vakter i helgene for å avhjelpe dette problemet samtidig som man må endre kulturen i sektoren fra en deltidskultur til en heltidskultur. En endret turnus sammen med en endret kultur kan være med på å redusere andel deltidsarbeidende i helse- og omsorgstjenesten i fremtiden.

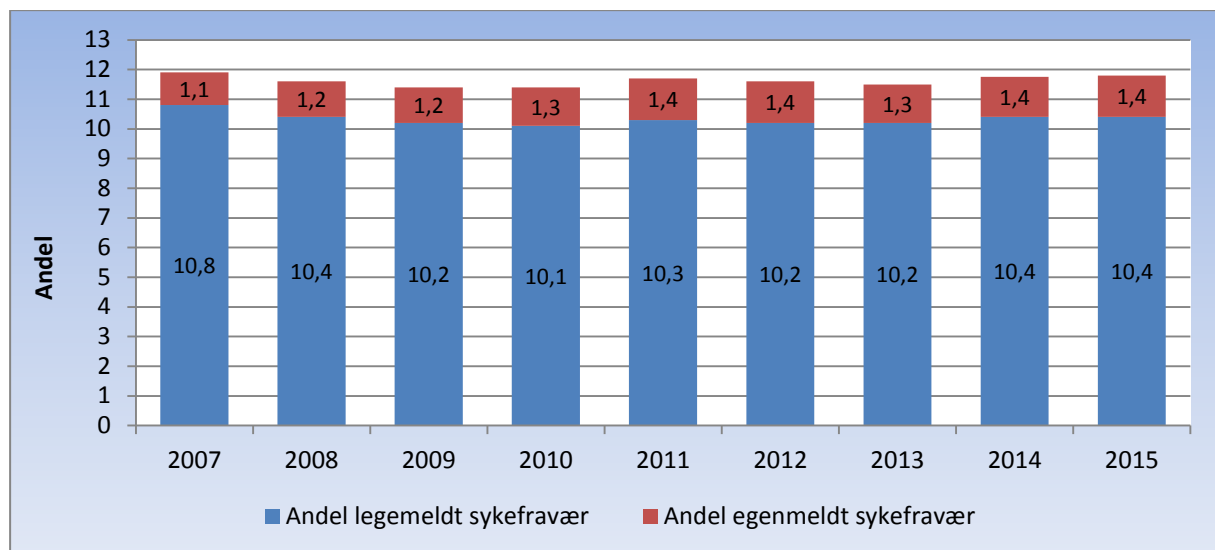
3.3 Sykefravær

Et tiltak for å bedre bemanningssituasjonen og øke kontinuiteten i omsorgstjenesten er å redusere sykefraværet. Sykefraværet blant de ansatte som jobber direkte med brukerne innen kommunale omsorgstjenester har holdt seg stabilt fra 2007 og til 2015. I 2015 utgjorde det legemeldte sykefraværet høyest andel med 10,4 prosent. Det egenmeldte sykefraværet var på 1,4 prosent. Andelen legemeldt sykefravær innen kommunal omsorgstjenester er noe høyere enn for andre sektorer. Til sammenligning er det legemeldte sykefraværet for alle kommunalt ansatte på 8,6 prosent og det egenmeldte sykefravær var 1,3 prosent.

²² SPS Nyhetsbrev nr. 2 - 2014

²³ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Figur 8: Legemeldt og egenmeldt sykefravær for ansatte innen kommunale omsorgstjenester. 2007-2015.



Historisk har legemeldt sykefravær i kommunal sektor vært høyt. Det har ligget to til tre prosentpoeng over de andre sektorene. Det er også store forskjeller mellom kommuner og innenfor de ulike kommunale tjenesteområdene²⁴. Blant de kommunale tjenestene er sykefraværet høyest i hjemmetjenesten og på institusjon²¹ SINTEF har i en studie av sykefravær i kommunale tjenester funnet at når bemanningen øker i sykehjem og hjemmetjenesten synker samtidig sykefraværet²⁵. Videre viser en rapport gjort av PROBA samfunnsanalyse om sykefravær i kommunal og privat sektor at sykefraværet er lavere blant arbeidstakere som jobber heltid enn blant deltidsansatte²⁶. Forskningen viser altså at både tilfredsstillende bemanning og høy andel heltidsstillinger fører til lavere sykefravær i omsorgstjenestene^{22,23}.

3.4 Er helse- og omsorgstjenestene «på strekk»?

I 2005 slo Helsetilsynet fast at kommunale helse – og omsorgstjenester 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 tjenester og kompetanse. Rapporten «Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015²⁷ ser på utviklingstrekk i tjenestene fra 2003 til 2015 og viser at det har vært en betydelig utvikling i tjenestene både når det gjelder omfang og innhold. Det har dessuten vært en utvikling med økt spesialisering av tjenester for ulike brukergrupper både i institusjonsbaserte tjenester og i hjemmetjenesten.

Resultatene viser også at samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning på tjenestenes utvikling fra den trådte i kraft i 2012. Kommunene har fått nye oppgaver og pasienter med mer komplekse og

24 Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. Søkelys på arbeidslivet, 28(04), 336-354.
 25 Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. Søkelys på arbeidslivet, 28(04), 336-354..

26 Proba Samfunnsanalyse (2016). Sykefraværskjeller mellom sektorer. Proba-rapport nr. 2016-11.

27 Dale, Bjørg; Folkestad, Bjarte; Førland, Oddvar; Hellesø, Ragnhild; Moe, Aud; Sogstad, Maren Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 12/15

sammensatte omsorgsbehov. Dette stiller store krav til utbygging av tjenestene, men også til rekruttering av personell som har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse. Intervjuene med øverste leder i tjenesten viser at de i hovedsak bedømmer tjenestene som tilstrekkelig, både når det gjelder tilgang og kvalitet, men at det er utfordringer særlig knyttet til behov for aktivitet og sosiale tiltak. Det var en klar oppfatning blant kommunale ledere om at det har foregått store endringer i de siste 10 årene, i hovedsak knyttet til nye og komplekse oppgaver med tilsvarende behov for økt kompetanse. De opplever også at det stadig er tøffere økonomiske prioriteringer og at befolkningens forventninger til tjenestene har økt. Alt i alt viser rapporten at tjenestene har hatt en omfattende utvikling. Økte brukerforventninger og nye oppgaver, med påfølgende behov for økt kompetanse og stadig mer spesialiserte tilbud, gjør at tjenestene fremdeles synes å være «på strekk».

En tilsvarende konklusjon trekkes i rapporten «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer.»²⁸ Her fremheves at Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den økte arbeidsmengden skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike kommunale tilbud og mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetakene, noe som medfører økt administrering og dokumentasjon.

Opgavene har blitt langt mer komplekse. Dette gjelder både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, langt større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring. Økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Det gjør at kommunene hele tiden er på etterskudd i å møte de økte kravene.

3.5 Ulønnet omsorg

SSB har i sin levekårsundersøkelse bl.a. kartlagt bruken av ulønnet omsorg. I undersøkelsen ble et utvalg av befolkningen spurt om de yter regelmessig praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen. Tilsvarende spørsmålet ble stilt om hjelp til syke, funksjonshemmede eller eldre innenfor husholdningen. Ut fra disse opplysningene samt gjennomsnittlig timetall for ulønnet omsorg og opplysninger om befolkningen, er det gjort en beregning av antall årsverk for ulønnet omsorg. Tilsvarende beregninger for 2015 er gjort av Otnes (2013)²⁹. Holmøy, Haugstveit og Otnes (2016)³⁰ har gjort det samme for henholdsvis 2008 og 2012.

²⁸ Heidi Haukelien, Halvard Vike og Ingvild Vardheim Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Telemarksforskning 2015 Sykepleieres erfaringer.

²⁹ Otnes, Berit (2013). Familieomsorg – fortsatt viktig i Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*.

³⁰ Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit og Berit Otnes (2016). SSB Rapport 2016/20. Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.

Tabell 2 Årsverk for ulønnet omsorg for 2015 er beregnet til om lag 97 000. I tabellen under er antall avtalte årsverk for de formelle omsorgstjenestene inkludert, til sammenligning.

	2008	2012	2015
Ulønnet omsorg	96 400	90 000 ³¹	97 000
Formelt omsorgsarbeid	121 209	131 780	135 433

Anslag om ulønnet omsorg vil være usikkert av flere grunner. Den ene grunnen er at beregningene er gjort på bakgrunn av Levekårsundersøkelsen, som er en utvalgsundersøkelse, og at respondentenes innsats er selvrapportert. Den andre grunnen er at selve regnestykket er usikkert, og man antar at antall timer brukt til omsorg til pleietrengende *i egen husholdning* er lik antall timer hjelp gitt utenfor husholdningen. Dette er en antakelse som kan problematiseres. Samtidig gir tallene en pekepinn på størrelsesordenen av ulønnet omsorg. Tallene er regnet ut på lik måte over tid. Antall årsverk holder seg også stabilt fra 2008 – 2015.

Det fremkommer av Levekårsundersøkelsen at personer i aldersgruppen 45 til 66 år oftere yter ulønnet omsorgsarbeid enn både yngre og eldre personer. 12 prosent i denne aldersgruppen gir hjelp til foreldre utenfor egen husholdning, mens 7 prosent oppgir at de hjelper andre slektninger. I gjennomsnitt bruker personer som yter ulønnet omsorg til andre i underkant av fem timer i uka på aktiviteten. Det er vanligere at det ulønnede omsorgsarbeidet gitt til egne foreldre innebærer praktisk bistand, enn tilsyn og pleie. Den formelle omsorgssektoren er kvinnedominert; menn utfører bare omkring 13 prosent av årsverkene i denne sektoren. Bildet ser annerledes ut for ulønnet omsorg, hvor kjønnsforskjellene er små. Andelen som yter ulønnet omsorg er omtrent like stor blant kvinner og menn.

Det vil være behov for en betydelig innsats fra frivillige omsorgsytere framover. I SSBs fremskriving av behov for årsverk i omsorgssektoren er det påpekt at en økning av det ulønnede omsorgsarbeidet kan føre til en lavere etterspørsel etter formelle omsorgstjenester³². Sett slikt vil ulønnet omsorg kunne være med å bøte på ressursutfordringene omsorgstjenesten står overfor i de nærmeste tiårene. Det er et stort behov for å følge utviklingen på feltet for frivillig omsorgsytere/ulønnet omsorg.

3.6 Praksis i omsorgstjenesten

For å sikre personell som har kompetanse som dekker omsorgstjenestens behov har det i en rekke meldinger, offentlige strategier og prosjekter blitt pekt på at kommunene må styrkes som praksisarena for helse- og sosialutdanningene^{33, 34, 35, 36, 37, 38}. Praksisprosjektet²⁰ konkluderer med at for å oppnå en

31 Holmøy m.fl. brukte begrepet familieomsorg, men i det følgende brukes uttrykket ulønnet omsorg ettersom tall for praktisk hjelp til syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen, også kan inkludere omsorg til andre enn familiemedlemmer.

32 I Holmøy, Haugstveit, Otnes (2016) blir ulønnet omsorg kalt familieomsorg. Årsverkene for familieomsorg i 2012 ble regnet ut på samme måte som det som kalles ulønnet omsorg i 2008 og 2015. Det kalles ulønnet omsorg her pga. begrepsbruken til SSB i levekårsundersøkelsen, som data er hentet fra.

33 Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet (Vol. 26(2014-2015), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

34 Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.

35 Norge Kunnskapsdepartementet. (2012). Utdanning for velferd : Samspill i praksis (Vol. 13(2011-2012), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.

36 Helse Omsorg 21 strategien (2014)

37 Kompetanseløft 2020

utdanning av god kvalitet som gir samfunnet den arbeidskraft det trenger er det tre faktorer som er avgjørende:

1. omfanget av gode og relevante praksisplasser
2. tilstrekkelig veilederkompetanse i praksisarenaene
3. fungerende avtaler på system- og institusjonsnivå som avklarer ansvars-, rolle- og oppgavefordeling og befester felles ansvar mellom partene (utdannings og yrkessektoren)

Helsedirektoratet ser punkt 3 som avgjørende for å få til de to andre punktene. Det er avgjørende at tiltak gjennomføres som gir hensiktsmessige rammefaktorer og dermed legger forholdene til rette for tilstrekkelig mengde praksis av god kvalitet for helse- og sosialfagsstudenter.

³⁸ Praksisprosjektet http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

4. UTVIKLING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Det har vært en tydelig økning i forskning innenfor omsorgsfeltet de senere årene. Imidlertid er kunnskapsutviklingen fremdeles i en tidlig fase. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er i ferd med å finne en form som brobygger mellom praksisfeltet i kommunene og forskningsmiljøene. Kommunene begynner å komme inn på forskningsarenaen, men foreløpig i mindre grad som bestillere av forskning. Det finnes imidlertid gode eksempler på kommuner som har utviklet plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse og omsorgstjenesten, der kommunen ønsker å forske med, ikke bare bli forsket på.

Det har de senere årene foregått en betydelig kompetanseoppbygging innenfor planlegging av omsorgstjenestene i kommunene. I økende grad tar kommunene i bruk planverktøy for å møte morgendagens utfordringer i omsorgstjenestene. Imidlertid er det fortsatt for mange, og spesielt mindre kommuner, som ikke har laget denne type planer. Det er imidlertid en del av de større kommunene som er i ferd med å utvikle modeller der de utvikler nye modeller for samhandling med forskningsmiljøene.

Etableringen av det nye kommunale pasientregisteret bør på sikt forkorte og forbedre arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer innenfor områder der det er erfaringsmessig er fare for pasientskader, slik som fall, liggesår og infeksjoner. Dette vil kople kvalitetsindikatorerne nærmere mot forbedring av den direkte tjenesteutøvelsen og gjøre dem mer relevante for tjenesteutøverne.

4.1 Forskning på helse- og omsorgstjenesten i kommunene

NIFU har på oppdrag fra Norges forskningsråd gjennomført en kartlegging av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester³⁹. Utgangspunktet er at HelseOmsorg21-strategien legger opp til et kunnskapsløft for kommunesektoren som en av fem hovedprioriteringer. Kunnskapsløftet er viktig for arbeidet med å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgssektoren for bedre å kunne møte dagens utfordringer.

Hovedfunn i analysene er at forskning knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å være økende. Antall vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode. Det publiseres nå om lag 200 artikler årlig, hvorav 12 prosent i nivå 2-tidsskrifter. Tre fjerdedeler av artiklene ble skrevet i samarbeid mellom to eller flere institusjoner. De samlede FoU-utgifter i 2015 anslås til vel 800 millioner. Det meste av FoU-aktiviteten ble utført i Universitets og høyskolesektoren og instituttsektoren. Den er i hovedsak finansiert fra sentralt hold. Kommunesektoren finansierer i liten grad FoU-aktivitet knyttet til

³⁹ Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål NIFU-rapport;2016:32

kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene oppfattes heller ikke som særlig aktive med å initiere slik FoU, men mer som forskningsobjekt.

Helt entydig er imidlertid ikke dette mønsteret, for mange oppfatter også at FoU-aktiviteten tok utgangspunkt i problemstillinger eller forskningsbehov uttrykt med utgangspunkt i budskap fra representanter for kommunesektoren. Det er heller ikke helt uvanlig at kommunalt ansatte deltar i referansegrupper eller direkte i det faglige FoU-arbeidet. Flere kommuner, eksempelvis Bergen, har utviklet plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse og omsorgstjenesten, der kommunen ønsker å forske med, ikke bare bli forsket på.

Det er også områder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som det er metodisk krevende å forske på. Ett eksempel er habilitering og rehabilitering, hvor det eksempelvis er vanskelig å designe RCT-studier på grunn av kompleksiteten både hos pasienter og brukere og i tjenestene.

4.2 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Helsedirektoratet har evaluert utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i 2015⁴⁰. Formålet med evalueringsprosessen var å vurdere og justere utviklingssentrenes rolle, ansvarsområde og organisering framover, for å oppfylle intensjonen i nasjonale føringer. De viktigste endringene som ble gjennomført er at Utviklingssentrene er politisk forankret i vertskommunen, forankret i ledelsen, tettere knyttet opp mot kommunens fag og utviklingsmiljø og har fått et større ansvar for spredning/ samarbeid med øvrige kommuner i fylket. Utviklingssentrene skal tilby ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene.

Gjennom samtaler med alle utviklingssentrene og de kommunale lederne i vertskommunene har vi erfart et betydelig engasjement som lover godt for den nye ordningen. Tilbakemelding fra Omsorgsforskningssentrene tyder også på at kvaliteten på arbeidet i Utviklingssentrene forbedres. Helsedirektoratets foreløpige vurdering er at de nye grepene som er gjort er et steg i riktig retning. Utviklingssentrene er nær knyttet opp mot Omsorgsforskningssentrene i sin region. Helsedirektoratet vurderer at Omsorgsforskningssentrene de senere årene har blitt sterkere forskningsorganisasjoner og at samhandlingen mellom Omsorgsforskningssentrene og utviklingssentrene er styrket.

4.3 Planlegging som en del av forbedringsarbeidet

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 fastslo at kommunene i varierende grad har satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Samtidig viser evalueringen at lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Det bidrar også til at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikler en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor.⁴¹

⁴⁰ Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Samarbeidsrapport NIBR / NIFU 2015

⁴¹ Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. NOVA rapport 4/2015

Det har de senere årene foregått en betydelig kompetanseoppbygging i kommunene gjennom opplæringsprogrammet «Helse- og omsorg i plan. Evalueringen⁴² av studiet viser at *stadig flere kommuner arbeider aktivt med å sette helse- og omsorgsutfordringer inn i en plansammenheng. I et innovasjonsperspektiv har deltakerne tilegnet seg et planspråk som gjør det lettere å vinne innpass på planleggingsarenaen. De anvender begrepene og språket i sin egen sektor, og blir det de selv har omtalt som et «gnagsår», eller de fungerer som en «påminnelsesagent» hvor de minner om betydningen av at deres egen sektor engasjerer seg og deltar aktivt i planleggingen. Og her er en kime til innovasjon; De introduserer nye begreper i sin egen virksomhet som kan bidra til å utvikle hvordan virksomheten ser på egne aktiviteter, men også deres egen funksjon i organisasjonen.*

Det er gjennom Helse- og omsorg i plan etablert utdanningsløp på høyskolenivå. Likeledes er det etablert metoder og verktøy som kan benyttes av kommunene. To av de viktigste er [en læringsportalen om lokal og regional planlegging](#) etablert som et element i Helse- og omsorg i plan og [Ressursportalen](#), som er et planverktøy etablert av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Nord-Trøndelag fylkeskommune og KS Nord-Trøndelag.

Helsedirektoratet vurderer planverk som et sentralt virkemiddel for å forberede kommunene på framtidens omsorgsutfordringer. Forskningen har vist at det fremdeles er behov for å utvikle plankompetansen i sektoren. Spesielt gjelder dette de mindre kommunene.

4.4 Utvikling av et kommunalt pasientregister (KPR)

Det er et økende behov for kunnskap om helhetlige pasientforløp, der man ser kommunale og fylkeskommunale helsetjenester, og spesialisthelsetjenesten i sammenheng. Dette er en forutsetning for kunnskapsbasert tjenstlig og faglig utvikling, planlegging, kvalitetssikring og evaluering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

De ansvarlige må vite i hvilken grad tjenestene faktisk fungerer etter hensikten og overordnet sett oppnår de resultatene som ønskes, og om pasienter og brukere opplever tjenestene som gode. De trenger derfor kunnskap om sykdomsforekomst, helsetjenesteforbruk, tjenestekvalitet, effekt av tiltak og grunnlag for kvalitetsforbedring av helsetjenestene.

KPR etableres for å få informasjon og kunnskap som grunnlag til å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester i kommunene. KPR skal ved å samle inn og gjøre tilgjengelig oppdaterte og kvalitetssikrede data fra kommunale helse- og omsorgstjenester og andre relevante kilder, gi grunnlag for kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon, statistikk, helseanalyser, planlegging, styring herunder finansiering, og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den enkelte virksomhet.

Videre skal KPR bidra til samhandling med spesialisthelsetjenesten og bidra med data til bruk i andre helseregistre. Første versjon av registeret lanseres i 2017.

⁴² Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan NIBR-rapport 2016:9

5. FOLKEHELSE

Forventet gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet er nå ca. 63 år, som en den høyeste avgangsalderen siden man begynte å følge med på dette.

Omfanget av frivillig innsats i Norge er stabilt høyt. Også de eldste aldersgruppene bidrar med mye frivillig arbeid, men det er en tendens til at eldre trapper ned den frivillige innsatsen med alderen. Norske eldre har lavere forekomst av depresjon og ensomhet enn eldre i de fleste andre land der man har denne typen data. Prevalensen av depresjon og ensomhet øker etter 75 år og vitner om svakere livskvalitet mot slutten av livet. Skårene for livskvalitet er like fullt forholdsvis høye også i den sene alderdommen.

Hoftebrudd og fall er sannsynligvis en viktig indikator for eldres helse. I Folkehelsemeldingen har regjeringen fastsatt mål om 10 prosent reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018. Forskning viser at det er en tendens til nedgang i hoftebrudd blant eldre og at fokus på fallforebygging i kommunene har en liten positiv effekt.

Hovedkonklusjonen fra to tilsyn med kommunenes arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen er at selv om mange av kommunene har kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, er det fortsatt mange kommuner som ennå ikke har kommet i gang. Tall fra KOSTRA i 2015 viser en positiv tendens - spesielt i de store kommunene.

5.1 Arbeid

God helse og funksjonsnivå er en forutsetning for både å kunne stå lenger i arbeid og for å kunne være aktiv og selvhjulpent lenger. Det er mye som tyder på at flere velger å fortsette lenger i arbeid, men det er også mange arbeidstakere som faller ut av arbeidslivet før de har nådd en alder der de kan velge å ta ut alderspensjon/AFP. Regjeringen ønsker derfor en mer aktiv tilnærming til personer og grupper som er i risiko for å utvikle sykdom eller som allerede har sykdom, for på den måten å redusere tidlig avgang fra arbeidslivet og for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester. IA-avtalen fra 2014 har som mål at yrkesaktiviteten etter fylte 50 år forlenges med 12 måneder innen 2018, sammenlignet med 2009-tall⁴³. Mye tyder på at vi er på god vei. Forventet gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet er nå ca. 63 år – noe som NAV antar er den høyeste avgangsalderen siden man begynte å følge med på dette.⁴⁴

⁴³https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/SIGNERT_IA_avtale.pdf.

⁴⁴<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/forventet-pensjoneringsalder-og-yrkesaktivitet--439525>

5.2 Frivillig innsats

Kommunene må planlegge og tilrettelegge for tjenester og en samfunnsutvikling som støtter opp om deltakelse og mestring. Her er systematisk folkehelsearbeid med gode nærmiljøtiltak og en aktiv og mangfoldig frivillig sektor helt sentralt. Det å gjøre sunne valg enklere, satse på frisklivsentraler og forebyggende hjemmebesøk, samt få til et godt samarbeid med frivillig sektor anses som viktig. Omfanget av frivillig innsats i Norge er stabilt høyt.

Også de eldste aldersgruppene bidrar med mye frivillig arbeid, men det er en tendens til at eldre trapper ned den frivillige innsatsen med alderen. I en undersøkelse fra TNS-gallup i 2016 for Statens seniorråd framgår det at rundt halvparten av pensjonistene driver med frivillig arbeid i større eller mindre grad. I følge NOVA⁴⁵ er det en svak tendens til at yngre pensjonister øker sin innsats som frivillige ved pensjonering, mens pensjonister som arbeider til de er 67 eller eldre, i liten grad benytter tiden sin på frivillig arbeid som pensjonister.

I artikkelen diskuterer forskerne hva årsaken kan være til at så mange eldre velger å trekke seg tilbake fra frivillig arbeid og organisasjonsliv. De peker bl.a. på at en mulighet kan være at mange på slutten av arbeidslivet har vært nødt til å trappe ned på ulike aktiviteter utenom arbeid, og at det kan være vanskelig å gjenoppta disse aktivitetene selv om de får bedre tid. Artikkelen bygger på NorLAG 1 og 2 og SSBs tidsbruksundersøkelse fra 2010.

Erfaringer fra samspill mellom frivillige og Arendal kommune

Med hjerte for Arendal (MHFA) er et samarbeid mellom etterhvert rundt 100 organisasjoner, lag og foreninger og Arendal kommune. Følgeforskning har utgjort en del av prosjektet siden 2012.⁴⁶

Viktige erfaringer fra arbeidet er at:

Det er viktig å forstå at samspillet mellom kommunen og sivilsamfunnet er preget av en helt annen diversitet og dynamikk enn samspillet mellom næringslivsaktører. Det ligger til grunn en helt annen maktbalanse, der ideelle og frivillige organisasjoner på den ene siden ofte er avhengige av kommunale tilskudd og velvilje, mens de på den andre siden ikke ønsker å bli «pådyttet» kommunale, lovpålagte oppgaver.

Frivilligheten skal ikke styres, men tilrettelegges for. Alle forsøk på å underordne frivilligheten kommunale agendaer mislykkes. Fasiliteringen bør baseres på tjenende, ikke styrende ledelse. Samarbeidet begynner med å skape møteplasser. Tillitsskaping tar tid. Desto flere samarbeidspartnere, desto mer komplekst samarbeid. Høy saks- og partnerkompleksitet kan medføre lang tid til tillitsbygging. Tålmodighet er en nøkkel.

Forankring av et slikt samarbeid i hele kommunen er nødvendig. Det fremmer ikke tillit hvis én del av kommunen inviterer til storslått samarbeid med frivilligheten mens man opplever å møte stengte dører i en annen del av kommunen. En helhetlig sivilsamfunnsstrategi/politikk bør utvikles.

⁴⁵ Etter pensjonering - mer eller mindre aktiv?. Daatland, Svein Olav Slagsvold, Britt (Red.), Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon - runde 1 og 2. Kapittel 14. s. 177-189.

⁴⁶ FoU-rapport nr. 3/2016 Mot 'Kommune 3.0'? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal Eugene Guribye

Etableringen av tillitsbaserte nettverk gjør det mulig å sette i praksis ressursbasert lokalsamfunnsutvikling der man kartlegger lokale ressurser hos organisasjoner, kommune, næringsliv og engasjerte innbyggere, kobler de riktige aktørene sammen. Dernest er den viktigste oppgaven å trekke seg tilbake og slippe kontrollen og la hver aktør gjøre det de er best på.

En bevegelse i retning av «Kommune 3.0» impliserer ikke en nedskalering av det offentlige rolle i velferdssamfunnet, men fordrer en sterk offentlighet sammen med et sterkt sivilsamfunn. «Kommune 3.0» må dermed betraktes som en videreutvikling av dagens nordiske velferdsstatsmodell, der den mest vesentlige endringen er at det offentlige i enda større grad utvikler fasiliterende, nettverksbyggende tjenester som kan skape brobyggende sosial kapital. Samskapingen kan gi grobunn for nye tjenester og innovasjon, men det er ingen garanti for dette.

En «Kommune 3.0» tankegang impliserer store ambisjoner på den enkelte frivilliges vegne. Det er lett for at man fokuserer på det offentlige og de frivillige organisasjonenes rolle og overser forankring blant de viktigste aktørene i en slik strategi: den enkelte «frivillige» innbygger. Man kan ikke gjøre frivillighet obligatorisk.

5.3 Ensomhet i alderdommen

I en rapport⁴⁷ om aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet framgår det at de fleste opplever den tidlige alderdommen, inntil ca. 75-80 år, som god og til dels svært god. Eldre sier seg like tilfreds med tilværelsen som yngre. De har omtrent samme – forholdsvis lave – forekomst av ensomhet og depresjon. De har stabilt høy selvaktelse, men skårer lavere for personlig kontroll («selvtillit»). De skårer også lavere enn yngre på emosjonell livskvalitet, både hva gjelder positive og negative følelser, noe som vitner om en generelt lavere emosjonalitet enn tidligere i livet. Yngre og eldre har for øvrig nokså like prioriteringer når det gjelder hvilke livsområder som er mer eller mindre viktige for høy livskvalitet, og da veier sosiale kvaliteter vanligvis tyngre enn materielle. At materiell trygghet også kan være avgjørende ses i komparative studier.

Norske eldre skiller seg f.eks. positivt ut ved å ha lavere forekomst av depresjon og ensomhet enn eldre i de fleste andre land der man har denne typen data. Den sene alderdommen er en mer krevende fase. Her finner vi en fallende livskvalitet langs mange indikatorer. Prevalensen av depresjon og ensomhet øker f.eks. etter 75 år og vitner om svakere livskvalitet mot slutten av livet. Skårene for livskvalitet er like fullt forholdsvis høye også i den sene alderdommen – kanskje overraskende høye. Tallene kan gi et overdrevent positivt inntrykk for de eldste, fordi frafallet da er særlig høyt blant dem som har dårlig helse, f.eks. beboere i sykehjem, som tradisjonelt er dårlig representert i denne typen studier.

Siden 2013 har det vært mulig for kommuner og frivillige organisasjoner å søke på tilskudd for å igangsette aktivitetstiltak for seniorer og eldre. Målet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet. Til nå er det tildelt ca. 57 mill. kroner over 4 år til ca. 166 prosjekter rundt i hele landet. Selv om det er vanskelig å måle i hvilken grad tilskuddsmidlene har bidratt til å motvirke ensomhet og passivitet,

⁴⁷ Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. IS-2475. Helsedirektoratet juni 2016.

har vi inntrykk av at tilskuddsordningen har bidratt til mye engasjement, og aktivitet. Mye av arbeidet har skjedd på frivillig basis der tilskuddsmidlene har vært et nødvendig og kjærkomment supplement.

Fra 2017 er målgruppen etter dialog med HOD, utvidet til å gjelde hele befolkningen, selv om den fortsatt primært retter seg mot seniorer og eldre. Det blir spennende å følge utviklingen av tilskuddsordningen og i hvilken grad den fortsatt vil kunne spille en viktig helsefremmende og forebyggende rolle.

5.4 Oversikt over helsetilstanden i befolkningen

Folkehelseloven stiller krav til kommunen om å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkninga og de positive og negative faktorene som kan påvirke helsetilstanden. Oversikten skal være med i grunnlaget for mål, strategier, planer og tiltak i kommunen, og på den måten bidra til å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert og treffsikkert. Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal danne grunnlag for videre planarbeid og arbeid på området.

I 2015 kom både Riksrevisjonene og Helsetilsynet med rapporter om folkehelsearbeidet i kommunene. Begge rapportene påpekte tydelige forbedringspunkter, men Riksrevisjonens rapport var langt mer kritisk. Begge tilsynene ble gjennomført i løpet av 2014, Riksrevisjonens undersøkelse strakk seg gjennom hele 2014 og januar 2015, mens Helsetilsynets undersøkelse ble gjennomført i løpet av høsten 2014. Helsetilsynets gjennomgang begrenset seg til et utvalg kommuner som ikke var tilfeldig valgt, mens Riksrevisjonens gjennomgang også omfattet det statlige virkemiddelapparatet ved siden av alle fylker og kommuner.

Konklusjonen til Helsetilsynet er at de er ganske fornøyd, da 35 av 50 kommuner er i gang med det oversiktsarbeidet som er grunnlaget for det systematiske folkehelsearbeidet. De mener også at målet med tilsynet er oppnådd ved å sette fokus på viktigheten av det systematiske folkehelsearbeidet og ved å identifisere noen av de kommunene som har behov for videre oppfølging fra fylkesmannen for å komme i gang med arbeidet. En av utfordringene som Helsetilsynet peker på er manglende forankring i ledelsen og i sektorer utenfor helse.

Riksrevisjonens hovedfunn er at:

- De fleste kommunene foreløpig ikke har etablert et systematisk folkehelsearbeid. Selv om 59 prosent av kommunene i deres undersøkelse har kommet i gang med oversiktsarbeidet, så har nær 60 prosent av dem ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanene.
- Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

Hovedkonklusjonen fra begge tilsynene er at selv om mange av kommunene har kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, er det fortsatt mange kommuner som ennå ikke har kommet i gang. Utfordringer som tilsynene peker på er bl.a. manglende forankring i ledelsen og i sektorer utenfor helse og hvorvidt arbeidet er tilstrekkelig kunnskapsbasert. Det er et krav at alle kommuner skal ha utarbeidet det samla oversiktsdokumentet høsten 2016. Tall fra KOSTRA i 2015 viser en positiv tendens - spesielt i de store kommunene, mens tall for 2016 foreløpig ikke er tilgjengelig.

5.5 Fysisk aktivitet

Når det gjelder forebyggende tiltak rettet mot seniorer og eldre er det mange kommuner som tilbyr aktivitets- og seniorsentre, ulike gå- og trimgrupper, treningsgrupper for å forebygge fall og mange ulike kulturtiltak. Mye av det frivillige arbeidet utføres av seniorer og derfor er mange organisasjoner av forskjellige slag helt avhengig av eldres engasjement og deltakelse.

5.6 Forebygging av fall og hoftebrudd

Norge ligger på verdenstoppen i hoftebrudd. I tillegg til høy dødelighet og redusert funksjon og livskvalitet, medfører hoftebruddene høye kostnader for helse- og omsorgstjenesten. Hoftebrudd og fall er sannsynligvis en viktig indikator for eldres helse. I Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter fra 2014/15 har regjeringen fastsatt mål om 10 prosent reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018. Målet skal nås ved å ta inn fallforebygging i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Forskning viser at det er en tendens til nedgang i hoftebrudd blant eldre <http://link.springer.com/article/10.1007/s00198-016-3516-8> og at fokus på fallforebygging i kommunene har en liten positiv effekt⁴⁸.

I Pasientsikkerhetsprogrammet foregår et kontinuerlig arbeid for å forebygge fall i institusjoner. Fokus på fallforebygging både ved fysisk aktivitet og tilrettelegging vil også/er også et viktig fokusområde i forebyggende hjemmebesøk.

Helsedirektoratet har gitt tilskudd til et prosjekt der Trondheim kommune og NTNU samarbeider for å utvikle et treningsprogram rettet mot eldre for å forebygge fall. Direktoratet samarbeider også med NTNU og treningsbransjen for å utvikle et fallforebyggende treningsprogram for eldre som bransjen kan tilby. I tillegg ble et nytt opplag av brosjyren 65 + Øvelser som holder deg i form revidert og utgitt i 2016. Dette er en av direktoratets mest populære trykksaker. Helsedirektoratet er også kjent med at flere kommuner og frivillige tilbyr fallforebyggende kurs. Selv om fysisk aktivitet ikke i seg selv bidrar til å forebygge fall, vil eldre som er i god fysisk form være bedre rustet mot brudd og skader hvis de skulle falle.

I mange aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet inngår fysisk aktivitet som en viktig faktor. Den øremerkede tilskuddsordningen Fysisk og sosial aktivitet for eldre (til Seniordans og gågrupper i regi av Røde Kors og DNT) kan også nevnes i denne sammenheng. Til slutt kan nevnes at flere kommuner i Nærmiljøprosjektet har fokus på tilrettelegging av lokalsamfunn og nærmiljø for eldre. Dette inkluderer tilrettelegging og tilgjengelighet for alle årstider.

⁴⁸ Evaluering av samhandlingsreformen Øien et.al

6. VI PÅ VEI TIL DEN NYE HJEMMETJENESTEN?

Helsetjenestene i hjemmet er på vei mot nye måter å møte brukerne på. Det gjøres mange nye erfaringer om brukermedvirkning, nedbygging av samhandlingbarrierer, utvikling av nye team, nye velferdsteknologiløsninger, erfaringer med mer helsefremmende og forebyggende arbeid, nye metoder inne rehabilitering, styrking av tjenesten rettet mot personer med psykiske helseproblemer og / eller rusrelaterte problemer; for å nevne noen hovedtemaer.

Det er imidlertid stor forskjell mellom kommunene i hvor langt de har kommet i å utvikle de nye tjenestene. Ulikheter i befolkningsgrunnlag, geografi og økonomiske rammevilkår gjør at kommunen løser disse utfordringene på ulike måter.

Omstillingen stiller større krav til ledelse og høyere krav til kompetanse i organisasjonene.

Generalistkompetansen i kommunehelsetjenesten utfordres av at stadig sykere brukere mottar tjenester i eget hjem. Denne delen av rapporten viser at mange kommuner er på vei og at det er store utfordringer som skal løses.

6.1 Pasientens helsetjeneste - om bruker og pårørendemedvirkning

Fremtidens helse og omsorgstjeneste skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. *Pasientens helsetjeneste* innebærer at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse og omsorgstjenesten (Meld. St. 26). *Hva er viktig for deg?* er utgangspunkt for tiltaksplaner og oppfølging. For å skape en ny brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene viser rapport fra Folkehelseinstituttet, som har oppsummert suksessfaktorer i arbeid for bedre brukermedvirkning. Brukerundersøkelser viser at brukerne alt i alt er fornøyd med tjenestene de mottar. Det er en tendens til noe lavere score på de fleste områder for brukere av hjemmetjenesten fra 2012 – 2015. På spørsmålet: *Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg* vises ingen bedring til tross for satsing på brukermedvirkning.

Antall klagesaker til fylkesmannen øker og ca. 25 prosent av sakene omgjøres. Her er det relativt stor forskjell mellom embetene på graden av omgjøring Det er uklart om dette skyldes ulik praksis i kommunene eller ulik vurdering hos fylkesmannsembetene.

Suksessfaktorer for en ny pasient- og brukerrolle

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en rapport i samarbeid med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon på bakgrunn av en møteturne i februar 2016, der de dels skulle inspirere ansatte og brukere innen helse- og omsorgstjenesten til å lære av det systematiske arbeidet med brukermedvirkning som foregår i Trento

i Italia, og dels ville innhente og presentere norske eksempler på en ny brukerrolle⁴⁹. Rapporten beskriver de suksesskriterier de fant i sitt arbeid, samt presenterer en medvirkningsstige, for hvordan brukermedvirkning kan organiseres på ulike nivå i helse- og omsorgstjenesten, fra individ- til tjeneste- og systemnivå.

De suksessfaktorene som går igjen i materialet er:

- Å jobbe mot brukerens egne mål, gjennom å skape en god relasjon og ha en åpen dialog. Man spør hva som er viktig for brukeren og lager en tiltaksplan ut fra dette.
- Å invitere brukeren inn i forbedringsarbeid – skal påvirkning bli reell må brukerne trekkes inn tidlig i prosessen og deres synspunkter på tjenesten må innhentes regelmessig
- Samarbeide og inngå partnerskap både innad i tjenestene og utad med relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige organisasjoner, likemenn/likepersoner og erfaringskonsulenter.
- Bidra til å sikre de helsefremmende suksessfaktorene sammen med den enkelte bruker, det vil si bolig, arbeid, meningsfull fritid, mulighet til samvær med andre.
- Velge en faglig overbygging/tankesett på tjenestene som vektlegger den enkelte pasient/brukers mestring og ressurser

Eksemplene er samlet inn gjennom å kontakte kommuner og miljøer som har jobbet med ulike prosjekt knyttet til å utforske en ny brukerrolle, og identifisere miljøer som har mye kunnskap om det aktuelle temaet. Totalt er det skaffet 39 ulike eksempler fra hhv 10 kommuner og 2 sykehus/ helseforetak. Alle de identifiserte suksessfaktorene er i tråd med overordnede føringer, lovverket på området og anerkjente faglige metoder. De gjennomgående signaler er at for å fremme en ny og styrket brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene. I tillegg kan det være nødvendig å tenke annerledes og bruke ressursene man har tilgjengelig på en annen måte enn man tradisjonelt har gjort.

Pasient og brukerombudet⁵⁰ skriver at de ofte ser at brukermedvirkning blir forvekslet med informasjon. Samvalg (En prosess hvor bruker / pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder) krever trening i å definere alle beslutningspunkter og også i å kartlegge pasientenes faktiske ønsker om å delta aktivt i beslutning om egen helse. De anbefaler at helsepersonell må trenes i kommunikasjon.

Bruker- og pårørendeundersøkelser viser at brukerne i hovedsak er fornøyde

Brukerundersøkelser fra www.bedrekommune.no viser at pasienter og pårørende alt i alt er godt fornøyd med tjenestene de mottar i hjemmet eller på sykehjem. Brukere av hjemmesykepleie rapporterer at de godt fornøyd(5,3 av 6,0), og skårer noe høyere enn de som kun har praktisk bistand(5,0 av 6,0). På flere spørsmål er det stor variasjonsbredde mellom kommuner som har deltatt i undersøkelsene, og det er viktig å merke seg at det er forskjellige kommuner som deltar fra år til år. Brukerundersøkelsene for hjemmetjenesten viser en svakt nedadgående tendens på de fleste områder.

Undersøkelsene viser at brukere/pårørende i hjemmetjenester og sykehjem rapporterer forskjellig når det gjelder i hvilken grad brukerne er med å utarbeide planer om det som angår dem. Brukere i

⁴⁹ Folkehelseinstituttet; Utvikling av en ny brukerrolle, utgitt i samarbeid med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon 2016

⁵⁰ Pasient og brukerombudet Årsmelding 2015

hjemmetjenesten skårer høyere på dette (3,9) enn beboere i sykehjem (2,7). På dette punktet er det særlig stor variasjon mellom de ulike kommuner som deltar i undersøkelsen, fra et snitt på 1,9 – 6,0 (2015). Det viser at hjemmetjenesten i noen kommuner ivaretar dette på en svært god måte. Brukerne gir forøvrig uttrykk for at de i relativt stor grad får være med å bestemme hvilken hjelp de skal motta, hvordan hjelpen skal utføres og når de skal motta hjelpen (skåre fra 4,7-4,3). Brukerne av hjemmetjenester gir uttrykk for at det tok kort tid fra de søkte til de fikk tjenester(5,2) og at de er ganske fornøyd med antall timer de får hjelp(4,8). Dette er stabilt de siste 4 år.

Førland og Folkestad ved Senter for omsorgsforskning i Bergen har med utgangspunkt i Difis innbyggerundersøkelser (2010 – 2013 – 2015) befolkningsundersøkelse vurdert omdømme og brukererfaring med hjemmetjenestene⁵¹. Deres konklusjon er at hjemmetjenestenes omdømme er noe under gjennomsnittet sammenlignet med andre offentlige og kommunale tjenester, men bedre enn for sykehjem og omsorgsboliger. Brukerne uttrykker stor tilfredshet med de ansattes service og holdninger, men noe mindre med tjenestenes tilgjengelighet og informasjon. Brukerne er betydelig mer fornøyd enn pårørende. Hjemmetjenestene har best omdømme i små kommuner, noe som kan skyldes at det kan være lettere å få oversikt og å oppleve nærhet og kontinuitet i mindre enheter.

Hjemmetjenestene er en vesentlig samfunnsinstitusjon i det norske samfunnet. Bruk og ikke-bruk av tjenestene er sannsynligvis et resultat av individuelle forhold (som alder, fysisk og kognitiv funksjon og holdninger til å ta imot hjelp), sosiale relasjoner og mulighet for hjelp fra andre, fysiske omgivelser i hus og nærmiljø og trekk ved kommunene og deres tjenestetilbud.

Økende antall klagesaker om manglende oppfylging av rettigheter etter helse og omsorgslovgivinga⁵²

Studien til Førland og Folkestad viser at ca. 10 prosent har klaget på hjemmetjenestene, i hovedsak muntlig. Dette er på nivå med andelen klager på sykehjem, men langt over øvrige helsetjenester (2-3 prosent). Helsetilsynet sier i tilsynsmeldingen for 2015 at antall rettsklager har økt de de siste årene, bortsett fra 2014 hvor det var en lite nedgang. Området der flest får helt eller delvis medhold i klagen er Rett til nødvendig hjelp fra kommunen, Avlastningstiltak (46 prosent), praktisk bistand og opplæring (46 prosent), støttekontakt (45 prosent) og BPA (45 prosent).

I 2015 fikk i snitt 25 prosent helt eller delvis, medhold i sine klager. Det er en viss fylkesmessig variasjon, Hedmark (37 prosent), Østfold, Vestfold og Oslo/Akershus (alle 32 prosent) topper omgjøring, mens Aust-Agder (9 prosent), Nord-Trøndelag (14 prosent) og Hordaland (15prosent) har færrest. Det er usikkert om denne variasjonen skyldes ulikhet i tjenestetilbudet i den enkelte kommune eller ulike vurderinger fylkesmannsembetene imellom. Prosjektet om statlig finansiering av omsorgstjenestene som omfatter flere kommuner i ulike fylker kan være en arena for å utforske dette nærmere.

⁵¹ Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015, Oddvar Førland, Bjarte Folkestad

⁵² Helsetilsynet Tilsynsmeldingen 2015

6.2 Behov for bedre involvering og støtte til pårørende

Som vist i kapittel 5 utgjør ulønnet omsorg en betydelig ressurs. Ca. 97 000 årsverk beregnet i 2015. Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk innenfor Omsorg 2020 har som ambisjon å opprettholde familieomsorgen på dagens nivå. Arbeidet med pårørendeveileder har vist at det er utfordringer knyttet til involvering og støtte til pårørende.

Foreldre og andre pårørende med store omsorgsoppgaver og/eller belastninger

Utviklingen der personer med stadig mer komplekse sykdomsbilder følges opp i hjemmet gir utfordringer for pårørende.

Et stort antall brukerorganisasjoner og fagfolk fra ulike deler av helsetjenesten har medvirket i utarbeidelse av en ny pårørendeveileder. Erfaringer fra dette arbeidet har vist at det er behov for bedre involvering av pårørende. Sentrale temaer:

- forutsigbar dialog med pårørende
- pårørendes bekymringer blir lyttet til og fulgt opp
- pårørende blir brukt som kilde til opplysninger om pasienten/ brukeren
- pårørende får delta i beslutninger når pasient/bruker mottar tjenester i deres felles hjem

Når det gjelder støtte til pårørende, har erfaringene vist behovet for at:

- tjenesten kartlegger og fanger opp pårørendes behov for støtte
- kommunen tilbyr fleksibel avlastning på et tidlig tidspunkt, som en forebyggende tjeneste
- tjenesten tilbyr pårørende samtale/ veiledning om pasientrelaterte tema, men også rundt temaer som egen helse, sosialt nettverk, kombinasjonen av arbeid og omsorg, mm.

Barn som pårørende

Fra 2010 har det vært nedfelt i Helsepersonelloven at helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og oppfølging hos barn som pårørende til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (HPL §10 a). En norsk multisenterstudie fra 2015 viser at det er et stykke igjen til HPL § 10a er implementert i helseforetakene⁵³. Innspill fra arbeids- og referansegrupper til pårørendeveilederen antyder at regelverket er utilstrekkelig implementert i kommunene. Oppsummert viser innspillene at:

- Mange barn som pårørende får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå forelderens sykdom og konsekvensene av den.
- En andel barn som pårørende blir mye overlatt til seg selv og tar eller får mye ansvar for den syke.
- En andel barn som pårørende tar eller får vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn det som er vanlig for alderen. De bruker mye tid på oppgavene, og opplever det som stressende og belastende.
- En andel barn som pårørende ønsker mer praktisk hjelp hjemme til sin forelder, for å kunne leve sitt eget liv med skole, venner og fritidsaktiviteter.
- Kartlegging av barn som pårørende er avgjørende for å kunne vurdere barnas behov for informasjon og oppfølging. Barna og de voksne rapporterer forskjellig om barnas situasjon⁵⁴.

⁵³ Ruud, T. mfl. (2015). Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.

⁵⁴ Samme som over

Stemmen til pårørende i tilsynssaker og pasientrettighetsklager

Fylkesmennene får årlig et stort antall uromeldinger og klager fra pårørende som opplever at de kommer til kort når de kontakter den kommunale hjemmetjenesten om utilstrekkelige og mangelfulle tjenestetilbud skriver Helsetilsynet i Tilsynsmeldingen for 2015⁵⁵.

Helsetilsynet har gjort en oppsummering av 12 tilsynssaker og 23 pasientrettighetsklager som alle ble avsluttet i 2012, knyttet til kommunale hjemmetjenester. I pasientrettighetsklagene er mangel på stabilitet og kontinuitet, med stadig nye hjelpere, som ikke kommer til avtalt tid og ikke har nødvendig kompetanse gjengangere. Løsningen i disse sakene slik pårørende ser det er langtidsplass i sykehjem. I tilsynssaken handler klagen også om det faglige innholdet i tjenestene og svikt og mangler som fikk konsekvenser for tjenestemottaker, eksempelvis feilmedisinering eller mangelfull eller for sen diagnostisering. Flere uttrykker frustrasjon over at deres innspill og tilbakemeldinger ikke blir tatt hensyn til, de opplever at de ikke når fram med uro og tilbakemeldinger og noen opplever seg avvist. Mange av de som klager framhever at de ønsker at tjenestene skal lære av sine feil, slik at andre ikke skal oppleve det samme.

6.3 Bruk av avlastere og støttekontakter i kommunene

Det er bekymring blant pårørende og kommuner om hvordan tilbudet om avlastning påvirkes når avlastere skal overføres fra oppdrag til arbeidsavtaler. Dette kan ramme barn og unge med omfattende tjenestebehov hvor forutsigbar avlastning til pårørende er sentralt.⁵⁶

Proba samfunnsanalyse har på oppdrag fra KS kartlagt kommunenes bruk og organisering av avlastere og støttekontakter etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kartleggingen gjelder blant annet i hvilken grad kommunene organiserer dette som oppdragsforhold eller arbeidsforhold, godtgjøring, arbeidstid, oppdragstakeres hovedarbeidsforhold, samt muligheter og begrensninger ved alternative ordninger for avlastnings- og støttekontakttilbud.

Støttekontakter

Rapporten viser at støttekontakter i hovedsak er oppdragstakere og er støttekontakt for én bruker. Det er oftest opp til bruker og støttekontakten å avtale hvordan timene som er innvilget disponeres. Ofte er støttekontakt og bruker sammen 3-4 timer per uke. Støttekontakter er ofte studenter eller pensjonister.

Avlastere

Ved avlastning i avlasters eget hjem bruker flertallet av kommunene (80 prosent av kommunene i kartleggingen) kun oppdragskontrakter. 15 prosent av kommunene bruker både oppdragskontrakter og arbeidsavtaler. Fem prosent av kommunene bruker kun arbeidsavtaler. Ved avlastning i brukers hjem bruker 58 prosent av kommunene kun oppdragskontrakter, 22 prosent bruker både oppdragskontrakter og arbeidsavtaler og 20 prosent bruker kun arbeidsavtaler. Majoriteten av avlasterne har døgnavlastning og én bruker de er avlaster for. Ferieavlastning kan være flere døgn i strekk. Avlastere har som regel et annet hovedarbeidsforhold, ofte i kommunen.

⁵⁵ Tilsynsmelding 2015, Helsetilsynet

⁵⁶ <https://lovdata.no/dokument/HRSIV/avgjorelse/hr-2016-1366-a?q=avlastning>

Brukere og pårørendes behov

Kommunene erfarer at det er utfordrende å rekruttere støttekontakter og avlastere, ofte er det brukere og brukers pårørende som foreslår personer. Kommunene legger vekt på ordninger som ivaretar brukernes behov. Kommunene mener at dersom det ikke er mulig å bruke oppdragskontrakter til støttekontakter og avlastere, vil det gå utover brukerne. Ordningen vil bli mindre fleksibel og brukerstyrt, og det vil være vanskeligere å finne individuelt tilpassede løsninger.

Det er særlig to forhold som er utfordrede etter dommen i Høyesterett som sier at avlastere skal ha ordinære arbeidsavtaler. En del avlastere jobber hel stilling i kommunen, og avlastning vil da komme som overtid. Det andre forholdet er arbeidstidsbestemmelsene der avlaster har avlastning for et barn i eget hjem fra fredag til søndag. I begge tilfeller kan etterlevelse av regelverket gi et dårligere og mindre fleksibelt avlastningstilbud for brukere og pårørende.

Mange av kommunene mener at alternativet til støttekontakter som oppdragstakere er å ha gruppetilbud som ledes av støttekontakter (assistenter) i faste stillinger. For noen brukere vil et gruppetilbud fungere bra, men tiltaket vil være langt mindre individuelt tilpasset og en del vil ikke ønske å delta i tiltaket. De fleste kommuner trekker fram avlastningsbolig som alternativ til privat avlastning.⁵⁷

Med midler fra Pårørendeprogrammet foregår flere mindre forsøk på avlastning som møter pårørendes behov for fleksibilitet og enkle løsninger.

6.4 Tjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud for personer med demens

Selv om dagaktivitetstilbud for personer med demens var et sentralt tiltak i Demensplan 2015, tyder undersøkelser på at tiltaket ennå ikke i tilstrekkelig grad tilbys og blir benyttet av personer med demens. Tjenester som gis i hjemmet bør også i større grad tilpasses behovene til personer med demens og deres pårørende for å sikre at dette «trinnet i omsorgstrappen» - før det gis heldøgns omsorgstjenester - blir tilstrekkelig utnyttet.

Ifølge Demensplan 2020 er det et mål at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og pårørende skal gis støtte og avlastning. Dette forutsetter både individuelt tilrettelagte tjenester og avlastning i hjemmet og tilbud om aktiviteter på dagtid. Personer med demens som bor hjemme har i liten grad fått tjenester i hjemmet, undersøkelser viste at denne gruppen i snitt hadde 4 timer hjemmesykepleie pr uke før innleggelse i sykehjem/institusjon⁵⁸. Det foregår nå flere forsøk med ulike arbeidslagsmodeller for å tilrettelegge tjenester i hjemmet for denne målgruppen. Foreløpig foreligger ikke studier som viser effekt av dette.

Dagaktivitetstilbud er en kommunal tjeneste som skal stimulere og aktivisere hjemmeboende personer med demens, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. I tillegg skal det bidra til nødvendig avlastning for de nærmeste pårørende. Når Demensplan 2020 er gjennomført skal kommunene ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens.(Demensplan 2020)

⁵⁷ Kommunenes bruk av avlastere og støttekontakter Rapport 2016 - 07 Proba samfunnsanalyse

⁵⁸ Vossius, C., Selbæk G., Ydstebø A. E., Benth J. S., Lurås H. og Berg. S. (2015) *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Ottestad: Alderspsykiatrisk forskningssenter. Sykehuset Innlandet HF.

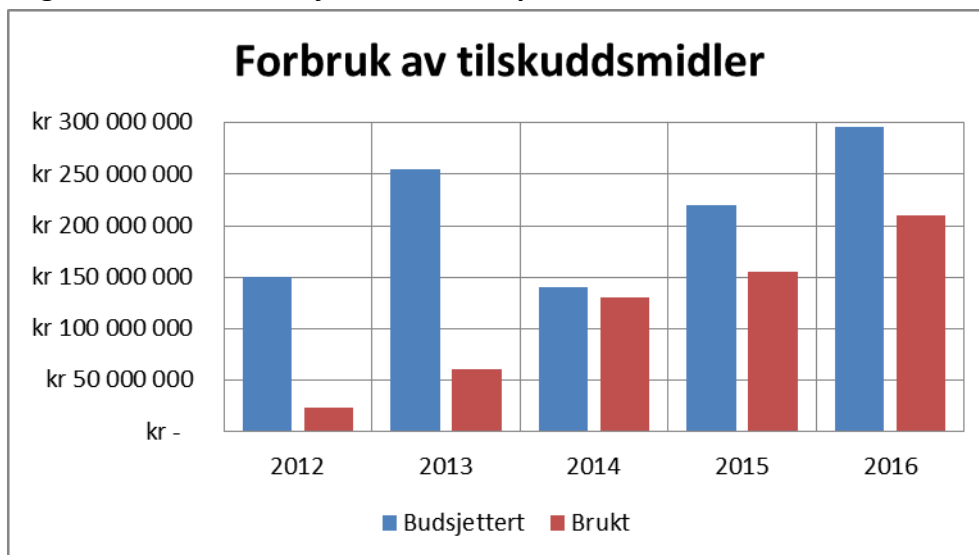
Tidligere undersøkelser⁵⁹ har vist at 71 prosent av kommunene tilbyr dagaktivitetstilbud for personer med demens og at det var i alt 6300 personer som fikk tilbudet. Det er store variasjoner mellom fylkene. I Oslo har 93 prosent (14/15 bydeler) fått tilskudd, fulgt av Akershus hvor 91 prosent (20/22 kommuner) har fått tilskudd, mens det kun er 39 prosent (7/18 kommuner) i Telemark som har fått tilskudd fulgt av Aust-Agder med 53 prosent (8/15 kommuner).

Innhold og formål i de kommunale dagaktivitetstilbudene vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold.

44 prosent av hjemmeboende personer med registrert demens i IPLOS mottok dagaktivitetstilbud i løpet av 2015. Andelen varierer litt mellom aldersgruppene, med 46 prosent i aldersgruppen 80-89 år og 41 prosent blant de under 66 år⁶⁰.

Samtidig viser resultatene fra tilskuddsordningen «Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens» av forbruket av tilskuddsmidler fortsatt er lavere enn bevilget over Statsbudsjettet.

Figur 9 Forbruk av tilskuddsmidler 2012 - 2016 til ordningen Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens



Kilde: Helsedirektoratet

6.5 Bedre tilrettelegging for omsorg ved livets slutt i hjemmet

Forskning viser at et flertall av befolkningen ønsker å være mest mulig hjemme ved alvorlig sykdom, og også å dø hjemme. I Norge dør ca. 15 prosent i hjemmet. De fleste dør i institusjon, nærmere 50 prosent på sykehjem. Det er et mål at helsetjenesten skal legge til rette for at det er mulig for pasienten å få mest mulig tid hjemme på tross av sin sykdom, og også mulighet for å dø i hjemmet. Det er større

⁵⁹ GjØra, Eek, & Kirkevold, Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014: demensplan 2015 2014)

⁶⁰ Helsedirektoratet (2017): *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS-registeret; Rapport IS-0600*

fokus på dette i tjenestene, men dette vises foreløpig ikke på statistikk over dødsfall i hjemmet. Valgene som den enkelte pasient og familie tar, vil være avhengig av hva som oppleves trygt for dem. Faktorer som skaper trygghet er tilgjengelighet til ulike tjenester på døgnbasis og helsepersonell med god kompetanse, som pasient og pårørende har opparbeidet kjennskap til. Samhandling mellom tjenesteytere er nødvendig for at pasienten skal få leve et best mulig liv frem mot livets slutt. Samvalg med pasient og pårørende

Helsepersonell ønsker å tilrettelegge for at pasienten kan dø i eget hjem dersom pasienten ønsker dette selv, viser evalueringsrapporten «Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling»⁶¹. Det pekes også på at å være hjemme så lenge som mulig, i livets siste fase kan være viktig for mange pasienter. Hva som oppleves trygt for den enkelte vil variere. Statistikken viser at det ikke har skjedd noen dreining mot at flere dør hjemme de siste årene.

Valgene som blir gjort mot livets slutt er de siste, viktige valgene et menneske tar. Det er et økende fokus på samvalg, shared decision making, i samhandling med pasienten og pårørende. Strukturerede samtaler hvor pasientens ønsker og behov for livet og mot livets slutt har fokus slik at pasienten kan være med på viktige valg. Det skjer både internasjonal forskning og forskning knyttet til den norske konteksten på feltet. Tilrettelegging og myndiggjøring av pasienten står sentralt.

Hvordan pasient og pårørende blir møtt den siste tiden, er avgjørende for opplevelsen av omsorgen. Pårørende har en sentral rolle og må inkluderes og ivaretas gjennom hele sykdomsforløpet. Barn og unge som pårørende har særskilte behov som må ivaretas. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a pålegger sykehusene å ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av disse barna. En slik organisering finnes ikke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene har samme plikt som spesialisthelsetjenesten til å legge til rette for å møte og følge opp barn som pårørende. Arbeidet med barn som pårørende i kommunen kan organiseres på ulike måter og det er viktig at ansvaret tydeliggjøres.

Fleksible tilgjengelige tjenester uavhengig av diagnose

Av alle landets kommuner har under 1/3 av landets kommuner etablert et særskilt organisert palliativt tilbud i institusjon. De fleste dør på en vanlig sykehjemsavdeling. Det særskilt organiserte tilbudet innen palliasjon har hatt hovedfokus på pasienter med kreft. «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt»⁶² trekker frem at pasienter uavhengig av diagnose skal ha et likeverdig tilbud om omsorg og lindrende behandling mot livets slutt. Flere pasientgrupper har behov for lindrende behandling enn de som mottar dette tilbudet viser evalueringsrapporten utført av Sintef. Aktuell gruppe er pasienter med nevrologiske lidelser som ALS, KOLS, langtkommen hjerte- eller nyresvikt og personer med demens. Evalueringen har lagt særlig vekt på å vurdere innhold, kvalitet og tilgjengelighet til lindrende behandling fra tjenestuteutøernes perspektiv. Mange kommuner oppgir

⁶¹ Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg utført av Sintef på oppdrag på oppdrag fra Helsedirektoratet, 2016

https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/A27799%20Rapport%20lindrende%20behandling_endelig.pdf

⁶² Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

lindrende behandling som et satsningsområde, men mangel på tid, og for eksempel å ha anledning til å sitte hos døende, oppleves som utfordrende.

Halvparten av de som dør i Norge dør på sykehjem, ca. 80 prosent med demens eller annen kognitiv svikt. Evalueringsrapporten påpeker at helsepersonell synes det er utfordrende å tilby pasientgruppen omsorg mot livets slutt blant annet på grunn av manglende kommunikasjon, og at det er vanskelig å gjenkjenne når døden nærmer seg. Dette er en gruppe som tilsynelatende i svært liten grad mottar noe særskilt organisert palliativt tilbud. For personer med kognitiv svikt /demens og deres familier kan det være vanskeligere å tilrettelegge for omsorg den siste tiden hjemme.

Samhandling og gode vekslinger mellom institusjon og hjem gir trygghet

Den kommunale- helse og omsorgstjenesten må evne å legge til rette for raske skiftninger i helsetilstand og behov for riktig kompetanse og behandlingsnivå. Pasienten må sikres gode forløp og det må sørges for gode vekslinger; tydelig ansvar og sikre kompetanse for dem som behandler pasienten. Ambulante team i palliasjon med forankring i spesialisthelsetjenestene reiser ut i kommunene til ulike virksomheter og får gjennom dette god oversikt over kapasitet og kompetanse. Det er ca. 40 slike team i landet. I hovedsak behandler de kreftpasienter. Disse gir den kommunale helse- og omsorgstjenesten «bedside» råd og muliggjør ønsket fra pasienten om å være hjemme til tross for alvorlig sykdom og mange plager. En modell med ambulerende kommunale team har vært foreslått, men er ikke prøvd ut bortsett fra Fransiskushjelpen i Oslo som er et innsatsteam som et supplement til hjemmetjenesten i den siste fase av livet.

Fra helsetjenesten beskrives at økende behandlingstilbud og lengre pasientforløp også gir større slitasje på pårørende. Dette vil også ha betydning for hvor mye ressurser den enkelte pårørende er i stand til å mobilisere i livets slutfase i hjemmet.

Palliative hjemmeteam for barn

I Norge dør de fleste barna på sykehus. Det er likevel en økende trend at barneavdelingene forsøker å legge forholdene til rette for død i hjemmet der familien og barnet kjenner tilstrekkelig trygghet og har direktelinje til spesialisthelsetjenesten. For å styrke kompetansen på dette området er det opprettet en videreutdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det første kullet med sykepleiere som spesialiserer seg for å arbeide med palliasjon til barn starter i 2017. Utdannelsen er spesielt rettet mot arbeid i sykehusbaserte ambulerende team som går hjem til de syke barna.

Offentlig utredning om palliasjon

Stortinget har anmodet om en offentlig utredning av palliasjonsfeltet. Regjeringen ønsker å styrke det palliative tilbudet. Det er 17 år siden forrige NOU om palliasjon. Utvalget ble nedsatt våren 2016 og skal gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud. Det skal vurdere innholdet i tjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og frem til livets avslutning. På denne bakgrunn skal utvalget foreslå tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Pasientene og de pårørendes behov skal stå i sentrum. Utvalget skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen 31. desember 2017.

6.6 Kommunene har mangelfull oversikt over behov for habilitering og rehabilitering

Et sentralt sviktområde i mange kommuner er mangelfull oversikt over befolkningens behov for habilitering og rehabilitering⁶³. Dermed blir grunnlaget for å dimensjonere tilbudet slik at det sikres tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i samsvar med behov også sviktende. Andel kommuner med politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering har også gått ned de siste årene.⁶⁴ Dersom kommunene skal oppfylle nasjonale mål om omstilling av helse- og omsorgstjenestene i retning av mer vekt på habilitering og rehabilitering og forebygging i tjenestene, må denne trenden snus.

I Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019⁶⁵ er det en forutsetning for å motta tilskudd at kommunene skal beskrive sine målsettinger for feltet og tiltak for styrking av tjenestene. Det følger også av krav i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator at kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha generell oversikt over behov⁶⁶.

6.6.1 Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene er mangelfullt

Svikt i kompetanse og kapasitet

I Primærhelsemeldingen slås det fast at mange kommuner mangler grunnleggende basiskompetanse for å etablere et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det er mangler på tilgang til kompetanse og på kapasitet. Mange kommuner mangler ergoterapeut, logoped er ofte ikke tilgjengelig, og det er kapasitetsutfordringer innen fysioterapi⁶⁷. Manglene kommer til uttrykk både som lang ventetid, lav intensitet i tilbud, kort varighet på tilbud og prioritering mellom brukergrupper. Manglene gir konsekvenser for hele bredden av brukergrupper.

Det er mer enn 15 år siden det ble tatt til orde for en helhetlig tilnærming til habilitering og rehabilitering. Likevel er det fortsatt grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt både psykisk, sosial og psykososial tilnærming er tilstrekkelig ivaretatt. Økning i brukergrupper med store og sammensatte behov aktualiserer nødvendigheten av bred tverrfaglig tilnærming ytterligere.

Satsingen på hverdagsrehabilitering har bidratt til en styrking av rehabiliteringstilbudet til hjemmetjenestens brukere. Forskning⁶⁸ viser at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn tradisjonelle hjemmetjenester og koster omtrent like mye. Det er imidlertid ikke mulig å lese ut av statistikken at satsingen har bidratt til en generell styrking av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene i tråd med politiske mål. Enkelte kommuner kan vise til at tiltaket har bidratt til en dreining av tjenestene i retning av mer vekt på rehabilitering og øvrige tjenester som har som mål å fremme mestring. Det er

⁶³ <https://www.fylkesmannen.no/Hordaland/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Helsetenester/Fleire-kommunar-har-ikkje-oversikt-over-behov-for-rehabilitering-og-habilitering/>

⁶⁴ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primerhelsetjenesten>

⁶⁵ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptappingsplanRehabilitering.pdf>

⁶⁶ <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256/§5>

⁶⁷ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-behov-og-tilbud-innen-habilitering-og-rehabilitering>

⁶⁸ https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf

viktig å følge med på at etablering av gode tilbud for noen brukergrupper ikke medfører redusert tilbud til andre ved at ressurser flyttes mellom målgrupper.

Svikt i tverrfaglig samarbeid

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt kommunene i tilstrekkelig grad benytter kompetanse på tvers av sine virksomheter for å sikre faglig bredde og god ressursutnyttelse. Slik sett er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet også et spørsmål om organisering og arbeidsformer, ikke bare årsverk.

Tilsyn med rehabilitering i sykehjem viser at målrettet tverrfaglig samarbeid er et sentralt sviktområde. Samtidig viser forskning at nettopp tverrfaglig, strukturert og målrettet tilnærming er svært viktig for å oppnå effekt for brukerne⁶⁹⁷⁰. Kunnskapsgrunnlaget peker derfor tydelig i retning av å styrke denne habiliterings- og rehabiliteringsfaglige tilnærmingen.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen står for om lag 60 prosent av fysioterapiårsverkene i kommunene.⁷¹ Kommunene gir uttrykk for at de i liten grad påvirker deres virksomhet. Dersom disse ressursene i større grad ble integrert i kommunens tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstilbud, og er det grunn til å anta at dette kunne sikret bedre prioritering, bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet og økt kapasitet.

Betydelig variasjon mellom kommuner

Både for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon og for bruk av private fysioterapeuter er det betydelig variasjon mellom kommuner. Selv om det er mangler i dataene, og behovet for tjenester i kommunene er ulikt, kan ikke disse faktorene forklare de store forskjellene i antall mottakere av disse tjenestene. For habilitering og rehabilitering i institusjon varierer nivået fra 0,2 til 29,5 mottakere pr 1 000 innbyggere i 2015. For tilbud utenfor institusjon er tilsvarende spenn fra 0,3 til 74,9, og for bruk av private fysioterapeuter er variasjonen fra 5,6 til 265 mottakere.

Det er store geografiske forskjeller. Tendensen er at nivået i antall mottakere er høyere i mindre kommuner. Det kan derfor være grunn til å rette søkelyset mot kommunens prioritering av typer tjenester fremfor kommunestørrelse.

En av ti med nedsatt funksjonsevne har et udekket behov for helsetjenester

De seneste årene har omtrent 10 prosent med nedsatt funksjonsevne oppgitt at behovet for legetjenester ikke er dekket, mens for befolkningen generelt var det 2–3 prosent. Seks av ti foreldre opplever omfattende omsorgsarbeid som følge av barnets funksjonsnedsettelse⁷². Det går også på bekostning av familiers deltakelse i arbeid, kultur- og fritidsaktiviteter. Dårlig informasjon samt fragmenterte og uoversiktlige tjenester, omfattende saksbehandling og at kvalitet i for stor grad er knyttet til personlige egenskaper hos tjenesteyter, er sentrale problemområder som foreldre opplever⁷³.

69 https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf

70 <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36085/dravhandling-johansen.pdf?sequence=1>

71 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primerhelsetjenesten>

72 Tøssebro & Paulsen: Foreldres deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, 2014, i Tøssebro og Wendelborg (red): Oppvekst med funksjonshemming, 2014.

73 Kittelsaa & Tøssebro: Foreldrenes erfaringer med hjelpeapparatet, i Tøssebro og Wendelborg (red): Oppvekst med funksjonshemming, 2014.

Kartlegging viser at habiliteringstilbudet i flere kommuner bærer preg av «særomsorg» og funn tyder på at disse brukergruppene ikke har tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester på linje med den øvrige befolkning⁷⁴.

Forskning om habilitering og rehabilitering bør styrkes

Habilitering og rehabilitering er et metodisk krevende område og forske på. Det er vanskelig å designe RCT-studier på grunn av kompleksiteten både hos pasienter og brukere og i tjenestene. Og det er også betydelige mangler i forskningen på feltet. Manglene gjelder både kunnskap om effekt av ulike tiltak, kvalitet og kapasitet relatert til spesifikke brukergrupper, faglig innhold og organisering.

Lærings- og mestringstilbud i kommunene

Helsedirektoratet erfarer økt bevissthet på å styrke læring og mestring i kommunene, men dette er et utviklingsområde (12). Helsedirektoratets anbefaling om å knytte feltet læring og mestring sterkere til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, ser ut til og oppleves positivt i tjenestene. Vi har ingen statistikk som viser lærings- og mestringsaktiviteten i kommunene. En undersøkelse⁷⁵ viser at gruppebaserte tilbud i stor grad gis i tilknytning til frisklivssentralen.

6.7 Pasienter og brukere med store og sammensatte behov møter en fragmentert helse-, og omsorgs- og velferdstjeneste

I løpet av de siste årene har befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester endret seg. Flere har kroniske sykdommer og tilstander som krever tjenester gjennom store deler av livsløpet. Mange har flere diagnoser, - ofte med utfordringer knyttet til både somatisk og psykisk helse. Problemer knyttet til rus kan også inngå i utfordringsbilde. Behovet krever et vidt spekter av samtidige og sekvensielle tjenester fra flere fag, nivåer og sektorer. Utviklingen stiller økte krav til samhandling med sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

En fersk undersøkelse om tjenestetilbudet til pasienter og brukere som har diagnoser som er definert under hjernehelse, peker på betydelige mangler ved tilbud og tilnærming til personer med somatisk sykdom kombinert med rus og/eller psykisk sykdom (12).

Evalueringen av samhandlingsreformen viser at det har blitt et sterkere fokus på folkehelse og helsefremmende tiltak⁷⁶. Samtidig viser forskning at kommunehelsetjenestens karakter går i retning av mer spesialisert medisinsk behandling og pleie av kort varighet.⁷⁷ Dette er forhold som kan ha negativ innvirkning på tilbudet til pasienter og brukere med store og sammensatte behov.

⁷⁴ Rambøll 2016, *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse*, Helsedirektoratet 2017

⁷⁵ <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestringstjenester-i-kommunene/>

⁷⁶ Forskningsrådet: *Evaluering av samhandlingsreformen*, Oslo 2016

⁷⁷ Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen: *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*, IRIS-rapport 2014/382.

6.7.1 Tjenesteutviklingen samsvarer ikke med behovsutviklingen

Parallelt med dette er det grunn til å stille spørsmål ved om tjenestene gjennom økt grad av spesialisering og fragmentert organisering har blitt dårligere i stand til å møte behovet for helhetlige, strukturerte, koordinerte og målrettede tjenester i et livsløpsperspektiv⁷⁸. Det vil si at tjenestene på sentrale områder kan ha utviklet seg i motsatt retning av behovsutviklingen. Det pekes på at tjenestene er «silo-organisert», og at samhandlingen mellom tjenestene vanskeliggjøres av at aktørene arbeider ut fra ulike rammebetingelser som eksempelvis ulikhet i lovgivning, finansiering, styring, kultur, faglig tilnærming med mer. I tillegg er det en betydelig svikt i tjenestenes bruk av lovpålagte verktøy for koordinering og brukermedvirkning; individuell plan og koordinator⁷⁹.

6.7.2 Asymmetrien mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kan resultere i barrierer for helhetlige forløp

Det har i mange år vært stor satsing på nasjonale diagnosebaserte retningslinjer i spesialisthelsetjenesten. Mange har ment at arbeidet kunne utvides til å inkludere kommunehelsetjenesten. Erfaringer og forskning⁸⁰ har imidlertid vist at dette ikke er hensiktsmessig. Årsaken er at helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike mål og oppgaver. Mens spesialisthelsetjenestens tilnærming er preget av kortvarig oppfølging med vekt på en konkret medisinsk tilstand, er kommunens ansvar å ivareta den helhetlige oppfølgingen med utgangspunkt i alle pasientens problemer og funksjonsevne fremfor enkeltdiagnoser.

Kommunens tilnærming må tilpasses brukere og pasienter med flere diagnoser og nedsatt funksjons- og mestringsevne med konsekvenser for flere livsområder. De diagnosebaserte nasjonale retningslinjene tar i liten grad hensyn til at brukere kan ha flere kroniske sykdommer. Enkel addering av behandling og tiltak angitt i hver retningslinje representerer raskt både en betydelig behandlingsbyrde, samt en risiko for uheldige virkninger og hendelser. Både nasjonalt og internasjonalt er det lite forskning på behandling av personer med multisykdom og oppfølging av brukere med behov for et vidt spekter av fagkompetanse. For at asymmetrien mellom nivåene ikke skal bli barrierer for helhetlige forløp er det viktig å løfte frem den positive komplementariteten mellom nivåenes kompetanse fremfor å tilstrebe og kopiere løsninger fra det ene nivået til det andre.

6.7.3 Strategier for mer strukturert oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Utviklingsarbeid må integreres i de ordinære tjenestene fra oppstart

Punktene nedenfor er nasjonale satsinger med stort utviklings- og forbedringspotensial, og det er viktig å følge med på at tiltakene blir godt integrert i kommunens helhetlige og differensierte tilbud, og at det ikke blir parallelle spor på siden av de «ordinære tjenestene». Det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke mye av det prosjektbaserte utviklingsarbeidet, som i stor grad har vært finansiert gjennom statlige

⁷⁸ Fineide og Ramsdal: *Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer*, i Vabø og Vabø, Universitetsforlaget 2014

⁷⁹ https://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf

⁸⁰ <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-121>

tilskudd, har blitt «nye siloer» og tjenester som har fått lov å skjerme seg fra den kommunale hverdag. Utviklingsarbeidet må ha som fokus å endre praksis der praksis utøves.

Sentrale strategier for å sikre et bedre tilbud til pasienter og brukere med store og sammensatte behov er

- Styrket helhetlige ledelse
- Tydeliggjøring av fastlegens rolle, herunder det medisinskfaglige koordineringsansvaret gjennom etablering av primærhelseteam
- Sikre mer strukturert og helhetlige oppfølging gjennom oppfølgingsteam rundt enkeltpasienter og herunder økt bruk av IP og koordinator
- Utvikling av generiske helhetlige pasientforløp i kommunene
- Velferdsteknologi

Ledelse i komplekse strukturer

Ledere på alle nivåer må ta tydelig ansvar som favner og respekterer kompleksiteten og bredden i tjenestenes samlede innsats for å sikre helhetlige tilbud⁸¹. Det innebærer å løfte frem kommunens rolle som den som ivaretar det helhetlige ansvaret fremfor avgrenset fokus på resultater på enhetsnivå. For å kunne dimensjonere og følge med på hvordan tjenestene lykkes i å yte helhetlige og koordinerte tjenester må kommunene legge til grunn det som finnes at data om befolkningens behov, om bruken av tjenestene samt pasienter og brukeres erfaringer.

Primærhelseteam

I den planlagte piloteringen av primærhelseteam er det et mål at det medisinskfaglige koordineringsansvaret blir mer synlig og tilgjengelig. Dersom en gjennom dette tiltaket lykkes med å sikre et tettere samarbeid mellom fastlegen og øvrige tjenester vil dette kunne forbedre tilbudet til pasienter og brukere med store og sammensatte behov.

Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam skal forstås som det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til pasient og bruker. Betegnelsen er generisk og beskriver flere typer team. Felles er at det består av koordinator, andre tjenesteytere avhengig av den enkeltes behov, og at det utarbeides en plan for oppfølgingen sammen med pasient og bruker. Dette skal sikre strukturert og målrettet innsats herunder evaluering mål. Det finnes et vidt spekter av oppfølgingsteam, og de spenner fra fleksible individtilpassede team og til faste team. Eksempel på fleksible team er tverrfaglige arbeids- og plangrupper knyttet til IP og hvor en av tjenesteyterne er oppnevnt som koordinator. Faste team har fast personell med spesialkompetanse på spesifikke diagnoser og tilstander.

Generiske helhetlige pasientforløp i kommunene

For pasient- og brukergrupper hvor det er mulig å strukturere et utvalg standard sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en definert tidslinje, anbefales det å utvikle slike. Det er mye godt forskningsbasert utviklingsarbeid på gang gjennom læringsnettverk i kommunene i regi av KS på dette området. I motsetning til i spesialisthelsetjenesten må forløp i kommunene hovedsakelig være uavhengig av diagnose.

⁸¹ Fineide og Ramsdal: «Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer» i Vabø og Vabo; «Velferdens organisering», Universitetsforlaget 2014

6.8 Status og utvikling innenfor psykisk helse- og rusfeltet i kommunene

Trenden med stabilitet i årsverksutviklingen i tjenester rettet mot voksne og nedgang i tjenester rettet mot barn og unge synes å være brutt. I 2016 var det en oppgang på 7,3 prosent i årsverk rettet mot barn og unge, og en økning på 4,7 prosent rettet mot voksne. Kompetanse- og utdanningsnivå blant ansatte i tjenestene øker og det er relativt sett få ufaglærte. Det har vært en betydelig styrkning av psykologfaglig kompetanse i tjenestene de siste årene, antall psykologstillinger det ble ytt tilskudd til nær tredoblet seg fra 2013 til 2015. Flere kommuner vurderer nå tjenestetilbudene som gode. Den økte tilfredsheten med eget tjenestetilbud bør ses i sammenheng med den styrkede årsverksutviklingen og at stadig flere kommuner har valgt samorganisering / sammenslåing av tjenester for psykisk helse og rus som mest sannsynlig har ført til bedre og mer effektiv utnyttelse av årsverkene. Det er også en tydelig trend de siste årene at flere kommuner utvikler fleksible mobile tjenestetilbud.

Flere årsverk i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene

Den flerårige utviklingen med reduksjon i antall årsverk rettet mot barn og unge og stabilitet i årsverk rettet mot voksne synes å være brutt. For første gang siden opptrappingsplan for psykisk helse sin slutt i 2008 ser vi en markant oppgang i årsverk rettet mot barn og unge i kommunene (7,3 prosent, 2 870 årsverk)⁸². Betydelig økning i årsverk er også registrert i tjenester rettet mot voksne (4,7 prosent, 11 060 årsverk). Økningen i antall årsverk må ses i sammenheng med både rekrutteringstilskudd til psykologer i kommunen og andre tilskuddsordninger, regjeringens økte bevilgninger til kommunene for å styrke skolehelsetjenesten, samt at 400 millioner kroner av veksten i kommunes frie inntekter i 2016 skulle begrunnes med en økt satsning på rusfeltet.

Kompetanse- og utdanningsnivå styrkes

Kompetanse- og utdanningsnivå blant ansatte innenfor kommunale psykisk helse- og rustjenester har styrket seg ytterligere i siste femårsperiode. I 2016 hadde 64 prosent av ansatte i tjenester rettet mot voksne høyskole-/universitetsutdanning, og i tjenester rettet mot barn og unge lå andelen på hele 95 prosent. Det er lav andel ufaglærte i tjenestene; 9 prosent i tjenester mot voksne, 5 prosent i tjenester mot barn og unge. Psykologer inngår i økende grad som faggruppe i kommunenes flerfaglige innsats, særskilt i tjenester rettet mot barn og unge. For psykologårsverk rettet mot voksne har det vært en økning på hele 41 prosent fra 2015 til 2016. For barn og unge er det en økning i psykologspesialister på 25 prosent. Det har særlig vært en økning i rekrutteringen av psykologer i perioden 2013 til 2015. Antallet stillinger det ble ytt tilskudd til økte fra 130 til 350. Over halvparten av landets kommuner og bydeler har nå rekruttert psykolog.

Det har de senere årene blitt utviklet flere tilbud som i større grad tar utgangspunkt i brukeren som ekspert, blant annet ved økt bruk av erfaringskompetanse og tilsetting av erfaringskonsulenter. I 2015 hadde 16 prosent av kommunene ansatt erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaringskompetanse i sine tjenester.

⁸² «Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk kompetanse og innhold i tjenestene» (IS-24/8, 2016), Sintef.

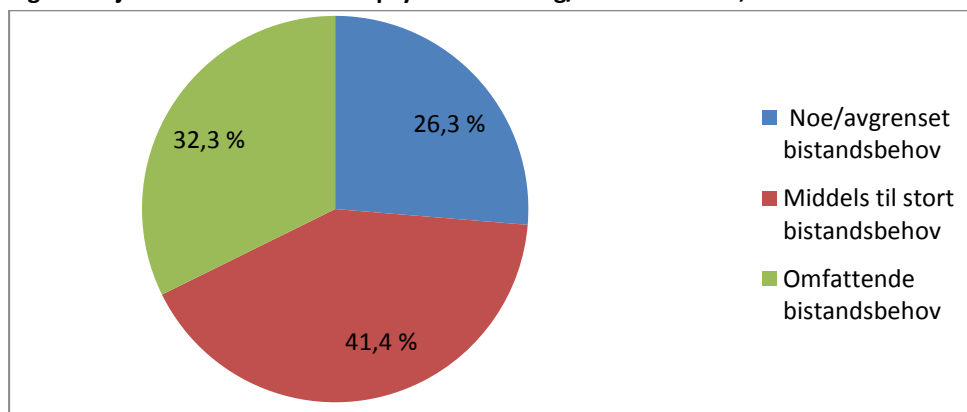
Flere kommuner vurderer tjenestetilbudene sine som gode

Resultater fra IS-24/8-rapporteringen i 2016 viser at flere kommuner vurderer tjenestetilbudene sine som gode sammenlignet med året før. Resultatene er positive ift. vurdering av tjenester innenfor alle de tre skisserte forløpene hentet fra veilederen «Sammen om mestring»⁸³, både i tjenester rettet mot voksne og mot barn og unge. Den positive utviklingen i vurdering av tjenestetilbudene bør blant annet ses i sammenheng med styrkede årsverksressurser og den omfattende samorganiseringen/sammenslåingen av tjenester for psykisk helse og rus de siste 4-5 årene som mest sannsynlig har ført til bedre og mer effektiv utnyttelse av årsverkene.

Mange mottakere av helse- og omsorgstjenester har psykiske lidelser/ruslidelser

I 2015 ble det for første gang tilgjengeliggjort diagnosestatistikk for tjenestemottakere registrert i IPLOS-registeret⁸⁴. Statistikken viser at mange mottakere av helse- og omsorgstjenester har psykiske lidelser/ruslidelser (én av tre). 74 prosent av disse hadde enten et omfattende eller middels til stort bistandsbehov. Gruppen mottok betydelige tjenester med relativt sett mange timer med bistand i uka (9 timer i gjennomsnitt) og hjemmesykepleie i uka (5 timer i gjennomsnitt).

Figur 10 Tjenestemottakere med psykisk lidelse og/eller ruslidelse, etter bistandsbehov (N=21 700).



Kilde: IPLOS

Statistikken viser også at mange yngre i tjenestemottakergruppa med psykiske lidelser/ruslidelser har behov for bistand til arbeid/utdanning og deltagelse i organisasjon, kultur og fritidsaktivitet; 73 prosent av de under 19 år, og 52 prosent av de mellom 19-49 år.

Fortsatt mange brukere uten Individuell plan

Statistikk fra både IPLOS-registeret og BrukerPlan bekrefter tidligere funn som viser at mange brukere ikke har Individuell plan. Færre enn én av fem brukere har IP. En betydelig andel av brukerne som mottar samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, har verken ansvarsgruppe eller IP.

Manglende formalisert samhandling om tjenestetilbudet i form av IP eller ansvarsgruppe sannsynliggjør at tjenesteutøverne ikke yter koordinert hjelp.

⁸³ Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer. Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

⁸⁴ Helsedirektoratet (2015): *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret*; Rapport IS-0511

Ny kunnskap om målgrupper innenfor hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er mangfoldig og ytes overfor mange ulike målgrupper, med både yngre og eldre brukere. Hjemmetjenestene omfatter praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og rehabilitering utenfor institusjon.

Det har vært lite dokumentasjon og kunnskap om hvordan hjemmetjenestene samlet er organisert og prioritert i forhold til ulike målgrupper. På oppdrag fra Helsedirektoratet har SSB kartlagt målgruppeinnretning og virksomhetstyper innenfor tjenesten. Resultatene fra 2016 viser at 15 prosent av de totalt 2680 hjemmetjenestevirksomhetene hadde personer med psykiske lidelser som målgruppe, og 4 prosent av virksomhetene hadde personer med rusproblemer som målgruppe. Blant den hyppigste forekommende virksomhetstype – boligbase – var 20 prosent av virksomhetene innrettet mot målgruppen med psykiske lidelser/problemer og/eller rusproblemer.

Utvikling av fleksible mobile tjenestetilbud

Tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig psykiske lidelser eller ROP-lidelser har vært preget av manglende helhet og sammenheng. Mange i målgruppen har ikke vært i stand til å ta i mot hjelpen de er blitt tilbudt. Det var i 2008 anslagsvis 4000 mennesker med et stort tjenestebehov, men som av ulike årsaker falt utenfor hjelpeapparatet (Helsedirektoratet 2008). I 2008 hadde halvparten av landene i Europa vedtatt gjennom politiske vedtak, planer eller lovgivning at det skulle finnes et tilbud om «assertive outreach» - en forsterket oppsøkende tjeneste for de med alvorlig psykisk lidelse og som ofte faller ut av andre tjenestetilbud.

Fra 2009 har det vært en nasjonal satsning på utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller og utprøving av ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam). Kravene i ACT-modellen er at minst 70-80 prosent av kontakten med brukerne skal være utenfor egne lokaler. Evalueringen av 12 ACT-team i Norge, som ble etablert med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet i perioden 2009-2012, ble sluttført i 2014. Resultater fra evalueringen var oppløftende:

- 89 prosent av kontakten med brukerne var hjemme hos bruker eller ute i samfunnet
- Det var betydelig reduksjon i andel brukere med alvorlige depressive symptomer, selvmordsfare og rusmiddelmissbruk etter inntak i ACT.
- Antall oppholdsøgn i psykisk helsevern ble redusert med 49 prosent for brukere som fikk oppfølging fra ACT. For oppholdsøgn under tvang var det en nedgang på 55 prosent etter inntak i ACT. Særlig sterk var reduksjonen i antall oppholdsøgn blant brukere som hadde hyppige og/eller langvarige innleggelser før inntak (70 prosent).
- Brukerne rapporterte høy tilfredshet med tjenestene de hadde fått, og tjenestekvaliteten ble vurdert som god. De fleste hadde fått sine behov møtt og ville anbefalt ACT til en venn som trengte lignende hjelp.
- Både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere opplever at ACT-teamene har nådd

I 2015 oppga 28 prosent av landets kommuner at de hadde etablert oppsøkende team, som blant annet var innrettet mot hjemmeboende med alvorlige rus/og eller psykiske helseproblemer som har vansker med å benytte ordinære tilbud, eller hjemmebesøk/opsøkende virksomhet fra tjenestene til alle brukere med behov.

15 prosent av landets kommuner oppga at de hadde etablert oppsøkende team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Av de som ikke allerede har opprettet oppsøkende team, er det 41 kommuner som oppgir at de ønsker å opprette et slikt team. Flere svarer at de ønsker å arbeide i team med spesialisthelsetjenesten fordi det er en stor belastning å være alene med sakene. Andre vil videreutvikle et samarbeid som er i gang, både mot de tradisjonelle målgruppene med akutte kriser eller nye målgrupper. Flere kommuner nevner unge som faller ut av skole pga. psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Resultater fra IS-24/8-rapporteringen i 2016 viser at kommunene gjennomgående har gode erfaringer når det gjelder bruk av oppsøkende team. Kommunene opplever at brukerne er positive til at hjelpen gis på deres arena, og at de gjennom dette arbeidet får til å gi tettere, mer fleksible og bedre tjenester. Involveringen og bidragene fra spesialisthelsetjenesten varierer imidlertid betydelig fra kommune til kommune. Selv om rapporteringen viser at andelen med oppfølgende team stiger systematisk med kommunestørrelse, er det systematiske forskjeller etter fylke, også etter at man har kontrollert for kommunestørrelse. Det er vår vurdering at flere kommuner bør tilby teambaserte og oppsøkende tjenester, og gjerne i samarbeid med lokalt baserte tjenester i spesialisthelsetjenesten. Rapporten viser en stor spredning i hvilke type team kommunene har, men vi vet for lite om innhold og kvalitet i de teambaserte tjenestene. Vi vet også for lite om hvilke brukergrupper som mottar tjenester fra oppsøkende team.

Satsingen på kunnskapsbaserte modeller for oppsøkende behandlingsteam, slik som ACT-team og fleksible ACT-team (FACT-team), må fortsatt styrkes og videreutvikles i 2017. Helsedirektoratet arbeider også med å videreutvikle modellene for oppsøkende behandlingsteam, slik at denne måten å organisere tjenestene på kan implementeres i områder med et mindre befolkningsgrunnlag og i flere kommuner rundt om i landet. Foreløpige beregninger Helsedirektoratet har gjort viser om lag 26 000 brukere på landsbasis vil kunne ha nytte av oppsøkende og teambaserte tjenester, som har et mer helhetlig ansvar for oppfølging og behandling.

Flere kommuner vurderer at de forbedret arbeidet sitt på boligområdet og at målgruppen psykisk helse og rus har hatt prioritet i arbeidet med bosetting og oppfølging

Gjennom den tverrdirektorale boligsosiale strategien «Bolig for velferd»(2014 -2020) har man lyktes i å få flere sektorer til å sette bolig og viktigheten av varige og trygge boforhold på kartet. Fokus i strategien har vært på både strategisk nivå og på operativt nivå og også på viktigheten av å se bolig og tjenester i sammenheng. Det å fremskaffe boliger er viktig, men det er også nødvendig med virksom oppfølging slik at personer kan beholde bolig og fungere i bolig.

Målgruppen personer med rus og psykiske problemer har blitt viet forholdsvis stor oppmerksomhet i strategiarbeidet, og resultater fra rapportering fra kommunene på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2016 (IS-24/8) viser at mange kommuner rapporterer at de har forbedret arbeidet sitt og at denne målgruppen har hatt prioritet i kommunens arbeid med bosetting og oppfølging. En vesentlig del av bedringen på disse områdene bør tilskrives Husbankens langsiktige arbeid med boligsosialt utviklingsprogram. Programmet har hatt fokus på bosetting av vanskeligstilte på boligmarkedet, kompetanseheving, utnyttelse av Husbankens virkemidler, metodeutvikling innen boligsosialt arbeid, bedre samordning og tverrsektorielt samarbeid samt planarbeid i kommunen. Kommunesatsingen har

omfattet 47 kommuner fordelt på alle Husbankens seks regioner. I all hovedsak er det større kommuner som har vært med i satsingen.

Husbanken iverksetter i disse dager en ny kommunesatsing i tilknytning til arbeidet med den boligsosiale strategien. I tillegg kan man anta at satsinger på gode og virksomme oppfølgingsmodeller som ACT/FACT, Housing First og andre aktivt oppsøkende fleksible teammodeller, har gitt kommunene nye verktøy for å lykkes bedre med bosetting av målgruppen.

6.9 Tjenester til personer med utviklingshemming

Personer med utviklingshemming har behov for differensierte tilbud og oppfølging gjennom hele livsløpet, fra de er barn til de er gamle. Det er en stor spennvidde med tanke på grad av utviklingshemming og eventuelle utfordringer og helseproblemer, og når det gjelder hvilken livsarena den enkelte befinner seg på. Livet går i faser, og tjenestebehovet endres underveis.

Et godt samarbeid mellom personen selv, pårørende og tjenesteyterne, er nødvendig for at tilbudet skal bli best mulig. Innhold og utforming av tjenestene vil påvirkes av aktuelle rammevilkår som helse – og omsorgstjenester, bolig, skole, arbeids- og aktivitetstilbud, trygdeytelser, hjelpemidler med mer.

I denne analyserapporten retter vi fokuset på noen forhold i helse – og omsorgstjenesten som flere miljøer og instanser har uttrykt spesiell bekymring overfor de siste årene. Det finnes lite forskning om tjenester til denne målgruppen, og det er klart behov for mer kunnskap både når det gjelder kompetansesituasjon, fag – og kvalitetsutvikling og organisering av tjenestene.

Vår analyse av situasjonen ut fra tilgjengelig kunnskap om tjenestene til personer med utviklingshemming er at det er utfordringer knyttet til kompetanse i tjenestene – noe som blant annet resulterer i at personer med utviklingshemming får dårligere helsetjenester enn befolkningen for øvrig.

Svikt i kompetanse

Antallet personer over 16 år med utviklingshemming har økt fra 14 000 i 1997 til om lag 18 500 i 2015. I gjennomsnitt har kommunene 3,6 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere, men dette varierer mellom kommunene. Mens Kvæningen og Høylandet har henholdsvis 14,7 og 14,4 personer med utviklingshemming per 1000 innbyggere har Lørenskog og Ullensaker 2 personer per 1000 innbyggere⁸⁵. Denne variasjonen vil ha innvirkning på kommunenes økonomi og behov for kompetanse.

Fylkesmennene har oppsummert situasjonen for kompetanse og personell i kommunene ved avslutning av planperioden for Kompetanseløftet 2015. Det er en gjennomgående tilbakemelding at tjenesteområdet rettet mot personer med utviklingshemming opplever betydelig kompetanse- og rekrutteringsutfordringer. Sammenlignet med tjenestene som helhet er det noe lavere kompetanse i tjenestene til personer med utviklingshemming (se punkt 5.1 i denne rapporten). Sammenlagt har 31

⁸⁵ Helsedirektoratet (2017): *SAMDATA kommune*; Rapport IS-2575

prosent av de ansatte en høyere helsefaglig utdanning, hvorav vernepleiere utgjør den største gruppen med 12 prosent. Andre høyskoleutdanninger, som sykepleiere og ergoterapeuter, utgjør mindre andeler på 1 – 4 prosent. Andelen ansatte uten helsefaglig utdanning har ligget på rundt 32 prosent i planperioden. Det er mulig at til tross for en relativt høy samlet andel personell med helsefaglig høyskole og videregående utdanning er ikke dette tilstrekkelig til å skape gode og stabile fagmiljøer.

Tabell 4

Ansatte i tjenesteområdet rettet mot personer med utviklingshemming etter utdanningsnivå 2011 - 2015

Utdanning	2011		2012		2013		2014		2015	
Høyskole/universitet	4 101	30 %	4 544	31 %	4 894	32 %	5 316	33 %	5 066	31 %
Videregående	4 703	35 %	5 157	35 %	5 535	36 %	5 748	35 %	5 938	36 %
Ufaglært	4 393	33 %	4 733	32 %	4 836	31 %	4 967	31 %	5 331	32 %
Uspesifisert	264	2 %	230	2 %	224	1 %	227	1 %	221	1 %
Årsverk i alt	13 461		14 663		15 489		16 257		16 556	

Kilde: SSB, 2016

Til tross for at antall tjenester utført av vernepleiere har økt med 700 årsverk i planperioden, melder flere fylkesmenn at kommunene har vanskeligheter med å rekruttere vernepleiere til tjenestene for utviklingshemmede. Dette kan ha sammenheng med at antallet personer med utviklingshemming som får tjenester stadig øker og at vernepleiere velger å jobbe med andre brukergrupper. Det mangler systematisk kunnskap om dette, men det bør vurderes om både utdanningsinnhold, små enheter/boliger som gir små fagmiljø og arbeidsbelastning i tjenesten er medvirkende for denne utviklingen. Flere fylkesmenn melder om innsats for å få i gang desentraliserte vernepleierutdanninger, som tidligere har vist seg å gi økt rekruttering og stabilisering av arbeidskraft og kompetanse i tjenestene.

Det ble i 2016 gjennomført landsdekkende tilsyn av kommunale helse – og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming i ca. 50 kommuner. Tilsynene avdekker mangelfull kompetanse og systematikk i opplæringen i mange av kommunene og at voksne personer med utviklingshemming ikke får forsvarlige helsetjenester og/eller tjenester i form av personlig assistanse. NOU 2016:17 «På lik linje»⁸⁶ viser også i sin statusgjennomgang til at lav kompetanse i tjenesteapparatet er en gjennomgående utfordring. Manglende kompetanse bidrar til at personer med utviklingshemming ikke får likeverdige tjenester innenfor ulike samfunnsområder.

Det er behov for mer kunnskap om kompetansesituasjonen knyttet til blant annet bruk av heltids- og deltidsstillinger, gjennomtrekk, opprettholdelse av fagmiljøer, samarbeid på tvers av tjenestene og hva som kan bidra til å løse utfordringene i tjenestene til personer med utviklingshemming.

⁸⁶ NOU 2016:17. *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet

Det er utfordringer knyttet til bruk av tvang og makt

Bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming er lovregulert, og det stilles krav til kompetansen til de som skal utøve slike inngripende tiltak. Imidlertid får kommunene i flertallet av tilfellene godkjent unntak fra kompetansekravet. I 2015 godkjente fylkesmennene 1413 vedtak gjort av kommunene om fremtidig bruk av tvang, men i 1064 av vedtakene ble det gitt dispensasjon fra kravene om utdanning (NOU 2016:17). Dette er et alvorlig avvik fra lovens krav om personalets kompetanse ved gjennomføring av tiltak som medfører bruk av tvang og makt. Samtidig sier oversikten over antall dispensasjonssøknader ingen ting om hvor mange ansatte som er omfattet av søknaden og avslører dermed lite om kvaliteten i tjenestetilbudet.

Det er også for store fylkesvise variasjoner. I Finnmark er det for eksempel 1,2 prosent av tjenestemottakerne som hadde vedtak om bruk av tvang og makt i 2015, mens det er 12,8 prosent i Hedmark. Noe av forskjellene kan skyldes at det er relativt små populasjoner det er snakk om. Ut over dette har vi ingen god forklaring på denne voldsomme variasjonen.

Det er behov for mer kunnskap om bruken av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming generelt og spesielt i forhold til årsakene til den store fylkesvise variasjonen.

Det er behov for mer samhandling og mer koordinerte og helhetlige tjenester

Individuell plan skal tilbys alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helselovgivningen. Personer med utviklingshemming er en av flere brukergrupper som har særskilte behov for bistand til å samordne helsetilbudet som skal gis, både fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fra spesialisthelsetjenesten. I alt har 41 prosent av alle med registrert psykisk utviklingshemming en virksom individuell plan. Andelen er vesentlig høyere enn for mottakere av omsorgstjenester generelt hvor 9 prosent hadde individuell plan.

Mange personer med utviklingshemming har store og sammensatte behov og har et spesielt behov for koordinerte og helhetlige tjenester og at ulike fagmiljø samarbeider godt. NOU 2016:17 dokumenterer mangelfull koordinering og dårlig samarbeid rundt velferdstjenestene til personer med utviklingshemming. Det er mangelfull koordinering i overgangssituasjoner og mellom løpende tjenester, internt i kommunen, og mellom kommune, fylkeskommune og stat. Utredningen viser også at hjemmetjenestene til personer med utviklingshemming ofte er utformet på en standardisert måte, noe som blant annet begrenser utviklingshemmedes valgfrihet og mulighet til å styre egen hverdag. I en rapport fra Rambøll 2014⁸⁷ konkluderes det med at det også er store mangler ved habiliteringstilbudet til mennesker med utviklingshemming.

Utviklingshemmede som gruppe har større helseutfordringer enn befolkningen generelt

Selv om levealderen til mennesker med utviklingshemming er blitt lengre, lever de kortere enn befolkningen for øvrig. Gjennomsnittlig alder på de døde i befolkningen generelt var 82,3 år i 2015. I IPLOS-registret var det registrert 182 personer med utviklingshemming som døde i 2015. Gjennomsnittlig alder på de døde var 61,5 år. 42 prosent av de døde hadde passert 67 år. Det vil si at noen dør svært ungt og trekker gjennomsnittet ned.

⁸⁷ Rambøll (2014) «Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering», rapport på oppdrag for Helsedirektoratet.

Årsakene til at de dør tidligere kan være mange, blant annet at alvorlige sykdommer oppdages for sent og økt forekomst av livsstilssykdommer⁸⁸. Internasjonale undersøkelser gir indikasjon på at målgruppen har økt risiko for kroniske sykdommer, økt hyppighet av risikofaktorer som forbindes med dårlig helse og jo mer alvorlig utviklingshemningen er, jo større er sjansen for at man også har en tilleggslidelse⁸⁹. Det synes å være konsensus blant forskere om at mennesker med utviklingshemning dør tidligere på grunn av dårligere tilgang på helsetjeneste⁹⁰ og helsemessige forhold som kunne vært unngått⁹¹.

I dette har fastlegene har en viktig rolle. En doktorgradsavhandling av Terje Fredheim fra 2014⁹² peker blant annet på at samhandling mellom fastlegen og andre helsetjenesteaktører kan bære preg av tilfeldigheter og lite systematikk. Fastlegenes kompetanse knyttet til utviklingshemning og psykiske tilleggsproblemer virker i stor grad erfaringsbasert, og bygger i liten grad på systemisk og forskningsbasert kunnskap.

Tilsynsrapportene fra 2016, NOU 2016:17, data fra NPR⁹³ og rapporter fra Rambøll i 2014 og 2016 tyder på at det er manglende helseoppfølging av personer med utviklingshemning i Norge. Blant annet viser tilsynsrapporter fra 2016 at legemiddelhåndtering ikke utføres i henhold til lov og forskrift og at voksne personer med utviklingshemning ikke har tilgang på medisinsk undersøkelse, utredning og behandling hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten.

Antallet eldre med utviklingshemning vil øke betydelig i Norge i tiden fremover og flere enn før vil dermed også få aldersrelaterte sykdommer, inkludert demens. Personer med Downs syndrom har av genetiske årsaker særlig høy risiko for å utvikle sykdommen og utgjør en stor andel av de som har demens i alderen under 50 år i befolkningen⁹⁴. Forskning tyder også på at personer med utviklingshemning av andre årsaker enn Downs syndrom kan ha forhøyet risiko for å utvikle demens.

Manglende oversikt og kompetanse på området psykisk helse og rus

Kommunen har ansvar for å fremme god psykisk helse hos alle, inkludert personer med utviklingshemning, gjennom å bidra til gode levekår. Personer med utviklingshemning har reduserte kognitive og adaptive ferdigheter som blant annet gir økt sårbarhet for utvikling av psykiske lidelser. Diagnostikk og behandling av slike lidelser kan være utfordrende i gruppen og det stiller store krav til kompetanse både i kommune- og spesialisthelsetjenesten⁹⁵.

⁸⁸ Nordstrøm, M. (2015) Obesity, lifestyle and cardiovascular risk in Down syndrome, Prader-Willi syndrome and Williams syndrome. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo

⁸⁹ Sutherland, G., Couch, M. A. og Iacono T. (2002) Health issues for adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*. 23: 422-445. [http://dx.doi.org/10.1016/S0891-4222\(02\)00143-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0891-4222(02)00143-9)

⁹⁰ Hatton C. og Emerson, E. (red.). (2015). *Health disparities and intellectual disabilities*. New York: Elsevier

⁹¹ Hosking, m.fl. (2016) Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. *American journal of public health*. 106:1483–1490. doi:10.2105/AJPH.2016.303240

⁹² Fredheim, T. (2014) Fastlegenes behandling og oppfølging av personer med utviklingshemning slik samarbeidspartnere, pårørende og legene selv opplever det. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo

⁹³ Skorpen, S., Nicolaisen, M., and Langballe, E. M. (2016). Hospitalisation in adults with intellectual disabilities compared with the general population in Norway. *Journal of intellectual disability research*, 60: 365–377. doi: 10.1111/jir.12255.

⁹⁴ Ballard, C., Mobley, W., Hardy, J., Williams, G. og Corbett, A. (2016) Dementia in Down's syndrome. *The Lancet neurology*. 15: 622-636. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00063-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00063-6)

⁹⁵ <http://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-forskning>

En rapport fra NAKU (2016)⁹⁶ viser at antall utviklingshemmede registrert med psykiske lidelser og/eller ruslidelser ligger under det nasjonal og internasjonal forskning indikerer. Kartleggingen viser manglende oversikt over antall personer med utviklingshemming med psykiske lidelser og/ eller ruslidelser. Manglende oversikt gir et dårlig grunnlag for planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet. Manglende oversikt gir også utfordringer når det gjelder å følge med på utviklingen til en gruppe som er sårbare for utvikling av helsevansker.

6.10 Tjenesteutvikling og ny teknologi

Nye resultat viser at velferdsteknologi gir store gevinster både for tjenestemottaker og samfunn når den er tilpasset sluttbrukers behov og brukes riktig. Erfaringer fra utprøvinger i kommuner tilknyttet Nasjonalt program for velferdsteknologi viser at det er en høy grad av samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved å omstille helse- og omsorgstjenesten ved hjelp av velferdsteknologi. Samtidig opplever brukere, pårørende og ansatte økt kvalitet på tjenesten. Interessen for velferdsteknologi og etterspørselen etter nasjonale anbefalinger på dette feltet er økende.

Økt interesse for velferdsteknologi

Etterspørselen etter nasjonale anbefalinger og retningslinjer på feltet er stor. Seminar, konferanser og andre aktiviteter med tema velferdsteknologi i regi av det nasjonale programmet, KS eller andre har stor pågang og mange «nye» kommuner viser interesse for å komme i gang med velferdsteknologi. En kartlegging utført av KS har avdekket at det eksisterer en rekke klyngesamarbeid innenfor velferdsteknologi i Norge (ikke offentlig). I tillegg har Norsk senter for E-helseforskning (NSE) fått i oppdrag fra Direktoratet for e-helse å lage en oversikt over alle velferdsteknologiske utprøvinger i Norge siden 2013. I det dette arbeidet går mot slutten, rommer oversikten mer enn 250 utprøvinger (ikke publisert).

Føringer for utviklingen

Aktiviteten på velferdsteknologifeltet er økende. Kommuner henvises til rapportene fra det nasjonale programmet hvor Helsedirektoratet har anbefalt utvalgte teknologiområder som kommuner bør vurdere når de har kartlagt sine behov. Anbefalingene er også lagt til grunn for tilskuddsordningen som lyses ut våren 2017 for nye kommuner som ønsker å ta i bruk velferdsteknologi. Det er derfor nærliggende å tro at det vil bli større aktivitet og etterspørsel rundt nettopp disse teknologiområdene i tiden som kommer⁹⁷. Dette vil også medføre økt oppmerksomhet rundt de øvrige nasjonale anbefalingene fra Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Disse omtaler blant annet innkjøp av velferdsteknologiske løsninger, og organisering av mottak og oppfølging av varsler.

⁹⁶ NAKU (2016) Psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant personer med utviklingshemming. Hentet fra <http://naku.no/aktivitet/psykiske-lidelser-ogeller-ruslidelser>

⁹⁷ De anbefalte teknologiområdene er: digital trygghetsalarm, elektronisk medisineringsstøtte, varslings- og lokaliseringsteknologi, elektroniske dørlåser, digitalt tilsyn, oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarlingssystem ved sykehjem og omsorgsboliger som muliggjør passiv varsling fra beboerleiligheter og -rom ved behov, og logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester.

Omlegging av tjenesten

På veien til å skape «pasientens helsetjeneste» er velferdsteknologi bare ett av mange tiltak. Det handler ikke om selve teknologien, men om utviklingen av nye måter å levere helhetlige helse og omsorgstjenester på, til nytte for sluttbrukeren.

Det første skrittet på veien er en endring i tankesett om hva kommunale helse- og omsorgstjenester er og skal være. Det har tradisjonelt vært praksis, og kanskje en forventning fra både innbyggere og tjenesten, at økt behov for bistand fra kommunen vil lede til en plass på institusjon. Dette er kostbart og er ikke en bærekraftig praksis for helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet ved Nasjonalt program for velferdsteknologi oppfordrer kommunene til å se på alternativ for at innbyggere kan bo lengst mulig i egne hjem, hvor teknologi inngår som en naturlig del av løsningen⁹⁸. Dette er i tråd med innbyggernes holdninger som gjenspeiles i en undersøkelse fra noen år tilbake, som fant at tre av fire ønsket seg en omsorgsbolig, primært en selvstendig omsorgsbolig, dersom de ikke lenger klarte seg i sin vanlige bolig når de ble gamle. En av seks ønsket å flytte i bofellesskap, og bare en av ti ønsket seg sykehjemsplass (Brevik og Schmidt, som referert til Daatland, 2014).

Velferdsteknologi er en del av løsningen som muliggjør denne dreiningen og bidrar til at innbyggerne kan bo lengre hjemme. Digitalt tilsyn og trygghetsalarmer skaper trygghet for at pasienter kan sendes direkte hjem fra sykehus og unngå korttidsopphold på sykehjem. Lindås kommune har snudd sin praksis og ser gevinst i å satse på hjemmebasert omsorg, slik at brukerne får bistand etter behov og på riktig steg i omsorgstrappen. Andel institusjonsbasert omsorg er redusert fra 45 prosent i 2011 til 39 prosent i 2015. Andel av hjemmebasert omsorg har i samme tidsrom økt fra 49 prosent til 55 prosent. Fra 2014 til 2015 hadde kommunen en reduksjon i netto driftsutgifter for pleie- og omsorgstjenesten med cirka 14 millioner kroner⁹⁹. Ved at flere slike resultat gjøres kjent, kan vi se en dreining mot at flere kommuner satser på hjemmebaserte tjenester.

Erfaringer med implementering av velferdsteknologi

Det er en krevende prosess å legge om tjenesten for å møte morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Erfaringene fra utviklingskommunene viser at for å lykkes med implementering av velferdsteknologi må noen forutsetninger være på plass. Den enkelte kommune, bruker og helsepersonell sin evne til å nyttiggjøre seg mulighetene som velferdsteknologi gir, avhenger blant annet av kompetanse om hvilke løsninger som finnes, forankring, opplæring, gjennomføring og oppfølging. Det er nødvendig at kommunene har tilgang til kompetanse på blant annet tjenesteinnovasjon, endringsledelse og gevinstrealisering for å lykkes med omstilling av tjenesten og innføringen av teknologi. Med gevinstrealiseringsarbeid har utviklingskommunene kunnet synliggjøre flere gevinster, særlig unngåtte kostnader og økt omsorgskapasitet uten tilsvarende økning i ressursbruk. Flere har påpekt at det er blitt mer legitimt å snakke om tall og kostnadsberegninger innad i helse- og omsorgstjenestene i sin kommune som en følge av dette.

⁹⁸ Helsedirektoratet. Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: nasjonalt velferdsteknologiprogram. IS-2557. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.

⁹⁹ Bjørkheim K, Bravelli H, Sætre T, Berge MS, Jacobsen FF, Øvsthus K. Lindåsprosjektet: omsorgsteknologi i kommunene: sluttrapport, 2016. Lindås og Bergen: Lindås kommune og Høgskolen i Bergen; november 2016. Nettressurs: <http://www.lindas.kommune.no/index.php?find=sluttrapport&x=0&y=0>

Brukermedvirkning

Utviklingskommunene tilknyttet det nasjonale programmet har fått opplæring i «Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi» - en metodikk for tjenesteinnovasjon som tar kommunene gjennom et prosjektforløp fra start til slutt. Metodikken tar utgangspunkt i en kartlegging av brukers situasjon og behov, og beholder bruker som rød tråd gjennom hele prosjektforløpet. Dette har langt på vei bidratt til en bevisstgjøring blant utviklingskommunene om hele tiden å ha bruker i sentrum for tjenesten. Dette understøttes av en undersøkelse utført av Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo om effekten av bruk av denne metodikken (har ref., men usikker på om den er publisert).

Erfaringene viser at følgende punkter er sentrale for å lykkes:

- Teknologien i seg selv bør være så enkel at den krever få forutsetninger hos tjenestemottaker for å tas i bruk, men vedkommende må ha et ønske om å ta det i bruk.
- Kontinuerlig oppfølging for å sikre at endret behov som følge av svikt i kognitiv eller fysisk funksjon, eller økt mestring og selvstendighet, imøtekommes.
- Bruker må motta tilpasset opplæring i bruk av velferdsteknologi og god oppfølging i ettertid.

Utvikling og utfordringer i tiden fremover

- Oppgaveforskyving

I arbeidet med det nasjonale oppdraget «Medisinsk avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer» prøver kommunene ut en ny tjeneste som utfordrer samhandlingsmønstret mellom sykehus, fastlege og kommune. Det er for tidlig å si hvordan dette vil utvikle seg, men resultater fra en pilot har vist at forbruksmønsteret av helsetjenester for målgruppen endret seg. Ved en nasjonal utbredelse av denne tjenesten forutsettes det gjennomført en konsekvensutredning av ressursbruk og gevinstfordeling mellom de ulike aktørene. Dagens finansielle ordninger mellom stat og kommune legger noen begrensninger på bruk av velferdsteknologi og fremmer ikke videre utbredelse av denne tjenesten. Det må utarbeides finansielle ordninger som understøtter en videre utvikling og utbredelse av velferdsteknologi i kommunens helse- og omsorgstjeneste og i deres samarbeid med fastlege og helseforetak.

- Personvern og informasjonssikkerhet

Det er behov for mer kunnskap om de juridiske aspektene rundt bruk av velferdsteknologi. I dag er det noe ulik praksis på hvordan personvern og informasjonssikkerhet ivaretas i kommunene, herunder å innhente samtykke eller ha lovhjemmel for vedtak om tjenester med teknologi. Vedtak som fattes på fylkesmanns nivå i tilknytning til dette bør harmoniseres mellom embetene.

- Responstjenester

Det nasjonale programmet observerer at mange kommuner nå oppretter responstjenester med noe ulik innretning. Dette er et felt med stadig utvikling. Programmet anser det som viktig å følge med i tiden fremover og etter hvert gjøre en evaluering av de anbefalingene Direktoratet for e-helse¹⁰⁰ og

¹⁰⁰ <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/2/IS-2534%20Anbefalinger%20knyttet%20til%20tekniske%20krav%20-%20Over%201.0.pdf>

Helsedirektoratet¹⁰¹ har kommet med. Det anbefales at det frem mot 2020 gjøres en grundig faglig og økonomisk analyse av responstjenester slik det fremkommer av rapporten fra Helsedirektoratet.

- Digital infrastruktur

Det er en risiko for at kommunen får mange løsninger, hvor få eller ingen har integrasjon med journalsystemene, når antallet teknologiområder øker ved skalering av velferdsteknologi. Kommunen trenger en effektiv og sikker måte å få tilrettelagt informasjonsflyt og datalagring i tjenesten på. Nasjonalt program for velferdsteknologi arbeider derfor med å realisere en digital plattform og infrastruktur, som ivaretar samspillet mellom mangfoldet av løsninger fra de mange leverandørene og en felles nasjonal IKT-infrastruktur. Inntil en slik plattform er etablert, anskaffer kommunene selv det de trenger av utstyr og applikasjoner for å utvikle nye tjenester og dekke sine behov. Ved å følge de anbefalingene som er gitt i rapporten *Nasjonale anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi (3)*, skal det som anskaffes nå gradvis kunne kobles til nasjonal plattform når den er etablert.

¹⁰¹ <https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20Anbefalinger%20responstjenester.pdf>

7. VI PÅ VEI TIL DEN NYE HJEMMETJENESTEN?

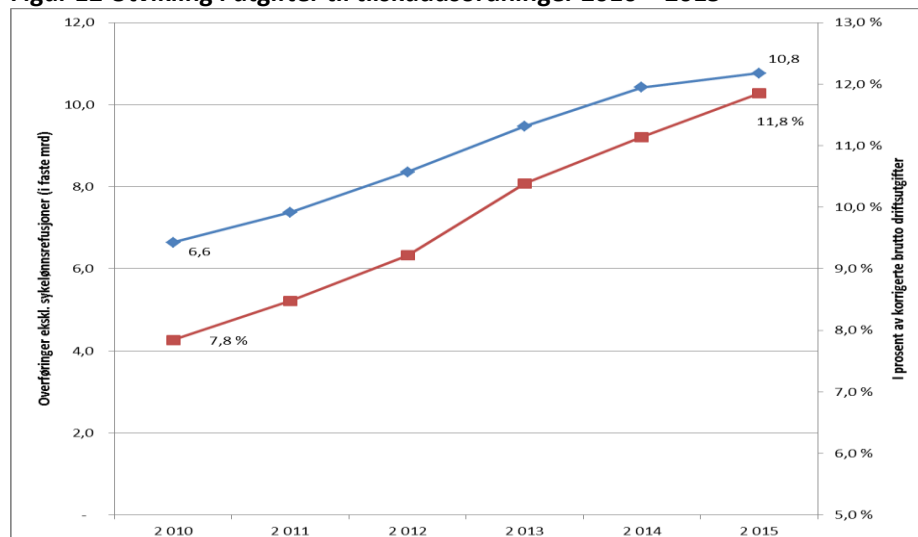
Hensikten med statlige tilskudd er å legge til rette for å oppnå prioriterte mål for samfunnet. Den statlige finansieringen gis i stedet for/erstatte finansiering gjennom rammetilskudd som gir rom for lokal prioritering i kommunene. Tilskudd og statlige overføringer har hatt økt betydning i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Fra 2010 til 2015 er økningen på 62 prosent. Økningen i tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester de seneste årene forklares med nye brukergrupper, økte kostnader og bedre rapporteringsrutiner i kommunene. Denne toppfinansieringsordningen påvirker insentivene til kostnadskontroll og fordeling av risiko mellom staten og kommuner.

7.1 Tilskuddsordninger innenfor helse- og omsorgstjenesten

I kommunenes driftsregnskap for helse- og omsorgstjenester (KOSTRA-Funksjon 234, 253, 254, 261) finner vi informasjon om overføringer. Dette består i hovedsak av refusjon fra staten (art 700) og andre statlige overføringer (art 810). I 2015 utgjorde de totale overføringene 10,8 milliarder kroner (ekskl. sykelønnsrefusjoner) hvorav refusjoner fra staten og andre statlige overføringer utgjorde 90 prosent.

Diagrammet under viser utviklingen fra 2010 til 2015 i faste kroner hvor overføringene økte med 4,1 milliarder kroner (blå linje), en økning på 62 prosent. Som andel av korrigerte brutto driftsutgifter økte overføringene med 4 prosentpoeng (rød linje). Tilskudd og statlige overføringer har med andre ord hatt økt betydning for utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Figur 12 Utvikling i utgifter til tilskuddsordninger 2010 – 2015



Helsedirektoratet utbetalte i 2016 totalt 11,07 milliarder kroner i tilskudd fordelt på om lag 50 tilskuddsordninger, hvorav ordningen for ressurskrevende tjenester og vertskommuneordningen var de to største på henholdsvis 8,6 og 0,940 milliarder kroner.

7.2 Tilskuddordning for ressurskrevende tjenester

Den største enkeltstående tilskuddsordning til kommunene innenfor helse- og omsorgstjenester er refusjon for ressurskrevende tjenester som i 2015 utgjorde 8,059 milliarder kroner. Formålet med ordningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparatet, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Det var 406 av totalt 428 kommuner som hadde tjenestemottakere som kom inn under ordningen i 2015. Totalt ble det utbetalt drøyt 8,6 mrd. kroner, basert på direkte lønnsutgifter knyttet til i alt 7 781 tjeneste-mottakere.

Senter for økonomisk forskning gjennomførte i 2015 en analyse av omfang og kostnader for ressurskrevende tjenester på oppdrag fra KS¹⁰². Formålet var å belyse ulike sider ved ordningen; totale kostnader, konsekvenser ved utvidelse av ordningen og alternative utforminger av ordningen. Utgiftene i tilskuddsordningen har økt betydelig de seneste årene noe som forklares med nye brukergrupper, økt kostnader og bedre rapporteringsrutiner i kommunene. Det påpekes i rapporten at utformingen av toppfinansieringsordningen påvirker insentivene til kostnadskontroll og fordeling av risiko mellom staten og kommuner.

7.3 Foreløpige erfaringer ved oppstart av forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag i utrede og iverksette et forsøk med statlig finansiering og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Formålet med forsøket er økt likebehandling og riktig behovsdekning. Forsøket ble iverksatt 1. mai 2016. Det ble etablert to ulike modeller; modell A som omfatter både tildeling av tjenester og aktivitetsbasert finansiering, og modell B som kun omfatter en finansieringsmodell med rundsumtilskudd. I begge modeller gjelder det at midlene som tildeles erstatter ordinært rammetilskudd og er øremerket helse- og omsorgstjenester. 6 kommuner deltar i forsøksordningen.

Deltakelse i forsøksordningen var oppe til politisk vurdering i flere kommuner. Begrunnelsen for kommuner som ikke ønsket å delta ble delvis beskrevet i enkelte av kommunenes saksfremlegg til politisk ledelse og kan oppsummeres med økt økonomisk risiko og manglende organisatorisk kapasitet til å gjennomføre prosjektet. Tjenesteområdet som er omfattet av forsøket består av ca. 30-35 prosent av kommunenes netto driftsbudsjett og har stor betydning for kommunenes samlede virksomhet.

Forsøksordningens modell A som omfatter både aktivitetsbasert finansiering og tjenestetildeling har et helhetlig fokus på tildeling av helse- og omsorgstilbudet i kommunene som deltar. Brukers behov og lik tildelingspraksis står sentralt, og ordningen følge-evalueres med årlige statusrapporter som vil vise utviklingen i kommunene.

Finansieringsmodellen som er utarbeidet i modell A er en aktivitetsbasert modell, der det er utarbeidet felles priser for ulike type tjenester som kommunene innvilger. Kommunene har innarbeidet en felles

¹⁰² <http://www.ks.no>

kodeplan for de ulike tjenestene og rapporterer endring i aktivitet på de ulike kodene gjennom året. Dette danner grunnlag for tilskuddet som utbetales. Foreløpig erfaring etter de første 8 månedene av forsøket viser at kommunene har tatt i bruk informasjon om tjenestetildelingen på en ny måte som gir bedre grunnlag for virksomhetsstyring. Det er foreløpig ingen resultater som viser hvordan prisene som er utarbeidet påvirker det økonomiske resultatet i kommunene.

7.4 Finansierings- og organiseringsmodeller som virkemiddel

Tilskudd

Hensikten med statlige tilskudd er å legge til rette for å oppnå prioriterte mål for samfunnet. Den statlige finansieringen gis i stedet for/erstatte finansiering gjennom rammetilskudd som gir rom for lokal prioritering i kommunene. Tilskuddsordninger kan utformes med ulike finansieringsmodeller. En rapport om aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenester¹⁰³ beskriver ulike ordninger for finansiering, der ulike type tilskuddsordninger, innretningen på finansieringsmodellene og samtidig bruk av andre virkemidler kan ha ulik effekt på måloppnåelsen. Det refereres i rapporten til studier som beskriver hvordan elementer som levetid på tilskuddsordninger, kommunenes størrelse og økonomiske handlingsrom, forankring hos ledelsen, behov/metning i markedet, tilgang på innsatsfaktorer/bemanning/kompetanse påvirker effekten av tilskuddsordningen.

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet¹⁰⁴ som blant annet omhandler Helsedirektoratets forvaltning av tilskuddsordninger viste at andelen kommuner som søker og mottar tilskudd øker med antall innbyggere i kommunen. Tilskuddsordninger som er administrativt- og økonomisk krevende kan gjøre at mindre kommuner ikke søker om og mottar tilskudd. Undersøkelsen viste også at flere ordninger er tematisk tilgrensede og overlappende og at det er manglende samordning av alle ordningene for hver kommune. Videre ble det vurdert at rapportering på måloppnåelse ble lite systematisk gjennomført.

Graden av måloppnåelse for tilskudd blir ofte vurdert i forhold til ressursinnsatsen som kreves. Det meldes fra kommuner og fylkesmenn en viss grad av prosjekttrøtthet, der arbeid knyttet til tilskuddsordningene kommer på siden av andre oppgaver og ikke blir integrert i driften. Det stilles spørsmålsteget til hvordan kommunene evner å implementere igangsatte prosjekter i ordinær drift etter at prosjektfasen er over.

For kommunene innebærer tilskuddsordninger omfattende søknadsprosesser og rapporteringskrav. Noen kommuner har systematisert arbeidet med tilskuddsforvaltning og benytter blant annet nettsider som tilskuddsportalen.no som kilde til informasjon om tilskuddsordninger. For andre kommuner er arbeid med tilskuddsordninger noe som kommer på siden av ordinær drift og er ikke i like stor grad en prioritert oppgave.

¹⁰³ [Terje P. Hagen Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene Universitetet i Oslo 2005](#)

¹⁰⁴ <https://www.riksrevisjonen.no>

Finansieringsmodeller

Finansieringsmodeller på overordnet nivå kan bli brukt som et virkemiddel for å oppnå endringer i tråd med politiske prioriteringer. Andre virkemidler som benyttes og som kan virke sammen med finansieringsmodeller er lover og forskrifter, ansvar/oppgavefordeling og fokus på kompetanse/opplærings. I hvilken grad målene oppnås kan blant annet komme an på aktørenes ulike politisk agenda/prioritering, samsvar mellom ansvar/oppgavefordeling og finansiering og tilgang på ressurser og kompetanse.

En av de store utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenesten er samhandling på tvers av forvaltningsnivåer. For å ivareta befolkningen best mulig må samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten fungere optimalt. Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å beskrive eksempler på samarbeidstiltak i helsesektoren, hvordan de finansieres (betalingsløsninger) og angi mulige betalingsmodeller. Rapporten redegjør for dagens finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren og beskriver at det er behov for modeller som i større grad understøtter helhetstenkning og samhandling mellom forvaltningsnivåer. Organisering, formalisering, oppgavefordeling, kostnadsfordeling og utarbeidelse av inklusjonskriterier for oppgavene/tjenestene som skal utføres blir beskrevet som sentrale elementer for samhandling.

På lokalt nivå i kommunene kan finansieringsmodeller brukes som middel for riktigere fordeling av tilgjengelige ressurser og en styring av virksomheten i ønsket retning i forhold til tjenesteutvikling og kvalitet. Enkelte kommuner har modeller som fordeler ressurser på et overordnet sektornivå som helse- og omsorgstjenester, barnehager, skole, osv. Andre modeller er ned på detaljert tjenestenivå med fordeling ressurser etter aktivitet i sykehjem eller hjemmetjenesten. Utformingen og praktiseringen av modellene er av stor betydning for virksomhetsstyringen. Hensiktsmessig bruk av finansieringsmodeller i kommunene er tidligere evaluert av ECON analyse i 2006.¹⁰⁵

Organisering

Et annet sentralt virkemiddel på lokalt nivå som ofte sees i sammenheng med finansieringsmodeller, er organisering. Svært mange kommuner har innenfor helse- og omsorgstjenestene etablert ulike bestiller-/utførermodeller. Også her finnes det mange ulike utforminger i kommunene som blant annet er beskrevet i en rapport fra Deloitte i 2012¹⁰⁶. Et sentralt prinsipp i bestiller-/utførermodellene i helse- og omsorgssektoren er at det skilles mellom de som har ansvar for vedtak/tildeling av tjenester og de som leverer tjenestene. Bestiller-enheter ansvar for søknadsbehandling og behovsvurderingen, mens utførerne har ansvar for tjenesteytingen.

For kommuner som har inngått avtaler med private leverandører av helse- og omsorgstjenester er bestiller-/utførerorganisering en naturlig innfallsmetode. Kommunen beholder ansvaret for hvem som skal motta tjenester og selve behovsvurderingen, mens dem private leverandøren yter tjenesten som kommunen har innvilget vedtak om.

Praktiseringen av samarbeid og understøttende finansieringsmodeller kan være avgjørende for virksomhetsstyringen i bestiller-/utførermodeller. I Deloittes rapport beskrives det at måten modellen

¹⁰⁵ <https://www.regjeringen.no>

¹⁰⁶ <http://deloitte.no>, Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen

praktiseres på og etterlevelsen av prinsippene i modellen, har mer å bety for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv. Mange opplever at denne måten å organisere tjenesten på medfører rapporterings- og kontrollrutiner tar bort mye av fokuset fra selve tjenesteytingen.

8. LITTERATURLISTE

- Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014) Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, IRIS-rapport 2014/382
- Ballard, C., Mobley, W., Hardy, J., Williams, G. og Corbett, A. (2016) Dementia in Down's syndrome. *The Lancet neurology*. 15: 622-636.
- Bjørkheim K, Bravelli H, Sætre T, Berge MS, Jacobsen FF, Øvsthus K. (2016) Lindåsprosjektet: omsorgsteknologi i kommunene: sluttrapport, 2016. Lindås og Bergen: Lindås kommune og Høgskolen i Bergen
- Daatland, Svein Olav Slagsvold, Britt (Red.) (2013) Etter pensjonering - mer eller mindre aktiv?. , Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon - runde 1 og 2.
- Dale, Bjørg; Folkestad, Bjarte; Førland, Oddvar; Hellesø, Ragnhild; Moe, Aud; Sogstad, Maren Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 12/15
- Deloitte (2012) Kostnader og gevinster knyttet til bestiller - utfører - modellen
- Direktoratet for E-helse (2016) Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi IS-2534
- Direktoratet for E-helse (2016) Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologi IS-2552
- Eugene Guribye (2016) FoU-rapport nr. 3/2016 Mot 'Kommune 3.0? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal
- Fineide og Ramsdal (2014) Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer, i Vabø og Vabo, Universitetsforlaget
- Folkehelseinstituttet (2016) Utvikling av en ny brukerrolle, utgitt i samarbeid med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Forskningsrådet (2016) Evaluering av samhandlingsreformen
- Fredheim, T. (2014) Fastlegenes behandling og oppfølging av personer med utviklingshemming slik samarbeidspartnere, pårørende og legene selv opplever det. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo
- Gjøra, Eek, & Kirkevold (2015) Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014: demensplan 2015 2014)
- Hatton C. og Emerson, E. (red.). (2015). *Health disparities and intellectual disabilities*. New York: Elsevier
- Heidi Haukelien, Halvard Vike og Ingvild Vardheim (2015) Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Telemarksforskning Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.))
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet (Vol. 26(2014-2015), St.meld. ... (trykt utg.))
- Helse Omsorg 21 strategien (2014)
- Helsedirektoratet (2016) Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. IS-2475.
-

1Helsedirektoratet (2015): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret; Rapport IS-0511

Helsedirektoratet (2016) Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: nasjonalt velferdsteknologiprogram. IS-2557

Helsedirektoratet (2017) Samdata kommune (IS-2575).

Helsedirektoratet (2017): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS-registeret; Rapport IS-0600

Helsetilsynet Tilsynsmeldingen 2015

Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit og Berit Otnes (2016). SSB Rapport 2016/20. Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.

Hosking, m.fl. (2016) Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. *American journal of public health*. 106:1483–1490.

Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). Turnus som fremmer heltidskultur. Oslo: Gyldendal akademisk.

InnoMed strategi 2012-2014

Innovasjonssystem for helse- og omsorgssektoren (2017) Forslag til tiltak og videre arbeid for et mer helhetlig innovasjonssystem. Svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Levert 5.januar 2017

Jan Tøssebro: Oppvekst med funksjonshemming, 2014

Kittelsaa & Tøssebro (2014) Foreldrenes erfaringer med hjelpeapparatet, i Tøssebro og Wendelborg (red): Oppvekst med funksjonshemming, 2014.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk kompetanse og innhold i tjenestene» (IS-24/8, 2016), Sintef.

Kompetanseløft 2020

Kunnskapsdepartementet. (2012). Utdanning for velferd : Samspill i praksis (Vol. 13(2011-2012), St.meld. ... (trykt utg.))

Kunnskapssenteret (2016) Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer.

NAKU (2016) Psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant personer med utviklingshemming

Nasjonalt senter for e-helseforskning (2014) Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten.

1Nordstrøm, M. (2015) Obesity, lifestyle and cardiovascular risk in Down syndrome, Prader-Willi syndrome and Williams syndrome. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo

NOU 2016:17, «På lik linje»

NOU 2016:17. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet

Oddvar Førland, Bjarte Folkestad (2016) Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015,

Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(04), 336-354.

Otnes, Berit (2013). Familieomsorg – fortsatt viktig i Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester

Pasient og brukerombudet Årsmelding 2015

Proba samfunnsanalyse (2016) Kommunenes bruk av avlastere og støttekontakter Rapport 2016 - 07

Proba Samfunnsanalyse (2016). Sykefraværsforskjeller mellom sektorer. Proba-rapport nr. 2016-11

Rambøll (2014) «Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering»

Rambøll 2016, Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse, Helsedirektoratet 2017

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. (2015) NOVA rapport 4/2015

Ruud, T. mfl. (2015). Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie. Lørenskog: Akershus

universitetssykehus HF.

Sintef (2016) Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt

Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan (2015) NIBR-rapport 2016:9

SPS Nyhetsbrev nr. 2 - 2014

SSB (2016) Hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Rapport 2016/13.

Sutherland, G., Couch, M. A. og Iacono T. (2002) Health issues for adults with developmental disability. Research in developmental disabilities.

Terje P. Hagen (2005) Aktivitetsbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene Universitetet i Oslo

Tøssebro & Paulsen (2014) Foreldres deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, 2014, i Tøssebro og Wendelborg (red): Oppvekst med funksjonshemming, 2014.

Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. (2015) Samarbeidsrapport NIBR / NIFU

Vision (2016) Chefer i välfärdens tjänst – En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa.

Vossius, C., Selbæk G., Ydstebø A. E., Benth J. S., Lurås H. og Berg. S. (2015) Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Ottestad: Alderspsykiatrisk forskningssenter. Sykehuset Innlandet HF.

Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål (2016) Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. NIFU-rapport;2016:32

Øien et.al (2016) Evaluering av samhandlingsreformen



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