



OMSORGSPLAN 2015

Samlet rapport for Omsorgsplan 2015

Oppsummering og vurdering av resultater for hele planperioden 2007 -2015

Publikasjonens tittel: Samlet rapport for Omsorgsplan 2015

Utgitt: Februar 2017

Publikasjonsnummer: IS-2605

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

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

Forfattere: Helsedirektoratet, følgende avdelinger: Omsorgstjenester, Ernæring og forebygging, Levekår og helse, Miljø og helse, Minoritetshelse og rehabilitering, Statistikk, Utdanning og personellplanlegging.

Illustrasjon: Bilde av forsiden på St.meld.nr.25 (2005-2006)
Omsorgsplan 2015

Utgitt i samarbeid med: Husbanken

FORORD

Utgangspunktet for denne rapporten er St.meld.nr 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» (Omsorgsplan 2015). Regjeringen ga med denne meldingen en oversikt over de framtidige hovedutfordringene innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fastla både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Meldingens tiltak oppsummeres i Omsorgsplan 2015.

Denne rapporten er en oppsummering og vurdering av resultatene av tiltakene i Omsorgsplan 2015 for hele planperioden 2007 til og med 2015.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	12
SAMMENDRAG	13
1.1 Vurdering i forhold til hoved indikatorene	14
1.1.1 Heldøgns- omsorgsplasser	14
1.1.2 Nye årsverk og andel med fagutdanning	16
1.1.3 Veksten i dagaktivitetstilbud	17
1.2 Vurdering i forhold til målet med hovedstrategien i omsorgsmeldingen	18
1.2.1 Investering i forebyggende tiltak	18
1.2.2 Investering i kompetanse	22
1.2.3 Investering i ny teknologi og tekniske hjelpemidler	24
1.2.4 Boliger og anlegg	25
1.3 Vurdering av resultater knyttet til de fem strategiene i omsorgsmeldingen	25
1.3.1 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	26
1.3.2 Kapasitet og kompetanseheving	27
1.3.3 Samhandling og medisinsk oppfølging	28
1.3.4 Aktiv omsorg	28
1.3.5 Partnerskap med familie og lokalsamfunn	29
1.3.6 Utvikling etter landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre	29
1.4 Veien videre	30

INNHold

2. RESULTAT AV STRATEGI OM KVALITETSUTVIKLING, FORSKNING OG PLANLEGGING	35
2.1 Kort om strategien	36
2.2 Avtale om kvalitetsutvikling	36
2.2.1 Hensikt og mål med kvalitetsavtalen	36
2.2.2 Resultater av kvalitetsavtalen	38
2.2.3 Vurdering av resultatene	39
2.3 Kommunestyret bør fastsette kvalitetskrav	40
2.4 Kvalitetsindikatorer	40
2.4.1 Målsetting	40
2.4.2 Resultater	41
2.4.3 Vurdering	41
2.5 Omsorgsforskning	41
2.5.1 Målsetting	41
2.5.2 Resultater	41
2.5.3 Vurdering	42
2.6 Sterkere brukerinnflytelse med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	43
2.6.1 Hensikt og mål med brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfesting av ordningen	43
2.6.2 Resultater av brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfestingen av ordningen	44
2.6.3 Vurdering av brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfestingen av ordningen	44
2.7 Utvidet pasientombudsordning	45
2.7.1 Bakgrunn og hensikt med utvidet pasientombudsordning.	45
2.7.2 Resultater av utvidet pasientombudsordning	45
2.8 Revidert helse- og sosiallovgivning og ny folkehelselov	46
2.9 Styrket forvaltningskompetanse	47

INNHold

2.9.1	Bakgrunn og hensikt	47
2.9.2	Resultater	47
2.10	Planlegging	47
2.10.1	Bakgrunn og hensikt med satsing på planlegging	47
2.10.2	Resultater av satsing på planlegging	48
2.10.3	Vurdering av satsing på planlegging	48
2.11	IPLOS	49
2.11.1	Formål	49
2.11.2	Resultater	50
2.11.3	Vurdering	51
2.12	Organisering og ledelse	52
3.	RESULTAT AV STRATEGI OM KAPASITETSVEKST OG KOMPETANSEHEVING	53
3.1	Kort om strategien	53
3.2	Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	54
3.3	Investeringskudd til sykehjem og botilbud	55
3.3.1	Mål for investeringskuddet	55
3.3.2	Investeringskuddets utforming	56
3.3.3	Hvordan ordningen er brukt	57
3.3.4	Oppsummering	63
3.4	Velferdsteknologiprogrammet	65
3.4.1	Gjennomføring	66
3.4.2	Resultater	67
3.4.3	Gjennomføre kompetanseheving	70

INNHold

4. RESULTAT AV STRATEGI OM SAMHANDLING OG MEDISINSK OPPFØLGING	71
4.1 Kort om strategien	72
4.2 Balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger	73
4.2.1 Hensikt og mål:	73
4.2.2 Status	74
4.3 Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem	76
4.3.1 Hensikt og mål med tiltaket:	76
4.3.2 Resultat av tiltakene:	76
4.3.3 Vurdering av tiltakene:	77
4.4 Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling	78
4.4.1 Hensikt og mål for tiltaket	78
4.4.2 Resultat av tiltaket	78
4.4.3 Resultatene sett i forhold til hensikt og mål med tiltaket	81
4.5 Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre	84
4.5.1 Bakgrunn og formål	84
4.5.2 Resultat	84
4.6 Ny avtale for samhandling	85
4.6.1 Hensikt og mål	85
4.7 Tannhelsetjenesten	87
4.7.1 Hensikt og mål	87
4.7.2 Resultater i planperioden	88
4.7.3 Vurdering	90
4.8 Rehabilitering og habilitering	90
4.8.1 Hensikt og formål	90
4.8.2 Hverdagsrehabilitering	91

INNHold

4.8.3	Resultater	91
4.8.4	Vurdering	93
4.9	Forebyggende arbeid	94
4.9.1	Aktiv aldring	94
4.9.2	Utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk hos eldre	94
4.9.3	Fallforebygging hos eldre	96
4.9.4	Vurdering	96
4.9.5	Tiltak mot sosial ulikhet i helse	97
4.9.6	Tiltak mot overgrep mot eldre	98
4.10	Levekår og rettsikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming	99
4.10.1	Hensikt med og resultat av tiltakene	99
4.10.2	Vurdering	103
4.11	Nevroplan 2015	103
5.	RESULTAT AV STRATEGI OM AKTIV OMSORG	104
5.1	Kort om strategien	104
5.2	Klarere ansvar for aktivitet og sosiale tiltak	105
5.2.1	Formål og hensikt	105
5.2.2	Resultater	106
5.2.3	Vurdering	108
5.3	Den kulturelle spaserstokken	109
5.3.1	Formål	109
5.3.2	Resultater	109
5.4	Mat og måltider	109
5.4.1	Formål	109
5.4.2	Resultater	110

INNHold

5.4.3	Vurdering	111
5.5	Aktivitet ved større tverrfaglig bredde	111
5.5.1	Formål	111
5.5.2	Resultater og vurdering:	111
6.	RESULTAT AV STRATEGI OM PARTNERSKAP MED FAMILIE OG LOKALSAMFUNN	113
6.1	Kort om strategien	114
6.2	Åpne sykehjem, avlastning og dagtilbud	114
6.3	Permisjonsordninger og økonomiske ordninger for pårørende	115
6.4	Håndbok til pårørende	115
6.5	Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten	115
6.6	Tilskuddsordning «Utvikling av helhetlige tilbud til pårørende»	116
6.7	Frivilligsentraler	118
6.7.1	Formål	118
6.7.2	Resultat	118
6.8	Aktiv omsorg og eldresentre «Aktivitet for seniorer og eldre»	118
6.8.1	Tiltakets hensikt og mål	118
6.8.2	Resultat	119
6.8.3	Vurdering	119
6.9	Styrket rettssikkerhet	121
6.9.1	Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold	121
6.9.2	Lavere egenandeler for lavinntektsgrupper	121

INNHold

7. RESULTAT AV KOMPETANSELØFTET 2015 – DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015	122
7.1 Innledning	123
7.1.1 Rammebetingelser	123
7.1.2 Målsettingene	123
7.1.3 Kildemateriale	124
7.1.4 Datagrunnlag	124
7.2 Virkemidlene i Kompetanseløftet 2015	125
7.2.1 Kompetanseløftet 2015 som virkemiddel	125
7.2.2 Informasjon, råd og veiledning	125
7.2.3 Kommunale kompetanseplaner	126
7.2.4 Øremerkede midler	126
7.2.5 Kommunenes rammefinansiering	127
7.3 Delmål 1: Øke bemanningen i omsorgssektoren	128
7.3.1 Bemanningsutviklingen 2005-2015	128
7.3.2 Arbeidsinnvandring	130
7.3.3 Deltid	130
7.3.4 Menn i omsorgstjenesten	133
7.3.5 Samlet vurdering for delmål 1	133
7.4 Delmål 2: Heve det formelle utdanningsnivået	134
7.4.1 Andelen med relevant fagutdanning	134
7.4.2 Andelen med høyere utdanning	136
7.4.3 Desentralisert høyere utdanning	137
7.4.4 Samlet vurdering for delmål 2	138
7.5 Delmål 3: Sikre bruttotilgang på 4 500 helsefagarbeidere	139
7.5.1 Mål og måloppnåelse	139
7.5.2 Rekrutterings- og kvalifiseringstiltak	141
7.5.3 Søkning og gjennomføring i helse- og oppvekstfag	142

INNHOOLD

7.5.4	Tilgangen på læreplasser	143
7.5.5	Helsefagarbeiderutdanning for voksne	143
7.5.6	Ufaglærte	144
7.5.7	Samlet vurdering for delmål 3	145
7.6	Delmål 4: Skape større faglig bredde	146
7.6.1	Årsverksvekst for ulike faggrupper	147
7.6.2	Opplæringsprogram i aktiv omsorg	147
7.6.3	Andre tiltak	148
7.6.4	Samlet vurdering for delmål 4	148
7.7	Delmål 5: Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning	148
7.7.1	Videreutdanninger innen veiledning	149
7.7.2	Formell og uformell kompetanse	149
7.7.3	Internopplæring	149
7.7.4	Fagskoleutdanning	150
7.7.5	Videreutdanninger på høyskoler og universiteter	152
7.7.6	Samlet vurdering for delmål 5	155
8.	RESULTAT AV DEMENSPLAN 2015 – DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015	157
8.1	Innledning	158
8.2	Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging	158
8.2.1	Mål for strategien	158
8.2.2	Oppsummert om måloppnåelse	159
8.2.3	Tiltak under strategien	159
8.3	Kapasitetsvekst og kompetanseutvikling	161
8.3.1	Mål for strategien	161
8.3.2	Oppsummert om måloppnåelse	161
8.3.3	Tiltak under strategien	161

INNHold

8.4 Samhandling og helsefaglig oppfølging	165
8.4.1 Mål for strategien	165
8.4.2 Måloppnåelse	165
8.4.3 Tiltak under strategien	166
8.5 Aktiv omsorg	168
8.5.1 Mål for strategien	168
8.5.2 Måloppnåelse	168
8.5.3 Tiltak under strategien	168
8.6 Partnerskap med familie og lokalsamfunn	170
8.6.1 Mål for strategien	170
8.6.2 Måloppnåelse	170
8.6.3 Tiltak under strategien	170
9. RESULTAT AV NEVROPLAN 2015 - DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015	173
9.1 Hensikt og mål med tiltaket	174
9.2 Resultater av tiltaket	174
9.3 Vurdering av resultatene:	176
10. REFERANSELISTE	177

INNLEDNING

Oppdraget:

I stedet for årsrapport for 2015, utarbeider Helsedirektoratet i samarbeid med Husbanken en samlet rapport for Omsorgsplan 2015, som oppsummerer og vurderer resultatene for hele planperioden.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 fått i oppdrag å utarbeide, i samarbeid med Husbanken, en samlet rapport for Omsorgsplan 2015 for planperioden 2007 – 2015.

Det har vært gjennomført en resultatevaluering av Omsorgsplan 2015 og rapporten ble publisert i 2015. Hovedfunnene fra evalueringen er brukt som kilder til vurdering og oppsummering i rapporten her. I tillegg inkluderer denne oppsummerende rapporten resultater av tiltak i Omsorgsplan 2015 som ikke var omfattet av resultatevalueringen.

Strategier og tiltak i Omsorgsplan 2015 er rullert, endret og fremmet i de årlige budsjettproposisjonene. De årlige rapporteringene i planperioden er derfor sett i sammenheng med overganger til tiltak i Samhandlingsreformen, Morgendagens omsorg (Meld.St.29 2012-2013), Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020 og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.

Rapporten er strukturert i henhold til strategiene med tilhørende tiltak slik de fremgår av St.Meld.nr.25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer». Innledningsvis gjengis mål og hovedstrategier i omsorgsmeldingen. Deretter gis en oppsummering av resultater i planperioden for tiltakene tilhørende hver hovedstrategi. Delplanene Kompetanseløftet, Demensplan og Nevroplan er omtalt med mål og resultater i noe større detaljeringsgrad i egne kapitler.

Oppsummering og samlet vurdering av resultater av tiltakene knyttet til hovedmål og hovedstrategier i omsorgsmeldingen er lagt først i rapporten og utgjør sammendraget.

SAMMENDRAG

Formålet med St.meld.nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Omsorgsplan 2015) var å gi en oversikt over de framtidige omsorgsutfordringene og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Omsorgsutfordringene, beskrevet i meldingen, var knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg. Målet var å skape trygghet, og hovedstrategien var å utnytte en demografisk sett stabil periode til gradvis å bygge ut tjenestetilbudet og forberede veksten som forventes fra omkring 2020.

I meldingen er det gitt fem strategier for hvordan kommunenes helse- og omsorgstjenester skal møte fremtidige utfordringer:

1. Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
2. Kapasitet og kompetanseheving
3. Samhandling og medisinsk oppfølging
4. Aktiv omsorg
5. Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Som hovedindikatorer for resultatoppfølging skulle det benyttes tall på nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger med samlet dekningsgrad for heldøgns-omsorgsplasser, tallet på nye årsverk, andel utførte årsverk med fagutdanning og veksten i dagaktivitetstilbud¹.

Sammendragets kapittel 1.1 er basert på resultater av hovedindikatorene for resultatoppfølgingen. Sammendragets kapittel 1.2 er basert på resultater av tiltakene for hver av hovedstrategiene og delplanene beskrevet i rapportens kapittel 3 til kapittel 11. Vi har også valgt å ta med i vurderingen tiltak fra Samhandlingsreformen, Morgendagens omsorg og Omsorg 2020 som har vært viktige påvirkninger på omsorgstjenestene. Sammendragets kapittel 1.3 er en samlet vurdering i forhold til målet med omsorgsmeldingen. Sammendraget avslutter med en overordnet vurdering av erfaringer ved

¹ Omsorgsplan 2015, Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008) Programkategori 10.60, side 6

SAMMENDRAG

arbeidet med iverksetting av omsorgsplanen og i hvilken grad vi er bedre forberedt til å møte omsorgsutfordringene.

1.1 Vurdering i forhold til hovedindikatorene

1.1.1 Heldøgns- omsorgsplasser

Det viktigste virkemidlet for å oppnå målet om 12 000 heldøgns omsorgsplasser har vært investeringstilskuddet administrert av Husbanken på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet².

Måltallet på 12 000 sykehjemsplasser/omsorgsboliger ble oppfylt i planperioden. Dette har imidlertid ikke 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 i stor grad bygd mindre, skjermede avdelinger. Kvalitetsutviklingen i heldøgns omsorgsplasser for personer med demens bekreftes av Helsedirektoratets tall fra arbeidet med Demensplan 2015. I 2014 hadde 92,5 % (396 kommuner) spesielt tilrettelagte botilbud for personer med demens. I løpet av planperioden har antall tilrettelagte plasser for personer med demens i kommunene økt med 17,8 prosent.

Utviklingen innen heldøgns-omsorg i planperioden har gått i retning av mer satsing på bolig. Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at i omsorgsplanperioden har kommunene i «omsorgskommuneutvalget³» bygget plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem. Tall fra KOSTRA⁴ (KommuneStatRapportering) viser at antall beboere i heldøgns omsorgsplasser har økt i planperioden for Omsorgsplan 2015. Antall beboere i institusjon har gått litt ned, mens

² Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Faglig sluttrapport. September 2015

³ Utvalget kommuner som ble vurdert i resultatevalueringen

⁴ KOSTRA tall pr 1.september 2016, F. Pleie og omsorg - grunnlagsdata (K) etter region, statistikkvariabel og tid

SAMMENDRAG

antall beboere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning har økt fra tilnærmet 21 000 i 2010 til 23 000 i 2015.

Samlet dekningsgrad⁵ for heldøgns omsorgsplasser i prosent av befolkningen 80 år og eldre har økt fra 28 til 29 prosent i omsorgsplanperioden og har vært stabil siden 2012. Det er fylkesvise variasjoner i dekningsgraden. Aust- Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark har dekningsgrader på 29 prosent eller høyere.

I en FoU rapport fra KS⁶ fremgår det at alle kommuner med høy dekning av heldøgnsomsorgstilbud er små kommuner. Det fremgår videre at det som kan forklare forskjeller i dekningsgrader er kommunale forskjeller i sammensetningen av heldøgnsstilbudet. Forhold som bidrar til å forklare forskjeller i sammensetningen av tilbud, slik det fremgår av KS sin rapport, er blant annet knyttet til overordnede politiske føringer på forebygging og tiltak som bidrar til at eldre kan klare seg lengre hjemme, samtidig som det gis signaler om betydningen av å bygge ut sykehjem og boliger med heldøgnsomsorg.

I omsorgsmeldingen ble det lagt til grunn at kommunene må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker. Kommunens tjenestetilbud må dimensjoneres og utformes ut fra brukers behov, og ikke utfra standardiserte normer og dekningsgrader fastsatt sentralt⁷.

Kommunale strategier om satsing på de midtre trinnene i omsorgstrappen (laveste trinn er helsefremmende og forebyggende tiltak og tjenester for å klare seg mest mulig på egen hånd, og høyeste trinn er heldøgnsomsorg), boligpolitikk for eldre i kommunene, dialog mellom yrkesgruppene som skal planlegge og gjennomføre utbygging samt Husbankens regler påpekes alle som forhold som kan forklare kommunale forskjeller i sammensetningen av heldøgns tilbudet.

⁵ KOSTRA tall pr 1.september 2016, F. Pleie og omsorg - nøkkeltall (K) etter region, statistikkvariabel og tid

⁶ Heldøgnsomsorg – kommunenes dekningsgrad, KS FoU, Agenda Kaupang, VID. 2016

⁷ St.meld.nr.25 (2005-2006) side 85.

SAMMENDRAG

Evalueringen av Omsorgsplan 2015 har dokumentert at det er positiv sammenheng mellom planlegging og tilpasningsevne til endrede omsorgsbehov i befolkningen⁸. Helsedirektoratets vurdering er at tilskudd til investering i heldøgnsomsorgsplasser fortsatt vil være et viktig virkemiddel for å stimulere kommunene til å planlegge, tilpasse og utvikle heldøgnsomsorgstilbudet ut fra lokale behov.

1.1.2 Nye årsverk og andel med fagutdanning

Det har de siste ti årene vært en betydelig kapasitetsvekst i pleie- og omsorgstjenestene. For perioden 2005-2009 ble veksten hele 14 751 nye årsverk, slik at Stoltenberg II-regjeringens mål for perioden om 10 000 nye årsverk ble nådd med god margin. Også Stoltenberg II-regjeringens neste mål om 12 000 nye årsverk for perioden 2008-2015 ble oppfylt. Resultatet ble 14 224 nye årsverk, og samlet bemanning økte til 135 433 årsverk i 2015. Forhold som har vært viktig for utviklingen er styrking av kommuneøkonomien, økende arbeidsinnvandring og begrenset konkurranse fra spesialisthelsetjenesten. Potensialet for arbeidskraft gjennom redusert bruk av deltid er imidlertid ikke blitt realisert.

Helsedirektoratet vurderer at bemanningsutviklingen i omsorgstjenestene har vært positiv. De nye årsverkene dekkes i all hovedsak av fagutdannet personell og i stor grad av høgskoleutdannet personell. 73,2 prosent av årsverkene var i 2015 besatt av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen har vært på 1,8 prosentpoeng. Bemanningsøkningen i omsorgstjenestene må ses i sammenheng med det økte ansvaret for faglig krevende oppgaver og dreiningen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg.

Arbeidsinnvandring har gitt et betydelig bidrag til årsverksveksten. Andelen sysselsatte med innvandrerbakgrunn i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste økte ifølge SSB fra 13 prosent i 2007 til 16 prosent i 2015. Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 dokumenterte at nesten

⁸ Sluttrapportering fra Evaluering av Omsorgsplan 2015. Forskningsrådet. Oktober 2015

SAMMENDRAG

halvparten av sysselsettings økningen på 17 400 personer i perioden 2005-2010 kunne tilbakeføres til arbeidsinnvandring. Arbeidsinnvandringen gjør seg gjeldende på alle kompetansenivå, men innvandrerandelen i pleie- og omsorgssektoren er generelt høyest blant de med lavest utdanning. Forholdsvis mange har en annen kulturell og språklig bakgrunn enn den norske og nordiske.

En betydelig nasjonal innsats for å redusere deltidsbruken har ikke gitt effekter for årsverksinnsatsen. En ansatt i omsorgstjenesten utførte 0,70 årsverk i 2015 som i 2005. Fortsatt er det slik at utvikling av en heltidskultur vil kunne utløse store arbeidskraftreserver. Dessuten foreligger omfattende dokumentasjon på den negative innvirkningen deltid har på tjenestene, på tjenestekvalitet og effektivitet.

1.1.3 Veksten i dagaktivitetstilbud

Veksten i dagaktivitetstilbud er et sentralt mål på om omsorgsplanen har nådd sine mål, spesielt i forhold til Demensplan 2015. Innsatsen for utbygging av dagaktivitetstilbud i omsorgsplanperioden har vært innrettet for å styrke tilbudet til personer med demens. Målet for Demensplan 2015 var at «alle landets kommuner bør kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud». Videre at «kapasiteten av avlastningstiltak skal ha økt betydelig og dagaktivitetstilbud skal ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden til mennesker med demens og deres pårørende».

Dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak er beskrevet som det manglende mellomleddet i omsorgskjeden til personer med demens, og utvikling av denne typen tilbud har vært et av hovedtiltakene i Demensplan 2015. Utviklingsprogrammet om dagaktivitetstilbud og avlastningsordninger for personer med demens (2007-2010) fulgte utviklingen av 34 dagtilbud i 28 kommuner, for å skaffe kunnskap om gode modeller for etablering og drift av tilrettelagte dagaktivitetstilbud. I 2012 ble det opprettet en tilskuddsordning til etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Tilskuddet retter seg mot kommuner.

SAMMENDRAG

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud i 2014, viser at vel 71 % av kommunene hadde dagaktivitetstilbud for personer med demens. Antall personer som fikk tilbudet ble over tredoblet i planperioden, fra 2350 personer i 2007 til om lag 7500 ved utgangen av 2015. Helsedirektoratets vurdering er at tilbudene gir livskvalitet og innhold i dagen for personer med demens, har en betydelig avlastende effekt for pårørende og kan bidra til å utsette heldøgns omsorgstjeneste.

Selv om svært mange kommuner har etablert tilbud, er Helsedirektoratets vurdering at det fortsatt er mange hjemmeboende personer med demens som vil kunne dra nytte av et slikt tilbud. Med kapasiteten av tilbud som er i drift per i dag, anslår vi at om lag hver sjette hjemmeboende person med demens har et dagaktivitetstilbud.

1.2 Vurdering i forhold til målet med hovedstrategien i omsorgsmeldingen

Hovedstrategien som ble lagt i St.meld.nr.25 (2005-2006)⁹ for å møte morgendagens omsorgsutfordringer var å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi hadde foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og å forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020. Det skulle foretas investeringer i forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg. I dette kapittelet (1.2) løftes fram og beskrives trender og utviklingstrekk som angir om hovedstrategien med omsorgsmeldingen er oppfylt.

1.2.1 Investering i forebyggende tiltak

Hensikten med investering i forebyggende tiltak har vært både å kunne bidra til å kutte toppen av fremtidige omsorgsbehov og fordele kostnader over en relativt stabil periode.

⁹ St.meld.nr.25 (2005-2006), side 11-14

SAMMENDRAG

Reduksjon av lårhals- og hoftebrudd er et sentralt resultatmål for det forebyggende arbeidet blant eldre over 65 år. 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, forebyggende hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet har i planperioden utgitt en rapport som inneholder kunnskap, prosjekterfaringer og anbefalinger om fallforebygging hos eldre¹⁰. Formålet var å gi kommunene grunnlag for en satsing på aktiv aldring, med fallforebygging som et sentralt og viktig resultatmål. Helsedirektoratet vurderer at sammenstillingen av kunnskap og anbefalinger har bidratt til å synliggjøre handlingsrommet for en forebyggende innsats for reduksjon av lårhals- og hoftebrudd.

Investeringer i kompetanse om ernæring har bidratt til en positiv utvikling i kunnskap om ernæring i tjenesten. Erfaringer fra sykehjem som følger Helsedirektoratets (Kosthåndbokens) anbefalinger om ernæring, mat og måltider viser blant annet at pasienter har fått bedre ernæringsstatusⁱ, de som trengte hjelp til mating fikk dette uten å måtte vente unødig, det ble mer ro rundt måltidene, og færre pasienter var urolige og våkne på nattestid.

Til tross for at det er utarbeidet en nasjonal veileder i ernæringsarbeid (Kosthåndboken), mangler det effektive virkemidler for å implementere et fullverdig og forsvarlig mattilbud i offentlige institusjoner i Norge. Det mangler nasjonale krav til ernæringsmessig kvalitet i offentlige anbud. For å veilede og sikre oppfølging av individuelle ernæringsbehov trengs det fagkompetanse/spesialkompetanse i ernæring. Beboere og pårørende bør også involveres mer i mat- og måltidsplanleggingen.

¹⁰ Helsedirektoratet (2013): Fallforebygging i kommunene. Kunnskap og anbefalinger, IS-2114

SAMMENDRAG

I Omsorgsmeldingen ble det lagt til grunn at sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak krever større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten. Evaluering av Kompetanseløftet viser at den faglige bredden har blitt større i omsorgstjenestene. Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015¹¹ vurderte sykehjemmene spesielt i forhold til temaet sosiale og kulturelle tilbud. Evalueringen viste at de fleste sykehjemmene har tradisjonelle aktivitetstilbud som høytlesing, sang, musikk og gudstjeneste. Omkring halvparten av kommunene tilbyr en eller annen form for aktivitet fem dager i uka.

Det er Helsedirektoratets vurdering at nasjonale virkemidler som tilskudd, erfaringskonferanser og kompetansetiltak har bidratt til fokus på aktivitet. Men det er potensiale for å jobbe mer systematisk med personsentrert omsorg og tilpasset aktivitetstilbud. Ledere i tjenestene framover vil ha mye å hente ved å legge til rette for at virksomheten inngår samarbeid med både frivillige organisasjoner og enkeltpersoner, skoler, kultur- og fritidsinstitusjoner og andre aktører i nærmiljøet, for å bidra til økt bredde i tilbudene til brukere og pasienter.

For omsorgstjenestenes brukere er rehabilitering særlig viktig for å opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig og utsette behov for kompenserende omsorgstjenester. Hverdagsrehabilitering kan på denne bakgrunn ses som et verktøy for omstilling i tjenesten og skal bidra til et paradigmeskift med fokus på mestring for mottakere av helse- og omsorgstjenester. Evaluering av et nasjonalt prosjekt for utprøving av hverdagsrehabilitering i 47 kommuner viser at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Selv om forskjellene blir mindre etter tolv måneder, har hverdagsrehabilitering fremdeles bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår for fysisk funksjon og personlig stell. Hverdagsrehabilitering koster om lag like mye som ordinære tjenester. Tiltaket styrker rehabiliteringstilbudet til målgruppen eldre og bør

¹¹ Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Faglig sluttrapport. September 2015

SAMMENDRAG

videreføres. Det er imidlertid så langt ikke mulig å se at tiltaket bidrar til en styrking av det samlede tilbudet innen habilitering og rehabilitering i kommunene. Det kan bety at kommunene har brukt ressurser til å etablere hverdagsrehabilitering gjennom ressurser fra andre eksisterende rehabiliteringstilbud. Det vil si en flytting mellom målgrupper og at det dermed ikke kan konkluderes med en generell styrking i tråd med de politiske målene.

Det har vært en økning av forebyggende hjemmebesøk i landets kommuner fra 8 % i 2003 til ca. 25 % i 2012/2013. Sykepleierne er den vanligste yrkesgruppen som foretar besøkene, etterfulgt av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Omlag 50 % av kommunene som har en ordning med forebyggende hjemmebesøk oppgir at de ikke har opplæring av personalet som skal gjennomføre besøkene. Mange kommuner har etterspurt veiledning på dette området og Helsedirektoratet har utarbeidet veiledningsmateriell for forebyggende hjemmebesøk.

Helsedirektoratets vurdering er at forebyggende hjemmebesøk for eldre oppleves som et viktig tiltak for å nå den aldrende befolkningen, både med hensyn på å gi råd og veiledning samt for å etablere et kontaktpunkt i kommunen. Kontakten med den enkelte eldre kan også bidra til å rekruttere til frivillig arbeid. Forebyggende hjemmebesøk har synliggjort betydningen av at dette tilbudet sees i sammenheng med de øvrige tjenestene i kommunen, og at det forebyggende hjemmebesøket gjerne kan utvides med gruppetilbud eller individuelle besøk til personer i en sårbar livssituasjon.

Et av satsningsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er legemiddelgjennomgang og erfaringene viser¹² at strukturert legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen bl.a. i form av økt kunnskap om sykdommene til pasientene og om riktig bruk av legemidler til eldre. Ved utgangen av 2015 var ca. 62 prosent av landets kommuner involvert i pasientsikkerhetsprogrammet med et eller flere innsatsområder. Utviklingssentrene har hatt en sentral rolle som drivere av læringsnettverk i

¹² Rapport om utviklingstrekk i omsorgssektoren. IS -2469. Helsedirektoratet mai 2016

SAMMENDRAG

Pasientsikkerhetsprogrammet, hvor 6 av sentrene også har hatt spesiell fokus på demens (Demensfyrtårn). Satsningen på utviklingssenterenesom pådrivere for implementering av kunnskap har bidratt med en struktur for læring og utvikling i tjenesten og derigjennom bidratt til å oppnå resultater innen omsorgsmeldingens strategi om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging.

I desember 2008 ble et tilbud for eldre som er utsatt for vold etablert (Vern for eldre). Tilbudet er en nasjonal kontakttelefon. For å øke kommunenes kompetanse om vold og overgrep mot eldre er det i planperioden utviklet en «Veileder i kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner». En fersk undersøkelse¹³ viser allikevel at en av fire kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner ikke inkluderer eldre utsatte. Basert på funn fra studier om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem og overgrep mot eldre hjemmeboende pasienter¹⁴ er Helsedirektoratets vurdering at det¹⁵ fortsatt er behov for kunnskap og videre forskning rundt temaet vold og overgrep mot mottakere av kommunale helse og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjon.

1.2.2 Investering i kompetanse

Investering i kompetanse skal i henhold til stortingsmeldingen bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning i omsorgssektoren. Gjennom planperioden 2007-2015 har det vært en jevn økning i andelen med høyere utdanning. Det har også vært høy aktivitet i omsorgstjenestene når det gjelder internopplæring og videreutdanning. Rapportering fra kommunene viser at om lag 33 000 personer har gjennomført utdanning med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015 i planperioden. I evalueringen, gjort av NIFU og NIBR, vurderer de at

¹³ Rapport 9/16 fra NKVTS om kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner

¹⁴ Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervju-undersøkelse. Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S

¹⁵ Dette skjer ikke! Eller gjør det det? – Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Malmedal W., Iversen Maria H., Sæbø Valgjerd Frengen, Kilvik Astrid. NTNU, Fakultet for Helse- og sosialvitenskap. Trondheim 22.1.2016

SAMMENDRAG

målene som var satt for planperioden om å heve det formelle utdanningsnivået og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning er nådd.

Andelen ansatte med høyere utdanning har økt til 34 prosent i 2015, helt i tråd med nivået man antok var mulig å nå i St.meld. nr. 25 (2005-2006). Det er i hovedsak sykepleiere og vernepleiere som står bak veksten. Arbeidsinnvandring fra Sverige og andre land bidrar til veksten for sykepleiere. Desentralisert høgskoleutdanning er blant de mest brukte tiltakene i Kompetanseløftet 2015. Tilbud om desentraliserte studier vurderes av Helsedirektoratet og fylkesmennene som viktig for å opprettholde en stabil tilgang på høgskoleutdannet personell i distriktene.

Kompetanseløftet 2015 har hatt et mål om å sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4 500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak. Utdanningsreformen Kunnskapsløftet introduserte helsefagarbeiderutdanningen i 2006, som erstatning for hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen. Til tross for god søkning til første skoleår, har utdanningstallene for den nye helsefagarbeiderutdanningen falt til et nivå langt under målsettingen om årlig bruttotilgang på 4 500. Det er store utfordringer knyttet til frafall, særlig i overgangen til lære hvor en stor andel av elevene istedenfor læreplass velger allmennfaglig påbygging. Videre har det vært vanskelig å utvikle hensiktsmessige utdanningsløp for voksne innenfor fagopplæringsordningen. Som en konsekvens av fallende utdanningstall falt andelen fagutdannede fra videregående skole i omsorgstjenestene fra 42,0 prosent i 2007 til 39,2 prosent i 2015. Uten bidraget fra arbeidsinnvandring hadde nedgangen for fagutdannede vært enda større. En annen konsekvens av utfordringene for helsearbeiderfaget er at andelen ufaglærte bare har gått svakt ned i handlingsplanperioden, fra 28,6 prosent i 2007 til 26,8 prosent i 2015. Ufaglærte i et bredt alderssegment utgjør den viktigste rekrutteringsbasen for helsearbeiderfaget. Gode og tilpassede opplæringsmodeller er avgjørende for å redusere andelen ufaglærte. Helsedirektoratet ønsker endringer i opplæringsmodellen som kan snu denne trenden og forenkle opplæringen av voksne.

SAMMENDRAG

Kompetanseløftet 2015 åpner for at fylkesmennene også kan gi tilskudd til kompetansetiltak utenfor det formelle utdanningssystemet, gjerne som virksomhetsinterne kurs og opplæringstilbud. Fylkesmennene rapporterer at mange kommuner foretrekker kompetansetiltak av kortvarig karakter. Det har vært stor etterspørsel etter Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC, og nærmere 22 000 har gjennomført ABC-opplæring i perioden 2010-2015. Helsedirektoratet vurderer denne formen for kompetanseheving som svært nyttig, men vil samtidig peke på fortsatt behov for å heve det formelle utdanningsnivået i kommunene.

Stimuleringsmidler til kommunene og tilbud om gratis fagskoleutdanning har medvirket til at mange ansatte har benyttet seg av videreutdanningstilbud i perioden. Målet om å gi videreutdanning på høghskolenivå til 3 000 personer i perioden 2007-2010 ble nådd med god margin. 4 555 personer fullførte slik utdanning i denne perioden, og nivået har holdt seg høyt gjennom resten av planperioden.

Lederutdanning helse og omsorg ser ut til å ha truffet kommunenes behov godt. Mot slutten av perioden ble det lagt vekt på videreutdanning opp til masternivå innen ledelse og sykepleie. Høsten 2015 startet to klasser med totalt 106 studenter på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Høghskolen BI har i oppdrag å utvikle og tilby utdanningen, som gir 30 studiepoeng.

1.2.3 Investering i ny teknologi og tekniske hjelpemidler

1.2.3.1 Velferdsteknologi

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble etablert ved Revidert nasjonalbudsjett 2013 med mål om at velferdsteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Satsingen omfatter i hovedsak trygghetsskapende teknologier. Utprøvingsfasen pågår ut 2016 og spredningsfasen av anbefalte teknologiske løsninger er planlagt påstartet i 2017. Allerede tidlig i utprøvingen vises det til gode resultater med et betydelig

SAMMENDRAG

gevinstrealiseringspotensial for kommunene. Erfaringene oppsummeres kort til at velferdsteknologi gir gevinster som økt trygghet, økt mestring og større frihet og selvstendighet for brukere og pårørende. Velferdsteknologi frigjør også ressurser som kan brukes på andre behov.

1.2.4 Boliger og anlegg

Utviklingen innen heldøgns- omsorg i planperioden har gått i retning av mer satsing på bolig. Investering i heldøgnsomsorgsplasser har dekket et omfattende moderniseringsbehov i sykehjemmene. De er blitt bedre steder å være for beboerne, og for personer med demens er det i stor grad bygd mindre, skjermede avdelinger.

I omsorgsmeldingen ble det også lagt opp til en strategi med større ansvar for tilrettelegging av egen bolig og mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer. I omsorgsplanperioden har antall boliger som det er mottatt tilskudd for til tilpasning økt. Ca. 80 prosent av tilskuddene blir gitt til voksne med nedsatt funksjonsevne og barn med nedsatt funksjonsevne. Dette er i tråd med Husbankens anbefaling om prioritering av tilskuddet. Det har vært en økning i tilskudd til etablering i planperioden. Tilskuddet gis som en toppfinansiering sammen med startlån. Tilskuddene bidrar til tilrettelegging av egen bolig.

1.3 Vurdering av resultater knyttet til de fem strategiene i omsorgsmeldingen

I omsorgsmeldingen er det gitt fem strategier for hvordan kommunenes helse- og omsorgstjenester skal møte fremtidige utfordringer:

1. Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
2. Kapasitet og kompetanseheving
3. Samhandling og medisinsk oppfølging
4. Aktiv omsorg
5. Partnerskap med familie og lokalsamfunn

SAMMENDRAG

1.3.1 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Regjeringen og KS inngikk i 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidsavtalen har ført til at staten og KS har felles oppmerksomhet om satsinger for å bedre kvalitet i tjenesten. To viktige satsninger har vært utarbeidelsen av nasjonale kriterier til kommunene for fastsetting av lokal norm for legedekning og økt lederkompetanse i helse- og omsorgstjenestene.

Opprettelsen av sentrene for omsorgsforskning har bidratt til å styrke den praksisnære forskningen og utviklingen i den kommunal helse- og omsorgstjenesten og de har et særlig ansvar for samarbeid med og veiledning av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Det har vært en markant økning i midler til omsorgsforskning i planperioden. NIFU har på oppdrag fra Norges forskningsråd gjennomført en kartlegging av forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester^[1]. 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.

Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 var å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Helsedirektoratet vurderer at lokale delplaner for pleie- og

^[1] Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål NIFU-rapport;2016:32

SAMMENDRAG

omsorgssektoren har bidratt til at hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 i større grad er blitt en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene, men fortsatt har 45 prosent av norske kommuner ikke satt utfordringene i omsorgsfeltet på dagsorden gjennom en form for planprosess (2013). Fylkesmannen er en viktig aktør i det videre arbeidet med å gjennomføre planprosesser i alle landets kommuner.

Grunnlaget for styring og utvikling er blitt bedre ved innføring av register for individbasert helse- og omsorgstatistikk (IPLOS) og utarbeidelse av lokale helse- og omsorgsplaner. De kommunale helse- og omsorgstjenestenes plankompetanse er styrket gjennom kompetanseutviklingstiltaket Helse – og omsorg i plan. Evalueringen vurderer kompetansetiltaket som en kime til innovasjon ved at innføring av nye begreper kan påvirke hvordan virksomheten ser på sine egne aktiviteter og sin funksjon i organisasjonen¹⁶. Deltakerne opplever å ha blitt bedre istand til å delta i planprosesser og stille krav om å integrere folkehelse/helse i planleggingen.

1.3.2 Kapasitet og kompetanseheving

Vekst, modernisering og fornyelse i sykehjemsplasser og omsorgsboliger og kapasitet av årsverk i tjenesten er hovedindikatorer i Omsorgsplanen 2015 og er beskrevet under punktet 1.1. om vurdering av resultat i forhold til hovedindikatorene. Kompetanseløftet 2015 er redegjort for under punkt 1.2.2: Investering i kompetanse.

Et viktig tiltak i Kompetanseløftet 2015 har vært satsningen på utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene har gjennom planperioden i økende grad blitt sentrale aktører for fag- og kompetanseutvikling. Innenfor beskjedne økonomiske rammer har sentrene bidratt til tjenesteutvikling og kompetansebygging gjennom lokalt utviklingsarbeid og implementering av ny kunnskap på sentrale områder.

¹⁶ Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan. NIBR rapport 9/2016

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet gjennomførte i 2015 en evaluering av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester der relevante aktører bidro i evalueringsprosessen, i tillegg til at NIBR og NIFU fikk et oppdrag om å evaluere senterne¹⁷. Formålet med evalueringsprosessen var å vurdere utviklingssentrenes rolle, ansvarsområde og organisering fremover. Basert på evalueringsprosessen har Helsedirektoratet gitt sine anbefalinger til fremtidig innretning og rammer for utviklingssentrene.

1.3.3 Samhandling og medisinsk oppfølging

Legetjenesten i sykehjem er styrket med en dobling av antall legeårsverk. I forbindelse med at det ble innført lokal normering av legetjenester i sykehjem, ble legeårsverk innført som kvalitetsindikator i KOSTRA for sammenligning mellom kommuner. Det har vært en utvikling med mer behandlingstrengende sykehjemspasienter, både som følge av tidligere utskrivinger fra spesialisthelsetjenesten, og øyeblikkelig hjelp innleggelser i et kommunalt døgnopphold i sykehjem.

Kompetanse om lindrende behandling er bedret. Tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak innen lindrende behandling har vært viktig for å stimulere kommunene i arbeidet med kompetanseheving innen lindrende omsorg. Det er fortsatt behov for ytterligere kompetanse, og det er besluttet å utarbeide faglige råd for omsorg ved livets slutt, som skal ferdigstilles i 2017.

I tillegg er det i planperioden investert i en rekke tiltak (jfr. pkt.1.2.1 foran) som har bidratt til større fokus, mer kunnskap om og flere tjenester med helsefremming og forebygging som formål.

1.3.4 Aktiv omsorg

Strategien om aktiv omsorg har bidratt til større faglig bredde innen helse- og omsorgstjenestene. Flere har fått utdanning i miljøarbeid og ansatte med høyskoleutdanning

¹⁷ Samarbeidsrapport NIBR / NIFU (2015); Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

SAMMENDRAG

har tilegnet seg økt kompetanse i rehabilitering (Evaluering av Kompetanseløftet 2015). Kunnskapsnivå og fokus på ernæring er økt i perioden, selv om det fortsatt er stort behov for kompetanse.

1.3.5 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det er investert i tiltak for å motvirke ensomhet gjennom tilskuddsordningen «Aktivitet for seniorer og eldre». For å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver er Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk iverksatt. Det er utarbeidet en veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten og tilskuddsordningen «Helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver» bidrar til å utvikle helhetlige tilbud til pårørende.

1.3.6 Utvikling etter landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre

I perioden 2009 til 2012 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre. Hovedfunn fra tilsynet i kommunene var avvik på områdene tjenestetilbud til personer med demens, legemiddelbehandling, ernæring, rehabilitering i sykehjem og avlastningstjenester. I perioden etter tilsynet har det skjedd en utvikling til det bedre på de fleste av områdene. Flere kommuner har nå tilbud om demensutredning og i underkant av 80 % av kommunene er det demensteam og/eller demenskoordinator. Andelen kommuner som har dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens øker, og antall personer som mottar tilbudet er nærmere tredoblet siden 2007. Erfaringer fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at strukturert legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen og det er positiv utvikling i kunnskap om ernæring i tjenesten. For rehabilitering i sykehjem finnes det imidlertid ikke kunnskap som gir grunnlag for å si at situasjonen er endret, og undersøkelser viser variasjon i kommunenes praksis for tildeling av avlastningstjenester.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratets vurdering er at tiltakene gjennomført i omsorgsplanperioden samlet sett har bidratt på vei mot målet om å skape trygghet om gode helse- og omsorgstilbud for de som trenger det.

1.4 Veien videre

I starten av planperioden ble arbeidet med Demensplan, Kompetanseløftet og heldøgnsomsorgsplasser sterkt prioritert. Med samhandlingsreformen, Morgendagens omsorg og Omsorg 2020 ble sektoren utfordret på at det er andre forhold som har betydning for en bærekraftig utvikling av omsorgstjenestene. Helsedirektoratets vurdering er at utviklingen av strategiene har gått fra sterkt fokus på «flere plasser, flere hender og flere med faglig kompetanse» til mer fokus på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tjenesten og tjenestens bidrag til en bærekraftig samfunnsutvikling. Men vi har bare delvis lyktes med det forebyggende og helsefremmende perspektivet. Arbeid med faglig omstilling i tjenesten knyttet til sterkere vektlegging av mestring, forebygging, tidlig innsats, aktivitet og nettverk, sammen med brukerne og i tråd med St.meld.29 Morgendagens omsorg og Omsorg 2020 er nødvendig.

Erfaringene med arbeidet med omsorgsplanen er at store og tunge planer gir mer gjennomslagskraft og bedre virkning enn mange små tiltak. Omsorgsplanen gav en overbygning som gjorde det mulig å se og forstå sammenheng og formål med strategier og tiltak. Store planer krever mye arbeid med «rigging» av prosjekter innledningsvis, men gir bedre effekt på sikt.

Det ble pekt på fem hovedutfordringer for framtidens omsorgstjenester i St.meld.nr.25 (2005-2006): Nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg. Spørsmålet er om vi med Omsorgsplan 2015 er bedre forberedt på utfordringene? Helsedirektoratets vurdering er at tjenestene er bedre rustet til å møte fremtidige

SAMMENDRAG

omsorgsutfordringer etter Omsorgsplan 2015. Vår vurdering knyttet til hver av utfordringene fremgår under.

Nye brukergrupper

Helsedirektoratets vurdering er at utviklingen i planperioden har gått fra «eldreomsorg» til helse- og omsorgstjenester for alle uavhengig av alder. Det er større muligheter for å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester i hjemmet og kommunene er bedre faglig rustet til å møte utfordringen med sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Utfordringen krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet. Det er usikkert om kommunene har tilstrekkelig faglig kompetanse og infrastruktur til å håndtere utfordringen på en god nok måte. Videre arbeid med satsing på en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og den nye hjemmetjenesten i tråd med Omsorg 2020 vil styrke kommunene ytterligere.

Aldring

Helsedirektoratets vurdering er at vi med resultater av Omsorgsplan 2015 og Demensplan 2015 er bedre rustet til å møte utfordringen med behovsvekst som følge av et økende antall eldre. Kapasitet i heldøgnsomsorgstilbud er økt, fornyet og modernisert, og i større grad tilpasset personer med demens. Antall årsverk i tjenesten er økt og andelen årsverk med høyere faglig kompetanse er økt. Det er allikevel en utfordring med at andelen ufaglærte bare har gått svakt ned i handlingsplanperioden. Likeledes er det en stor utfordring med bruk av deltid i tjenestene, både med tanke på pasientenes behov for stabile relasjoner til fagpersoner, lederes behov for fagutvikling og stabilitet i personellgruppen, og de ansattes muligheter til forutsigbart arbeidsliv.

Knapphet på omsorgsytere

Knapphet på omsorgsytere som følge av svak/liten økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere var en av hovedutfordringene som ble skissert i St.meld.25. (2005-2006). Med satsingen på lokale omsorgsplaner som strategi for å møte omsorgsutfordringene er kommunene bedre forberedt nå. Det er allikevel trolig i underkant

SAMMENDRAG

av 40 % av kommunene som ikke har lokale omsorgsplaner. Det er behov for å jobbe mer systematisk med tilrettelegging for fornyelse og innovasjon for å sikre gode og bærekraftige løsninger fremover – hvor samfunnets samlede omsorgsressurser mobiliseres.

Medisinsk og tverrfaglig oppfølging

Utfordringen med behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger er møtt med styrking av legetjenesten i sykehjem og opprettelse av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Kompetanse om lindrende behandling er bedret. For pasienter med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten er det fortsatt behov for å tilrettelegge for helhetlige løsninger.

Trenden med raskere utskrivinger fra sykehus og flere behandlingsledd øker behovet for tilgang til pasientens journal for å gi trygge og sikre tjenester. Helsedirektoratets vurdering er at et EPJ-løft i helse- og omsorgssektoren er nødvendig¹⁸. Mangelfulle løsninger med elektronisk pasientjournal gir fare for svikt i pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i tjenestene¹⁹.

Det sendes flere hundre tusen elektroniske meldinger over helsenetten hvert døgn, og trafikken er økende. Meldinger har gitt et endret samhandlingsmønster med hyppigere kontakt mellom hjemmetjenesten og fastleger, raskere avklaringer samt bedre kvalitet på informasjonen som utveksles²⁰. Målet er at all utveksling av skriftlig pasientinformasjon og personopplysninger skal skje digitalt. Det er en utfordring at det ikke er mulig å sende vedlegg til disse meldingene²¹. Elektronisk melding sendes med informasjon om pasienten der det vises til at et vedlegg kommer pr post. Et eksempel er når det gjøres tester i forbindelse med demensutredning, testen sendes pr post fra omsorgstjenesten og må hos

¹⁸ 15-7622-21 Vedlegg 1 – store satsingsforslag, Helsedirektoratet desember 2015

¹⁹ Helsedirektoratet. 2014. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer, behov.

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>

²⁰ Borgen, Melby, Hellesø, Steinsbekk. 2015. <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/forventninger-og-erfaringer-med-elektronisk-meldingsutveksling-blant>

²¹ Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Dokument 3:6, side 9. (2013-2014) <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter>

SAMMENDRAG

fastlegen manuelt skannes inn og knyttes til riktig pasient. Dette gir fare for feilregistreringer og forsinkelser i oppfølgingsprosessen.

Flere studier i Norge de siste 10 årene har vist at sykepleiernes dokumentasjon i omsorgstjenesten ofte ikke holder mål²². Enten dokumenteres kun én del av pasientens problem, dokumentasjonen er ikke hensiktsmessig, eller det mangler tiltaksplaner (pleieplaner) som kan leses av alle. Dokumentasjonen gir dermed ikke grunnlag for god og tverrfaglig oppfølging av den enkelte pasient slik intensjonen er. Det pågår flere prosjekter for å få på plass struktur i journalsystemene som understøtter den elektroniske dokumentasjonen. Det vises i den sammenheng til Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal og til Sosialstyrelsen i Sverige som har utviklet dokumentasjonssystemet IBIC (Individens behov i centrum) basert på det internasjonale kodeverket ICF (International Classification of Functions).

Aktiv omsorg

«De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.» (St.meld.nr. 25 (2005-2006))

I planperioden har flere fått utdanning i miljøarbeid og ansatte med høyskoleutdanning har tilegnet seg økt kompetanse i rehabilitering. Kunnskapsnivå og fokus på ernæring er økt i perioden, selv om det fortsatt er stort behov for kompetanse. Etter St.meld.nr.29 Morgensdagens omsorg er det stimulert til utvikling av tiltak for å motvirke ensomhet og tiltak for å utvikle helhetlige tilbud til pårørende. Samlet sett har dette gjort omsorgstilbudet bedre. Det er Helsedirektoratets vurdering at det må jobbes mer med aktiv omsorg i en

²² Utviklingssenter for sykehjem i Troms. Dokumentasjon helsehjelp. 2014, <http://www.utviklingssenter.no/dokumentasjon-helsehjelp>.

SAMMENDRAG

helhetlig og helsefremmende sammenheng for i større grad å møte svakhetene ved omsorgstilbudet slik det er beskrevet over.

2. RESULTAT AV STRATEGI OM KVALITETSUTVIKLING, FORSKNING OG PLANLEGGING

I dette kapittelet beskrives resultater av strategi om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging.

Bakgrunnen for strategien er behovet for langsiktig planlegging for å møte omsorgsutfordringene. Tiltakene knyttet til strategien har ført til felles oppmerksomhet for staten og KS om satsinger for å bedre kvalitet i Helse- og omsorgstjenestene. Blant annet er satsing på ledelse et område i kvalitetsavtalen og et tiltak i Kompetanseløftet.

Innføring av register for individbasert helse- og omsorgstatistikk (IPLOS) har ført til at både kommunene og myndighetene har bedre kunnskap om hvem som mottar helse- og omsorgstjenester. Kvaliteten på dataene er forbedret, og det er utviklet flere nye kvalitetsindikatorer i planperioden.

Den praksisnære forskningen i kommunene er styrket både ressursmessig og organisatorisk gjennom opprettelse av Sentrene for omsorgsforskning.

Det er innført rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for å stimulere kommunene til å organisere tjenestetilbudet på nye måter og bidra til økt valgfrihet og brukerinnflytelse og større kommunal likhet i praktiseringen av ordningen. Rettsikkerhet for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er økt gjennom utvidelse av ordningen med pasient- og brukerombud. Viktige informasjonskanaler til befolkning og helsepersonell er opprettet gjennom Helsenorge.no og Helsedirektoratet.no.

Utarbeidelse av lokale delplaner for helse- og omsorgssektoren har bidratt til at hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 i større grad er blitt en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene.

2.1 Kort om strategien

«Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren. Det er viktig at økonomiske og juridiske rammebetingelser og planforutsetninger er forutsigbare, og at omsorgstjenestene fortsatt ses som en del av hele den kommunale virksomhet»²³.

Tiltak basert på strategien om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging er: kvalitetsavtale, forsknings- og utviklingsarbeid, styrket lederfunksjon og bedre organisering, styrket brukerinnflytelse og planlegging.

2.2 Avtale om kvalitetsutvikling

2.2.1 Hensikt og mål med kvalitetsavtalen

Regjeringen og KS inngikk i 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen var forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren.

Siktemålet med avtalen var at staten og KS i fellesskap skulle bidra til å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skulle forankres i nasjonale rammer, med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammene av det lokale selvstyre. Partene var enige om de hovedstrategier som er lag til grunn for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Avtalen vektla tverrfaglig kompetanseheving, lokalt utviklingsarbeid, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling, med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiviserende omsorgsprofil.

Siktemålet med avtalen var at staten og KS i fellesskap skulle bidra til å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet er evaluert årlig og avtale for nye planperioder inngått. Avtalen angir mål for kvalitetsutviklingen, og konkrete tiltak for å nå målene utarbeides av partene i fellesskap.

²³ St.meld.nr.25 (2005-2006), side 11.

Boks 7.1 Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006–2010

Avtale mellom regjeringen og KS om utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen bygger på dialog mellom partene i konsultasjonsordningen om de generelle rammebetingelsene for kommunesektoren. Avtalen omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes uavhengig av diagnose, herunder også til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.

Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen og KS er enige om at kommunene skal kunne gi innbyggerne tjenester i nødvendig omfang og med forsvarlig og god kvalitet. Arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammen av det lokale selvstyre. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal i hovedsak være basert på rammefinansiering.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i forhold til blant annet nye brukergrupper og flere eldre, som alle har behov for gode tjenester og et aktivt dagligliv. Samspillet mellom de kommunale tjenestene og familie og frivillig sektor står sentralt for å møte et økende tjenestebehov. Det samme gjelder behovet for arbeidskraft.

Partene er enige om at utfordringene skal møtes ut fra lokale variasjoner og behov, men mener likevel at viktige strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer er:

- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- planlegging, forskning og kvalitetsutvikling
- aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Avtalen angir mål for kvalitetsutviklingen, og konkrete tiltak for å nå målene vil bli utarbeidet av partene i fellesskap. For tiltak og aktiviteter på regionalt og lokalt nivå samarbeider KS og fylkesmannen som regional myndighet på helse- og omsorgsområdet, der det er naturlig.

Tjenestene

Partene vil i fellesskap bidra til:

- bedre kommunalt tjenestetilbud gjennom lokalt utviklingsarbeid og brukermedvirkning
- systemer i kommunene som gir brukerne god informasjon om tjenestene
- sterkere fokus på forebyggende arbeid, rehabilitering, samarbeid med familie og frivillige og et meningsfullt dagligliv for brukerne
- å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forskning og utviklingsarbeid i tjenesten
- å styrke helse- og omsorgstjenestens omdømme

KS vil:

- stimulere til god yrkesutøvelse, blant annet gjennom opplæringstilbud med fokus på etikk
- legge til rette for tjenesteutvikling, blant annet gjennom å formidle verktøy og organisasjonsformer som gir gode tjenestetilbud

Regjeringen vil:

- bidra til bedre kommunalt tjenestetilbud gjennom støtte fra spesialisthelsetjenesten
- legge til rette for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og styrke likeverdigheten mellom forvaltningsnivåene.

Personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse

Partene vil i fellesskap:

- utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft med større tverrfaglig bredde, blant annet ved å øke andelen med høgskoleutdanning og økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen
- legge til rette for å redusere bruken av deltid i sektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte
- bruke konsultasjonsordningen til å drøfte måloppnåelsen om 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009
- legge til rette for god ledelse, godt arbeidsmiljø og stimulere til ledelsesutvikling lokalt
- bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fag-etikk

²⁴ St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Side 59-60.

Boks 7.1 (forts.)

KS vil:

- bidra til tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i helse og omsorgstjenesten, herunder støtte opp under regjeringens mål om å øke andelen med høgskoleutdanning og økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen
- samarbeide med Sosial- og helsedirektoratet om en ledelsessatsing i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil:

- sikre nødvendig utdanningskapasitet ved høgskolene for å øke andelen med høgskoleutdanning i tjenesten
- styrke kompetansen om aldersrelaterte og psykiske lidelser i medisinstudiet og i helsefagutdanningene

Styring, planlegging og kvalitetssikring

Partene vil i fellesskap bidra til:

- å styrke kommunenes ordinære planarbeid
- god og relevant styringsinformasjon, herunder systemer for å måle kvalitet i tjenesten
- økt bruk av IKT og å styrke den elektroniske samhandlingen i tjenesten
- å øke kommunenes styringsmuligheter og -vilje når det gjelder allmennmedisinsk offentlig legearbeid, slik at legetjenesten til brukerne av omsorgstjenesten styrkes

KS vil:

- bidra til at kommunene etablerer gode kvalitetssystemer og god styringsinformasjon til de folkevalgte

- videreføre og videreutvikle Effektiviseringsnettverkene som en sentral arena for kvalitets- og effektivitetsutvikling
- legge til rette for effektivisering og kvalitetsheving gjennom elektronisk samhandling og økt bruk av IKT

Regjeringen vil:

- gi kommunene økt forutsigbarhet gjennom 4-årige handlingsprogram på Helse- og omsorgsdepartementets områder, blant annet gjennom en kompetanse- og rekrutteringsplan, handlingsplan for demensomsorg og handlingsplan for eldre i sykehus
- utforme lov og regelverk som gir rom for effektive løsninger tilpasset lokale behov, samtidig som innbyggernes rettssikkerhet ivaretas
- i hovedsak benytte rammefinansiering av tjenestene
- ikke pålegge unødige detaljert regelverk og unødige bindende nasjonale normer
- legge til rette for forenkling og mer harmonisert regelverk for kommunale helse- og sosialtjenester, blant annet ved oppfølging av relevante utvalgsinnstillinger

Partene er enige om å arbeide innenfor de målene og med de midlene som her er skissert, i foreløpig fire år, frem til september 2010. Arbeidet skal evalueres årlig av partene i forbindelse med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Dersom samarbeidet og resultatene ikke blir vurdert som tilfredsstillende av én av partene, kan vedkommende part avbryte samarbeidet etter en rimelig forhåndsvarsling.

2.2.2 Resultater av kvalitetsavtalen

Som et ledd i oppfølgingen av avtalen har Helsedirektoratet og KS videreført samarbeidet med fokus på gjensidig informasjon og identifisering av behov for samarbeid om ulike tema²⁵. Dette er spesielt knyttet til satsningene «Flink med folk i første rekke», «Aksjon helsefagarbeider», kompetansetiltak innenfor ledelse og hvordan få bedre data på

²⁵ Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet november 2010, IS-1848

kommunalt nivå om psykisk helse og rusproblematikk. Med bakgrunn i Riksrevisjonens og Helsetilsynets rapporter, som belyser svikt i kommunenes internkontroll og kvalitetssystemer, har disse temaene også vært gitt oppmerksomhet i arbeidet med oppfølging av avtalen. Fra 2012 var det tema som bærekraft, nye løsninger, tjenesteutvikling, personell og kompetanse som ble gitt oppmerksomhet i samarbeidet mellom KS og Helsedirektoratet. Drøfting og samarbeid om tiltak i samhandlingsreformen har også vært sentrale tema. I 2015 ble arbeidet konkretisert i en oppgavematrise for hovedoppgavene: folkehelsearbeid, ledelsessatsing, innovasjonssatsing, kvalitetssystemer og nettverksarbeid, personell og kompetanse, utviklingsarbeid med fokus på mestring for brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus.

I 2016 ble det inngått en ny avtale for perioden 1.1.2016-1.1.2019; Utviklingsavtalen. Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten gjennom oppfølging av tiltak i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020; Omsorg 2020. Arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammen av det lokale selvstyret. Avtalepartene skal bidra til at den nasjonale politikken blir, realisert og konkretisert på regionalt og lokalt nivå. Staten skal bidra til at styringssignalene til kommunene om de kommunale helse- og omsorgstjenestene er samordnet. Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til økt kvalitet og forenkling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Partene er enige om at kommunene står overfor utfordringer som må løses på en bærekraftig måte ved mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene og gjennom innovasjon.

2.2.3 Vurdering av resultatene

Siktemålet med avtalen var at staten og KS i fellesskap skulle bidra til å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Avtalen har bidratt til identifisering av behov for samarbeid om ulike tema, og til felles oppmerksomhet om satsinger for å bedre kvalitet i Helse- og omsorgstjenestene. Avtalen²⁶ har vært viktig fordi den har løftet fram noen store spørsmål, herunder fremtidig bærekraft og samtidig inneholdt helt konkrete prosjekter og tiltak.

²⁶ Referat fra Kontaktmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Helsedirektoratet for oppfølging av kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Desember 2015. Sak nr 200601316

2.3 Kommunestyret bør fastsette kvalitetskrav

For å tydeliggjøre ansvaret for tjenestene og sikre at kvalitetskravene blir gjenstand for politisk diskusjon og behandling ønsket regjeringen at fastsettelsen av lokale kvalitetskrav skulle skje på politisk nivå i kommunene. Hensikten var å styrke det systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet i kommunene og øke det lokale engasjementet i forhold til innholdet i omsorgstjenestene.

Det ble igangsatt følgende tiltak:

Hjemmel for å stille krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til kommunale helse- og omsorgstjenester er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Den videre oppfølging har blitt sett i sammenheng med arbeidet med Meld. St. 10 (2012–2013) God Kvalitet – trygge tjenester, som ble lagt fram desember 2012. I tråd med uttalelser i meldingen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2013 på høring forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slik at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling. Departementet har gjennomgått høringsuttalelsene og har i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, som ble lagt fram 7. mai 2015, uttalt at departementet vil utrede tiltak for å sikre lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Helsedirektoratet har ikke kjennskap til rapporter eller statistikk som viser om kommunene i større grad behandler kvalitetskrav i kommunestyrene.

2.4 Kvalitetsindikatorer

2.4.1 Målsetting

På oppdrag fra HOD utarbeidet Helsedirektoratet høsten 2010 et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for hele helse- og omsorgstjenesten. Videre ble det høsten 2011 vedtatt et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem med det formål å strømlinjeforme arbeidet med utvikling, formidling og bruk av kvalitetsindikatorer innenfor alle fag- og tjenesteområder. Senere er det også gitt oppdrag for å etablere nye kvalitetsindikatorer innenfor omsorgstjenesten.

Det ble etablert egne kvalitetsindikatorgrupper hvis formål var å foreslå, utvikle og teste nye kvalitetsindikatorer, samt evaluere validiteten av kvalitetsindikatorsettet innenfor gjeldende fagområde.

2.4.2 Resultater

Innenfor rammen av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er alle de opprinnelige kvalitetsindikatorne revidert. I tillegg er det utviklet nye indikatorer der det allerede har vært eksisterende datakilder. Eksempler på nye kvalitetsindikatorer er:

- Saksbehandlingstid for helsetjenester i hjemmet/støttekontakt og langtidsopphold i institusjon
- Sykefravær i omsorgstjenestene
- Beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av lege/tannhelsepersonell siste 12. måneder

Det er også flere indikatorer innenfor medikamenthåndtering og ernæring som fortsatt er i en utviklingsfase, men som trolig vil bli publisert når datagrunnlaget i IPLOS er kvalitetssikret.

Kvalitetsindikatorne publiseres på en felles plattform for alle nasjonale kvalitetsindikatorer på Helsenorge.no.

2.4.3 Vurdering

Det er utviklet flere nye kvalitetsindikatorer gjennom det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet basert på eksisterende registre. Det har imidlertid vist seg å være svært tidkrevende og ressurskrevende å utvikle indikatorer på sentrale områder der det ikke allerede har vært en datakilde, som ernæring og medikamenthåndtering. Etableringen av det nye kommunale pasientregisteret bør på sikt forkorte og forbedre arbeidet med å utvikle indikatorer innenfor områder der det er erfaringsmessig er fare for pasientskader, slik som fall, liggesår og infeksjoner.

2.5 Omsorgsforskning

2.5.1 Målsetting

Det er et mål og styrke den praksisnære omsorgsforskningen og at dette skjer i et nært samspill med kommunesektoren, både om innholdet i forskningen og finansieringen.

2.5.2 Resultater

Det er gjort tre hovedgrep for å nå denne målsettingen

1. Etablering av Sentrene for omsorgsforskning
2. Tydeliggjøre kommunenes ansvar å medvirke og legge til rette for forskning i lovverket

3. Styrking av midler til omsorgsforskning gjennom programmene i Norges forskningsråd

2.5.2.1 Sentrene for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 på bakgrunn av St.meld nr. 25 (2005–2006) og er etablert ved Universitetet i Tromsø, Nord Universitet, Levanger (tidligere Høgskolen i Nord-Trøndelag), Høgskolen i Bergen, Universitetet i Agder/Høgskolen i Sørøst-Norge og NTNU i Gjøvik. De fem sentrene utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra Gjøvik. Det ble også etablert et tilhørende dokumentasjonssenter (Omsorgsbiblioteket) i 2015.

Senterne skal bidra til å styrke praksis nær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Senterne har et særlig ansvar for samarbeid med og veiledning av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Senter for omsorgsforskning har knyttet til seg et panel omlag 50 kommuner, såkalte omsorgsforskningsskommuner, som sammen utgjør et representativt utvalg av norske kommuner.

Gjennom opprettelse av Sentrene for omsorgsforskning og deres samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er den praksisnære forskningen i omsorgstjenesten styrket både ressursmessig og organisatorisk.

av

2.5.2.2 Lovgivning

1. januar 2012 trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Loven tydeliggjør kommunenes ansvar for å medvirke til og legge til rette for forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I § 8-3 står det: «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten».

2.5.3 Vurdering

Gjennom opprettelse av Sentrene for omsorgsforskning og deres samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er den praksisnære forskningen i omsorgstjenesten styrket både ressursmessig og organisatorisk. Evalueringen av utviklingssentrene viser at denne satsningen i hovedsak har vært vellykket, men at det fremdeles er utfordringer i forhold til å nå alle kommunene med implementering av ny

kunnskap. Satsingen på Omsorgsforskningssentrene er ikke evaluert. Det er derfor vanskelig å vurdere effekten av den helhetlige satsningen.

Kommunenes medvirkning til forskning er stadfestet gjennom lovverket, men det er ennå ikke etablert en helhetlig instituttsektor som sikrer at kommunene har et reelt medvirkningsansvar både innholdsmessig og finansielt. Det er en positiv trend i forhold til å etablere et kunnskapsgrunnlag for helse- og omsorgstjenestene²⁷. 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.

2.6 Sterkere brukerinnflytelse med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

2.6.1 Hensikt og mål med brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfesting av ordningen

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ble lovfestet i år 2000 og var da en alternativ organisering av tjenesten «praktisk bistand og opplæring» hjemlet i sosialtjenesteloven. I Omsorgsplan 2015 legger regjeringen til grunn at økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester gir best mulighet til å møte morgendagens samfunn. Dette er verdier som har større oppslutning blant yngre brukere av tjenestene sammenlignet med eldre, og viser derfor retning for hva framtidens eldre vil legge vekt på. Sterkere brukerinnflytelse bør derfor på ulike måter gjennomsyre omsorgstjenesten. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er i planen nevnt som et tiltak under sterkere brukermedvirkning og vurdert som et velegnet virkemiddel for å realisere større egenansvar og valgfrihet for brukerne.

I 2006 ba Stortinget regjeringen om å komme med et lovforslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Med dette lovforslaget om rettighetsfesting ønsket departementet å stimulere kommunene til å organisere tjenestetilbudet på nye måter og bidra til økt valgfrihet og brukerinnflytelse og større kommunal likhet i praktiseringen av ordningen.

²⁷ Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål NIFU-rapport;2016:32

2.6.2 Resultater av brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfestingen av ordningen

2.6.2.1 Rettighetsfesting av BPA

Med Prop. 86 L (2013-2014) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse) foreslo Helse- og omsorgsdepartementet å gi brukere med stort behov for tjenester rett til å få tjenestene organisert som BPA. Rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d trådte i kraft fra 1. januar 2015.

2.6.2.2 Nytt rundskriv

I desember 2015 utga Helse- og omsorgsdepartementet et nytt rundskriv²⁸ om BPA, på bakgrunn av rettighetsbestemmelsen. Rundskrivet tar sikte på å gi veiledning i tolkning av rettighetsbestemmelsen og avklare enkelte særlige spørsmål som oppstår i forholdet mellom rettighetsbestemmelsen, annen lovgivning og forholdet til kommunenes øvrige ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven.

2.6.2.3 Følgeevaluering av rettigheten

I forbindelse med innføring av rettighetsfestingen av BPA ble det også besluttet at rettigheten skulle følgeevalueres. Formålet med evalueringen er særlig å kartlegge i hvilken utstrekning rettigheten vil imøtekomme brukernes behov og i hvilken utstrekning rettigheten vil påvirke kommunens muligheter til å tilpasse og dimensjonere sine tjenester på en hensiktsmessig og kostnadseffektiv måte til alle brukergrupper.

Følgeevalueringen startet opp 1. mai 2015 og går over to år. Det gjøres en midtveisoppsummering/delrapportering i desember 2016 og endelige resultatene fra evalueringen vil foreligge høsten 2017.

2.6.2.4 Opplæringsmateriell for arbeidsledere og assistenter

Helsedirektoratet fikk i 2012 i oppdrag å utvikle et opplæringstilbud for å ivareta opplærings- og veiledningsbehov for ansatte i kommunene. Det er utarbeidet en powerpointpresentasjon som kan benyttes i opplæringen av arbeidsledere i en BPA-ordning. I tillegg ble det utarbeidet en opplæringshåndbok i BPA og kursopplegg for arbeidsledere og assistenter. Opplæringshåndboken i BPA ble publisert i 2015.

2.6.3 Vurdering av brukerstyrt personlig assistanse og rettighetsfestingen av ordningen

Det foreligger en rekke forskningsrapporter om erfaringene med BPA siden tjenesten ble lovfestet i tidligere lov om sosiale tjenester § 4-2 a i 2000. I «Rapporten Kunnskap om behov

²⁸ I-9/2015 Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

for og tildeling av brukerstyrt personlig assistanse» fra 29. november 2012 utarbeidet av Rambøll, på oppdrag fra Helsedirektoratet, fremkommer det at kommunene før rettighetsfestingen praktiserte tildeling av ordningene på ulike måter. Det lå ulike kriterier til grunn for innvilgelse av tjenestene. Det er uklart i hvilken grad dette har endret seg etter rettighetsfestingen, som har endret rettstilstanden slik at det er i langt mindre grad opp til kommunens skjønn hvem som skal innvilges tjenester organisert som BPA. Resultater avventes i følgeevalueringen.

I forskningsrapport nr. 157/2013 «Brukerstyrt personlig assistanse – kunnskapsstatus» fra Høgskolen i Lillehammer uttales det på bakgrunn av tidligere undersøkelser om brukertilfredshet at det er sterk tilfredshet blant brukere som mottar tjenester organisert som BPA, og at brukertilfredsheten har vært stabil.

Den forskningen som foreligger er imidlertid utført før rettighetsfestingen trådte i kraft. For å vurdere virkningene av rettighetsfestingen må det avventes endelig rapport fra følgeevalueringen.

2.7 Utvidet pasientombudsordning

2.7.1 Bakgrunn og hensikt med utvidet pasientombudsordning.

Pasient- og brukerombudenes arbeidsområde ble utvidet fra å omfatte kun spesialisthelsetjenestene, til også å omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 1. september 2009. Bakgrunnen for utvidelsen av ombudsordningen var at pasienter, brukere og pårørende har samme behov for informasjon og veiledning om rettsikkerhet uavhengig om det er tale om kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenester. Det ble lagt til grunn at sakene er ofte sammensatte og krever en ordning som dekker begge forvaltningsnivå og samhandlingen mellom dem.

2.7.2 Resultater av utvidet pasientombudsordning

Ombudsordningen ble evaluert i 2012. Av evalueringen kom det frem at i overkant av halvparten av befolkningen var kjent med ordningen, og at ordningen burde tilstrebe økt kjennskap i befolkning. Videre fremgikk det at personer som hadde fått bistand hos pasient- og brukerombudene var svært fornøyd med hjelpen. I årsmeldingen²⁹ fra pasient- og brukerombudene i Norge for 2015 fremgår det at ombudene har stabil sakstilgang, og for 2015 ble det mottatt 14677 saker. Antallet saker som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester utgjorde på landsbasis om lag 40 prosent av henvendelsene. Ombudene

²⁹ Årsmelding Pasient- og brukerombudene i Norge 2015

beskriver i årsmeldingen at prosentandelen burde vært høyere og at de registrerer at «det fortsatt er et udekket behov for bistand når det gjelder saker vedrørende kommunale tjenester».

Ordningen med pasient- og brukerombud som omfatter også kommunale tjenester kan på denne bakgrunn sies å ha økt rettsikkerheten for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. De som har fått bistand av pasient- og brukerombudene er i stor grad fornøyd med den hjelpen de har mottatt. Ordningene har imidlertid potensiale til å nå ut til enda flere pasienter og brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, etter hvert som ordningen blir bedre kjent i befolkningen.

2.8 Revidert helse- og sosiallovgivning og ny folkehelselov

NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, anbefalte å erstatte da gjeldende kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov med en kommunal sosial- og helsetjenestelov. Omsorgsplan 2015 la til grunn at anbefalingen skulle følges opp med et forslag til harmonisert sosial- og helselovgivning. Hovedformålet med en felles lov var å etablere et regelverk som var oversiktlig og lett å bruke og forstå for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Videre skulle loven hindre ulikheter i praktiseringen av regelverket som skapte vansker for samhandling mellom de ulike tjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Prop. 91 L (2010-2011) ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov som skulle tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Loven trådte ikraft fra 1. januar 2012.

Ordningen med pasient- og brukerombud kan sies å ha økt rettsikkerheten for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

De aller fleste høringsinstansene³⁰ som uttalte seg støttet i utgangspunktet departementets forslag om ny felles lov for kommunens helse- og omsorgstjenester. Folkehelseloven kom samtidig, og begge lovene er virkemidler i samhandlingsreformen.

Det foreligger ingen forskning på hvorvidt helse- og omsorgstjenesteloven har bedret de forholdene som den hadde til hensikt å forbedre.

³⁰ Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) pkt. 7.2.5

2.9 Styrket forvaltningskompetanse

2.9.1 Bakgrunn og hensikt

Omsorgsplan 2015 la til grunn at det skulle etableres en interaktiv, nettbasert erfaringsbank for kommunal helse- og sosialforvaltning. Tanken var at erfaringsbanken skulle formidle forskning og utviklingstiltak, synliggjøre gode eksempler og gi bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. For blant annet å øke forvaltningskompetansen og derigjennom øke standarden på tjenestene og sikre brukernes rettigheter gjennom økt kvalitet i vedtaks- og tildelingsprosessen. Videre skulle erfaringsbanken styrke demensomsorgen ved å ha et spesielt tilbud til pårørende og personell som jobber med demens.

På denne bakgrunn ble omsorgsportalen etablert 2008. Nettsiden gikk imidlertid over på nye plattformer 2011. Der det ble skilt mellom to målgrupper, innbyggere/brukere på den ene side og fagpersoner på den andre. Informasjonen rettet mot fagpersoner ble videreutviklet til www.helsedirektoratet.no. Nettsidene som rettet seg mot innbyggere ble flyttet til helsenorge.no.

2.9.2 Resultater

Nettsidene er i kontinuerlig drift med videreutvikling av eksisterende artikler og ny innholdsproduksjon. Helsenorge.no rapporterer om stadig økt bruk av informasjonsinnholdet på sidene og beskriver at Helsedirektoratets informasjonskampanjer bidrar til å holde besøkstallene oppe. Besøkstallene ligger jevnt over en million brukere pr. måned i 2016.

Nettsidene helsenorge.no og helsedirektoratet.no er viktige informasjonskanaler for å sikre befolkning og fagpersonell nødvendig informasjon som kan bidra til å øke kvaliteten på tjenestene som leveres.

2.10 Planlegging

2.10.1 Bakgrunn og hensikt med satsing på planlegging

Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 var å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet.

Hensikten med å utarbeide lokale delplaner for pleie- og omsorgssektor er at de bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige plan-arbeidet i

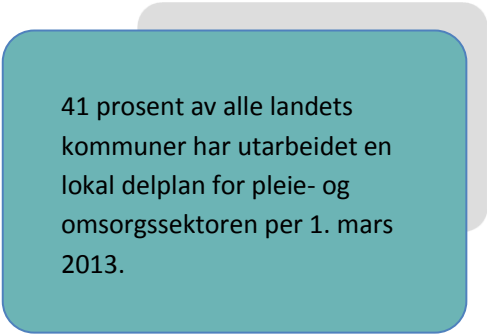
kommunene. Det bidrar også til at ansatte i ulike deler av kommune-administrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikle en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer, og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor. Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere som fordeler ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tjenestene skal organiseres, fordeles og prioriteres.

2.10.2 Resultater av satsing på planlegging

41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren per 1. mars 2013³¹. Tar vi også høyde for kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsningene fra Omsorgsplan 2015 i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan, er det cirka 55 prosent som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Det er betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren, som kan tyde på ulik grad av involvering av fylkesmennene. Hovedsatsningene fra Omsorgsplan 2015 omtales i størst grad i kommunenes handlingsplaner. Disse revideres årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger. Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommunene. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser. Planverket til de største kommunene omtaler ofte hovedsatsingsområdene, men store kommuner klarer i mindre grad å spesifisere utfordringene, det vil si diskutere hvilke konsekvenser de har for kommunen og beskrive strategier for å møte utfordringene.

2.10.3 Vurdering av satsing på planlegging

Helsedirektoratet vurderer at utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren har bidratt til at hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 i større grad er blitt en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Det har også bidratt til at ansatte i ulike deler av kommune-administrasjonen, tjenestene og politikere har utviklet en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor. Det er imidlertid fortsatt 45 prosent av norske kommuner som ikke har satt utfordringene i omsorgsfeltet på dagsorden gjennom en form



41 prosent av alle landets kommuner har utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren per 1. mars 2013.

³¹ Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. NOVA rapport 4/2015

for planprosess. Data fra undersøkelsen tyder på at fylkesmennene er en viktig aktør i det videre arbeidet med å gjennomføre planprosesser i alle landets kommuner.

2.11 IPLOS

2.11.1 Formål

Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften) ble vedtatt 17. februar 2006 og trådte i kraft 1. mars samme år. Bakgrunnen for å etablere IPLOS-registeret var mangelfull kunnskap om omsorgstjenesten.

Omsorgstjenestene har i dag driftsutgifter på i overkant av 102 milliarder kroner og utgjør mer enn 1/3 av kommunenes utgifter. Kommunene blir stilt overfor nye krav til å yte bistand og omsorg til personer i alle aldre og med ulike bistandsbehov. Både kommunene og statlige myndigheter trenger derfor god kunnskap om tjenestene og de som bruker dem, både for å kunne yte bedre tjenester, men også for å kunne planlegge den videre utvikling. Bedre kjennskap til bistandsbehovet gir mulighet til å planlegge og tilrettelegge tjenestene på en måte som i større grad er tilpasset det faktiske behovet blant brukerne.

Formålet med IPLOS-registret er å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester for å:

- gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen
- gi grunnlag for forskning (IPLOS forskriften § 1-3).

Opplysninger fra IPLOS-registeret gir styringsinformasjon om omsorgstjenesten, blant annet om kommunenes oppgaver, søkere og tjenestemottakeres funksjonsnivå og produksjon av tjenester til befolkningen. Dette er helt nødvendig informasjon for at både lokale og sentrale myndigheter skal kunne legge til rette for en best mulig omsorgstjeneste i framtiden.

IPLOS-opplysningene er et sett med standardiserte opplysningene basert på internasjonalt kodeverk som kommunen registrerer i sine saksbehandlingssystemer og elektroniske pasientjournaler. Opplysningene skal sendes inn til det nasjonale registeret. Alle data pseudonymiseres før de sendes inn til Statistisk sentralbyrå som er databehandler for registeret. Det er et mål at IPLOS skal medvirke til god saksbehandling og riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov. Kommunens adgang til å innhente personopplysninger følger av Helse- og omsorgstjenesteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunene melder at innføring av IPLOS stimulerer til økt fokus på individuelle rettigheter, ressurser og behov hos den enkelte.

I likhet med annen informasjon som er nødvendig for å behandle en søknad eller yte tjenester, skal IPLOS-opplysningene innhentes i et samspill med søker/tjenestemottaker gjennom samtale og observasjon. Møtet skal fremme gjensidig tillit og respekt og ivareta søkers/tjenestemottakers integritet og menneskeverd.

2.11.2 Resultater

Alle landets kommuner sender inn data knyttet til IPLOS-registeret. Kvaliteten på IPLOS-registreringen har blitt bedre og alle kommuner var med i KOSTRA- publisering per 15. mars 2016. Helsedirektoratet samarbeider kontinuerlig med SSB, kommunene og fylkesmannen for å sikre komplette data av god kvalitet. For å sikre datakvalitet videre, er det fokus på underrapportering av diagnoser, rehabilitering samt felles forståelse av skårmetodikken. Statistikken viser at det er en økning av rapporterte diagnoser fra 2014 til 2016 tilsvarende 15 % på 3 år, med fremdeles en underrapportering av diagnoser til IPLOS-registeret. Det SSB publiserer tall i flere omganger. I KOSTRA publiseres ureviderte og reviderte tall 15. mars og 15. juni årlig. I tillegg publiseres det årlig en rapport med statistikk om tjenester og tjenestemottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

I 2014 ble det gjennomført et prosjekt for innsending av IPLOS- data via Norsk Helsenett (NHN) fase 1 der det ble utredet og gjennomført testinnsending fra fem kommuner over helsenettet. Det er foretatt en testinnsending over NHN av en kommune som var vellykket. Testinnsending fra landets kommuner planlegges medio oktober 2016. Løsning for tilbake-rapportering er beskrevet og skal testes medio 2016.

Helsedirektoratet arbeider med å få bedre data på rehabiliteringsfeltet. Nær 14 000 brukere mottok re-habilitering utenfor institusjon ved utgangen av 2015. Dette er en oppgang på 2 335 brukere eller en økning på 20 %. IPLOS sumrapporter er implementert i 2 EPJ-systemer og delvis i et tredje. Flere kommuner har tatt i bruk IPLOS sumrapporter for planlegging, evaluering og styring.

Det er viktig å videreføre tiltak som bedrer datakvaliteten i registeret. Det utarbeides en årlig rapport som dokumenterer kvaliteten på opplysningene i registeret. Samarbeidet med fylkesmennene og oppfølging av kommunene er viktig for å bidra til økt kompetanse med særskilt vekt på lederforankring og bruk av IPLOS som styringsdata. Det er gjennomført IPLOS-temadager i samarbeid med fylkesmennene i planperioden. Temadagene videreføres i 2016.

Økt bruk av registerdata til statistikk, analyse og forskning er vesentlig og nødvendig. Øvrige sentrale oppgaver er å publisere tjenesteforløpsstatistikk fra IPLOS og bidra i arbeidet med

utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, samt forberede og tilrettelegge for innsending av IPLOS-data fra kommunene over Norsk Helsenett.

I 2015 innvilget Helsedirektoratet sju søknader om bruk av individdata fra IPLOS-registeret eller IPLOS-data koblet med andre registre. Det søkes om forskningsdata blant annet innen områdene kreft, utviklingshemming og helsetjenestebruk siste leveår. Det ble utlevert statistikk til 22 eksterne aktører samt seks interne statistikkutleveringer. Henvendelser og søknader holdt seg jevnt i planperioden. Det har vært en økning i bestilling av statistikk fra IPLOS-registeret.

2.11.3 Vurdering

Gjennom individdata fra IPLOS-registeret vurderer Helsedirektoratet at både kommuner og myndigheter fått bedre kunnskap om de som søker og mottar helse- og omsorgstjenester: Antall tjenestemottakere pr. 31.12 samt gjennom året:

Antall tjenestemottakere har økt i perioden 2007-2015, særlig blant yngre aldersgrupper.

Antall mottakere gjennom året utgjør 349 000, en økning på 6 % fra 2009 til 2015. IPLOS gir kunnskap om personopplysninger: alder/kjønn/bor alene/sammen med andre, om bistandsbehov/funksjonsnivå, tjenester tildelt, vedtak, tjenestestart og omfang, type tjenester, hjemmebaserte, boliger og institusjonstjenester.

Gjennom individdata fra IPLOS-registeret har vi også fått bedre kunnskap om kvalitet i tjenesten gjennom utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorene er på kommunenivå:

Fire nye nasjonale kvalitetsindikatorer måler ventetid på ulike kommunale helse- og omsorgstjenester, helsetjenester i hjemmet, langtidsopphold i sykehjem, støttekontakt og dagsenteraktivitet. På landsbasis mottar mellom 83 og 96 prosent tjenesten innen 15 dager etter at vedtaket er fattet – for langtidsplass på sykehjem iverksettes tjenesten innen 15 dager for 90 % av nye brukere. Resultatene må tolkes med varsomhet. En mulig feilkilde er at kommunene ikke fatter vedtak før tjenesten er tilgjengelig.

Behov for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter

På landsbasis mener 59,4 % av brukerne (alle aldre) at de får innfridd sine behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter. Dette er på samme nivå som i fra 2009 da 60 % av brukerne fikk innfridd sine behov og ønsker. 9,4 % av brukerne (alle aldre) mener de får delvis innfridd sine behov og ønsker, mens 30 % av brukerne (alle aldre) mener de ikke får innfridd sine behov og ønsker.

Det er store variasjoner mellom aldersgruppene. I aldersgruppen 0-17 år mener 71,5 % av brukerne at de får innfridd sine ønsker og behov om bistand til å delta organisasjonsarbeid,

kultur eller fritidsaktiviteter. 6,7 % mener at de bare delvis får innfridd sine behov og ønsker, mens 21 % mener de ikke får innfridd sine behov og ønsker. Tilsvarende tall for gruppen 18-67 år og 67 år og eldre er henholdsvis 65,9 % og 48,2 % (innfridde behov og ønsker), 9,9 % og 9,5 % (delvis innfridde behov og ønsker) og 23,2 % og 40,7 % (ikke innfridde behov og ønsker). Ser en alle aldersgrupper under ett, er det også variasjoner mellom fylker. I Oslo mener 72,1 % av brukerne at de får innfridd sine behov og ønsker, mens tilsvarende tall for Møre- og Romsdal er 51,3 %.

2.12 Organisering og ledelse

I omsorgsmeldingen ble det lagt til grunn at den kommunale omsorgstjenesten er et av de viktigste områder for utviklingsarbeid på organisasjon og ledelse³². Omsorgstjenesten driver døgntkontinuerlig virksomhet hele året gjennom, det er komplekse organisasjoner med stort krav til lederskap, tverrfaglig samarbeid og samspill med spesialisthelsetjenesten.

Ledelsessatsing er et tiltak i Kvalitetsavtalen. Lederutdanning for Helse- og omsorgstjenestene startet opp i 2015 og er nærmere omtalt under Kompetanseløftet kap. 7.

³² St.meld.nr.25 (2005-2006), side 66

3. RESULTAT AV STRATEGI OM KAPASITETSVEKST OG KOMPETANSEHEVING

I dette kapittelet beskrives resultater av strategien om kapasitetsvekst og kompetanseheving.

Formålet med en strategi for kapasitetsvekst og kompetanseheving er å imøtekomme behovet for tilpassede botilbud til omsorgs formål, og sørge for tilstrekkelig med ressurser i form av kompetanse.

Husbankens vurdering er at målet om å gi investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i planperioden er oppfylt, men har ikke ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. Antall sykehjemsplasser har knapt økt, men det er en viss økning i antall omsorgsboliger. Husbanken vurderer at dette viser 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 i stor grad bygd mindre, skjermede avdelinger.

Et viktig tiltak i Kompetanseløftet 2015 har vært satsningen på utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene har gjennom planperioden i økende grad blitt sentrale aktører for fag- og kompetanseutvikling.

De øvrige tiltakene i Kompetanseløftet 2015 omtales i kapittel 7.

3.1 Kort om strategien

I Omsorgsplan 2015 fremgår det innledningsvis om strategien kapasitet og kompetanse at: «En av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak, en styrking av den faglige kompetansen, og gjennom tiltak som reduserer sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig

utdanning er et langsiktig arbeid som best løses gjennom gradvis utbygging. Forberedelsene på dette området må starte allerede nå om vi skal møte framtidens utfordringer forberedt. Behovet for tilpassede botilbud til omsorgsformål og sykehjemsplasser vil også øke på lang sikt. Det legges derfor opp til en strategi med større ansvar for tilrettelegging av egen bolig og mer langsiktighet i vedlikehold og investeringer. For å gi økonomisk forutsigbarhet og stimulere til nødvendig utbygging av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger varsles det også et nytt investeringstilskudd³³».

Hovedtiltakene basert på strategien er: kapasitetsvekst og 10 000 nye årsverk, kompetanse- og rekrutteringsplan (Kompetanseløftet 2015), investeringstilskudd til sykehjem og botilbud.

Kompetanseløftet er i senere oppdrag definert som en delplan til Omsorgsplan 2015 og gitt en egen målstruktur. Oppsummering og vurdering av resultater for kapasitetsvekst, årsverk og tiltak i Kompetanseløftet 2015 er gitt i sin helhet i denne rapportens kapittel 7, med unntak av satsningen på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste. Dette tiltaket omtales i dette kapittelet, i tillegg til resultater av investeringstilskudd til sykehjem og botilbud.

3.2 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene for sykehjem ble etablert på 1990-tallet som undervisningssykehjem. I 2009 ble det etablert utviklingssentre også for hjemmetjenester. Da ble det også etablert utviklingssentre i alle fylker, i utgangspunktet som separate sentre for sykehjem og hjemmetjenester. I planperioden har fem fylker valgt å slå sammen sentrene til etter senter: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. På slutten av planperioden var det tilsammen 38 sentre.

Utviklingssenterne har to hovedfunksjoner: de skal drive lokalt utviklingsarbeid med utgangspunkt i opplevde kommunale behov og de skal være pådrivere for at statlig politikk iverksettes i kommunene. Utviklingssentrene har gjennom planperioden i økende grad blitt sentrale aktører for fag- og kompetanseutvikling. Innenfor beskjedne økonomiske rammer har sentrene bidratt til tjenesteutvikling og kompetansebygging i fylket.

³³ St.meld.nr. 25 (2005-2006), side 71

Helsedirektoratet gjennomførte i 2015 en evaluering av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester der relevante aktører bidro i evalueringsprosessen, i tillegg til at NIBR og NIFU fikk et oppdrag om å evaluere senterne³⁴. Formålet med evalueringsprosessen var å vurdere utviklingssentrenes rolle, ansvarsområde og organisering fremover. Evalueringen viste at satsningen i hovedsak har vært vellykket, men at det fremdeles er utfordringer i forhold til å nå alle kommunene med implementering av ny kunnskap.

Basert på evalueringsprosessen har Helsedirektoratet gitt sine anbefalinger til fremtidig innretning og rammer for utviklingssentrene.

3.3 Investeringstilskudd til sykehjem og botilbud³⁵

3.3.1 Mål for investeringstilskuddet

Regjeringen foreslo i statsbudsjettet for 2008 et nytt investeringstilskudd for sykehjem og omsorgsboliger til heldøgns omsorgstjeneste. Målet var at det skulle gis investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008–2015, med en samlet kostnad over statsbudsjettet på 6 mrd. kroner fram til 2015.

Tilskuddet skulle finansiere både økt kapasitet og utskifting og renovering av gamle og uegnede bygninger. Målgruppen for ordningen var personer med behov for heldøgns helse og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose. I tillegg til eldre inngikk bl.a. personer med langvarige somatiske sykdommer, utviklingshemming, psykiske og sosiale problemer.

Det ble politisk besluttet at alt som bygges og moderniseres med midler fra investeringstilskuddet skal tilpasses personer med demens. Det ble også spesielt påpekt behovet for å skille tydeligere mellom korttidsopphold og langvarige botilbud i sykehjem og omsorgsboliger. Det var videre et ønske om at investeringstilskuddet skulle ha en utjevnende effekt. Det skulle legges vekt på den enkelte kommunes behov og likebehandling mellom kommunene. F.eks. burde kommuner med høy dekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger bare få tilskudd til nødvendig standardheving. Det nye investeringstilskuddet avløste de særskilte tilskuddene knyttet til Handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse.

Tilskuddet skulle finansiere både økt kapasitet og utskifting og renovering av gamle og uegnede bygninger. Investeringstilskuddet skulle ha en utjevnende effekt.

³⁴ Samarbeidsrapport NIBR / NIFU (2015); Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

³⁵ Kilde: Husbanken

3.3.2 Investeringsstilskuddets utforming

Ordningen er forvaltet av Husbanken slik som under Handlingsplanen for Eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse. Husbanken innhenter uttalelse fra fylkesmannen om prosjektet er i samsvar med kommunens behov, og om investeringer og drift er tatt inn i kommunenes budsjettering. Fylkesmannen fikk også i oppgave å utarbeide en innstilling til Husbanken om hvilke saker som skulle innvilges, avslås eller vurderes på nytt ved neste års tildeling.

Fylkesmannens rolle er blitt noe endret underveis. Fra og med 2011 skal ikke lenger Fylkesmannen utarbeide saksinnstillinger, men skal fremdeles uttale seg om søknadene. Husbanken oversender Fylkesmannen forespørselen fra kommunen der kommunen redegjør for behovet, om det er fattet politisk vedtak og om prosjektet er tatt inn i kommunens årsbudsjett eller 4-årige økonomiplan. Fylkesmannen inviteres også til å delta på oppstartsmøte med kommunen og Husbanken der prosjektutkastet diskuteres.

Det er bare kommunene som kan motta investeringsstilskuddet, men kommunene står fritt til å avgjøre om de skal eie byggene selv eller om driften skal settes ut til private.

Tilskudd kan gis sykehjemsplasser, omsorgsboliger og fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger. For sykehjemsplasser var opprinnelig den maksimale tilskuddssatsen 30 % av godkjente kostnader, for omsorgsboliger 20 % og for fellesareal 30 %. Disse satsene ble alle økt med 10 prosentpoeng fra og med 2011. Økningen av tilskuddssatsene ble gitt tilbakevirkende kraft for alle byggeprosjekt som hadde fått tilsagn etter at ordningen ble innført i 2008. I 2014 ble satsene igjen økt med 10 prosentpoeng for nye prosjekter for ytterligere å sikre at målet om 12 000 omsorgsplasser ble nådd innen 2015.

Godkjente kostnadsrammer og dermed maksimale tilskuddsbeløp blir hvert år justert i takt med utviklingen i anleggskostnadene. Man ønsket dermed å bidra til å holde kostnadene nede. Men det ble etter hvert også klart at det var store forskjeller mellom kostnadsutviklingen i pressområder og utenfor. For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner.

Normalisering og integrering er et viktig prinsipp som særlig gjelder for omsorgsboligene. Dette konkretiseres bl.a. i at boenhetene ikke skal ha et institusjonslignende preg, at de bør plasseres ordinære og gode bomiljøer og at ikke ulike brukergrupper samlokaliseres på en uheldig måte.

Sykehjem og omsorgsboliger skal være tilpasset personer med demens og kognitiv svikt. Dette innebærer bl.a. at små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal.

Normalisering og integrering er et viktig prinsipp som særlig gjelder for omsorgsboligene. Dette konkretiseres bl.a. i at boenhetene ikke skal ha et institusjonslignende preg, at de bør plasseres ordinære og gode bomiljøer og at ikke ulike brukergrupper samlokaliseres på en uheldig måte.

3.3.3 Hvordan ordningen er brukt

3.3.3.1 Etterspørselen – Et oppmagasinert behov ved starten og stimulert av økte satser (tabell 1)

Da ordningen ble innført i 2008 var det et visst oppmagasinert behov etter avslutningen av handlingsplanen for eldreomsorgen/opptrappingsplanen for psykisk helse i 2003. Antall boenheter som kommunene meldte inn i form av foreløpige søknader³⁶ var på 4 300 i 2008, det høyeste tallet som er registrert i perioden. De to påfølgende årene sank antall boenheter til 1 600, for deretter å stige gjennom hele perioden, med en liten reduksjon fra 2014 til 2015. Antall boenheter som kommunene sendte inn forespørsel om i 2015 var på 3 300. Økningen fra og med 2011 til 2013 var særlig sterk (over 1 300 enheter), noe som kan henge sammen med økningen i tilskuddssatsene i 2011. Økningen i tilskuddssatsene i 2014 ga imidlertid ikke noe utslag i etterspørselen registrert ved kommunenes forespørsler (en reduksjon på 100 plasser).

Kommunene sender også inn en endelig søknad. Det er imidlertid liten forskjell på endelige søknader og tilsagn da Husbanken og kommunen vil ha diskutert seg fram til en utforming av prosjektet som tilfredsstiller kravene for tilskuddsordningen. Fylkesmannens vurderinger vil også på dette stadiet være kjent.

³⁶ Fra 2011 gikk man over til å kalle «foreløpige søknader» for «forespørsler»

Tabell 1 Investeringstilskudd 2008 - 2015: Oversikt over etterspørsel, tilsagn og utbetalinger fordelt på år og type boenhet

Tilsagnsår	Foreløpige søknader/forespørsler			Tilsagn			Utbetalt					
	Boenheter i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Boenheter i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Boenheter i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser			
2008	4 332	1 714	2 618	1 074	415	659	104	1	103			
2009	2 396	1 091	1 305	1 887	674	1 213	278	105	173			
2010	1 586	1 071	515	819	530	289	990	371	619			
2011	2 014	1 207	807	1 115	645	470	939	385	554			
2012	2 928	1 316	1 612	1 126	456	670	1 106	667	439			
2013	3 036	1 320	1 716	1 378	667	711	1 270	696	574			
2014	3 401	1 389	2 012	2 463	1 030	1 433	1 351	652	699			
2015	3 276	1 712	1 564	2 430	1 188	1 242	1 656	771	885			
Totalt	22 969	10 820	12 149	12 292	5 605	6 687	7 694	3 648	4 046			

3.3.3.2 Tilsagn - Målet om 12 000 boenheter nådd (tabell 1)

Ved utgangen av 2015 nådde man målet om 12 000 boenheter med god margin (12 292). I løpet av perioden ser vi to typer utviklingsløp. Like etter Omsorgsplan 2015 ble lansert var det tydelig at kommunene hadde en rekke prosjekter som var satt på vent i påvente av en ny tilskuddsordning. Dette ga seg umiddelbart utslag i de foreløpige søknadene og året etter i gitte tilsagn. Etter denne bølgen ble aktiviteten vesentlig lavere og tok seg ikke særlig opp før Stortinget i 2011 økte tilskuddssatsene. Det slo ganske umiddelbart ut i antall boenheter i forespørslene fra kommunene og holdt seg på et høyt nivå. Utslagene i tilsagnene tar imidlertid lengre tid da vi her har mer å gjøre med en normal prosjekteringsperiode. Det er litt vanskeligere å lese noen betydelig effekt av økningen i satsene i 2014. Antall boenheter i forespørslene fra 2014 øker i forhold til 2013, men går så ned i 2015. Tilsagnene i 2014 og 2015 holder seg på et høyt nivå. Det er mulig at vi vil se en større effekt fra 2016, men innenfor planperioden er det opplagt økningen i 2011 som har gitt kommunenes investeringsplaner en vesentlig stimulans.

Innenfor planperioden er det opplagt økningen i tilskuddssatsene i 2011 som har gitt kommunenes investeringsplaner en vesentlig stimulans

Fordelingen mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger (tabell 2) viste for hele perioden en liten overvekt av sykehjemsplasser (54 pst). Dette har variert noe i løpet av perioden. De to første årene var det en klar overvekt av sykehjemsplasser og omvendt de to neste. De tre siste har dette jevnet seg noe ut rundt gjennomsnittsandelen, dog med en nedgang fra 2014 til 2015. Det er for tidlig å si om dette er en trend for økt satsing på omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg for å legge til rette for å bo hjemme i egen bolig lengst mulig. Det er

samtidig også en tendens til at skillet mellom omsorgsboliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester og sykehjemsplasser viskes noe ut, og i så fall sier fordelingen mellom disse to typene oss mindre.

Når det gjelder fordelingen på oppføring av nye plasser, ombygging eller utbedring gir ikke rapporteringen et godt nok bilde av dette da prosjekter kan omfatte flere typer tiltak. Et prosjekt som inneholder nye omsorgsboliger kan samtidig også ha utbedring av eksisterende boliger. Statistikken antyder imidlertid at det er en overveiende del av investeringstilskuddet som er gått til oppføring av nye boliger.

Tabell 2 Tilsagn om investeringstilskudd 2008 - 2015: Andeler sykehjemsplasser/omsorgsboliger

Tilsagnsår	Omsorgsb	Sykehjemsplasser							
2008	39 %	61 %							
2009	36 %	64 %							
2010	65 %	35 %							
2011	58 %	42 %							
2012	40 %	60 %							
2013	48 %	52 %							
2014	42 %	58 %							
2015	49 %	51 %							
Totalt	46 %	54 %							

3.3.3.3 Utbetalinger – 7 700 boenheter er tatt i bruk (tabell 1)

Antall boenheter som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/sykehjemsplassene som er tatt i bruk. Samlet gjelder dette 7 700 boenheter. 53 pst gjaldt sykehjemsplasser, altså ganske likt fordelingen på tilsagn.

3.3.3.4 Fellesarealer - viktig supplement til omsorgsboliger

Det kan gis tilskudd til fellesarealer i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgns tjeneste og lokaler for dagaktivitetstilbud (sistnevnte fra 2012). Samlet er det gitt tilsagn til 78 000 kvm. Antall kvm varierer sterkt fra år til år. Det er alt i alt tatt i bruk (utbetalt) fellesareal på 62 000 kvm.

3.3.3.5 Netto eller brutto-plasser

En stor andel av investeringstilskuddet er gått til oppføring av nye boenheter. Dette betyr imidlertid ikke at det er en stor nettotilvekst av omsorgsboliger/sykehjemsplasser i kommunene. Husbanken vurderer at dette like godt kan innebære at kommunene river eksisterende uhensiktsmessige bygninger og bygger helt nytt.

I KOSTRA rapporteres antall beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Antall beboere og boenheter er ikke helt sammenfallende, men i de fleste tilfellene vil én boenhet også bety én beboer. Utviklingen tyder ikke på en vesentlig økning i antallet. Antall beboere i sykehjem har bare økt med 2 pst. i perioden 2008 – 2014³⁷. For beboere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning er økningen på 10 pst. eller rundt 2 000 beboere. Dette tyder på at når det gjelder sykehjem har kommunenes strategi i første rekke vært å opprettholde antall plasser, og fornye dem for å få et vesentlig løft i kvalitet for beboere og personale. I tillegg kan et formål ha vært å effektivisere drift og dermed få bedre kontroll på kostnadsutviklingen. Når det gjelder omsorgsboliger er økningen på 10 pst. Dette gjenspeiler nok at kommunene etter hvert ser på omsorgsboliger og hjemmetjeneste som et satsingsområde. Viktig har det nok også vært at det har vært en vekst i tjenestebehovet for personer under 67 år. En undersøkelse som NOVA gjennomførte av planene i 33 kommuner viste at omsorgsboliger og/eller hjemmetjeneste var de store satsingsområdene i årene framover, men at det samtidig ikke var noen tegn til nedtrapping av sykehjemstilbudet³⁸.

KOSTRA tallene tyder på at når det gjelder sykehjem har kommunenes strategi i første rekke vært å opprettholde antall plasser, og fornye dem for å få et vesentlig løft i kvalitet for beboere og personale. Når det gjelder omsorgsboliger er økningen på 10 pst. beboere i perioden 2008 – 2014. Dette gjenspeiler nok at kommunene etter hvert ser på omsorgsboliger og hjemmetjeneste som et satsingsområde. Viktig har det også vært at det har vært en vekst i tjenestebehovet for personer under 67 år.

3.3.3.6 Geografisk fordeling – måltall (tabell 3)

Fylkesmennene fikk i starten av perioden i oppgave å lage fylkesvise måltall basert på en vurdering av behovet for omsorgsplasser i de enkelte fylker. Disse måltallene var retningsgivende for tildelingen til sykehjem/omsorgsboligprosjekter de første åra. Etter hvert ble det vurdert slik at disse fylkesvise måltalla ble et for rigid styringsinstrument. Utgangspunktet måtte være at kommunene selv var de beste til å vurdere sine behov, og fylkesmannen kvalitetssikret dette etter at en foreløpig søknad ble sendt Husbanken. Anslagene for behov traff imidlertid relativt bra. Ser vi på intervallet 80 – 120 pst av måltallet havnet 10 fylker innenfor dette. De største avvikene der behovene har vært mindre er

³⁷ «Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger», Hagen/McArthur/Tjerbo, UiO, Working Paper 2015:4

³⁸ «Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene» Sørvoll/Martens/Daatland, NOVA-rapport 17/14

Hedmark, Troms og Hordaland. Fylker der behovene åpenbart har vært større enn anslått var Finnmark (nesten dobbelt så høyt) og Sør- Trøndelag.

Tabell 3 Tilsagn om investeringstilskudd 2008 - 2015: Antall boenheter fordelt fylkesvis								
Fylke:		Boenheter med tilsagn i alt	Andel tilsagn					
Østfold		637	5 %					
Oslo og Akershus		2 191	18 %					
Hedmark		388	3 %					
Oppland		637	5 %					
Buskerud		662	5 %					
Vestfold		738	6 %					
Telemark		527	4 %					
Aust-Agder		243	2 %					
Vest-Agder		410	3 %					
Rogaland		1003	8 %					
Hordaland		883	7 %					
Sogn og Fjordane		389	3 %					
Møre og Romsdal		769	6 %					
Sør-Trøndelag		1106	9 %					
Nord-Trøndelag		418	3 %					
Nordland		670	5 %					
Troms Romsa		279	2 %					
Finnmark Finnmarkku		342	3 %					
Totalt		12292	100 %					

3.3.3.7 Aldersgrupper - Eldre dominerer men gruppe under 67 øker

Hoveddelen av boenhetene som bygges med investeringstilskudd har personer over 67 år som målgruppe. I perioden er 78 % av boenhetene i sykehjem/omsorgsboliger ment for denne gruppen. For de yngre gruppene bygges det hovedsakelig omsorgsboliger. 8 % av tilsagnene er gitt til boliger planlagt for personer under 25 år, mens 14 % er planlagt for gruppen fra 25 til 67 år.

Gjennom perioden har det vært relativt store variasjoner i tilsagn gitt til de ulike gruppene. Gruppen over 67 år har vært prioritert gjennom hele perioden.

Tabell 4 Tilsagn om investeringstilskudd 2008 - 2015: Andel antall boenheter fordelt på aldersgrupper og tilsagnsår											
Tilsagns år	Under 25 år	25-67 år	Over 67 år								
2008	7 %	17 %	76 %								
2009	5 %	9 %	85 %								
2010	17 %	26 %	57 %								
2011	10 %	17 %	74 %								
2012	7 %	13 %	81 %								
2013	9 %	9 %	82 %								
2014	8 %	12 %	80 %								
2015	8 %	16 %	75 %								
Totalt	8 %	14 %	78 %								

I absolutte tall har antall plasser til eldre steget jevnt siden 2010, med en liten reduksjon fra 2014 til 2015. I 2015 ble det gitt tilsagn til denne gruppen til nærmere tre ganger så mange plasser som i 2010. Veksten i antall plasser til de yngre gruppene har økt sterkere enn for gruppen over 67 år de siste fire åra, noe som gjenspeiler at de yngre gruppene blir stadig viktigere i omsorgssammenheng.

Tabell 4 Tilsagn om investeringstilskudd 2008 - 2015: Andel antall boenheter fordelt på aldersgrupper og tilsagnsår											
Tilsagns år	Under 25 år	25-67 år	Over 67 år								
2008	7 %	17 %	76 %								
2009	5 %	9 %	85 %								
2010	17 %	26 %	57 %								
2011	10 %	17 %	74 %								
2012	7 %	13 %	81 %								
2013	9 %	9 %	82 %								
2014	8 %	12 %	80 %								
2015	8 %	16 %	75 %								
Totalt	8 %	14 %	78 %								

3.3.3.8 Målgrupper – Personer med demens en stor gruppe, men tilskuddet også viktig for omsorgsboligtilbud til personer med utviklingshemming

Personer med demens er en viktig målgruppe for utbygging av sykehjemsplasser/ omsorgsboliger. Alle plasser det gis investeringstilskudd til skal være tilpasset demenskravene. Husbanken beregner at 33 % av det totale antall plasser som det er gitt tilskudd til i perioden er spesialdesignet for å møte de særskilte behovene til personer med demens. Dette utgjør 43 % av plassene for gruppen over 67 år.

En annen forholdsvis stor gruppe er personer med utviklingshemming (14 %, eller 1 700 boenheter). For denne gruppen er det bofellesskap i omsorgsboliger det er gitt tilskudd til. Det gis også investeringstilskudd til omsorgsboliger for gruppen rus og/eller psykisk helse. Denne gruppen utgjør bare 4 % av tilsagnene. For hele perioden ble det gitt tilsagn til noe under 600 plasser til denne gruppen. Kommunene vil nok også i stor grad benytte Husbankens tilskudd til utleieboliger for å kunne gi et godt tilbud til denne gruppen.

3.3.3.9 Størrelse på bogruppene – rundt ¾ av prosjektene inntil 8 beboere (tabell 4)

I retningslinjene for investeringstilskuddet heter det at det skal tilstrebes små enheter. Dette er viktig for å gi et godt tilbud til personer med demens og personer med utviklingshemming. I veilederen «Rom for trygghet og omsorg»^[1] har anbefalingen vært å etablere bogrupper med 4 – 8 beboere. Dette har ikke vært noen absolutt grense, og når Husbanken har tatt stilling til den enkelte sak vil det være en rekke faktorer som må veies opp mot hverandre der vurderingen av størrelse på bogruppen også inngår.

Av de prosjektene til omsorgsboliger der kun personer med utviklingshemming var målgruppen og som fikk tilsagn i 2015, var 73 % prosjekter med åtte eller færre beboere. Denne prosentandelen har variert noe gjennom perioden, men stort sett svingt rundt et gjennomsnitt på 74 %. Tar en med også størrelsesgruppen 9 – 12 beboere, omfattet det i 2015 89 % av alle prosjektene. For hele perioden var tilsvarende tall 91 %. Ikke i noe år har denne andelen vært under 87 %.

3.3.3.10 Privat eie

Fra starten av kunne kommunen videre tildele investeringstilskuddet til ikke-kommersielle aktører som kunne eie og drifte omsorgsplassene. I 2011 mistet kommunen muligheten for videretildeling av tilskuddet. Tilskuddet skal altså kun gå til kommunen, men kommunene står fritt til å inngå avtale med private om leie av sykehjemsplassene/omsorgsboligene. Omsorgsplasser i privat eie har vi bare oversikt over fra 2012. Fra 2012 - 2015 utgjorde antall boenheter i privat eie 551 i 37 prosjekter. Antall prosjekter de siste åra har vært varierende, men det kan se ut som nivået er i ferd med å gå noe opp. Sum for de to siste åra var 27 prosjekter (15 i 2014 og 12 i 2015). Dette er likevel en svært liten andel av det totale antall boenheter som har fått tilsagn (7 pst. de siste fire åra).

3.3.4 Oppsummering

Husbankens vurdering er at måltallet på 12 000 sykehjemsplasser/omsorgsboliger ble mer enn oppfylt (102 pst). Underveis oppsto det tidvis tvil om man ville nå målet. For ytterligere

^[1] «Rom for trygghet og omsorg – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem», Husbanken 2009

å stimulere utbyggingen i kommunene ble tilskuddssatsene økt med 10 prosentpoeng i 2011. Som nevnt over fikk dette effekt for søknadsinngangen. En ny tilsvarende økning i 2014 fikk nok ikke en tilsvarende effekt, da det tar tid fra ide til plan og prosjektering. Nivået holdt seg imidlertid høyt de to siste åra, og det er grunn til å anta at tilskuddsordningen, som nå er blitt svært gunstig, fortsatt vil bety en betydelig stimulans for kommunene i utviklingen av deres tilbud av sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Samlet tilsagnsbeløp er 12,8 mrd. kroner, over det dobbelte av det som ble anslått i 2008.

Dette skyldes nok en sterk kostnadsøkning for utbygging av omsorgsplassene. Samtidig er

tilskudds-prosent økt betydelig, noe som også har gitt behov for økte tilsagnsrammer.

Boliggjøringen av kommunens omsorgstilbud vil sannsynligvis fortsette. Selv om det ikke er mulig å spore en entydig tendens til en større vekt på omsorgsboliger, antar Husbanken at omsorgsboligene sammen med hjemmetjenestene vil utgjøre en stadig større andel av kommunenes omsorgstilbud. Investeringene i sykehjem vil i stor grad være en modernisering av eksisterende tilbud, enten gjennom riving av eldre og bygging av nye sykehjemsbygg eller ombygging av eksisterende bygg.

Investeringstilskuddsordningen har ikke ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. Som nevnt viser KOSTRA at antall sykehjemsplasser knapt har økt, men det er en viss økning i antall omsorgsboliger. Dette viser at det har vært et omfattende moderniseringsbehov i sykehjemmene. De er blitt bedre steder å være for beboerne, og for de demente er det i stor grad bygd mindre, skjermede avdelinger. De mest uhensiktsmessige institusjonene kan også være omgjort til omsorgsboliger.

Antall institusjonsplasser har holdt seg på rundt 40 000 i hele perioden fra 1994³⁹.

Dekningsgraden er dermed gått ned, mest for de over 90 år, men også for gruppa 80 – 89 år har det vært en nedgang. Slik Husbanken vurderer det har ikke denne utviklingen nødvendigvis ført til et dårligere samlet tilbud til de eldre. Det kan ha å gjøre med en økende vekt på omsorgsboliger, økt tilbud om hjemmetjenester, flere leiligheter i det private markedet som er tilpasset eldre sitt behov og kanskje også en økende bevissthet om å ta vare på helsen og ønske om å være så selvhjulpne som mulig. Samtidig vet vi at antall eldre vil øke sterkt de nærmeste tiår, og det er derfor en stor utfordring å dimensjonere størrelse

Vurderingen er at investeringstilskuddsordningen ikke har ført til et betydelig løft i kapasiteten i kommunenes omsorgsplasser. 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 i stor grad bygd mindre, skjermede avdelinger.

³⁹ «Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013» Berit Otnes, SSB, Tidsskrift for omsorgsforskning 2015 + oppdaterte KOSTRA-tall

og sammensetning av de ulike tilbudene i omsorgssektoren og samtidig se dette i sammenheng med en generell utbygging av nye sentrumsnære leiligheter og tilpassing av eksisterende boliger som kan lette presset på omsorgssektoren og legge til rette for at eldre kan bo hjemme lengst mulig.

Gjennom investeringstilskuddsordningen ønsker en å oppnå så stor grad av normalisering og integrering som mulig. Her vil det kunne være kryssende hensyn i forhold til f.eks. størrelse på bofellesskap der kommunene kan ha et ønske om et større antall enheter av økonomiske og bemanningsmessige årsaker. Dette er imidlertid ikke bare et spørsmål om antall samlokaliserte boenheter. Normalisering og integrering handler også om at boligene ikke skal ha et institusjonspreg, man skal ikke samlokalisere ulike grupper på en uheldig måte. Det handler også om at boenhetene bør plasseres i gode og ordinære bomiljøer og ha lett tilgang til kulturell- og forretningstilbud. Husbanken har utviklet et dialogverktøy som tas i bruk i drøftingen med kommunen om de foreløpige søknadene og der alle disse momentene er på dagsordenen.

Husbanken har kun statistikk over størrelsen på bofellesskapene. De viser at langt den største andelen av prosjektene er opp til åtte boenheter. Tar vi også med bogrupper på inntil 12 enheter er andelen over 90 pst.

3.4 Velferdsteknologiprogrammet

En nasjonal satsing på velferdsteknologi ble etablert ved Stortingets behandling av Prop 149S (2012-2013) Revidert nasjonalbudsjett 2013.

Satsningen var knyttet til utvikling og utprøving av trygghetspakker og utvikling av nasjonale standarder slik dette er beskrevet i Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg».

Satsningen benevnes nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene, og har følgende hovedmål:

Det er videre en målsetning om at økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble etablert gjennom RNB 2013 med mål at velferdsteknologi skal være integrert del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020.

- øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettverk, og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparat

Satsningen er en oppfølging av Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg», der det fremmes forslag om etablering av en nasjonal satsing innenfor velferdsteknologiområdet med hensikt å:

- Etablere åpne standarder for velferdsteknologi.
- Utvikle og prøve ut velferdsteknologiske løsninger i kommunene.
- Sikre kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger, der programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis.
- Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi.
- Gjennomføre kompetanseheving

Satsingen i velferdsteknologiprogrammet omfatter i hovedsak trygghetsskapende teknologier. Utprøvningsfasen pågår ut 2016 og spredningsfasen av anbefalte teknologiske løsninger er planlagt påstartet i 2017. Allerede tidlig i utprøvingen vises det til gode resultater med et betydelig gevinstrealiseringspotensial for kommunene.

3.4.1 Gjennomføring

Satsningen ble etablert med planleggingsfase høsten 2013. Etter en åpen utlysning ble det mottatt 100 søknader. Det ble valgt ut 33 utviklingskommuner fordelt på 20 prosjekter. I ettertid ble antall utviklingskommuner justert til 31 kommuner, der tre kommuner gikk ut etter avsluttet utprøving og en kommune kom til. Ved utgangen av 2015 omfattet utprøvingen 31 utviklingskommuner fordelt på 18 prosjekter.

Utviklingskommunene har i perioden 2014 – 2016 gjennomført utprøvinger som omfatter følgende teknologiske løsninger:

- Trygghetspakker med ulike komponenter som skal gi tjenestemottakere og pårørende bedre trygghet. Dette inkluderer mobil digital trygghetsalarm, fallalarm, ulike sensorer mv.
- Helsepakker for avstandsoppfølging og behandling av personer med kroniske sykdommer
- Elektronisk medisineringsstøtte (medisindispensere)
- Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)

- Digitalt tilsyn natt
- Elektroniske dørlåser (e-lås)
- Velferdsteknologiske løsninger i sykehjem/boliger med heldøgns tjenester
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester knyttet til at tjenestene ytes på avtalt tidspunkt og der forsinkelser varsles.

Utprøvningsfasen avsluttes i 2016, der målsetningen er at løsninger som er prøvd ut med gode resultater skal implementeres i løpende drift med gevinstrealisering. Spredningsaktivitet til øvrige kommuner planlegges fra og med 2017.

Satsningen gjennomføres i samarbeid med KS og med deltakelse fra sektoren og næringslivet. Gjennomføringen av satsningen sees i sammenheng med andre oppdrag som er tildelt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse innenfor velferdsteknologiområdet. Det er etablert en ekstern styringsgruppe med representanter fra KS, kommuner, spesialisthelsetjenesten, NHO, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.

3.4.2 Resultater

Ved utgangen av 2015 er det oppnådd følgende resultater innenfor de fem satsingsområdene:

3.4.2.1 Etablere åpne standarder for velferdsteknologi

Etablering av en arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologiområdet sees i sammenheng med det øvrige e-helsearbeidet. Helsedirektoratet kom med anbefalinger knyttet til trygghetsteknologiske løsninger høsten 2014 (IS-2225). I desember 2015 anbefalte Helsedirektoratet en arkitektur for utprøving med forslag til faser for realisering (IS-2402) for velferdsteknologiområdet. Det vil i 2016 komme ytterligere anbefalinger knyttet til utstyr hos bruker, kommunikasjon og teknisk respons-senter-løsning og det pågår et arbeid med å vurdere løsninger for en nasjonal infrastruktur for medisinske målinger.

3.4.2.2 Utvikle og prøve ut velferdsteknologiske løsninger i kommunene

Utprøvningsaktiviteten har vært fordelt slik:

Fylke	Utviklingskommune	Teknologi som prøves ut
01 Østfold	Sarpsborg	Trygghetspakker, elektronisk medisineringsstøtte og ny type fallalarm
	Fredrikstad	Trygghetspakker og digitalt tilsyn
02 Akershus	Bærum	Trygghetspakker, elektroniske dørlåser, GPS og velferdsteknologiske løsninger i sykehjem
03 Oslo	Oslo kommune, Bydeler i	Helsepakker for personer med kroniske

Fylke	Utviklingskommune	Teknologi som prøves ut
	opptaksområdet til Lovisenberg sykehus (St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene, og Grünerløkka)	sykdommer
05 Oppland	Fellesprosjekt mellom Vestre Toten og Søndre Land	Trygghetspakker. Søndre Land har spesiell fokus mot psykisk utviklingshemmede
06 Buskerud	Drammen	GPS og velferdsteknologiske løsninger rettet mot personer med demens
07 Vestfold	Horten	Logistikk-løsning for optimalisering av kjøreruter for hjemmetjenesten
	Larvik	Trygghetspakker og GPS
	Tjøme (har inngått samarbeid med Stokke)	GPS
08 Telemark	Skien	GPS og velferdsteknologiske løsninger i sykehjem
09/10 Agderfylkene	Østre Agder (Risør, Grimstad, Arendal og Tvedestrand)	Digitalt tilsyn natt
	Lister regionen (Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal)	Trygghetspakker
11 Rogaland	Stavanger	Trygghetspakker
12 Hordaland	Lindås	Trygghetspakker
	Bergen	Respons-senter-løsning
	Stord	Trygghetspakker
16 Sør-Trøndelag	Trondheim	GPS, Helsevakta (respons-senter)
	Bjugn	GPS
	Åfjord	GPS
18 Nord-Trøndelag	Værnes-regionen (Selbu, Tydal, Stjørdal, Meråker og Frosta)	Trygghetspakker
19 Troms	Tromsø	Trygghetspakker

Utviklingskommunenes arbeid avsluttes i 2016, der målsetningen er at løsninger som har vist gode resultater skal implementeres i løpende drift og inngå i kommunenes tjenestetilbud. Det legges her vekt på gevinstrealisering. Prosjektet i Oslo kommune (helsepakker) blir videreført som del av en ny nasjonal utprøving av avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer.

Sikre kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger, der programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis

Helsedirektoratets gjennomføring av satsningen og utprøvingsaktiviteten i utviklingskommunene er gjenstand for effektevaluering. Dette vil danne grunnlag for

Helsedirektoratets anbefalinger av hvilke teknologiområder som bør implementeres i helse- og omsorgstjenestene, samt spredningsarbeidet til øvrige kommuner.

Første anbefaling ble offentliggjort høsten 2014 (IS-2225) der Helsedirektoratet anbefalte kommunene å starte overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Overgangen til digitale løsninger er en forutsetning for å kunne ta ut det mulighetsrommet som velferdsteknologi representerer for helse- og omsorgssektoren. Det ble videre anbefalt at kommunene inkluderer mobile digitale trygghetsalarmer i sitt tjenestetilbud. Anbefalingene omfattet også juridiske avklaringer i forhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger ble publisert i januar 2016 (IS-2416) og bygger på erfaringer fra utviklingskommunene innenfor avsluttede utprøvningsområder. Helsedirektoratet anbefaler i rapporten at kommunene anskaffer og inkluderer følgende teknologiområder i sitt tjenestetilbud:

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

Anbefalinger knyttet til andre teknologiområder forventes å foreligge 2016/2017.

Spredningsarbeidet til øvrige kommuner enn utviklingskommunene planlegges å starte i 2017. Det er inngått et samarbeid med Norsk Helsenett sitt KomUt-nettverk.

Spredningsaktiviteten vil i første omgang omfatte de teknologiområder som Helsedirektoratet anbefaler kommunene å inkludere i sitt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det ble våren 2016 publisert de første foreløpige effektfunn fra utprøvingen av helsepakker i Oslo kommune. Foreløpige funn viser betydelige effekter med følgende langtidseffekter (4-6 måneder):

- 41,9 % reduksjon i polikliniske konsultasjoner
- 32,3 % reduksjon av innleggelser i sykehus
- 39,1 % reduksjon i liggedøgn ved sykehus
- 34 % reduksjon i antall hjemmebesøk og 59,3% reduksjon i tiden hjemmetjenesten er hos pasienten

Funnene viser en økonomisk besparelse på 73.000,- i gjennomsnitt per pasient over ett år. Dette er en reduksjon på 32 %. 14,2 % av reduksjonen tas ut av Lovisenberg Diakonale sykehus, 32,1 % av bydelene og 29,7 % av brukeren selv.

3.4.2.3 Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi

Utprøvningsaktiviteten har synliggjort at omstillingsprosessene kommunene må gjennom for å implementere og sikre gevinstrealisering ved bruk av velferdsteknologi, er mer omfattende enn først antatt. Det er synliggjort et behov for en tjenesteinnovasjonstilnærming.

Helsedirektoratet har derfor gjennom et strategisk samarbeid med KS bidratt til videreutvikling av KS verktøyet «Veikart for velferdsteknologi» til et «Veikart for tjenesteinnovasjon» som gir tjenestene en verktøykasse for hele innovasjonsprosessen - fra før tanker tenkes, gjennom planfase, via utprøvinger og til implementering i løpende drift med gevinstrealisering. Veikartet er genererisk og kan benyttes innenfor flere områder enn velferdsteknologi og for hele helse- og omsorgssektoren, samt i andre sektorer. Veikartet ble lansert høsten 2015 og er fritt tilgjengelig på www.ks.no/samveis

Det arbeides også med å ta frem tjenesteforløp for velferdsteknologiske løsninger, slik at erfaringer om «beste praksis» kan spres.

3.4.3 Gjennomføre kompetanseheving

KS har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en kompetansepakke «Velferdsteknologiens ABC». Dette skal være en bedriftsintern opplæringspakke som skal gi en grunnkompetanse som alt helsepersonell bør ha om velferdsteknologi.

Opplæringspakken vil foreligge medio 2016.

I «Veikart for tjenesteinnovasjon» er det innarbeidet både prosess støttende elementer og praktiske arbeidsverktøy som helse- og omsorgstjenestene vil ha behov for når velferdsteknologiske løsninger skal implementeres som del av tjenestetilbudet.

Aktiv spredning og stimulering av kompetansehevende tiltak er en del av spredningsfasen, som planlegges fra 2017.

4. RESULTAT AV STRATEGI OM SAMHANDLING OG MEDISINSK OPPFØLGING

I dette kapittelet omtales resultater av strategi om samhandling og medisinsk oppfølging. Strategien skal sikre bedre medisinsk oppfølging av pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten, og langvarig oppfølging.

Oppnådde resultater i planperioden er blant annet styrking av legetjenesten i sykehjem med en dobling av antall legeårsverk. Tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak innen lindrende behandling har vært viktig for å stimulere kommunen i arbeidet med kompetanseheving innen lindrende omsorg. På tannhelsefeltet er det i planperioden iverksatt flere prosjekter og tiltak som fremdeles pågår.

Kommunenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp (etter helse- og omsorgstjenesteloven) er utvidet til også å omfatte døgnopphold. Tilbudet skal understøtte bedre pasientforløp og gi flere pasienter nødvendig behandling nærmere der de bor. Evaluering av tilbudet tyder på at man ser en liten nedgang i medisinske sykehusinnleggelser for pasienter over 80 år i de kommunene som etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Resultater av følgeforskning viser at hverdagsrehabilitering synes å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende eldre med funksjonsfall. Tilskuddet til Informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner for personer med nevrologiske skader og sykdommer har vært viktig for å utarbeide og spre kvalitativt god informasjon til relevante målgrupper. Det beskrives et betydelig samarbeid med spesialisthelsetjeneste og andre relevante fagmiljøer.

Innen forebyggende arbeid er det opprettet en landsdekkende telefon for eldre som utsettes for vold og overgrep, og det er utarbeidet veileder til kommunene om utarbeidelse av handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Erfaringene fra et utviklingsprogram viser at forebyggende hjemmebesøk for eldre oppleves som et viktig tiltak for å nå den aldrende befolkningen, både med hensyn på å gi råd og veiledning samt for å etablere et kontaktpunkt i kommunen. Det er utarbeidet en rapport om fallforebygging, og Helsedirektoratets vurdering er at sammenstillingen av kunnskap og

anbefalinger har bidratt til å synliggjøre handlingsrommet for en forebyggende innsats på dette området.

For å styrke kvaliteten i tjenestene til personer med utviklingshemming er det iverksatt fagskole med tema utviklingshemming og aldring, og det er etablert et nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming.

Resultater av Demensplan 2015 omtales i kapittel 8.

4.1 Kort om strategien

Innledningen til strategi for bedre samhandling og medisinsk oppfølging er beskrevet slik i St.meld.nr.25 (Omsorgsplan 2015):

«Både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder allmennlegetjenesten, har fått økte utfordringer og oppgaver de siste årene. Utfordringene er særlig knyttet til pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten, og langvarig oppfølging. For å møte disse pasientgruppenes behov er det behov for en langsiktig strategi som sikrer bedre medisinsk oppfølging. Framtidas omsorgstjeneste vil fortsatt ha bred kontaktflate mot og tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten på den ene siden og familieomsorgen og lokalsamfunnet på den andre siden. Regjeringen vil legge til rette for at sykehus og spesialisthelsetjenester i større grad enn i dag skal sørge for faglig oppfølging av den kommunale omsorgstjenesten og dens brukere. Viktige grep som understøtter strategien er:

- etablere god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger, og tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser
- styrke det allmennmedisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere, herunder å legge til rette for en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem,
- utarbeide en helhetlig demensplan med tiltak for en styrket demensomsorg
- bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, herunder elektronisk handling og samhandling
- styrket spesialisthelsetjeneste for eldre

Utfordringene er særlig knyttet til pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten, og langvarig oppfølging. For å møte disse pasientgruppenes behov er det behov for en langsiktig strategi som sikrer bedre medisinsk oppfølging.

- utvidede ordninger for offentlig finansierte tannhelsetjenester
- nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse og omsorgstjenesten
- forebyggende arbeid, herunder tiltak mot overgrep mot eldre, tiltak mot skader og ulykker, tiltak mot sosial ulikhet i helse
- trygge levekår og rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming.

I tillegg vises det til satsningen på forskning omtalt i kapittel 7.5.» (Kapittel 7.5 i St.meld.nr. 25 omhandler strategi om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging).

Tiltak basert på strategien om samhandling og medisinsk oppfølging er: helhetlig demensplan, nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem, omsorg ved livets slutt og lindrende behandling, handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre, ny avtale for samhandling, helhetlig vurdering av tannhelsetjenesten.

4.2 Balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger

4.2.1 Hensikt og mål:

Hensikt og målet med tiltaket har vært å etablere en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker. Kommunens tjenestetilbud må dimensjoneres og utformes ut fra brukers behov, og ikke ut fra standardiserte normer og dekningsgrader fastsatt sentralt⁴⁰. I omsorgsmeldingen ble det understreket at det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer tilbudet av sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingen på dette området må sees i sammenheng med gjennomføringen av Samhandlingsreformen, som har hatt betydelig innvirkning på balansen mellom sykehjem og hjemmetjenester.

Geografisk variasjon i forbruket av helsetjenester kan skyldes så mangt, alt fra ulik sykелighet og ulikt behov for tjenester, ulik alderssammensetning, og ulik tilgang på ressurser for kommunene for å kunne tilby tjenester av riktig type og tilstrekkelig omfang. I et spredtbygd land som Norge vil også kostnadsnivået som ligger til grunn være forskjellig og føre til prioriteringer som kan gi variasjoner. Kommunal variasjon i omsorgstjenestene er senest dokumentert i rapport fra SSB hvor det blant annet pekes på at storbyene har flere langtidsplasser enn andre kommuner for dem som er 80 år og eldre⁴¹. Et annet hovedfunn i rapporten er at kommunegrupper som består av små kommuner har høyest dekning av hjemmesykepleie.

⁴⁰ St.meld.nr.25 (2005-2006) side 85.

⁴¹ Otnes og Haugstveit (2015): Kommunal variasjon i omsorgstjenester Rapporter 2015/44

4.2.2 Status

Tabell 3.5.	Tjenestemottakerenes bosituasjon per 31.12.2011-2015.					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tjenestemottakere i alt	265 723	268 778	271 503	271 412	272 357	275 200
Langtidsopphold i institusjon	34 469	34 214	34 012	33 968	33 882	33 547
Midlertidig opphold i institusjon	8 066	8 235	8 889	8 242	8 371	8 447
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	15 220	16 350	16 421	16 879	17 085	17 451
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	5 737	6 575	6 581	6 319	6 218	6 011
Bolig uten fast tilknyttet personell	17 145	18 644	19 344	19 532	19 116	19 094
Bolig uoppgitt bemanning	4 690	2 914	2 500	2 042	1 769	1 458
Tjenestemottakere i egen bolig	180 396	181 846	183 756	184 430	185 916	189 192

Kilde: SSB / IPLOS tabell 3.5

4.2.2.1 Omsorgsboliger

Resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 viser at i omsorgsplanperioden har kommunene i «omsorgskommuneutvalget» bygget plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem.

Omsorgsboliger hevdes å være et alternativ som passer godt for personer i ulike alders- og brukergrupper. Her ble spesielt yngre brukere nevnt.

Personer med psykisk utviklingshemming, unge funksjonshemmede og multifunksjonshemmede brukere samt yngre personer med sammensatte lidelser ble nevnt som viktige brukergrupper i omsorgsboliger. I flere kommuner ble det også påpekt at økonomiske avveininger er en viktig årsak til å satse på bygging av omsorgsboliger. Det ble hevdet at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjemsplasser med heldøgns bemanning.

Som det framkommer av tabell 3.5 er det boliger med fast tilknyttet personell som har vært hovedsatsingen for kommunene.

I omsorgsplanperioden har kommunene bygget plasser i omsorgsbolig fremfor sykehjem

4.2.2.2 Hjemmetjenester

I de yngste aldersgruppene (0-49 år og 50-66 år) øker tallet på mottakere av hjemmetjenester for hvert år, både absolutt og relativt til innbyggertallet. For de yngste eldre (67-79 år) øker også antallet mottakere av hjemmesykepleie, men innbyggertallet øker i en høyere takt og fører til at dekningsgraden målt i mottakere per 1000 innbyggere reduseres. For aldersgruppen 80-89 år har tallet på mottakere av hjemmesykepleie gått ned hvert år de siste fem årene, mens for de aller eldste (90 år og eldre) har veksten disse årene vært aller størst. Siste år har imidlertid veksten vært lavere for de aller eldste og andelen av de eldste som mottar hjemmesykepleie går marginalt ned siste år.

4.2.2.3 Sykehjem

Antall langtidsopphold i institusjon er redusert noe i perioden.

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

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

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

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

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

4.3 Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem

4.3.1 Hensikt og mål med tiltaket:

Det har vært bred enighet om at legedekningen i sykehjem har vært for lav og Helse- og omsorgsdepartementet mente det var behov for å øke innsatsen av legeårsverk med minst 50 prosent fram til 2010. For å legge til rette for en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem ble KS og regjeringen enige om en felles innsats fra kommunale og statlige myndigheter gjennom kvalitetsavtalen for helse- og omsorgstjenesten.

Det oppstår en sirkulasjonssvikt, som er et tegn på at kommunens tjenesteproduksjon er under press.

Behovet for legetjenester skulle vurderes og fastsettes konkret i hver enkelt kommune og i rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det gitt kriterier til kommunene for fastsetting av lokal norm for legedekning. Legeårsverk ble innført som kvalitetsindikator i KOSTRA for sammenligning mellom kommuner. Turnusforskriften for leger har blitt endret slik at det stilles krav til tjeneste i sykehjem.

For å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem, har kommuner som har knyttet sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) fått et introduksjonstilskudd.

4.3.2 Resultat av tiltakene:

Kommunenes lokale normering har vært en lokal prosess med utgangspunkt i internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften. Om lag halvparten av landets kommuner gjennomførte en prosess som beskrevet i rundskriv I – 4/2007. De sørget også for at prosessen ble dokumentert og at saken er kom fram til politisk behandling, oftest i kommunestyret. Tre av fire kommuner vedtok å øke legebemanningen på sine sykehjem. KOSTRA-tall viser en økning i antall legeårsverk fra 274 til 404 i tidsrommet 2005-2010 og en

økning i antall legetimer per uke per beboer i sykehjem fra 0,27 til 0,37.⁴² Antall legeårsverk i sykehjem har fortsatt å øke og utgjorde 569 årsverk i 2015⁴³.

Fylkesmennene fulgte aktivt opp utviklingen i kommunene etter den lokale normeringsprosessen i 2007. Dels gjennom å holde seg orientert om hvorvidt den vedtatte normen blir realisert i de kommunene som gjennomførte en tilfredsstillende prosess, dels gjennom å holde seg orientert om utviklingen i de kommunene som ikke gjennomførte prosessen. Utviklingen er videre fulgt opp gjennom konferanser, nettverkssamlinger og tilsynsaktiviteter.

I perioden 2007-2012 fikk alle landets sykehjem tilbud om gratis deltakelse i Noklus i to år for å bedre kvaliteten på laboratoriearbeidet. I 2007 deltok ca. 200 sykehjem i Noklus og ved utgangen av 2014 deltok 850 sykehjem i Noklus. Ved utgangen av 2014 hadde medarbeidere ved 61 % av sykehjemmene som deltar i Noklus tatt ett eller flere e-læringskurs.

Noklus har i 2015 avsluttet et pilotprosjekt i 17 kommuner i de tre prøvefylkene Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold. Målet med pilotprosjektet har vært å kartlegge laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten, samt å komme frem til anbefalinger for hvilket omfang laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten bør ha. I pilotprosjektet har Noklus prøvd ut ulike organisatoriske løsninger for laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten, og blant annet vurdert hensiktsmessig ressursbruk for å få god nok kvalitet på laboratorievirksomheten.

Det er i 2015 gjennomført et arbeid med å oppdatere e-læringskursen slik at disse er bedre tilpasset hjemmetjenesten og flere kvalitetsutviklingsprosjekter som omfatter sykehjem, hjemmetjenestene og fastleger

4.3.3 Vurdering av tiltakene:

Legetjenesten i sykehjem har blitt styrket i perioden 2005 til 2015 med en dobling av antall legeårsverk i sykehjem fra 274 til 569. Selv om KOSTRA- tall viser at det fortsatt er store variasjoner mellom kommuner i antall legetimer per pasient per uke bidro kommunenes lokale normering til at dette området fikk økt oppmerksomhet i landets kommuner og ble politisk behandlet i mange av kommunene. Økningen i antall legeårsverk i sykehjem og det systematiske arbeidet med å heve kvaliteten på legemiddelbehandling og laboratorievirksomhet i sykehjem, har uten tvil vært viktige satsninger for å styrke den medisinske faglige oppfølgingen i sykehjem. Samtidig har dette også bidratt til å gi kommunene et godt grunnlag for å ivareta de nye oppgavene som følge av Samhandlingsreformen. Etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold i

⁴² <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

⁴³ <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar/2016-06-28?fane=tabell&sort=nummer&tabell=271487>

sykehjem og det økte behovet for medisinsk oppfølging av utskrivningsklare pasienter har forsterket den positive utvikling i antall legeårsverk i sykehjem.

Prosjektet «Noklus i sykehjem» ble gjennomført i perioden 2007-2012 og ved utløpet 2014 hadde 850 av landets om lag 900 sykehjem avtale med Noklus. Sykehjemmene rapporterte at de opplevde deltakelsen i Noklus som meget nyttig. I løpet av prosjektet har det vært betydelige forbedringer av viktige rutiner.

Resultatet fra Noklus sin utvidede satsning i hjemmetjenesten viser at det foregår stor laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten og at nesten alle enhetene utfører noe laboratoriearbeid. Prosjektet har vist at det er viktig at laboratorievirksomheten er kvalitetssikret.

Legetjenesten i sykehjem har blitt styrket i perioden 2005 til 2015 med en dobling av antall legeårsverk fra 274 til 569.

Alle hjemmetjenesteenhetene i kommunene, som ikke deltok i pilotprosjektet i de tre i prøvetyrkene, vil i 2016 få tilbud om to års gratis deltagelse i NOKLUS.

4.4 Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling

4.4.1 Hensikt og mål for tiltaket

Tilskuddsordningen «Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt» har hatt som mål å bidra til kompetanseoppbygging og fagutvikling i landets kommuner for å styrke tilbudet til lindrende behandling og omsorg. Prosjekter som sikrer kompetanseheving og kvalitetsutvikling med nasjonal overføringsverdi skulle prioriteres. Tiltakene ses i sammenheng med nasjonal kreftstrategi og aktiviteten i utviklingssentrene.

Fra 2011 kom føringer om at tiltakene/prosjektene skulle bidra til samarbeid mellom kommuner og med frivillige organisasjoner. Videre heter det «Det er behov for å styrke lindrende behandling og gi bedre omsorg til barn og deres pårørende ved livets slutt».

Målet med tilskuddsordningen er å styrke tilbudet til lindrende behandling og omsorg.

4.4.2 Resultat av tiltaket

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. Ordningen har eksistert siden 2002. I perioden 2009-2011 ble det fordelt 32 millioner kroner til i alt 140 kommuner over denne ordningen. Fra 2011 ble tilskuddsbeløpet doblet fra 8 mill. til 16 mill. for å bidra til at flere kommuner utviklet tilbud til pasienter og deres pårørende i en krevende livsfase samt bidra

til samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner om kompetansehevende tiltak⁴⁴. Det har vært stor interesse for tilskuddsordningen. Søknadsmengden har vært ca. 70-100 søknader per år i planperioden.

Fylkesmennene og regionale kompetansesentra for lindrende behandling er viktige aktører ved vurdering av søknader. Fra 2013 er saksbehandlingen delegert til fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vest-Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms. Det ble gitt tilskudd til en rekke ulike prosjekter. Mange av prosjektene har blant annet fokus på tverrfaglig samarbeid, frivillighet og læringsnettverk, samt tiltak for å ivareta pårørendes behov⁴⁵.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i tjenesten i sitt fylke. Utviklingssentrene har gjennom den statlige tilskuddsordningen bidratt til og gjennomført lokale prosjekter hvor kompetanseheving, kvalitetsutvikling og etablering av ulike tverrfaglige nettverk har vært sentrale områder. Et av flere store prosjekt har vært et kompetansebyggingsprogram om lindrende behandling i Vestfold. Prosjektet er evaluert av senter for omsorgsforskning Sørlandet⁴⁶ og beskrevet i Rapport lindrende behandling, Helsedirektoratet⁴⁷.

Utviklingssenter for hjemmetjenester, Buskerud, Utviklingsenheten Skap gode dager (tidl. Senter for Geriatrisk kompetansesenter) i Drammen og Aldring og helse – nasjonal kompetansetjeneste har sammen utarbeidet nye fagtemahefter om kreft, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Disse er en viktig styrking av ABC-opplæringen på dette feltet.

På nettsiden til utviklingssentrene (www.utviklingssenter.no) er det publisert i overkant av 200 fagutviklingsprosjekter på nettsiden per juni 2013. Temaene om lindrende behandling har vært blant de mest populære⁴⁸.

Prosjekter for å heve kompetansen til allmennleger på sykehjem og fastleger har også fått midler. Gode samhandlingsrutiner mellom spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse-

⁴⁴ Tingvold L, Sogstad M. Lindrende behandling: Erfaringsoppsummering – tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik; 2012. Rapportserie nr. 9/2012. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/101811/Rapport_9-2012.pdf

⁴⁵ Årsrapport 2014 - Omsorgsplan 2015, IS-2411

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1039/Omsorg%202015%20årsrapport%202014.pdf>

⁴⁶ Bostrøm V og Disch PG. Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144334>

⁴⁷ Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, IS-2278 Helsedirektoratet, 2015

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

⁴⁸ Årsrapport 2013 - Omsorgsplan 2015, IS-2411

og omsorgstjenesten, bruk av individuell plan og avtalene mellom helseforetak og kommunene har vært viktig i kompetanseoverførings øyemed. De regionale palliative sentrene har et pådriveransvar for nettverkene som omfatter ca. 2000 ressurssykepleiere i sykehjem og hjemmetjenestene. Fagnettverkene har deltakere fra 349 kommuner i tillegg til sykehusene. Disse arbeider med kompetansebygging og samhandling og er et viktig tiltak for å øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling.)

Høgskolen i Hedmark ved avdeling for folkehelsefag fikk i november 2014 tildelt oppdraget om utvikling av en opplæringspakke rettet mot helsefagarbeidere og ufaglærte innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Opplæringspakken retter seg mot grunnleggende kunnskap innen fagfeltet, for å bidra til å øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den ble og ferdigstilt årsskiftet 2015/16 og pilot-testes i 2016.

I de senere år har Kompetanseløftet 2015 stimulert og bidratt til kompetanseheving på det palliative feltet både gjennom kursvirksomhet og til støtte for personer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ønsker videreutdanning innen kreftsykepleie og lindrende omsorg gjennom fagskoleutdanning i helse- og sosialfag for helsefagarbeidere og høgskoler, for sykepleiere⁴⁹. Tilskuddsordningen for fagskoleutdanning har fått stor betydning for arbeidet med å heve kompetansen innen kreftomsorg og lindrende pleie.

Senter for omsorgsforskning Øst har vært en viktig bidragsyter til kunnskapsoppsummering og generering av kunnskap innen lindrende behandling. Senter for omsorgsforskning har gjennom blant annet samarbeidsprosjekt med utviklingssenter gjort følgeforskning av oppbygging av en lindrende enhet, gjort kartlegginger innen lindrende behandling; og i faglige utvalg har senteret deltatt og delt viktig breddekunnskap.

Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose er publisert og vil implementeres i 2016. Det er gjennomført prosjekter for å styrke ansattes kompetanse i lindrendene behandling til barn for eksempel i regi av kommunale barneboliger og boliger for personer med psykisk utviklingshemming. Det er gitt tilskuddsmidler til midler til frivillige organisasjoner som arbeider med opplysningsarbeid og kunnskapsformidling om barn og unge med behov for lindrende behandling og omsorg⁵⁰.

⁴⁹Rapport om tilbudet til personer..., IS-2278 Helsedirektoratet, 2015
https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

⁵⁰ Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>

Verdighetsenteret – omsorg for gamle, Bergen har utviklet en tverrfaglig etterutdanning innen eldreomsorg, demens og palliativ omsorg. Undervisningen er tverrfaglig. Det gjennomføres to kull á 20 deltakere og strekker seg over ett år. Frem til januar 2015 hadde utdanningen hatt 250 deltakere fra 72 kommuner i 18 av landets 19 fylker. Kursserien har gjennom gått en intern evaluering i 2014⁵¹.

4.4.3 Resultatene sett i forhold til hensikt og mål med tiltaket

Det palliative tilbudet har i hovedsak blitt bygget opp de siste 15-20 årene. Det har vært en jevn utvikling av palliasjonstilbudet i sykehjem fra år 2000 og fremover. Dette sammenfaller med at lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke ble satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan for 1999-2003, (Sosial- og helsedepartementet, 1997b). I planperioden ble det etablert kompetansesentra for lindrende behandling i alle landets helseregioner. Fra 2002 og inn i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015 har tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt fått en utvikling som beskrevet over.⁵²

Senter for Omsorgsforskning, Østlandet gjennomførte en erfaringsoppsummering av tilskuddsordningen i 2012. Omsorgsforskningssenteret vurderte tilskudd gitt i 2009 - 2010 og 2011, og fokusområdene var lokalpolitisk forankring og forankring på administrativt nivå, måloppnåelse, faglig effekt, brukeropplevd kvalitet, implementering og faglig samhandling mellom relevante aktører. Rapporten konkluderer med at tilskuddsordningen har vært viktig for å igangsette arbeidet med kompetanseheving for lindrende omsorg i kommunene. Mange kommuner fikk ansatt personer i stillingsbrøker for å drive og lede arbeidet. Søknadene har hatt god politisk og administrativ forankring lokalt. Kommunene beskriver god måloppnåelse. 75 % mener at prosjektene har bidratt til god fagutvikling og nesten alle kommunene mener prosjekter har vært med på å skape et godt tilbud innen lindrende behandling og omsorg til pasienter. Rapporten beskriver stor variasjon mellom kommunene og peker på utfordringene i denne delen av helsetjenesten. Nettverksbygging mellom kommuner og mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner løftes frem som en styrke for å få til god

Tilskuddsordningen har vært viktig for å igangsette arbeidet med kompetanseheving for lindrende omsorg i kommunene.

⁵¹ Evaluering av omsorg mot livets slutt – en verdig alderdom, Finseth O. Verdighetsenteret omsorg for gamle, 2014
<http://www.verdighetsenteret.no/wp-content/uploads/2013/03/OLS-Evaluering.pdf>

⁵² Tingvold L, Romøren TI. Evaluering av omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling, Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik; 2015
https://www.regjeringen.no/contentassets/6f1249df28de4ffe83ef2486e748f6e5/sluttrapport_delprosjekt_omsorgsplan2015.pdf

spredning av kompetanse. Det bør skje gjennom etablerte fagnettverk i regi av regionale kompetansesentre for lindrende behandling og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (Tingvold L, Lindrende behandling – erfaringsoppsummering», rapportserie 9/2012).

Evalueringen av omsorgsplan 2015, delprosjekt C belyser tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak innen palliasjon og lindrende omsorg. Kommunene har ulike strategier. Noen legger vekt på at flest mulig av de ansatte skal tilegne seg kompetanse, og tilbyr derfor opplæring, veiledning og videreutdanning bredt. Andre kommuner legger vekt på at de utdanner og spisser kompetansen til utvalgte fagpersoner, og at disse får et spesialansvar for denne pasientgruppen. Dette gjelder i særlig grad litt større kommuner der det er større volum av pasientgruppen. (Tingvold L, Romøren TI. Evaluering av omsorgsplan 2015)

Helsedirektoratet har utarbeidet «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg i livets slutfase». Fagrapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014. Rapporten beskriver status og utfordringer på tjenestetilbudet til personer med lindrende behandling, og inneholder anbefalinger om tiltak som kan bidra til å styrke kvaliteten både på det grunnleggende og det særlig organiserte lindrende tilbudet⁵³.

Den kommunale friheten ved utformingen av nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer at organiseringen av de palliative tjenestene og omsorgens mot livets lutt varierer fra kommune til kommune. Et flertall av befolkningen ønsker å være mest mulig hjemme ved alvorlig sykdom, og også å dø hjemme viser europeiske studier. I Norge dør ca. 15 % i hjemmet. De fleste dør i institusjon. Det er et mål at helsetjenesten skal legge til rette for at det er mulig for pasienten å få mest mulig tid og også mulighet for å dø i hjemmet. Lindrende enheter i kommunene er kompetansebaser og viktig i kjeden av omsorg i livets slutt. Av landets 428 kommuner har 44 sykehjem en lindrende enhet, totalt er det 272 senger. I tillegg er det 82 sykehjem som hvert har tre lindrede senger eller mindre, i alt 130 lindrende senger. Under 1/3 av landets kommuner har etablert et særskilt organisert palliativt tilbud i institusjon. Det er behov for en kontinuerlig kompetanseutvikling i feltet som er i utvikling og som tilbys ulike sykdomsgrupper i alle aldre. (Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, IS-2278 Helsedirektoratet, 2015)

⁵³ Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, IS-2278 Helsedirektoratet, 2015
https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

I evalueringen av omsorgsplan 2015 delprosjekt C belyses innholdet i tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger med blant annet fokus på lindrende behandling. Variasjon i innholdet, ulik tilgang til lindrende plasser i kommunen og øremerking av lindrende plasser i kommunen diskuteres. De minste og mellomstore kommunene (under 7000innbyggere) har mindre tilgang til øremerkede lindrende plasser. I de mindre kommunene kan det gå uker og måneder mellom hver gang de har en pasient med dette behovet. Kommunene bestreber seg på å innfri og tilrettelegge for det ønsket de enkelte har om den siste levetiden. En del lindrende enheter drives gjennom interkommunalt samarbeid.

Rapporten om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling ved livets slutt gir god oversikt over status for palliative tjenester og påpeker ulikhet i tilgang på palliative tjenester for ulike sykdomsgrupper. Rapporten kommer med forslag til tiltak. I 2015 ble det gitt 5 mill. til tiltak for å følge opp anbefalinger i rapporten: Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg for å få mer kunnskap om kvaliteten av tilbudet. Utarbeiding av veiledningsmateriell for ivaretagelse av personer i livets slutfase. Implementering av retningslinjen om lindrende behandling av barn og unge. Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens.

I mange kommuner, spesielt mindre og mellomstore kommuner, trekkes ofte kreftkoordinator frem som en viktig fagperson. Denne har både fagkompetanse, kunnskap om koordinering i pasientforløpet til den palliative pasienten, samt en rolle som formidler av kunnskap til andre ansatte. (Tingvold L, Romøren TI. Evaluering av omsorgsplan 2015)

4.4.3.1 Er målene i tilskuddsordningen nådd?

Tilskuddsordningen har vært viktig stimulering av arbeidet med kompetanseheving innen lindrende omsorg i kommunene. Prosjektene har hatt overføringsverdi til andre kommuner og en del prosjekter har ført til nasjonale satsninger. Det er rapportert at prosjektene har bidratt til å sette fokus på lindrende behandling i kommuner med en ellers vanskelig kommuneøkonomi. Mange kommuner har fått ansatt personer i stillingsbrøker for å drive og lede arbeidet med prosjektene. Søknadene har hatt god politisk og administrativ forankring lokalt. Kommunene beskriver god måloppnåelse. 75 % mener at prosjektene har bidratt til god fagutvikling og nesten alle kommunene mener prosjekter har vært med på å skape et godt tilbud innen lindrende behandling og omsorg til pasienter. Tilskuddsmidlene har stimulert til samhandling gjennom fagnettverk, samarbeidsprosjekter mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og i noen grad med frivillige organisasjoner. Det har vært gitt midler til å bedre kompetansen hos personalet som arbeider med til ulike grupper slik som personer med demens, psykisk utviklingshemning, barn i barneboliger, eldre og personer med kreft. Fokus på pårørende har inngått i prosjektene som en integrert del.

Prosjektmidlene har resultert i undervisningsopplegg tilpasset ulike målgrupper, e-læringsprogram, håndbøker og spredning av disse. Det har også blitt satset på implementering av nye «verktøy» for å bedre kvaliteten på tjenestene. Midlene har gått til både det særlig organiserte palliative tjenestetilbudet og til kompetansebygging innen lindrende behandling og omsorg på generelle sykehjemsavdelinger og i hjemmetjenesten. Utviklingssentrene har ledet mange av prosjektene og de har vist god gjennomføringsevne.

4.5 Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre

4.5.1 Bakgrunn og formål

«Med Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012 vil regjeringen møte de fremtidige utfordringene på en helhetlig måte. Strategien er forankret i Nasjonal helseplan (2007-2010) og er regjeringens svar på Soria Moria-erklæringen, som sier at "regjeringen vil utarbeide en handlingsplan for styrking av tilbudet for eldre i sykehus." Strategidokumentet er basert på Sosial- og helsedirektoratets rapport Respekt og kvalitet. Styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (november 2007).

Under bakgrunn sier de dette: Sentrale mål i denne strategien er forankret i Soria-Moria erklæringen og annet relevant arbeid fra helsemyndighetenes side, herunder Nasjonal helseplan 2007-2010 og St. meld. nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Omsorgsplan 2015).

4.5.2 Resultat

Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten IS-1498 «Respekt og kvalitet», rapport om styrking av spesialisthelsetjenestene for eldre i 2007. Rapporten fikk senere status som veiledende dokument for de regionale helseforetakene i gjennomføring av Helse- og omsorgsdepartementet målsetting og strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre. Nærhet og lokalkunnskap er sentrale verdier i helsetjenesten for eldre. Nært samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for en helhetlig helsetjeneste for de eldre pasientene. Direktoratet anbefaler at kompetansen om eldre pasienter styrkes gjennom økt satsing på utdanning, kompetanseheving og forskning⁵⁴.

⁵⁴ IS-1775 Årsrapport 2008 til Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet, januar 2010

4.6 Ny avtale for samhandling

4.6.1 Hensikt og mål

Det fremgår av St.meld.nr.25⁵⁵ at «Regjeringen ønsker at pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Erfaring viser at sykehjemsbeboere ikke nødvendigvis bør legges inn i sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen. Tilsvarende vil kunne gjelde i forhold til beboere i omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester og andre mottakere av hjemmesykepleietjenester. Dette fordrer systematisk og løpende samarbeid, som omfatter gjensidig kompetanseoverføring, ambulant team, veiledning og etablering av felles prosedyrer. På det medisinske området vil samhandling og samarbeid mellom fastlegene og legene i sykehuset omfatte flere forhold: kvaliteten på henvisninger, bedre prosedyrer for epikriser, gjensidig kompetanseoverføringstiltak som praksiskonsulentordningen, emnekurs, hospiteringsordninger, mulighet for felles konsultasjoner med områdegereater og etablering av arena for strategidiskusjoner. Det er viktig å sørge for at den videre utviklingen av slik samhandling skjer samordnet og at det gis nødvendig tid til å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og tilrettelegging både i første- og andrelinjetjenesten. God samhandling er spesielt viktig i forbindelse med utskrivning fra sykehus der det kreves tilrettelagte tjenester i kommunen. Målet er en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til effektive behandlingsforløp fra sykehus til hjem eller sykehjem. Det er viktig å forbedre systematikken i samarbeid og kompetanseoverføring fra sykehus til primærhelsetjenesten». Med ny helse- og omsorgstjenestelov kom plikten om inngåelse av samarbeidsavtale mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og regionale helseforetak.

4.6.1.1 Utskrivningsklare pasienter⁵⁶

Ved innføringen av samhandlingsreformen ble det fra 1. januar 2012 innført en ny ordning for kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten⁵⁷. I 2015 måtte kommunen betale 4 387 kroner per døgn for pasienter som ble liggende på sykehus etter at de ble definert som utskrivningsklare, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Ordningen gir kommunene et sterkere insentiv til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette har resultert i en betydelig nedgang i liggedager for utskrivningsklare pasienter etter 2012. Nedgangen er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen, da disse pasientene får et kommunalt tilbud fortare enn før og behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Dette bidrar videre til å frigjøre ressurser i spesialhelsetjenesten.

⁵⁵ St.meld.nr.25, side 89

⁵⁶ Samhandlingsstatistikk 2014-15. Helsedirektoratet januar 2016. IS-2427

⁵⁷ Finansieringsansvaret gjelder ikke lenger fra og med 2015.

Helsedirektoratets analyser viser at risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter er knyttet til liggetid både før og etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Når liggetiden før pasienten meldes utskrivningsklar øker, reduseres risikoen for reinnleggelse. Pasienter som tas i mot av kommunen innen 1 dag etter at de meldes utskrivningsklar, har også høyere risiko for en reinnleggelse enn pasienter som blir liggende i 2 dager eller mer på sykehus før de tas imot av kommunen. Dette betyr at både sykehusenes valg av tidspunkt for å melde en pasient utskrivningsklar, og kommunenes behandling av pasienten, har betydning for risikoen for reinnleggelse.

4.6.1.2 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) i kommunene⁵⁸

Dette er en utvidelse av dagens kommunale plikt til å yte øyeblikkelig hjelp (etter helse- og omsorgstjenesteloven) til også å omfatte døgnopphold. Den utvidede plikten trådte i kraft fra 1.1.2016. Det er utarbeidet en egen forskrift som slår fast at plikten gjelder kun pasienter med somatiske sykdommer. Fra 2017 skal personer med psykisk helse og rusmiddelproblemer. Formålet er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering («forebyggbare innleggelser»). Formålet understøtter LEON-prinsippet, at pasienter bør behandles på lavest mulig effektive omsorgsnivå. Tilbudet skal understøtte bedre pasientforløp og gi flere pasienter nødvendig behandling nærmere der de bor. Hovedmålgruppen for tilbudet kan være pasienter med en avklart diagnose som har behov for observasjon og behandling i institusjon eller pasienter med en forverring av en kjent tilstand. Pasienten må kunne diagnostiseres med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler og pasientens tilstand må være slik at det er liten risiko for akutt livstruende forverring.

4.6.1.3 Resultater

I perioden 2012-2015 har kommunene hatt anledning til å etablere tilbud med øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet og midler fra samarbeidende helseforetak (fra 2016 innlemmes alle midlene i rammetilskuddet til kommunene). 365 kommuner har benyttet seg

Kommunal med finansiering har resultert i en betydelig nedgang i liggedager for utskrivningsklare pasienter etter 2012. Nedgangen er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen, da disse pasientene får et kommunalt tilbud fortere enn før og behandles på laveste effektive omsorgsnivå.

⁵⁸ Årsrapport 2014, Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet desember 2015. IS-2411

av denne muligheten til å komme tidlig i gang. 3 av 4 kommuner har valgt å organisere tilbudet gjennom et interkommunalt samarbeid. Samarbeidene omfatter alt fra 2 til 12 kommuner. 60 prosent av tilbudene er etablert i tilknytning til sykehjem, 18 prosent i tilknytning til eksisterende distriktsmedisinske sentra, 13 prosent i tilknytning til legevakt. 9 prosent har valgt en annen organisering. Tilbudene varierer i størrelse, fra én seng til 72 senger.

Vurdering

Over halvparten av innlagte pasienter er over 80 år. 24 prosent av pasientene er under 67 år. Så langt viser statistikken at 63 prosent av pasientene henvises fra legevaktslege, 26 prosent fra fastlegen. Rapporterte årsaker til innleggelse samsvarer godt med forventet hovedmålgruppe for tilbudet. Gjennomsnittlig liggetid i tilbudet er 2,6 døgn. Det er for tidlig å si noe om hvorvidt tilbudene bidrar til å avlaste sykehusinnleggelser (jf. formålet), men foreløpig resultater fra følgeevalueringen av Samhandlingsreformen kan tyde på at man ser en liten nedgang i medisinske innleggelser for pasienter over 80 år i de kommunene som etablert et øhd-tilbud. Beleggsprosenten øker jo lenger tilbudet har vært i drift, men ligger samlet sett på mellom 30 og 50 prosent. Lite bruk kan skyldes uklarhet om hvilke pasienter som er aktuelle for tilbudet, manglende kjennskap til tilbudet hos innleggende leger, manglende tillit til kvaliteten på tilbudet og/eller uklare eller kompliserte rutiner for henvisning/innleggelse/oppfølging av pasienter.

Det er en liten nedgang i medisinske innleggelser for pasienter over 80 år i de kommunene som har etablert et øhd-tilbud.

4.7 Tannhelsetjenesten

Tannhelse har betydning for alle helse- og omsorgstjenester og er en faktor i alle de fem hovedomsorgsutfordringene beskrevet i Omsorgsplan 2015: *nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg* (St.meld.nr. 25 (2005-2006)).

4.7.1 Hensikt og mål

Et av hovedtiltakene for tannhelse i OM2015 er en helhetlig vurdering av tannhelsefeltet, herunder tilbudet som gis til personer som mottar omsorgstjenester. Dette har i første omgang resultert i St.meld.nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. Meldingen tydeliggjør behovet for økt kunnskap om

tjenesten og om tannhelsestatusen i befolkningen. Langsiktige mål er en mer effektiv ressursutnyttelse i tannhelsetjenesten, kompetanse- og kvalitetsheving. Disse sammenfaller med satsingsområder i strategien OM2015.

Ivaretagelse av oral helse er en av forutsetningene for å kunne sikre et likeverdig og tilrettelagt ernæringstilbud for brukere av omsorgstjenester. Daglig munnhygiene hos dem som ikke er i stand til å utføre dette selv skal ivaretas av pleie- og omsorgstjenesten, med bistand fra tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten har ansvar for opplæringen av helsepersonell.

Et godt samarbeid mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, regional statlig forvaltning og kommunenes helse- og omsorgstjeneste er et av målene skissert i OM2015. Samarbeidet skal bidra til fagutvikling og kunnskap om daglig munnstell, med forpliktende samarbeidsavtaler og rapporteringsrutiner. Arbeidet med å styrke undervisningen om tannhelse, tann- og munnstell i utdanningene til pleie- og omsorgspersonell skal videreføres.

I OM2015 skisseres målet om en tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling, med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiv omsorgsprofil (God ressursutnyttelse – LEON). Økt ledelseskompetanse er viktig for å styrke pasientsikkerheten og for å videreutvikle de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenestene.

Når stadig flere voksne har egne tenner gjennom hele livsløpet kan det oppstå et økende behov for kostnadskrevende tannbehandling og for odontologiske spesialister. Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne kombinert med et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever ny faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, psykiske problemer, demens og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud, både fra spesialisthelsetjenesten og fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.7.2 Resultater i planperioden

4.7.2.1 Opplæring og kompetanseheving

Tannhelse har vært et faglig satsingsområde ved undervisningssykehjem (USH). «Munn- og tannpleie til eldre og syke» har vært et prosjekt ved USHT Hordaland (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester) som omhandler undervisning, opplæring i gode rutiner, bruk av munn- og tannstellkort, opprettelse av tannkontakt og utstyr tilgjengelig til hver pasient. Prosjektet har fått tilskudd av Helsedirektoratet.

Våren 2009 kontaktet Helsedirektoratet landets fylkestannleger og fylkeskommuner med kopi til alle kommuner og undervisningssykehjem. Partene ble oppfordret til å inngå samarbeidsavtaler om opplæring av omsorgstjenestens personell i tann- og munnstell. I en felles virksomhetsplan for 2009 ble tannhelse beskrevet som ett av satsingsområdene for undervisningssykehjemmene.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2012 en veileder for helse- og omsorgsarbeidere, *Kosthåndboken*, som blant annet viser hvordan god tannhelse bidrar til å sikre god ernæring hos brukere. På Helsedirektoratets nettsider ble det i juni 2013 publisert et e-læringsprogram for pleiepersonell på sykehus, i hjemmesykepleien og på sykehjem.

Kosthåndboken, viser blant annet hvordan god tannhelse bidrar til å sikre god ernæring hos brukere.

I Kompetanseløftet 2015 ble en ny nasjonal utdanning for ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste etablert. Her er en vesentlig andel studieplasser holdt av til tannhelsepersonell.

4.7.2.2 Samhandling

Helsedirektoratets rundskriv om nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2013, beskriver hvordan kommunene skal tilrettelegge for samhandling for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester, samt gode pasientforløp. Tannhelsetjenesten er her sentral både i forebyggende arbeid og i folkehelsearbeid (jf. IS-2013 rundskriv, pkt 3.1).

4.7.2.3 Pasienter med sammensatte behov

På bakgrunn av St.meld.nr. 35 har Helsedirektoratet fått ulike oppdrag som alle har som overordnet mål å oppnå sosial utjevning i tannhelse:

- Kartlegging av tannhelseforholdene til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (jf. rettigheter i Tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd litra c)
- kartlegging og etablering av et bedre tannhelsetilbud til pasienter i sykehus (sykehusodontologi)
- utprøving av ny odontologisk spesialitet (klinisk odontologi) ved Norges arktiske universitet UiT. Spesialiteten retter seg mot voksne pasienter med et tverrfaglig omfattende behov for tannbehandling kombinert med problemstillinger innen medisin, psykiatri, nedsatt funksjonsevne, atferdsproblemer og/eller geriatri. Pasienten befinner seg ved sykehus, institusjon, kommunale helsetjenester, innenfor psykiatri eller rusomsorg.

4.7.3 Vurdering

På tannhelsefeltet har Helsedirektoratet i planperioden iverksatt flere prosjekter og tiltak som fremdeles pågår. Ingen av disse har per i dag kommet så langt at det er mulig å vurdere noen effekt. Tannhelsetjenesten står overfor en større omorganisering. Det vil være viktig å videreføre påbegynte prosjekter for å skaffe politisk ledelse et godt kunnskaps- og beslutningsgrunnlag.

4.8 Rehabilitering og habilitering

Med unntak av satsingen på hverdagsrehabilitering fra 2013 - 2015 er det ikke spesifikk tiltak eller bevilgninger til habilitering og rehabilitering gjennom Omsorgsplan 2015. I denne rapporteringen tas det likevel med en helhetlig beskrivelse av utviklingen av dette feltet i kommunene i planperioden. Tiltak for helhetlig styrking av feltet har vært bevilget over kap 733 Habilitering og rehabilitering.

4.8.1 Hensikt og formål

Det skal sikres tilstrekkelige habiliterings- og rehabiliteringstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnedsettelse. Dette er regjeringens overordnede mål som gjelder alle målgrupper for sosial, psykososial og medisinsk habilitering.

Omsorgsplanen henviser videre til Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Her konkretiseres tiltak på flere områder for at feltet skal løftes til å samsvare med politiske mål. Hovedlinjene fra strategien er videreført i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 hvor det sies at det skal legges økt vekt på disse tjenestene, det skal sikres kvalitet og riktig kapasitet, brukernes innsats skal fremmes og kommunene skal ha et tydeligere ansvar.

Økt bruk av individuell plan skal bidra til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenestetilbud til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Målet med rehabilitering og habilitering for den enkelte pasient og bruker er best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. For omsorgstjenestenes brukere er rehabilitering særlig viktig for å opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig og utsette behov for kompenserende omsorgstjenester.

For omsorgstjenestenes brukere er rehabilitering særlig viktig for å opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig og utsette behov for kompenserende omsorgstjenester.

4.8.2 Hverdagsrehabilitering

Fra 2013 til 2015 ble det gjennomført et nasjonalt prosjekt for utprøving av hverdagsrehabilitering i 47 kommuner. Hverdagsrehabilitering er rehabiliteringstilbud gitt i hjemmet, hovedsakelig til målgruppen eldre med et brått eller langsomt fall i funksjon. Krav til innhold og metodisk tilnærming er som for øvrige rehabiliteringstilbud.

Hverdagsrehabilitering innebærer at omsorgstjenestens brukere tilbys strukturerte og målrettede tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevne fremfor kompenserende tjenester. Valg av tiltak baseres på tverrfaglig kartlegging av behov, ressurser og mål. Tidlig oppstart av intensive treningstiltak er viktig. Det ble også prøvd ut i et mindre omfang til personer med utviklingshemming.

Hverdagsrehabilitering innebærer at omsorgstjenestens brukere tilbys strukturerte og målrettede tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevne fremfor kompenserende tjenester.

Den intensive innsatsen skal redusere behovet for hjelp både på kort og lang sikt. For dette tiltaket, som er beskrevet i Morgendagens omsorg (Meld.St.29 2012-2013), vektlegges også målet om omstilling av tjenestene i retning av sterkere vekt på rehabilitering. Det innebærer å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Senter for omsorgsforskning Vest følgeevaluerte prosjektet sammen med CHARM.

4.8.3 Resultater

4.8.3.1 Hverdagsrehabilitering

Følgeevalueringen av prosjektene for utprøving av hverdagsrehabilitering skulle gi svar på effekt for brukerne og gevinster for kommunene. Rapporten⁵⁹, som ble fremlagt mai 2016, viser at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Selv om forskjellene blir mindre etter tolv måneder, har hverdagsrehabilitering fremdeles bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår for fysisk funksjon og personlig stell. De økonomiske analysene i et seks måneders perspektiv, tyder på at hverdagsrehabilitering koster om lag like mye som standard

⁵⁹ https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf

tjenester. Men samtidig er det stor sannsynlighet for høyere helseeffekt målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY), i følge rapporten.

Tilleggsstudien om hverdagsrehabilitering til personer med utviklingshemming viser at også denne målgruppen har utbytte av hverdagsrehabilitering. Dette gjelder særlig på utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter. Angst og depresjon ble også redusert og total helseskår ble bedret. En vesentlig begrensning ved resultatene her er at det var få deltakere og at en ikke hadde kontrollgruppe og sammenligne resultater med.

Hverdagsrehabilitering synes å styrke re/habiliteringstilbudet til denne brukergruppen, men det ble avdekket behov for å styrke det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet.

Hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet.

Rapporten konkluderer med at hverdagsrehabilitering synes å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende eldre med funksjonsfall. Men det er fortsatt usikkerhet knyttet til om satsingen innebærer en styrking av det totale rehabiliteringstilbudet i kommunene.

4.8.3.2 Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon

I 2014 var det om lag 15 100 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i primærhelsetjenesten⁶⁰. Dette er en vekst på over 3 000 mottakere siden 2009, noe som tilsvarer 25,3 prosent. Veksten har kommet i alle landets regioner, men har vært minst for kommunene i Nord-Norge. Også når vi kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon. I 2009 var det 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det i 2014 var 2,9. Det siste året, fra 2013 til 2014, har det imidlertid vært en liten nedgang og det er særlig kommunene i Midt-Norge som har hatt en reduksjon i antall mottakere i denne typen habilitering/rehabilitering.

Antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har gått ned i perioden 2009 - 2014. I 2014 var det drøyt 29 100 som mottok habilitering/rehabilitering utenfor institusjon, en nedgang på nesten 3 300 mottakere siden 2009. Dette tilsvarer i overkant av ti prosent. Utviklingen har imidlertid vært ulik for kommunene og regionene. Kommunene i Nord har hatt en stor vekst i denne typen behandling i perioden, mens trenden i de andre

⁶⁰ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1186/IS-2467%20Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20primærhelsetjenesten.pdf>

regionene har vært nedadgående. Fra 2013 til 2014 er det imidlertid en vekst i antall mottakere for alle regioner, med unntak av Sør-Øst.

Koordinerende enheter i kommunene «skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegge for brukermedvirkning» (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015)⁶¹. I 2012 fikk den også et lovpålagt overordnet ansvar for individuell plan. I 2014 hadde 90 % av kommunene etablert koordinerende enhet. I 2011 var det 77 % som hadde etablert en slik enhet. I 2012, da kravet ble løftet fra forskrift til lov, økte andelen til 85 %.

I 2014 hadde 10 % av mottakerne av helse- og omsorgstjenester registrert gjennom IPLOS en individuell plan. Dette tilsvarte ca 18 000 brukere. Dette er en økning fra 8 % i 2009. Av de som har en individuell plan utgjør mottakere under 67 år den største andelen. I denne aldersgruppen har 42 % med omfattende bistandsbehov en individuell plan.

4.8.4 Vurdering

Hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn tradisjonelle hjemmetjenester og koster omtrent like mye. Tiltaket styrker rehabiliteringstilbudet til målgruppen eldre og bør videreføres. Det er imidlertid så langt ikke mulig å se at tiltaket bidrar til en styrking av det samlede tilbudet innen habilitering og rehabilitering i kommunene. I Riksrevisjonens rapport fra undersøkelse av rehabiliteringsfeltet i 2011 – 2012 sier de at det ikke er mulig å se at feltet så langt er styrket i samsvar med politiske mål. Etter Helsedirektoratets vurdering er det heller ikke mulig å se at dette har skjedd i betydelig grad etter samhandlingsreformen.

En undersøkelse av habilitering og rehabilitering i kommunene, gjennomført av fylkesmennene i helseregion Vest, viser at flere kommuner ikke har oversikt over behov for habilitering og rehabilitering.⁶² Grunnlaget for å dimensjonere tilbud i samsvar med behov blir dermed mangelfullt.

Det ligger et betydelig potensial i å styrke koordinering gjennom økt bruk av individuell plan og koordinator. Behovet antas å være betydelig høyere enn den andelen som har individuell plan. Kommunene sier de opplever utfordringer med å rekruttere nok koordinatorene.

⁶¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

⁶² <https://www.fylkesmannen.no/Hordaland/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Helsetenester/Fleire-kommunar-har-ikkje-oversikt-over-behov-for-rehabilitering-og-habilitering/>

4.9 Forebyggende arbeid

Det fremgår av St.meld.nr. 25 at regjeringen ønsker å gi folkehelsearbeidet et løft gjennom en politikk som skal bidra til flere leveår med god helse i befolkningen, og redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Den forebyggende strategien handler både om å styrke individets forutsetninger og å bygge ned samfunnsskapt barrierer. Forebyggende tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov, og fordele kostnader over en relativt stabil periode de nærmeste 15-20 år, vil først og fremst være sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, investere i universell utforming for å redusere konsekvensene av nedsatt funksjonsevne, sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap, samt volds- og ulykkesforebyggende arbeid. Resultater av helsefremmende og forebyggende tiltakene i planperioden fremgår under.

4.9.1 Aktiv aldring

Eldre- og seniorsentra er allmenforebyggende tiltak som motvirker ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning. Formål og resultater av dette tiltaket er nærmere beskrevet i kapittel 6.8 «Aktivitet for seniorer og eldre».

4.9.2 Utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk hos eldre

4.9.2.1 Formål

For å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen ble det som en del av Kompetanseløftet 2015, opprettet en tilskuddsordning for forebyggende hjemmebesøk for eldre i 2011. Formålet med tilskuddsordningen var å få mer kunnskap om forebyggende hjemmebesøk til eldre, og utvikle metodikk og verktøy med en nasjonal overføringsverdi. Tilskuddet ble benyttet til et treårig utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk for eldre i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene har i dette utviklingsarbeidet hatt et tett samarbeid med regionalt senter for omsorgsforskning.

4.9.2.2 Resultatvurdering

I det treårige utviklingsprogrammet har seks USHT med samarbeidspartnere prøvd ut modeller for forebyggende hjemmebesøk, som har hatt noe forskjellig innhold og utforming. Prosjektene har utviklet ulike typer verktøy til bruk for andre kommuner som ønsker å starte opp dette tilbudet og erfaringene fra prosjektet er i samarbeid med tjenestedesignere sammenstilt i en generisk modell.

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Senter for omsorgsforskning en nasjonal kartlegging av forebyggende hjemmebesøk. Kartleggingen viste en økning av forebyggende hjemmebesøk i landets kommuner fra 8 % i 2003 til ca. 25 % i 2012/2013.

Temaer som blir tatt opp i hjemmebesøket er relatert til egenmestring, sikkerhet i hjemmet, funksjonsevne og det å kunne leve lengst mulig i egen bolig.

Sykepleierne er den vanligste yrkesgruppen som foretar besøkene, etterfulgt av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Omlag 50 % av kommunene som har

en ordning med forebyggende hjemmebesøk oppgir at de ikke har opplæring av personalet som skal gjennomføre besøkene.

Erfaringene fra utviklingsprogrammet viser at forebyggende hjemmebesøk for eldre oppleves som et viktig tiltak for å nå den aldrende befolkningen

Kartleggingen viste også at mange kommuner etterspurte veiledning på dette området og Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å utarbeide veiledningsmateriell for forebyggende hjemmebesøk.

4.9.2.3 Vurdering

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen skal forebygge behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal, i følge folkehelseloven, «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.» Kommunen skal ha oversikt over sentrale tendenser i befolkningens helse og skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

Både lovgivningen og utviklingen i samfunnet synliggjør viktigheten av å legge til rette for at de eldre kan opprettholde god helse, funksjonsevne, livskvalitet og selvhjulpenhet, i tillegg til å leve et så aktivt og meningsfullt liv som mulig

Erfaringene fra utviklingsprogrammet viser at forebyggende hjemmebesøk for eldre oppleves som et viktig tiltak for å nå den aldrende befolkningen, både med hensyn på å gi råd og veiledning samt for å etablere et kontaktpunkt i kommunen. Kontakten med den enkelte kan også bidra til å rekruttere til frivillig arbeid. Utviklingsprogrammet har også synliggjort betydningen av at dette tilbudet sees i sammenheng med de øvrige tjenestene i

kommunen, og at det forebyggende hjemmebesøket gjerne kan utvides med gruppetilbud eller individuelle besøk til personer i en sårbar livssituasjon.

Erfaringene viser også betydningen av at de forebyggende hjemmebesøkene inngår i et lærende system, der informasjonsflyten går tilbake til beslutningsnivået i kommunen.

4.9.3 Fallforebygging hos eldre

Ulykker og skader er en stor folkehelseutfordring og fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre^[1]. Opp til 30 prosent av personer over 65 år som bor hjemme faller hvert år og en enda større andel faller etter fylte 75 år. Skader etter fallulykker har store personlige omkostninger for den enkelte og store økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet. Skadenes alvorlighetsgrad øker med økende alder. Hvert år behandles i overkant av 9000 personer over 50 år for hoftebrudd i Norge. Et hoftebrudd koster mellom en halv og en million kroner første året avhengig av komplikasjoner og funksjonsnivå til den enkelte (Hektoen-rapporten). De totale kostnadene er beregnet til å være omkring tre milliarder kroner årlig. Fallskader kan forebygges. Fallforebyggende trening er et av de mest dokumenterte tiltakene. De nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet sier at eldre med nedsatt mobilitet skal utføre fallforebyggende trening minst to ganger i uken. For å nå ulike målgrupper av eldre med ulike forebyggende tiltak må mange aktører samarbeide. Systematiske tiltak må settes inn i ulike sektorer og på individ-, gruppe- og systemnivå. Helsedirektoratet har i planperioden utgitt en rapport som inneholder kunnskap, prosjekterfaringer og anbefalinger om fallforebygging hos eldre. Formålet var å gi kommunene grunnlag for en satsing på aktiv aldring, med fallforebygging som et sentralt og viktig resultatmål. Helsedirektoratet har senere utarbeidet informasjonsmaterieell om hvordan eldre og ansatte på institusjon kan utføre forebyggende trening. Samtidig finnes det gode erfaringer om hvordan forskningsmiljøer og kommuner kan jobbe samme med å legge til rette for treningsgrupper for å forebygge fall.

4.9.4 Vurdering

Reduksjon av lårhals- og hoftebrudd bør være et sentralt resultatmål for det forebyggende arbeidet blant eldre over 65 år. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har forebygging av fall i helseinstitusjoner som ett av elleve innsatsområder og i Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* slås det fast at forebygging av fallulykker skal forsterkes. Det er et mål å redusere hoftebrudd med 10 prosent innen 2018.

^[1] Fallforebygging i kommunen, kunnskap og anbefalinger. IS-2114, november 2013.

Helsedirektoratets vurdering er at sammenstillingen av kunnskap og anbefalinger har bidratt til å synliggjøre handlingsrommet for en forebyggende innsats på dette området.

4.9.5 Tiltak mot sosial ulikhet i helse

Med begrepet «sosial ulikhet i helse» menes det systematiske forskjeller i helsetilstand som følger utdanning, yrke og inntekt. I Omsorgsplan 2015 vises det til at det er dokumentert at slike helseforskjeller er betydelige i Norge. Med henvisning til St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* framgår det at regjeringen allerede hadde vedtatt at det skulle utarbeides en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse. Strategien kom i form av St.meld.nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Strategien hadde fire innsatsområder:

Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, f.eks. ved:

- Tidlig innsats
- Gode og trygge oppvekstvilkår
- Rettferdig fordeling av inntekt
- Like muligheter til utdanning og arbeid

Redusere sosiale helseforskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, f.eks. ved:

- Oppmerksomhet mot bakenforliggende og strukturelle årsakene til adferd for å legge til rette for sunne valg
- Pris og tilgjengelighet
- Undersøkelse om helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale forskjellene

Måltrettet innsats for sosial inkludering, f.eks.:

- Universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester
- Inkluderende arbeidsliv og skole samt tilrettelagte helse- og sosialtjeneste.
- Samarbeid med frivillige

Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy f.eks.:

- Systematisk rapportering for å følge opp utviklingen
- Helsekonsekvensutredninger
- Ordningen med partnerskap for folkehelse styrkes og videreutvikles
- Styrke kunnskap om årsaker og effektive virkemidler for treffsikre tiltak

Problemstillingene rundt sosial ulikhet i helse var allerede satt på den politiske dagsordenen før Omsorgsplan 2015 og var ikke Omsorgsplanens hovedutfordring. Imidlertid kan sosial ulikhet i helse også ha implikasjoner for helse- og omsorgstjenestene - både tilgang og bruk. Dette området er foreløpig ikke godt nok utredet da det bl.a. er problemer med å koble registerdata fra SSB med pasientdata fra Nasjonalt helseregister.

Arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller ble fulgt opp med årlige rapporter fra Helsedirektoratet om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller og en større kunnskapsoversikt fra Høgskolen i Oslo og Akershus. Kunnskapsdelen er nå integrert i det nasjonale folkehelsearbeidet bl.a. gjennom Helsedirektoratets Folkehelsepolitiske rapporter og regjeringenes Folkehelsemeldinger. Også andre direktorater som Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet bidrar med kunnskap og sektorovergripende verktøy.

Når det gjelder de tre andre innsatsområdene er det iverksatt mange gode tiltak både nasjonalt og lokalt – kanskje spesielt rettet mot barn og unge, innvandrerbefolkningen og sosialt utsatte grupper.

Mye av innsatsen her skjer ute i kommunene og i regi av andre etater. Aktuelle eksempler er: Barnehagereformen og Kvalifiseringsprogrammet.

1.12.2008 ble tilbudet, «Vern for eldre», som er en nasjonal kontakttelefon etablert.

4.9.6 Tiltak mot overgrep mot eldre

4.9.6.1 Formål og resultat

Omsorgsmeldingen hadde som mål⁶³ at kompetansen om vold mot eldre skulle styrkes i kommunene. Regjeringen ønsket å gi hele landet et tilbud ved å opprette en landsdekkende kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold (Stortingsmelding 25/2005-2006), og 1.12.2008 ble tilbudet Vern for eldre - nasjonal kontakttelefon etablert. «Vern for eldre» har utarbeidet e-læringskurs om overgrep i institusjon og har veiledning per telefon for voldsutsatte, pårørende og personer som har mistanke om vold og overgrep mot eldre.

En viktig instans for kompetanseutvikling om vold og traumer er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Senteret driver forsknings, og utviklingsarbeid, undervisning, kompetansebygging og veiledning og formidling av kunnskap. Senteret har utviklet en «Veileder i kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner». Kommunale eller interkommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner skal sikre at kommunene har fokus på vold og overgrep og at berørte får et tilrettelagt og helhetlig tilbud. Handlingsplaner skal styrke kunnskapsnivået hos de ansatte i kommunene og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer. Veilederen er utviklet i samarbeid med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet.

⁶³ St.meld.nr. 25 Mestring, muligheter og mening. Side 95

4.9.6.2 urdering

Funn fra studier om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem og overgrep mot eldre hjemmeboende pasienter⁶⁴ viser at det⁶⁵ er fortsatt behov for kunnskap og videre forskning rundt temaet vold og overgrep mot mottakere av kommunale helse og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjon.

Det pågår en nasjonal forekomstundersøkelse av eldre menneskers erfaring med vold i nære relasjoner i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) hvor hovedmålet er å undersøke forekomsten av opplevd vold før og etter 65 år. Undersøkelsen kartlegger eldre utsattes kontakt og erfaring med hjelpeapparat og rettsvesen. Prosjektet er en del av Voldsprogrammet – et forskningsprogram om vold i nære relasjoner som strekker seg over fem år (2014-2019). Programmet er finansiert av Justis og beredskapsdepartementet⁶⁶. Undersøkelsen vil gi mer kunnskap om kompetansebehov om vold mot eldre i kommunesektoren.

4.10 Levekår og rettsikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming

Regjeringen legger vekt på å trygge levekårene og rettssikkerheten for personer med utviklingshemming og omsorgstjenesten spiller en viktig rolle i dette. I omsorgsplan 2015 ble det nevnt fire tiltak som spesielt skulle følges opp:

- Evaluering av praktiseringen av bestemmelsene i sosialtjenesteloven, om å begrense bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming
- Utviklingsprogrammet: Aldring og utviklingshemmede (UAU)
- Utvikling av det nasjonale fagmiljøet på området utviklingshemming som ble etablert i 2006
- Særlig FoUtiltak.

4.10.1 Hensikt med og resultat av tiltakene

4.10.1.1 Evaluering av sosialtjenesteloven kap 4 A

Sosial- og helsedirektoratet ga Nordlandsforskning i oppdrag å evaluere sosialtjenesteloven kapittel 4A om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Evalueringsarbeidet pågikk i perioden januar 2007 til januar 2008.

⁶⁴ Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervju-undersøkelse. Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S

⁶⁵ Dette skjer ikke! Eller gjør det det? – Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Malmedal W., Iversen Maria H., Sæbø Valgjerd Frengen, Kilvik Astrid. NTNU, Fakultet for Helse- og sosialvitenskap. Trondheim 22.1.2016

⁶⁶ <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Prosjekter/Barndom-familie-og-barnevern/Voldsprogrammet-Forskningsprogram-om-vold-i-naere-relasjoner>

Formålet med evalueringen var å studere hvorvidt bestemmelsene, i den gang kapittel 4A, forebygger og begrenser bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Følgende fire områder var sentrale i evalueringen:

- Kompetanse - kommunalt nivå. Kompetansekravet til personalet – tilgangen til kvalifisert personale og behovet for dispensasjoner.
- Kompetanse – spesialisthelse-tjenestenivå.
- Forebygger og legger kommunene til rette for minst mulig bruk av tvang overfor utviklingshemmede?
- Forebygging på spesialisthelsetjenestenivå.

Evalueringen viste at mangel på kompetanse er stor i de fleste kommuner. Dette ble påpekt av både kommunene som ble intervjuet, fylkesmannen og habiliteringstjenesten. Dette dreier seg både om formell fagkompetanse, opplæring og veiledning av personalet i boligene, og saksbehandlingskompetanse. Kommunene søker om dispensasjon fra kompetansekravene som stilles i lovverket og evalueringen viste at det er en stor utfordring å få ned antall dispensasjoner. Videre viste evalueringen at det var behov for bedre rutiner når det gjaldt saksbehandling og internkontroll og forankring av loven på alle nivå i kommunene. Evalueringen trakk videre fram en rekke problemstillinger i forhold til samarbeid mellom de ulike instansene, rolleavklaring, samarbeid med pårørende m.m. Informantene i evalueringen mente at loven har bidratt til at bruken av tvang og makt overfor denne gruppen har gått betydelig ned de siste årene, bedre rettsikkerhet og at den har bidratt til økt fokus på forebygging og begrensning av bruk av tvang og økt refleksjon blant ansatte i tjenestene. De viktigste av områdene som rapporten pekte på har vært gjenstand for oppmerksomhet i planperioden, se pkt. 4.10.1 nedenfor.

4.10.1.2 **Kompetanseløftet – Mitt livs ABC - Tilskuddsmidler**

På bakgrunn av St.Meld 45 (2012 – 2013) Frihet og likeverd fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide «Mitt livs ABC», et opplæringsmaterieell for alle som yter tjenester til personer med utviklingshemming. «Mitt livs ABC» skal være etter modell av demensomsorgens ABC, og er en del av Kompetanseløftet 2015. Materiellet utvikles av Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Formålet er å styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming, særlig hos ufaglærte. Som del av arbeidet med kompetanseløftet har Helsedirektoratet også utlyst tilskuddsmidler til kompetansehevende tiltak i tjenester til personer med utviklingshemning i planperioden.

Prosjekter som vurderes å kunne styrke fag- og tjenesteutvikling og/eller kompetanseheving i tjenestene, og prosjekter med nasjonal overføringsverdi, har vært prioritert.

4.10.1.3 [Utredning om kompetansesituasjonen og dispensasjonssøknader](#)

Helsedirektoratet har utredet forholdet mellom lovens utdanningskrav og kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming (kompetanseutredningen). Utredningen ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet mai 2014, og inneholdt en rekke forslag til tiltak. Med bakgrunn i rapportens funn fikk Helsedirektoratet i september 2014 oppdrag å følge opp rapporten på flere måter, blant annet klargjøre forståelsen av regelverket av utdannings- og kompetansekravene ved bruk av tvang eller makt etter hol. kapittel 9 og utvikle registreringsverktøyet NESTOR og registreringspraksis i samarbeid med Helsetilsynet. Dette arbeidet er dels utført, og dels pågår det fortsatt.

4.10.1.4 [Kartlegging av situasjonen knyttet til diagnosekriteriet i kapittel 9](#)

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å kartlegge bruk av tvang overfor personer som ikke har diagnose psykisk utviklingshemming, og heller ikke faller inn under noe annet tvangsregelverk i helseretten. Helsedirektoratet gjennomførte kartleggingen gjennom å innhente informasjon fra sentrale aktører på området. Det ble sendt brev til bl.a. landets fylkesmenn, landets regionale helseforetak, utvalgte kommuner og aktuelle brukerorganisasjoner, hvor de ble bedt om å besvare 13 konkrete spørsmål ut fra den kunnskap og erfaring de besitter i kraft av sine roller. Resultatet av kartleggingen med direktoratets anbefalinger er formidlet til departementet i brev av 1.10.2015.

4.10.1.5 [Nytt rundskriv IS-10/2015 til kapittel 9](#)

Helsedirektoratet utga i 2015 et nytt rundskriv til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Det nye rundskrivet inneholder etterspurte klargjøringer av hvordan regelverket skal forstås, og utdyper forståelsen av de vilkår og øvrige krav som, herunder utdanningskravene og krav til kompetanse ved gjennomføringen av tiltak med tvang eller makt, som nevnt under pkt. 1.1.1.3 over.

4.10.1.6 [Kartlegging og vurdering av bruk av mageleie](#)

Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag å kartlegge og vurdere praksis med bruk av mageleie i forbindelse med utførelse av tvangstiltak. Et notat inneholdende kartlegging og vurdering ble oversendt til departementet ved brev av 9.8.2013.

4.10.1.7 Oppstart av Fagskole for utviklingshemning og aldring ved Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse

Utviklingshemning og aldring ble startet som et statlig finansiert [utviklingsprogram i 2004](#) og ble videreført som en permanent fagenhet i 2008 ved Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse. Fagenheten har en visjon om å være en ledende kompetansetjeneste i Norge innen forskning og utviklingsarbeid, kompetanseformidling og tjenesteutvikling for eldre med utviklingshemning^[1]. Høsten 2013 startet de opp Fagskole for utviklingshemning og aldring, en deltidsutdanning over to år for helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere. Fagskolen tok opp 21 studenter høsten 2016 og har 15 underveis i løpet fra før.

4.10.1.8 Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming - NAKU

NAKU ble opprettet av Sosial- og helsedirektoratet i 2006 og er statlig finansiert gjennom årlige [tilskuddsbrev](#) fra Helsedirektoratet. Kompetansemiljøet er landsdekkende, og er i dag administrativt lagt til NTNU. NAKU er gitt i oppgave å være et knutepunkt for utvikling av tjenestene som ytes til personer med psykisk utviklingshemming og formidle relevante fagressurser blant annet i en [kunnskapsbank](#), som kan brukes som støtte og veiledning i daglig arbeid og undervisning, og som fungerer som en veiviser til kunnskap om tjenester til personer med utviklingshemming, med artikler, filmer, lenkesamlinger og annet innhold knyttet til de aller fleste temaene NAKU har befatning med. NAKU skal videre knytte etater, forskningsinstitusjoner og miljøer fra både første- og andrelinjetjenesten sammen, slik at fagkompetansen kommer utviklingshemmede til gode. NAKU gir ut temaheftet «Utvikling» fire ganger i året.^[2]

4.10.1.9 Utviklingshemming og aldring

Utviklingshemning og aldring ble startet som et statlig finansiert utviklingsprogram i 2004 og ble videreført som en permanent fagenhet i 2008 ved Nasjonal helsetjeneste for Aldring og helse. Fagenheten har en visjon om å være en ledende kompetansetjeneste i Norge innen forskning og utviklingsarbeid, kompetanseformidling og tjenesteutvikling for eldre med utviklingshemning⁶⁷.

Høsten 2013 startet de opp Fagskole for utviklingshemning og aldring, en deltidsutdanning over to år for helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere.

⁶⁷ <http://www.aldringoghelse.no/startside/utviklingshemning>

4.10.2 Vurdering

Tilbakemeldinger fra fylkesmennene og et avsluttet landsomfattende tilsyn viser at rekruttering og manglende kompetanse fortsatt er et problemområde innenfor de kommunale tjenestene til personer med utviklingshemming. Dette er derfor et arbeid som vil uten tvil vil fortsette i årene fremover. Det fokuset som har vært på blant annet dette i planperioden, har også medført nedsettelse av et offentlig utvalg som i 2016 la frem rapporten På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming (NOU 2016:17) At Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse fikk etablert et eget fagområde for utviklingshemning og aldring har bidratt – og vil fortsatt bidra til forskning, fagutvikling og kompetanseheving på området. Videre er det nedsatt et offentlig utvalg som skal se på tvangsregelverkene i helselovgivningen i sammenheng. «Mitt livs ABC» (pkt. 1.1.1.2) vil bidra til mer systematisk opplæring av ansatte i tjenester til utviklingshemming i kommunene. Dette startet opp høsten 2016, og vil være en viktig satsing fremover.

4.11 Nevroplan 2015

Nevroplan 2015 er en delplan til Omsorgsplan 205 og er omtalt i sin helhet i kapittel 10 i denne rapporten.

5. RESULTAT AV STRATEGI OM AKTIV OMSORG

I dette kapittelet omtales resultater av tiltak for å imøtekomme at Regjeringen med Omsorgsplan 2015 ville legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

Resultater av strategien er blant annet at tiltakene videreutdanning for støttekontakter og «Fritid for alle» konferansen for å bidra til mer aktiv omsorg har bidratt betydelig til at fagfeltet har utviklet seg i de siste årene. Antallet sertifiserte livsgledesykehjem har økt i planperioden. Det har i planperioden vært en økning i antall kommuner som har fått tilskudd til Den kulturelle spaserstokken.

Tilskuddsordningen for å styrke ernæringskompetansen viste at kunnskapsnivået og fokus på ernæring er økt i perioden. Men tall fra Helsetilsynet i 2010 viste at to av tre sykehjem har avvik på ernæringsområdet. En oppfølgingsrapport fra 2013 viser at tilsynet har virket bevisstgjørende, men at det fortsatt bare er omlag halvparten av helsepersonellet som rapporterer at de har skriftlige rutiner vedrørende ernæringsstatus og at det fortsatt er et stort behov for kompetanse.

Det er gjennom Kompetanseløftet skapt større faglig bredde innen det pleiefaglige perspektivet. Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015 viser samtidig at kommunene tilbyr beboerne få aktivitetstilbud.

5.1 Kort om strategien

Slik begrunnes strategien om Aktiv omsorg i Stmeld.nr25 (2005-2006):

«Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. I tillegg til Kompetanseløftet 2015, med satsing på et bredere spekter av utdanningsgrupper, er de sentrale tiltaksområdene: presisering av kommunens ansvar for

sosiale tiltak og forebyggende aktiviserings- og velferdstiltak, mat og måltider og tiltak for forebygging og behandling av underernæring og utjevning av sosialt betingede helseforskjeller, kultur og omsorg, aktivitet og transport for eldre og personer med funksjonsnedsettelse.» Aktiv omsorg er satsingsområde i Omsorg 2020.

«Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren.»

5.2 Klarere ansvar for aktivitet og sosiale tiltak

5.2.1 Formål og hensikt

Klargjøring av kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp, også får mulighet til å leve og bo selvstendig, kom bl.a. i form av Rundskriv I-5/2007 68 «Aktiv omsorg - sentral del av et helhetlig omsorgstilbud». Rundskrivet belyser hvordan kultur, aktivitet og trivsel er sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Det påpekes at dette også gjelder for dem som er innlagt i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven. Rundskrivet retter oppmerksomheten mot behov for individuelle tiltak, forebygging av avlastning og generelle aktivitetstiltak av ulik art. Det ble understreket at tjenestene var kommet til kort på området kultur, aktivitet og trivsel; og at det trengtes større faglig bredde og flere profesjoner blant tjenesteyterne. Omsorgsplan 2015 inneholder flere referanser til det den gang kommende rundskrivet.

Hensikt med tiltakene:

- Utbedre mangler på området kultur, aktivitet og trivsel spesielt for tjenestemottagere med store bistandsbehov.
- Forebygging og avlastning for å utsette innleggelse i institusjon og avlaste pårørende.
- Generelle velferds- og aktivitetstiltak for alle som trenger det nevnes også.

I følge Stortingsmeldingen bør kulturtiltak ha sin naturlige plass i omsorgstjenesten.

Konkrete tiltak for å bidra til mer aktiv omsorg har vært bl.a.:

- Videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige ved Høgskolen i Bergen

⁶⁸ IS-1775 Årsrapport 2008 til Omsorgsplan 2015, Helsedirektoratet, januar 2010.

- Fritid-for-alle-konferansen, et samlingssted for de som arbeider med støttekontaktvirksomhet, avlastning og tilrettelagt fritid
- Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse og nettsiden www.aktivung.no – i drift siden 2012.
- Nettsidene www.fritidforalle.no, www.fritidmedmening.no, og www.fritidmedbistand.no

I tillegg henvises til kapittel 6.8 og kapittel 8 for beskrivelse av tiltakene Aktivitet for seniorer og eldre, og dagaktivitetstilbud til personer med demens.

«Fritid for alle konferansen» ses som en viktig møteplass med faglig påfyll og inspirasjon for fagfolk som arbeider med tilrettelegging av tjenester som støttekontakt og avlastning

Tiltak i Meld.St.29 Morgendagens omsorg er:

- opprettelse av Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg
- øremerket tilskudd til arbeidet stiftelsen Livsglede for eldre gjør for livsgledesertifisering av sykehjem og annet utviklingsarbeid.

5.2.2 Resultater

5.2.2.1 Videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlaster og frivillige.

Videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlaster og frivillige ved Høgskolen i Bergen. Personer fra alle fylkeskommuner har gjennomgått videreutdanningen. Et problem har hele tiden vært frafall blant studentene, først ved begynnelsen av studiet, så ved oppmelding til eksamen og så ved at en del ikke har bestått eksamen. Ca 20-30 har bestått hvert år. Det er ingen uavhengig sluttevaluering av videreutdanningen.

5.2.2.2 Fritid-for-alle-konferansen

Konferansen er blitt arrangert i 12 år (siste gang i 2015) med noe over 100 deltagere hvergang. Konferansen ses som en viktig møteplass med faglig påfyll og inspirasjon for fagfolk som arbeider med tilrettelegging av tjenester som støttekontakt og avlastning. I tillegg har konferansen fungert som rekrutteringsarena for videreutdanningen i veiledning

og organisering av støttekontakter, avlaster og frivillige, som Helsedirektoratet har støttet med midler siden 2002⁶⁹.

5.2.2.3 Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse og flere nye nettsider (se nedenfor) har bidratt til utforming av særlige aktivitetstilbud og til mulighet for bedre utnytting av disse.

Fire nettsider er opprettet:

- www.fritidforalle.no er et nasjonalt informasjons- og kontaktpunkt for fagfeltet støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse
- www.fritidmedmening.no er en informasjons- og opplæringsressurs for støttekontaktvirksomhet
- www.fritidmedbistand.no er en presentasjon av metoden Fritid med Bistand
- www.aktivung.no er kompetansetjenestens egen nettside.

5.2.2.4 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg ble opprettet i 2014 (formelt åpnet 2015) og skal arbeide for metodeutvikling på helse- og omsorgsfeltet gjennom bruk av kulturelle virkemidler, mer verdighet i omsorgstjenesten, god ressursbruk og økt interesse for omsorgsyrkene. Samspillet mellom forskning, utdanning og praksisutvikling skal ivaretas. Kompetansesenteret er et formalisert partnerskap mellom fem deltagere og har arbeidet med nettverksbygging, kunnskapsspredning og – utveksling, forskjellige prosjekter tilpasset bestemte diagnosegrupper (parkinsonisme, demens); det er avholdt fagdager, seminarer og andre samlinger. Det er tilknyttet diverse fagpersoner som danseterapeut, lege, musikkterapeut, musikere osv. over tid eller til bestemte prosjekter. Det er utarbeidet videreutdanning «Kultur og helse» (7.5 stp). Kompetansesenteret har også fått i oppdrag (knyttet til kompetanseløftet) fra Helsedirektoratet å utvikle og implementere et opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB), som nå er satt i gang.

5.2.2.5 Livsglede for eldre

Stiftelsen Livsglede for eldre har i begynnelsen av perioden arbeidet mye med nettverks- og relasjonsbygging. Det er opprettet kontakt og avtaler med bl.a. næringsliv, frivillige organisasjoner, barnehager, skoler, fylkeskommuner og primærkommuner. Samarbeidet har

⁶⁹ Fra rapportering 2008 til Helsedirektoratet

bidratt til at arbeidet har blitt bedre kjent. Flere kommuner har ansatt livsgledekonsulent/-koordinator.

Livsglede-sertifiseringsordningen ble ferdig utviklet i 2012. Året 2013 brukte stiftelsen til å kvalitetssikre og konsolidere arbeidet mer enn til å gå videre med nye prosjekter. Slik gikk organisasjonen fra å være i en gründerfase til å bli en organisasjon som kunne tåle vekst og større utbredelse på alle områder. I 2014 utkom evalueringen «Veien mot å bli et livsgledesykehjem» utført av Senter for omsorgsforskning (Rapportserie nr. 10/2014). Det ble ansatt flere personer i stiftelsen for å arbeide bl.a. med livsgledesertifiseringen. Et nasjonalt styringsråd for implementering av sertifiseringen møttes en-to gg/år, rådet har medlemmer bl.a. fra stiftelsen, fylkeskommunene, fylkesmennene, Verdighetsenteret, et stort sykehjem, Fagforbundet og sykepleierforbundet. Helsedirektoratet er til stede på rådsmøtene med en observatør. I 2015 utga stiftelsen sammen med Trondheim kommune «En følgestudie av Livsgledepraksis for 1.års sykepleierstudenter» om livsgledesykehjem som rekrutteringsarena. Antallet sertifiserte sykehjem økte fra 4 (i 2011) til 25 i 2015.

Stiftelsen arrangerer en årlig konferanse, som i 2014 hadde 160 deltagere.

5.2.3 Vurdering

Etableringen av Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg har bidratt til metode- og kvalitetsutvikling gjennom samhandling. De mange nettverksaktivitetene, seminarer, fagdage og opplæringsprogrammet MMB (musikkbasert miljøbehandling) har bidratt til spredning av miljøterapeutiske metoder. Det er behov for å dokumentere implementering av sang, dans og andre kulturuttrykk i en helse- og omsorgsfaglig ramme både med kvalitative og kvantitative metoder. Kompetansesenteret arbeider videre med å systematisere dokumentasjonen innhentet fra ulike institusjoner.

Når det gjelder Livsglede for eldre, skulle 70 % av landets sykehjem ha fått tilbud omsertifisering innen 2020 (i følge opprinnelig utrullingsplan, sendt HOD fra Helsedirektoratet ved brev av 14.10.13). Denne planen er modifisert pga. manglende finansiering, slik at stiftelsens ambisjon nå er 50 %. Progresjonen i sertifiseringen synes lavere enn den burde være når vi tar i betraktning at 50 % av landets sykehjem skal i prosess for sertifisering innen 2020.

5.3 Den kulturelle spaserstokken

5.3.1 Formål

Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirkedepartementet har samarbeidet om Den kulturelle spaserstokken. Tiltaket startet i 2007 og en oppfølging av St.meld. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Det skal stimulere til økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgstjenesten gjennom finansiering av konkrete kulturaktiviteter. Ved å bruke eksisterende infrastruktur og samarbeide med lokale ressurser er det mulig å finne gode løsninger uavhengig av kommunens størrelse.

5.3.2 Resultater

I perioden 2009-2014 ble det bevilget penger over både Kulturdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets budsjetter, økende fra 20 mill. kroner i 2009 til 30,8 mill. i 2014. Nærmere 400 kommuner har nytt godt av tilskuddet.

Fra 2015 bevilges midlene kun over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Samtlige søknader er vurdert av Kultur- og kirkedepartementet ut fra en helhetsvurdering, der det særlig er lagt vekt på kunstnerisk/kulturfaglig kvalitet og profesjonalitet i utøvelse og formidling. Antall eldre i kommunene blir også tillagt vekt f.o.m. 2013. Helsedirektoratet har pr. i dag ikke oversikt over resultatene i kommunene som har fått midler fra tiltaket.

5.4 Mat og måltider

5.4.1 Formål

Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både i sykehjem og hjemmetjeneste⁷⁰. Pasienters ernæringsstatus skal vurderes, følges opp og dokumenteres. Dette er en nødvendig del av det kliniske undersøkelses-, pleie- og behandlingstilbudet. For å tilberede og servere gode måltider og rett mat til rett pasient trengs det kompetanse, samarbeid, ledelse og tydelig arbeidsfordeling. Hvis bruker overføres til et annet helsetjenestenivå må ernæringstiltak bli dokumentert og overført.

Erfaringer fra sykehjem som har mattilbud i tråd med Kosthåndbokens anbefalinger viser at det blir mer ro rundt måltidene, pasienter fikk bedre ernæringsstatus, de som trengte hjelp til mating fikk dette uten å måtte vente unødig, og færre pasienter var urolige og våkne på nattestid.

⁷⁰ St.meld.nr 25, side 99

5.4.2 Resultater

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt i 2009.

Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten - ble utgitt i 2012. Kosthåndboken er et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet. Den er blitt trykket opp i over 50 000 eksemplarer og det har vært stor etterspørsel etter den.

Det ble i perioden 2011-2015 gjennomført en tilskuddsordning for å styrke ernæringskompetansen. Flere av prosjektene legger til rette for gode mat- og måltidstilbudⁱⁱ. Erfaringer fra sykehjem som har mattilbud i tråd med Kosthåndbokens anbefalinger viser at det blir mer ro rundt måltidene, pasienter fikk bedre ernæringsstatusⁱⁱⁱ, de som trengte hjelp til mating fikk dette uten å måtte vente unødige, og færre pasienter var urolige og våkne på nattestid^{iv}. Erfaringene fra tilskuddsordningen viser at kunnskap om og oppmerksomhet rundt ernæring er økt i perioden. En erfaringskonferanse ble avholdt i mars 2015 med tilskuddsmottakerne.

Det er gjennomført flere spørreundersøkelser om mat og måltider i sykehjem og hjemmetjenester i perioden 2007-2015. En nasjonal spørreundersøkelse om mat og måltider blant helsepersonell og ledere i sykehjem publisert i 2015 viste at en av fire sykehjem verken serverer tidlig frokost eller sen kvelds, og de fleste serverer middagen midt på dagen. Det er mye som tyder på flere sykehjem serverer kun tre hovedmåltider per dag, og det er sannsynligvis for lite til å kunne dekke dagens behov for energi og næringsstoffer, uavhengig av når middagen serveres^v.

En brukerundersøkelse blant beboere på alle sykehjem i Østfold fylke i 2010 viste at tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid neste dag var for lang. 23 % svarte at de fikk servert frukt daglig, og flere ønsket seg et bedre tilbud. Over en fjerdedel (26 %) så ikke fram til måltidet med glede. Beboerne fikk i liten grad være med på i aktiviteter knyttet til måltid.

Tall fra Helsetilsynet i 2010 viste at to av tre sykehjem har avvik på ernæringsområdet. En oppfølgingsrapport fra 2013 viser at tilsynet har virket bevisstgjørende. Likevel rapporterer fortsatt bare omlag halvparten av helsepersonellet at de har skriftlige rutiner vedrørende ernæringsstatus. Oppfølgingsrapporten viser også at det fortsatt er et stort behov for kompetanse. Per august -16 er det tomt for Kosthåndboken på lager og hele 50 000 bøker er distribuert ut til ulike kommuner og høgskoler. To av de mest sentrale kapitlene fra Kosthåndboken (god ernæringspraksis og ansvarsfordeling) er tilrettelagt på Helsedirektoratets nettsider.

5.4.3 Vurdering

Vi mangler effektive virkemidler for å implementere et fullverdig og forsvarlig mattilbud i offentlige institusjoner i Norge til tross for at vi har en nasjonal veileder i ernæringsarbeid (Kosthåndboken). Som veileder i praksis har Kosthåndboken lite normerende kraft. I 1995 hadde anbefalingene status som retningslinjer.

Det mangler nasjonale krav til ernæringsmessig kvalitet i offentlige anbud.

I dag skjer matserveringen hovedsakelig enten ved hjelp av kok/kjøl eller kok/server. I begge tilfellene er det viktig at det er mat- og kjøkkenfaglig kompetanse i siste leddet. Det er ikke per i dag formelle kompetansekrav for alle som håndterer mat.

Som det fremkommer av flere kartlegginger og erfaringer fra tilskuddsordningen knyttet til ernæringskompetanse, så er verktøy og kurs nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å møte alle pleie- og omsorgstjenestenes ønsker og behov. For å veilede og sikre oppfølging av individuelle ernæringsbehov trengs det fagkompetanse/spesialkompetanse i ernæring. Beboere og pårørende bør også involveres mer i mat- og måltidsplanleggingen.

5.5 Aktivitet ved større tverrfaglig bredde

5.5.1 Formål

Sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak krever større tverrfaglig bredde i omsorgstjenesten med større rom for faggrupper som aktivitører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosialarbeidere og pedagoger. I meldingen ble det pekt på de mulighetene 10 000 nye årsverk gir til å utvide omsorgstjenestens faglige repertoar, og med Kompetanseløftet ble det lagt til rette for at kommunene kunne rekruttere flere faggrupper som kan stimulere til økt aktivitet i omsorgstjenesten.

5.5.2 Resultater og vurdering:

Evaluering av Kompetanseløftet 2015 viser at målsetting om å skape større faglig bredde er nådd. Det er skapt større faglig bredde innen det «pleiefaglige perspektivet». Flere har fått utdanning i miljøarbeid og ansatte med høgskoleutdanning har tilegnet seg økt kompetanse i rehabilitering. Miljøarbeidere kan ifølge evalueringsrapporten (Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016) være en ny yrkesgruppe som peker seg ut på kommunenes behovsliste, i tillegg til ernæringsfysiologer og personell med spesialisering i alderspsykiatri. På den annen side er antall aktivitører i tjenestene redusert og få kommuner har prioritert å sende ansatte på opplæring i aktiv omsorg. Dette til tross for at mange kommuner har oppgitt at de har behov denne type kompetanse.

I resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015⁷¹ fremkommer det at innenfor temaet sosiale og kulturelle tilbud har de fleste sykehjemmene tradisjonelle aktivitetstilbud som høytlesing, sang, musikk og gudstjeneste. Omkring halvparten av kommunene tilbyr en eller annen form for aktivitet fem dager i uka. Resultatene viser at kommunene tilbyr beboerne relativt få aktivitetstilbud, men at volumet av aktivitetstilbud varierer mellom sykehjem.

Flere har fått utdanning i miljøarbeid og ansatte med høgskoleutdanning har tilegnet seg økt kompetanse i rehabilitering. På den annen side er antall aktivitører i tjenestene redusert og få kommuner har prioritert å sende ansatte på opplæring i aktiv omsorg.

⁷¹ Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Faglig sluttrapport. September 2015

6. RESULTAT AV STRATEGI OM PARTNERSKAP MED FAMILIE OG LOKALSAMFUNN

I dette kapittelet omtales resultater av tiltak innenfor omsorgsplanen for å imøtekomme og å legge til rette for at omfanget av frivillig omsorg blir opprettholdt og styrket. Omsorgsplan 2015 med strategien om partnerskap og Omsorg 2020 med «Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk» er overlappende med hensyn til formål og aktiviteter. Det er derfor naturlig å omtale resultatene samlet her. Resultatene er blant annet:

Arbeids- og sosialdepartementet har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet forslag om å utvide pleiepengeordningen ved å inkludere grupper som i dag faller utenfor. Dette gjelder barn som ikke er livstruende eller svært alvorlig syke, men som har kontinuerlig pleiebehov og barn med varig sykdom. Samtidig foreslås det forenklinger i regelverket.

Veilederen om pårørende i helse- og omsorgstjenesten er et tiltak innenfor pårørendeprogrammet. Samtidig er veilederen et tiltak for å styrke arbeidet med barn som pårørende og bidra til implementering av helsepersonelloven § 10a som omhandler Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Tilskuddsordningen «Helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgs-oppgaver» stimulerer til utvikling av kommunale modeller som bidrar til å opprettholde pårørendeinnsatsen på dagens nivå og forebygge, styrke kvalitet og legge til rette for likestilling mellom kjønnene.

Tilskuddsordningen «Aktivitet for seniorer og eldre» har bidratt til igangsetting av en rekke prosjekter over hele landet. Ordningen har vært rettet mot å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre, enten gjennom utvikling/videreutvikling av egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjoner. Hensikten har vært å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning.

6.1 Kort om strategien

Slik begrunnes strategien om partnerskap med familie og lokalsamfunn i St.meld.nr. 25 (2005-2006):

«Regjeringen mener det er avgjørende å legge til rette for at omfanget av frivillig omsorg blir opprettholdt og styrket. Politikken må være forankret i et likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner.

Framtidas omsorgstjenester kommer til å bli utformet i møtet mellom den formelle og uformelle omsorgen, mellom hjemmet og institusjonen, mellom familien og omsorgstjenesten. Dette samspillet kan imidlertid ta nye former, og oppgavefordelingen kan bli endret. Den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Samfunnets omsorgstilbud ville derfor trolig bryte sammen om den frivillige omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Tallet på potensielle omsorgsytere vokser ikke i takt med tallet på eldre med behov for omsorg fram mot 2030. Derfor vil familieomsorgen i framtida utgjøre en mindre andel av den samlede omsorgen.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for familiens mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og eldre. I tråd med arbeidslinja i velferdspolitikken, forutsetter dette ordninger som forsterker en utvikling der både kvinner og menn kan kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og eldre. Dette kan først og fremst skje ved bedre rammevilkår for de som står i frivillig omsorgsarbeid. Regjeringen vil peke på noen elementer som bør inngå i et slik «partnerskap», som tilbud til de som står i krevende frivillig omsorgsarbeid.»

Tiltak beskrevet i Omsorgsplan 2015 for å gjennomføre strategien er tiltak som gjør det lettere å kombinere arbeid med omsorgsoppgaver, åpne sykehjem, avlastning og dagtilbud, utbygging av frivilligsentraler og eldresentre, samt forebyggende tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning.

6.2 Åpne sykehjem, avlastning og dagtilbud

Tiltak for å øke dagaktivitetstilbud og avlastningskapasitet har vært ett av innsatsområdene i Demensplanen og er nærmere omtalt i kapittel 8.5 i denne rapporten.

6.3 Permisjonsordninger og økonomiske ordninger for pårørende

Omsorgsplan 2015 beskriver hvordan Regjeringen vil nå se nærmere på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer, å fortsette å stå i arbeid.

Kaasa-utvalget ble oppnevnt 25. juni 2010. Utvalget ble bedt om å utrede i hvilken grad og på hvilken måte familier med omfattende omsorgsoppgaver kan kompenseres økonomisk. Utvalget leverte sin utredning NOU (2011:17) «Når sant skal sies om pårørende» i 2011.

Arbeidet med permisjonsbestemmelser, styrket pårørendestøtte (Prop. 49 L (2016–2017) og økonomiske ordninger er videreført i Omsorg 2020 og «Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk».

Som følge av Kaasa-utvalgets innstilling, sendte Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) forslag til endringer i reglene om rett til pleiepengar ved syke barn etter folketrygdloven på høring 9. september 2015. ASD foreslår å utvide pleiepengeordningen ved å inkludere grupper som i dag faller utenfor. Dette gjelder barn som ikke er livstruende eller svært alvorlig syke, men som har kontinuerlig pleiebehov og barn med varig sykdom. Samtidig foreslås det forenklinger i regelverket. Videre foreslås det en utvidet generell øvre aldersgrense på 18 år. Det foreslås at pleiepenger skal ytes med 100 pst. inntektskompensasjon i 260 dager (ett år) og 66 pst. kompensasjon i 1040 dager (fire år). I tillegg foreslås det å gjøre ordningen mer fleksibel ved øke graderingsmuligheten til 20 pst. slik at det skal bli lettere å kombinere pleieoppgaver og yrkesdeltagelse.

6.4 Håndbok til pårørende

Omsorgsplan 2015 beskrev utarbeidelse av en håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunene som et tiltak som skulle fungere som veileder både for tjenestemottaker og familie/pårørende. Den skulle gjøre rede for rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen, og å gi praktiske anvisninger på hvordan man kan forholde seg til omsorgstjenestens forvaltning, for eksempel ved søknader, vedtak og klagebehandling.

«Håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunen» blir høsten 2016 erstattet med pårørende informasjon på www.helsenorge.no.

6.5 Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

Veilederen om pårørende i helse- og omsorgstjenesten er et tiltak innenfor «Programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk». Veilederen er en videreføring av veilederen «Pårørende – en ressurs» (IS-1512), og erstatter denne. Samtidig er veilederen et tiltak for å styrke arbeidet med barn som pårørende og bidra til implementering av helsepersonelloven

§ 10a som omhandler Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Forslag til veileder ble sendt på høring i juni 2016, med høringsfrist i september 2016. Forventet ferdigstillelse i desember 2016.

Målet med veilederen er at:

- Pårørende blir involvert i helse- og omsorgstjenesten til beste for pasienten
- Barn og ungdom som pårørende blir fanget opp tidlig og får nødvendig informasjon og oppfølging
- Voksne pårørende med omsorgsoppgaver og/eller store belastninger tilbys individuelt tilpasset støtte og avlastning, opplæring og veiledning. Dette gjelder særlig pårørende med tyngende omsorgsoppgaver.

Veilederen henvender seg til følgende målgrupper:

- Ansatte i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som kommer i kontakt med pasienter, brukere og deres pårørende, inkludert ansatte i helse- og omsorgstjenesten i fengsler og ansatte i private virksomheter og avtalespesialister som inngår i fritt behandlingsvalg
- Ledere, beslutningstakere, fagansvarlige og andre i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i spesialisthelsetjenester som har ansvar for å utvikle rutiner eller gi opplæring

6.6 Tilskuddsordning «Utvikling av helhetlige tilbud til pårørende»

Målet med tilskuddsordningen «Helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver» (ca. 8 millioner kroner per år) er å utvikle kommunale modeller som:

- bidrar til å opprettholde pårørendeinnsatsen på dagens nivå og forebygge helseproblemer hos pårørende gjennom å møte pårørendes egne behov og forbedre pårørendes situasjon
- synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver gjennom f.eks. avlastning, opplæring, råd- og veiledning, sosiale nettverk, omsorgslønn, mm.

- styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet til tjenestemottaker gjennom systematisk samarbeid med den uformelle omsorgen (pårørende og frivillige organisasjoner)
- legger til rette for likestilling mellom kjønnene

Siden oppstart har ca 28 millioner kroner blitt fordelt på i underkant av 40 prosjekter. 26 kommuner fikk tilskudd til pågående eller nye prosjekter i 2016.

Utviklingsprosjektene gjelder pårørende til barn, unge, voksne og eldre med alvorlig somatisk sykdom, funksjonsnedsettelser, utviklingshemming og/eller psykiske og sosiale problemer. De fleste prosjektene konsentrerer seg om én pårørendegruppe, som pårørende til personer med demens, foreldre til barn med funksjonshemming, pårørende til personer med psykiske lidelser.

Prosjektene dreier seg blant annet om utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser.

Prosjektene dreier seg blant annet om utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser.

Enkelte prosjekter omfatter flere pårørendegrupper, som etablering av en generell pårørendekoordinator/ pårørendesenter (Sandefjord, Larvik og Stavanger), og arbeid med en generell kommunestrategi for helhetlig støtte til pårørende (Naustdal). Andre tiltak er trygghetsskapende tiltak som nettverk, selvhjelpsgrupper, kontakttelefoner og bruk av nyere sosial teknologi og medier.

8-10 prosjekter har forsinket oppstart, ofte fordi det tar tid å ansette prosjektleder og av andre grunner. Rekruttering av pårørende til utprøving av tilbud beskrives også som en utfordring i et par av prosjektene.

I vurderingene av søknadene har Helsedirektoratet lagt vekt på at ulike pårørendegrupper er representert og at prosjektene har nasjonal overføringsverdi. Helsedirektoratet arrangerer en årlig kommunesamling for de kommunene som får tilskudd. Gode prosjekter og erfaringer skal deles underveis i arbeidet og etter hvert formidles og spres.

6.7 Frivilligsentraler

6.7.1 Formål

Målet til frivilligsentralene er å legge til rette for lokalt engasjement og skape gode vilkår for frivillig innsats lokalt.

6.7.2 Resultat

Kulturdepartementet har forvaltningsansvaret for frivilligsentralene og henviser til institutt for samfunnsforskning for kunnskap om resultat av frivilligsentralene. Frivilligsentralene har stort sett vært en suksesshistorie, fremgår det av en rapport fra 2010⁷². De oppsto tidlig på 1990-årene som en forsøksordning. Mens det i starten var rundt 90 frivilligsentraler, er det i dag ca. 340, fordelt på 267 kommuner. Frivilligsentralene har ingen samlende identitet, og mangler generelle retningslinjer for hva de skal være i fremtiden, hevdes det i rapporten. Det konstateres at det ikke finnes noen entydig utgang på dilemmaene. Det finnes ingen standardløsninger som passer for alle, hver enkelt sentral må vurdere hvilken rolle den skal innta i det lokale mangfoldet av sivile aktører, fremgår det av rapporten.

6.8 Aktiv omsorg og eldresentre «Aktivitet for seniorer og eldre»

6.8.1 Tiltakets hensikt og mål

Stortingsmeldingen⁷³ nevner sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, og sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utvikle sosiale nettverk og fellesskap blant de forebyggende tiltakene som kan bidra til å kutte toppen av framtidig omsorgsbehov og fordele kostnader over de neste 15-20 årene. Eldre- og seniorsentra er allmenforebyggende tiltak som motvirker ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning. Bevilgning til utvikling av tiltak i eldre- og seniorsentre kom over revidert statsbudsjett for 2013. Forslaget innebar en økning av daværende tilskudd til aktiv omsorg, slik at det fra og med 2013 også inkluderte midler til utvikling av ulike prosjekter til aktivitet i eldre- og seniorsenter⁷⁴.

En egen tilskuddsordning, «Aktivitetsentra for seniorer og eldre» nå «Aktivitet for seniorer og eldre», ble derfor opprettet i 2013 og bevilgning til tilskudd har kommet over statsbudsjettet årlig etter det. I 2015 ble det til sammen bevilget 19,8 mill. kroner fordelt på 63 ulike aktivitetsprosjekter rundt i hele landet. Formuleringen av formålet med tilskuddsordningen har blitt noe revidert siden 2013, men hovedmålet er å motvirke

⁷² Rapport (2010:013) Oslo: Institutt for samfunnsforskning (2010)

⁷³ St.meld.nr.25 (2005-2006) side 94

⁷⁴ http://www.statsbudsjettet.no/upload/Revidert_2013/dokumenter/pdf/prop149.pdf

ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser.

Stortingsmelding 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen⁷⁵ og stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg⁷⁶ vektlegger aktiv og sunn aldring, og tilskuddsordningen er en oppfølging av intensjonene i disse stortingsmeldingene (fra Regelverket for tilskuddsordningen i 2013). Tilbudene skal være helsefremmende, forebyggende lavterskeltilbud og ikke stille krav om enkeltvedtak for deltakelse.

6.8.2 Resultat

I perioden fra tilskuddet ble opprettet frem til og med 2015 har 108 prosjektet fått innvilget tilskudd, og noen prosjektet har fått innvilget tilskudd over flere år. Av alle har om lag 70 % vært prosjekter hvor kommuner har stått som søker. Det har i løpet av perioden vært ulike prioriterte prosjekttyper, som:

- systematisk samarbeid mellom kommunen og frivillige/ideelle organisasjoner,
- utviklingsprosjekter med læringsverdi for andre,
- prosjekter som stimulerer til brukermedvirkning, og
- prosjekter som bidrar til rekruttering av yngre seniorer/nye pensjonister til aktiviteter/frivillig innsats.

Tilskuddsordningen har hatt i underkant av 550 søknader i perioden 2013-2015. Om lag 100 prosjekter er igangsatt over hele landet etter innvilget tilskudd. Ordningen har vært rettet mot å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre.

6.8.3 Vurdering

Tilskuddsordningen har hatt i underkant av 550 søknader i perioden 2013-2015. Om lag 100 prosjekter er igangsatt over hele landet. Ordningen har vært rettet mot å skape møteplasser som er åpne for alle seniorer og eldre, enten gjennom utvikling/videreutvikling av egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjoner. Hensikten har vært å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning. Tilskuddsordningen er en forholdsvis ny ordning og er foreløpig ikke evaluert, så grad av måloppnåelse er ikke vurdert. Det er derfor behov for en bred evaluering om hvordan tilskuddsmidlene virker – og for å se hvordan de i framtiden bør utformes.

⁷⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1&q=>

⁷⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1&q=>

Det er avholdt to erfaringskonferanser, en i 2014 og en i 2015, hvor tilskuddsmottakere er invitert til å fortelle om sine prosjekter. Invitasjon til disse erfaringskonferansene er sendt bredt ut. Hensikten med konferansene har vært å utveksle erfaringer og inspirere til nye prosjekter. Hver konferanse har hatt over 120 deltakere, og tilbakemeldingene fra deltakere har vært svært positive.

6.8.3.1 Litt om dagens status om ensomhet og eldre.

I en rapport⁷⁷ om aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet går det fram at den tidlige alderdommen, inntil ca. 75-80 år, av de fleste oppleves som god, til dels som 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. Hvorvidt dette er positivt eller negativt avhengiger av øynene som ser. For noen kan lavere emosjonalitet være en lettelse, for andre et savn. 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. Prevalensen av psykologiske besvær blant eldre er for Europas del særlig høy i land fra den tidligere østblokken, som sannsynligvis er et utslag av dårlige levekår og svake velferdstilbud. Den komparativt sett høye livskvaliteten blant norske eldre, kan nok langt på vei tilskrives en raus og omfordelende velferdsstat. 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, som nok et stykke på vei kan lindres, men som vanskelig lar seg kompensere fullt ut. Skårene for livskvalitet er like fullt forholdsvis høye også i den sene alderdommen, av mange sett som overraskende høye. Tallene kan imidlertid gi et overdrevent positivt inntrykk for de eldste, fordi frafallet da er særlig høyt

Den tidlige alderdommen, inntil ca. 75-80 år, oppleves av de fleste som god, til dels som svært god. Eldre sier seg like tilfreds med tilværelsen som yngre. De har omtrent samme – forholdsvis lave – forekomst av ensomhet og depresjon.

⁷⁷ Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. IS-2475. Helsedirektoratet juni 2016.

blant dem som har dårlig helse, og herunder beboere i sykehjem, som tradisjonelt er dårlig representert i denne typen studier.

6.9 Styrket rettssikkerhet

6.9.1 Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Tiltaket er beskrevet tidligere i rapporten under pkt.4.10.5. En landsdekkende kontakttelefon er opprettet i planperioden (Vern for eldre).

6.9.2 Lavere egenandeler for lavinntektsgrupper

Regjeringen varslet i St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening om behovet for å tydeliggjøre inntektsskjermingen mot kommunale egenandeler for brukere med lav inntekt og ville presisere i rundskriv at det ikke er anledning til å ta betalt for trygghetsalarm eller matombringing dersom slike tjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven § 4-3. Forslag til presiseringer av regelverket ble lagt frem i desember 2006. Etter dette har den regelverksforståelsen som det redegjøres for i rundskrivet blitt fulgt opp i uttalelser og veiledninger fra Helsedirektoratet. Det kan bl.a. vises til Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området (IS-2225) og i saksbehandlerveilederen for kommunale helse- og omsorgstjenester (IS-2442).

Etter 1.1.2012 er riktig lovhenvvisning for de aktuelle tjenestene helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd.

7. RESULTAT AV KOMPETANSELØFTET

2015 – DELPLAN TIL OMSORGSPLAN

2015

Dette kapittelet oppsummerer og vurderer resultater av Kompetanseløftet 2015, den tredje i rekken av statlige handlingsplaner på helsepersonellfeltet siden 1998. Kompetanseløftet 2015 ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Handlingsplanen skal i henhold til stortingsmeldingen bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning i omsorgssektoren. Det ble lagt opp til en administrativ og faglig samordning med Omsorgsplan 2015. Omfanget av prosjekter og tiltak under Kompetanseløftet 2015 har vokst betydelig gjennom planperioden 2007-2015. Viktige milepæler er innføringen av forbedret fagskolefinansiering i 2009, økningen av fylkesmennenes tilskuddsmidler med 50 mill. kr i 2014 og introduksjonen av kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2015.

Virkemidlene i Kompetanseløftet er i stor grad knyttet til informasjon, planlegging og tilskudd. Informasjon om personellutfordringene bidrar til å sette rekruttering og kompetanseheving på dagsorden i kommunene. Stimuleringstilskudd gis med forventning om at kommunene selv bidrar med midler og tilrettelegging for opplæringsaktiviteten. En kobling mellom tilskudd og krav om planlegging motiverer kommunene til å tenke langsiktig på eget personellbehov. Samlet gir dette en påvirkning av kommunale prioriteringer. Som for tidligere handlingsplaner har fylkesmennene hatt en nøkkelrolle i iverksettingen av Kompetanseløftet 2015.

Viktigste resultater:

- Målene for årsverksvekst er overoppfyllt
- Årsverk utført av høgscoleutdannede øker særlig mye
- Tilgangen på helsefagarbeidere er ikke i tråd med målsettingen
- Andelen uten formell fagutdanning er relativt høy og lite endret
- Fagskoletilbudet til ansatte med videregående opplæring er styrket
- ABC-opplæringen er særlig mye benyttet i tjenestene
- Behovet for høyere utdanning og videreutdanninger er tydeliggjort
- Kommunene har satset på lederutdanninger
- Desentraliserte utdanningstilbud fungerer rekrutterende til distriktene

7.1 Innledning

7.1.1 Rammebetingelser

Kompetanseløftet 2015 startet i 2007 og ble rettet mot kompetanseheving og rekruttering i de kommunale omsorgstjenestene. Året før ble utdanningsreformen Kunnskapsløftet innført. St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* omtaler de store endringer denne utdanningsreformen ville gi i rammene for fagutdanning på videregående opplæringsnivå. Med reformen ble hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen erstattet med helsefagarbeiderutdanningen. Flere tiltak i Kompetanseløftet 2015 tok sikte på å understøtte den nye helsefagarbeiderutdanningen.

Midtveis i planperioden, fra 2012, ble samhandlingsreformen innført. Reformen har medført store endringer i kommunenes omsorgstjenester og gitt økt behov for kompetanse. Færre sengeplasser, redusert liggetid og økt poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten har skapt behov for flere ansatte med medisinsk og pleiefaglig kompetanse i kommunenes sykehjem og hjemmetjenester. Pasienter med sammensatt sykdomsbilde og behov for omfattende og langvarig behandling og pleie gir store faglige og ressursmessige utfordringer. Samhandlingsreformen har gitt en klar dreining i etterspørselen mot høyere kvalifisert personell i omsorgstjenestene. Å håndtere de store endringene i omsorgstjenestene har også medført lederutfordringer og behov for styrket lederkompetanse.

Fram til begynnelsen av 2000-tallet rekrutterte statlige myndigheter aktivt helsepersonell fra utlandet. I lys av de globale helsepersonellutfordringene påtok Norge seg etter hvert en pådriverrolle internasjonalt og forpliktet seg til å føre en rekrutteringspolitikk som ikke rammer utviklingsland med mangel på helsepersonell. WHO sin kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell ble vedtatt av verdens helseforsamling i mai 2010. Norske helsemyndigheter har derfor avstått fra aktiv rekruttering fra utlandet i perioden 2007-2015, og har oppfordret arbeidsgiverne til det samme.

7.1.2 Målsettingene

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) hadde Kompetanseløftet 2015 fem delmål.

Delmål 1 ble formulert slik:

- Øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009

Delmål 1 ble videreført i Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*:

- Øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 nye årsverk for perioden 2008-2015, ut fra nivået i 2008.

De øvrige fire delmålene i St.meld. 25 (2005-2006) har ligget fast i handlingsplanperioden 2007-2015, og retter seg mot kompetansenivå og kompetansesammensetning:

- Delmål 2: Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høgskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- Delmål 3: Sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4 500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- Delmål 4: Skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- Delmål 5: Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning.

I stortingsmeldingen er det fastsatt måltall for flere av kompetansemålene for perioden 2007-2010. Måltallene for rekruttering og kompetanseheving har fungert som referanse i rapportering og vurdering av resultater for Kompetanseløftet 2015. Flere fylkesmenn har med utgangspunkt i de nasjonale målene beregnet fylkesvise mål, som resultatene er sammenlignet med.

7.1.3 Kildemateriale

Oppsummeringen og vurderingen av resultater for Kompetanseløftet 2015 er basert på rapporter og vurderinger fra fylkesmennene, evalueringsrapporter og rapportering fra prosjekter og tiltak og ulike rapporter fra forskningsinstitutter. Fylkesmennene har gjennom tilskuddsforvaltning, ulike nettverk, tilsyn og klagesaksbehandling god oversikt over kompetanseutviklingen i kommunene. Utover den løpende rapporteringen har fylkesmennene bidratt med sluttvurderinger for Kompetanseløftet 2015. Underveisevaluering av handlingsplanen er blitt gjennomført i to runder av forskningsinstituttene NIFU og NIBR. En rekke underveiserapporter og to sluttrapporter (NIBR 2012; NIBR 2016) er publisert⁷⁸. Det foreligger ellers et omfattende materiale innen utdannings- og omsorgstjenesteforskning med relevans for Kompetanseløftet 2015.

7.1.4 Datagrunnlag

Til vurderingen av resultater for handlingsplanene på personellfeltet har SSB på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet et omfattende statistikkopplegg. Statistikken for Kompetanseløftet 2015 er avgrenset til de kommunale omsorgstjenestene⁷⁹.

Personelldata omfatter både de tjenestene som kommunen selv driver, interkommunal drift og tjenester drevet av private etter avtale med kommunen. Helse- og sosialfaglig utdanning som kompetansemål er i økende grad erstattet med begrepet *relevant fagutdanning*. SSB vurderer i Rapport 2016/19⁸⁰ at det har vært produsert løpende registerbasert statistikk av god kvalitet for

⁷⁸ Sluttrapport for perioden 2007-2012: NIBR (2012): *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting*. NIBR-rapport 2012:3. Sluttrapport for perioden 2013-2015: NIBR (2016): *Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg*.

⁷⁹ Tilsvarende pleie- og omsorgstjenestene i KOSTRA (funksjonene 234, 253, 254 og 261). Det er vanlig å utelate funksjonen 261 Institusjonslokaler, drift og bruke samlebegrepet *brukerrettet omsorgstjeneste* for de øvrige tre funksjonene.

⁸⁰ Stølen m.fl. (2016). *Helse- og sosialpersonell 2000-2014 – Faktisk utvikling mot tidligere framskrivninger*. Rapport 2016/19. Statistisk sentralbyrå.

sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra og med 2004. Endringer i statistikken for 2015 gir imidlertid et brudd i tidsserien og forstyrrer sammenligninger med tidligere år.

7.2 Virkemidlene i Kompetanseløftet 2015

7.2.1 Kompetanseløftet 2015 som virkemiddel

Kompetanseløftet 2015 som handlingsplan er et virkemiddel for å møte kompetanse- og rekrutteringsutfordringene i de kommunale omsorgstjenestene. I henhold til NIFU og NIBRs evaluering av Kompetanseløftet 2015 har så og si alle landets kommuner deltatt i Kompetanseløftet 2015. Evalueringen viser at kommunene med lav andel sysselsatte med relevant fagutdanning i 2007, utdannet flest i løpet av årene 2007 til 2014 ved bruk av midler fra Kompetanseløftet 2015. Relativt høy andel pleie- og omsorgstrengende synes å gi økt deltakelse i Kompetanseløftet. Kompetanseløftet 2015 blir i evalueringen karakterisert som effektiv fordi kommuneøkonomien ikke har vært utslagsgivende for om kommunene har utdannet personell. Det som ser ut til å påvirke beslutningen om å søke midler, er det generelle regionale arbeidsmarkedet og tilgangen på ferdig utdannet personell. Kommuner som befinner seg i utkanter, utdanner relativt flest gjennom Kompetanseløftet 2015 ifølge evalueringen.

Kompetanseløftet 2015 framstår derfor som et treffsikkert virkemiddel for å styrke kommunenes kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene. Åtte av ti kommuner mener at Kompetanseløftet er viktig for deres arbeid med utdanning og etterutdanning av personell⁸¹. Både evalueringene og tilbakemeldinger fra fylkesmennene indikerer at Kompetanseløftet 2015 treffer bedre i små og mellomstore kommuner enn i store kommuner.

I forhold til kommunene benyttes en kombinasjon av informasjon, planlegging og økonomiske virkemidler, som samlet gir en påvirkning av kommunale prioriteringer.

7.2.2 Informasjon, råd og veiledning

Fylkesmannen har en sentral rolle med å informere, gi råd og veilede kommunene om hvordan personellutfordringene kan møtes. Det gjøres gjennom organisering av kontaktpunkter i fylket og løpende kontakt med enkeltkommuner. Fylkesmannen kan i sitt arbeid bygge på kunnskap og erfaringer fra tilsyn, klagesaker og utviklingsoppgaver og se dette i sammenheng.

I evalueringen vurderer NIBR og NIFU at Kompetanseløftet 2015 er nettverksorientert og i all overveiende grad tar i bruk informasjonsbaserte og pedagogiske virkemidler for på en «myk» måte å overtale kommunene til å bli opptatt av kompetanseutvikling. I den sammenheng gjør rådgiverne hos fylkesmannen en stor jobb med å informere kommunene og oppmuntre dem til å søke om tilskuddsmidler.

⁸¹ Helgesen m.fl. (2014). *Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene*. Underveisrapport 2014. Notat 2014:110. NIBR.

7.2.3 Kommunale kompetanseplaner

Fylkesmennene har også en rolle i å motivere kommunene til kompetanseplanlegging. Et formelt krav til kommunene har vært at en kompetanseplan skal ligge til grunn for søknader om midler til kompetanseheving. Det har vært ansett som et viktig virkemiddel for å stimulere kommunene til systematisk og strategisk kompetanseplanlegging.

Ifølge sluttevalueringen av Kompetanseløft 2015 ser planarbeidet ut til å være godt forankret i kommuneorganisasjonen i en stor del av kommunene. Samtidig har godt under halvparten fått behandlet sin plan politisk. Fra fylkesmennenes ståsted synes noen kompetanseplaner å ha lav kvalitet, som kan gjøre dem til mindre effektive arbeidsverktøy for kommunene. I fylkesmennenes vurdering av planperioden kommer det fram at flere fylkesmenn har bistått kommuner i å utarbeide realistiske og strategiske planer.

Flink med folk i første rekke er et prosjekt under Kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. I perioden 2010-2013 fikk i overkant av 100 kommuner opplæring i strategisk og systematisk kompetanseplanlegging. Verktøyet Strategisk Kompetanse-Planlegging (SKP) ble utviklet og gjort tilgjengelig for kommunene på KS sitt nettsted.

7.2.4 Øremerkede midler

Øremerkede midler har stått sentralt i arbeidet med for å nå målene i Kompetanseløftet 2015. Staten har siden 1998 (handlingsplanen «Rett person på rett plass») bidratt med tilskudd til kompetanseheving i omsorgstjenestene gjennom tilskuddsordninger delegert til fylkesmannen. Med forvaltningsreformen i 2010 fikk dessuten fylkeskommunen finansieringsansvar for fagskoleutdanning. Av de nærmere 2,5 mrd. kroner som er brukt i perioden 2007 – 2015, er om lag 0,9 mrd. og 0,5 mrd. kroner blitt forvaltet av henholdsvis fylkesmennene (FM) og fylkeskommunene (FK). Rapportering fra kommunene viser at om lag 33 000 personer har gjennomført utdanning med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015 i planperioden.

Tabell 7.1 Bevilgninger over statsbudsjettet til Kompetanseløftet 2015. Mill. kr 2007-2015 (Helsedir).

Beskrivelse	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Sum
Bevilget	151	156	211	259	271	299	311	402	403	2 463
Herav FM	90	101	91	82	83	85	109	164	144	949
Herav FK	-	-	-	75	77	80	82	85	87	486

Med virkning fra 2015 ble fylkesmennenes tilskudd til kompetanseheving lagt inn i et større og mer fleksibelt tilskudd. Målet med det nye kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å se ulike satsinger under Omsorg 2020 i sammenheng og sikre bedre samordning av tildelinger til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det er også et mål å stimulere kommunene til å iverksette innovasjonsprosjekt samtidig med kompetanseutvikling. Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Deler av tilskuddene over Kompetanseløftet 2015 går med til å finansiere formell utdanning, for eksempel helsefagarbeiderutdanning for voksne, desentralisert sykepleierutdanning mv., som også kan finansieres av andre offentlige midler. Det reiser spørsmålet om midlene skaper tilleggsaktiviteter som ellers ikke ville blitt realisert, såkalt addisjonalitet. Kartlegging fra NIFU og NIBR viser at 84 prosent av kommunene ikke ville ha utdannet like mange hvis de ikke hadde fått tilgang til midler fra Kompetanseløftet 2015. NIFU og NIBR konkluderer med at kommunene opplever at K2015 har bidratt til addisjonalitet i deres helse- og omsorgstjenester. For eksempel fant de at mange kommuner ser seg tjent med fagopplæring for sine ansatte fra andre utdanningsaktører enn fylkeskommunen, selv for ansatte med rett til videregående opplæring. Det henger sammen med muligheten for å få et godt tilrettelagt tilbud som kan gjennomføres nær arbeidsstedet og for flere ansatte i samme klasse. Skulle kommunene benytte seg av det fylkeskommunale tilbudet, ville det gjerne forutsette at de ansatte spres til ulike steder og til skoler som kanskje ikke har tilstrekkelig erfaring med tilrettelagt voksenopplæring.

Gjennom mesteparten av perioden for Kompetanseløftet 2015 har direktoratet lyst ut tilskuddsordningen Sentralt finansierte tiltak. Ordningen har stimulert utprøving av nye rekrutteringsformer, for eksempel det lokale prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune, som ble utviklet til det nasjonale prosjektet Menn i helse.

7.2.5 Kommunenes rammefinansiering

Kommuneøkonomien og kommunenes prioritering av omsorgssektoren kan forventes å ha stor betydning for oppnåelse av målene i Kompetanseløftet 2015 om årsverksvekst og kompetanseheving. Årsverksveksten må skje innenfor de frie inntektene til kommunene, og tildeling av tilskudd til kompetanseheving forutsetter økonomisk bidrag fra kommunen. Kommunenes frie inntekter er økt gjennom flere år for å bedre det økonomiske handlingsrommet. NIFU og NIBR fant en sammenheng mellom kommunenes frie inntekter og årsverksinnsats. Kommuner med mer enn 60 000 kroner i frie inntekter per innbygger har nesten 50 prosent flere årsverk i pleie- og omsorgstjenestene enn kommuner med 20-30 000 kroner i frie inntekter per innbygger. At årsverksutviklingen varierer med kommunenes økonomiske situasjon, framkommer også i fylkesmennenes vurdering av Kompetanseløftet 2015. Kommuneøkonomien synes imidlertid ikke å ha betydning for kompetansetiltakene. NIFU og NIBR fant tvert imot at kommuner med lave frie inntekter i noe større grad enn andre benytter mulighetene for kompetanseheving i Kompetanseløftet 2015.

I 2015 var utgiftene til de kommunale omsorgstjenestene i underkant av 102 mrd. kroner. Tall foreligger ikke for 2007, men i 2008 var utgiftene på 70,6 mrd. kroner. Økningen indikerer at omsorgssektoren har vært prioritert.

7.3 Delmål 1: Øke bemanningen i omsorgssektoren

7.3.1 Bemanningsutviklingen 2005-2015

Årsverk- og kompetanseutvikling i kommunene er avhengig av mange ulike faktorer, hvor brukergruppenes behov og kommunens økonomiske situasjon ser ut til å være de viktigste. Vi ser at kommunene i perioder hvor økonomien var bedre, opprettet mange nye årsverk.
(Fylkesmannen i Østfold 2016)

Som det framgår av tabellen nedenfor, har det de siste ti årene vært en betydelig kapasitetsvekst i pleie- og omsorgstjenestene. Regjeringens mål var 10 000 nye årsverk for perioden 2005–2009, ut fra nivået i 2004. Resultatet ble hele 14 751 nye årsverk. Også regjeringens neste mål om 12 000 nye årsverk for perioden 2008-2015 ble overoppfylt, målt ut fra nivået i 2008. Resultatet ble 14 224 nye årsverk, slik at samlet bemanning økte til 135 433 årsverk i 2015. Den relative veksten i sysselsatte var for perioden 2005-2015 om lag like stor som veksten i årsverk.

Tabell 7.2 Årsverk og sysselsetting i pleie- og omsorgstjenestene. Utvalgte år 2004-2015 (SSB) ⁸²

Beskrivelse	2004	2005	2008	2009	2014	2015
Avtalte årsverk, i alt	108 731	107 071	121 209	123 482	134 324	135 433
Sysselsatte, i alt	-	151 917	169 431	172 157	186 123	192 370
Årsverk/sysselsatte	-	0,70	0,72	0,72	0,72	0,70

Helsedirektoratet vurderer følgende faktorer som viktige for utviklingen:

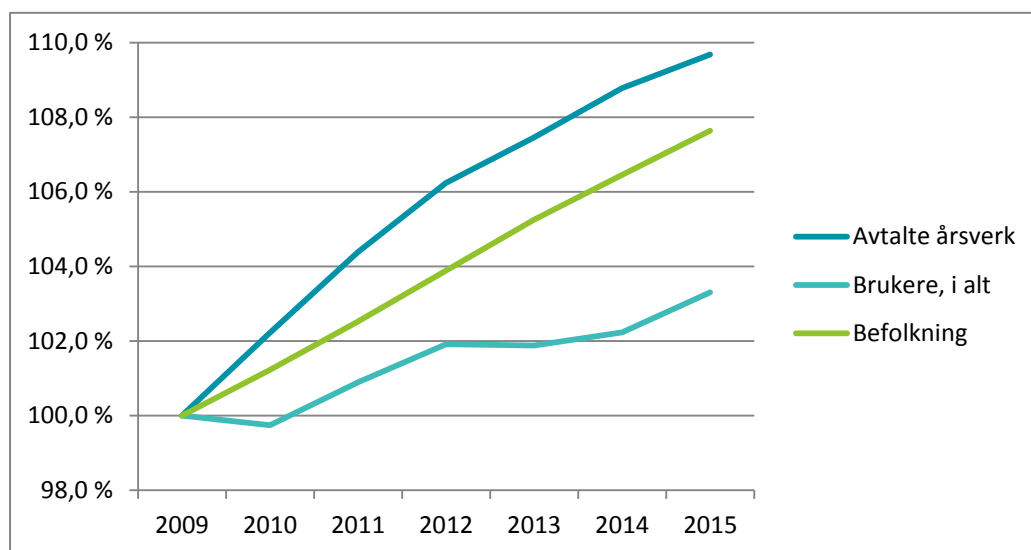
- Styrking av kommuneøkonomien
- Økende arbeidsinnvandring
- Begrenset konkurranse fra spesialisthelsetjenesten (gjelder helsefagarbeidere)

Økte stillingsandeler er en fjerde faktor som tidligere er benyttet til å forklare veksten i årsverk, men tallene for 2015 gir ikke belegg for en slik forklaring. En sysselsatt utførte i gjennomsnitt 0,70 årsverk i 2015, som i 2005. Utviklingen for de nevnte faktorene vil trolig også bestemme hvordan utviklingen framover blir for omsorgstjenestene.

⁸² Data i tabellen gjelder pleie- og omsorgstjenesten og er identiske med tallene SSB presenterer på nettet. De fraviker noe fra tallene Helsedirektoratet presenterer i andre sammenhenger, hvor leger og fysioterapeuter inkludert. De to gruppene er utelatt i tabellen over.

Basert på utdanningskapasiteten mente man i St.meld. 25 (2005-2006) at det lå til rette for at de 10 000 nye årsverkene i hovedsak kunne dekkes av fagutdannet personell. Om lag 80 prosent av årsverksveksten i perioden 2005-2009 besto av personell med helse- og sosialutdanning. For perioden 2008-2015 har tallet på årsverk utført av ufaglærte holdt seg stabilt, slik at fagutdannet personell står for tilnærmet hele årsverksveksten. Det er særlig årsverk utført av høgskoleutdannet personell som øker.

Figur 7.1 Prosentvis endring for årsverk, befolkning og brukere. 2009-2015 (SSB/IPLOS).



Brukerstatistikk foreligger fra 2009. Figuren ovenfor viser en årsverksvekst på nærmere 10 prosent i perioden 2009-2015, mens økningen i antall brukere er under fire prosent⁸³. Spørsmålet er om denne utviklingen gir grunnlag å si at bemanningssituasjonen i omsorgstjenestene er styrket. I tillegg til økt ansvar for faglig krevende oppgaver knyttet til brukere og pasienter med sammensatte behov, har det vært en dreining mot alternativer for omsorgstjenestene som krever andre bemanningsløsninger. Antall institusjonsplasser går ned, mens omfanget av hjemmebasert omsorg og heldøgns omsorgsboliger øker.

Tabell 7.3 Årsverk per 1 000 innb. 80 år og over. 2004-2015 (SSB).

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
506	496	519	541	552	561	571	582	592	601	609	619

Tabellen over viser utviklingen i årsverk per 1 000 innbygger over 80 år. Årsverkene har økt jevnt gjennom hele perioden fra 2006 til 2015. I 2015 var det hundre årsverk mer per 1 000 innbygger over 80 år enn i 2006.

⁸³ Antall brukere er hentet fra SSBs statistikkbank og gjelder per 31.12 hvert år.

7.3.2 Arbeidsinnvandring

Norge har i lang tid vært en del av et felles nordisk arbeidsmarked, og gjennom EØS-avtalen er Norge med i et felles europeisk arbeidsmarked. Norge tiltrekker seg også betydelig arbeidsinnvandring fra land utenfor EØS, selv om vi har forpliktet oss til en solidarisk helsepersonellpolitikk i tråd med WHOs kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Arbeidsinnvandring er imidlertid en ustabil kilde til arbeidskraft. Særlig arbeidsinnvandringen fra nordiske land er følsom for konjunktorendringer i Norge og opphavslandet. Vi ser for eksempel at andelen svenske sykepleiere som har søkt norsk autorisasjon har sunket dramatisk de siste årene. I 2010 var det 1645 svenske sykepleiere som fikk norsk autorisasjon. Antallet var redusert til 523 i 2015.

Andelen sysselsatte med innvandrerbakgrunn som arbeider i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste har økt fra 13 prosent i 2007 til 16 prosent i 2015 (SSB). Økningen må ses i sammenheng med den sterke økningen i antall sysselsatte i samme periode. I evalueringen av Kompetanseløftet 2015⁸⁴ så man nærmere på den totale økningen på 17 400 sysselsatte i perioden 2005-2010, og fant at nesten halvparten kunne tilbakeføres til innvandring. Andelen var økende mot slutten av perioden. Arbeidsinnvandring gjør seg gjeldende på alle kompetansenivåer, men innvandrerandelen i pleie- og omsorgssektoren er generelt høyest blant de med lavest utdanning⁸⁵. Forholdsvis mange har en annen kulturell og språklig bakgrunn enn den norske og nordiske.

Tallene fra SSB for 2015 viser at andelen innvandrere i omsorgstjenestene er høyest i Oslo (40,7 prosent) og Akershus (24,8) prosent. Der nest følger Finnmark (19,4 prosent). I den andre enden finner vi Trøndelagsfylkene, Nordland og Oppland, som alle har en innvandrerandel under 10 prosent.

7.3.3 Deltid

Det har i de siste årene vært et politisk mål å redusere andel deltidsstillinger i pleie- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet mener at en økning av andelen arbeidstagere som arbeider heltid vil være en fordel både ut fra et pasientperspektiv, et arbeidstagerperspektiv, et arbeidsgiverperspektiv og et samfunnsperspektiv⁸⁶. 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 helsepersonell⁸⁷ og det vil være et viktig likestillingstiltak⁸⁶. Det er særlig kvinner som arbeider i

⁸⁴ Aamodt, Per Olaf og Tjerbo, Trond (2012). *Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015*. NIFU.

⁸⁵ Reiling, Rune og Høst, Håkon (2015). *Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?* Rapport 2015:34. NIFU.

⁸⁶ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

⁸⁷ Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.

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 menn.

Deltidsarbeid er vanlig i omsorgstjenestene, spesielt for personell som arbeider turnus. De med lavest utdanning har gjennomgående lavest stillingsstørrelse. Sammenhengen mellom stillingsstørrelse og andel ufaglærte tyder på at kommuner som kan tilby større stillinger, har bedre dekning av fagutdannede⁸⁸.

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren. Det er et mål å redusere deltidsbruken i *hele* arbeidslivet, og samtidig fremme utvikling av en heltidskultur i kommunesektoren. Programmer og tiltak i perioden 2007-2015 er gjennomført som del av arbeidslivspolitikken, mange av dem i omsorgstjenestene. Kompetanseløftet 2015 har ikke hatt tiltak direkte rettet mot deltidsbruken. I løpet av handlingsplanens periode er deltidsansattes rettigheter til større stillinger blitt styrket gjennom endringer i arbeidsmiljøloven⁸⁹.

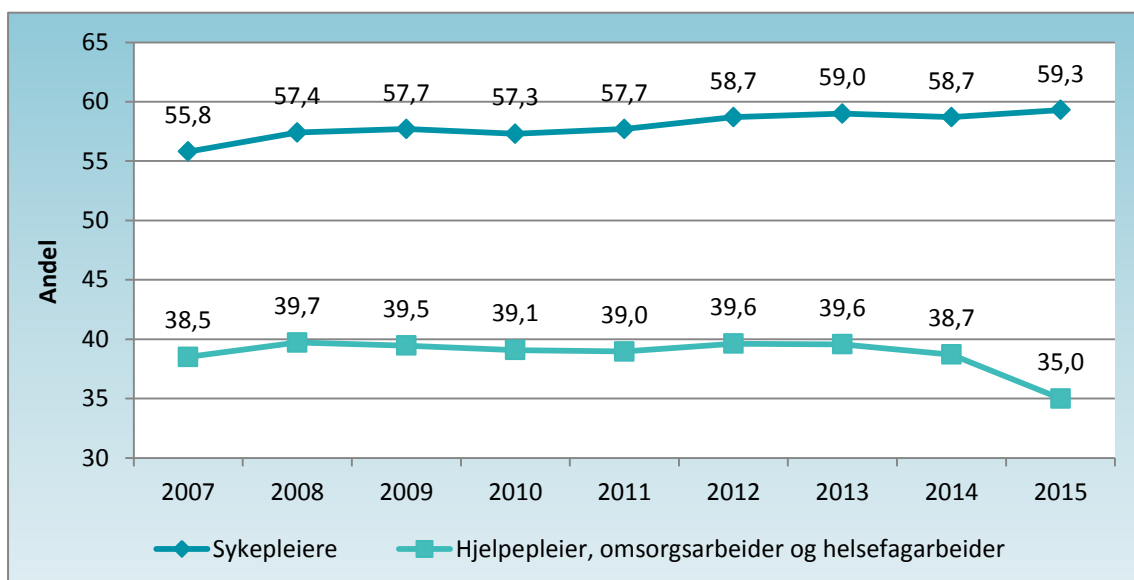
Figur 7.2 viser at andelen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere som jobber heltid i omsorgssektoren har holdt seg relativt stabilt på nær 40 prosent i perioden 2007-2013. Arbeidstid på 30 timer per uke eller mer regnes her som heltid. Fra 2013 til 2014 sank andelen til under 39 prosent, og fra 2014 til 2015 sank den ytterligere. I 2015⁹⁰ 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.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Fortrinnsrettsbestemmelsen (aml. § 14-2 og 14-3), fireårsregelen (aml. § 14-9 (5) og ettårsregelen (aml. § 14-4) vil kunne være til støtte for ansatte som vil ha større stilling.

⁹⁰ 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 7.2: 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. Tallene viser at til tross for stor oppmerksomhet omkring deltidsspørsmålet (St. meld. nr. 25 (2005-2006) peker på omgjøring av deltidsstillinger til hele stillinger som kilde til årsverksvekst), har man ikke klart å redusere omfanget av deltid i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

NIFU og NIBR har i sin sluttrapport (2016) for evalueringen av Kompetanseløftet 2015 anslått at ufaglærte i gjennomsnitt utfører om lag 0,6 årsverk og at faglærte utførte 0,8 årsverk i 2014. De beregnet at over 25 000 flere årsverk ville være disponible i omsorgstjenestene dersom alle faglærte jobbet full tid. En av årsakene til omfanget av deltid kan være at omsorgssektoren rekrutterer personer

som ønsker å arbeide deltid⁹¹. Det stilles derfor spørsmål om det vil være mulig å redusere deltidsandelen i sektoren i særlig grad⁹¹. En ny undersøkelse av sykepleierstudenter fra HIOA viser at dagens sykepleiestudenter ikke ser for seg en fremtid som deltidsarbeidende⁹².

Helsedirektoratet støtter synet på at en utbredt bruk av deltid i omsorgstjenesten henger sammen med måten turnus gjennomføres på og at det har utviklet seg en deltidskultur i denne sektoren⁹³. 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)⁹³ 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. Helsedirektoratet mener at en endret turnus sammen med en endret kultur kan være med på å redusere andel deltidsarbeidende i helse- og omsorgstjenesten i fremtiden.

7.3.4 Menn i omsorgstjenesten

Menn representerer en ressurs for omsorgstjenestene, som tradisjonelt har vært kvinnedominert. I 2014 ble prosjektet Menn i helse gjort til en nasjonal satsing. Bakgrunnen var erfaringer fra Trondheim kommunes prosjekt Menn i helsevesenet. Prosjektene har gitt kjønnsperspektivet stor oppmerksomhet. Ved utgangen av 2015 var det inngått avtale om deltakelse fra 42 kommuner fordelt på ni fylker. I hvert fylke får 25-30 menn praksisplass som helserekrutt. Siden starten i Trondheim kommune i 2010 har 280 menn gjennomført praksisperioden og begynt opplæring i helsearbeiderfaget. 42 menn har gjennomført hele opplæringen, bestått fagprøven og fått jobb som helsefagarbeider.

Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester økte fra 10 prosent i 2007 til 13 prosent i 2015. For sykepleiere er det liten endring. Andelen øker mest for ufaglærte og for faglærte på videregående nivå. I perioden har andelen menn ligget i intervallet mellom 5 og 7 prosent for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Til sammenligning har andelen menn siden starten i 2009 ligget langt høyere, omkring 12 prosent, for den nye yrkesgruppen helsefagarbeider.

7.3.5 Samlet vurdering for delmål 1

Helsedirektoratet vurderer at bemanningsutviklingen i omsorgstjenestene har vært positiv de siste ti årene. Ambisiøse målsettinger om årsverksvekst er nådd med god margin, og fagutdannet personell står for det meste av veksten. I et lengre tidsperspektiv ser vi at utviklingen i planperioden for Kompetanseløftet 2015 representerer en forlengelse av den positive trenden i planperioden for «Rekruttering for bedre kvalitet» (2003-2006). Det positive bildet av bemanningsutviklingen må imidlertid balanseres mot omsorgstjenestenes økte personellbehov som følge av større ansvar for ressurskrevende tjenester og dreining mot hjemmebasert omsorg.

⁹¹ Moland (2013) *Heltid deltid - en kunnskapsstatus*. FAFO rapport 2013:27.

⁹² SPS Nyhetsbrev nr. 2 - 2014

⁹³ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vi har lite grunnlag for å gi en presis vurdering av utviklingen for deltjenester eller ulike tider av døgnet, uken, eller året. Norsk sykepleierforbund har gjennom flere undersøkelser⁹⁴ påpekt stor variasjon i bemanning og kompetansesammensetning mellom deltjenester og til ulike tider samt avvik mellom planlagt og faktisk bemanning på grunn av sykefravær og annet.

Helsedirektoratet vurderer at arbeidsinnvandringen har gitt et positivt bidrag til en sektor med stort arbeidskraftbehov. Det gjelder også utenfor sentrale deler av Østlandet. NOU 2012:2 *Utenfor og innenfor* viser til at arbeidsinnvandrere er mer mobile enn den øvrige befolkningen, responderer raskere på regionale variasjoner i arbeidsmarkedet og dermed bidrar til en mer fleksibel arbeidsstyrke. Helsemyndighetene må imidlertid være oppmerksom på etiske dilemmaer knyttet til arbeidsflukt fra fattige land, i tråd med WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Arbeidsinnvandring er dessuten en relativt ustabil kilde til arbeidskraft. Svenske sykepleiere som nå returnerer til hjemlandet er eksempel på dette. Ansatte uten tilstrekkelig språk- og kulturkompetanse kan utfordre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det er en utfordring for kommunale arbeidsgivere, som eventuelt må sette inn særskilte tiltak.

Helsedirektoratet ser at det fortsatt er behov for innsats for å redusere deltidsbruken. En økning av andelen arbeidstagere som arbeider heltid vil være en fordel både ut fra et kvalitetsperspektiv, et arbeidstagerperspektiv, et arbeidsgiverperspektiv og et samfunnsperspektiv. Vi mener at kvalitetsperspektivet og hensynet til pasienter og brukere bør få økt fokus. I en sektor som står overfor store bemanningsutfordringer i framtiden, representerer økte stillingsandeler sammen med økt andel menn et betydelig potensial for å øke årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten. Med redusert deltidsbruk blir det trolig lettere å rekruttere kvinner og menn og beholde kompetent arbeidskraft.

7.4 Delmål 2: Heve det formelle utdanningsnivået

7.4.1 Andelen med relevant fagutdanning

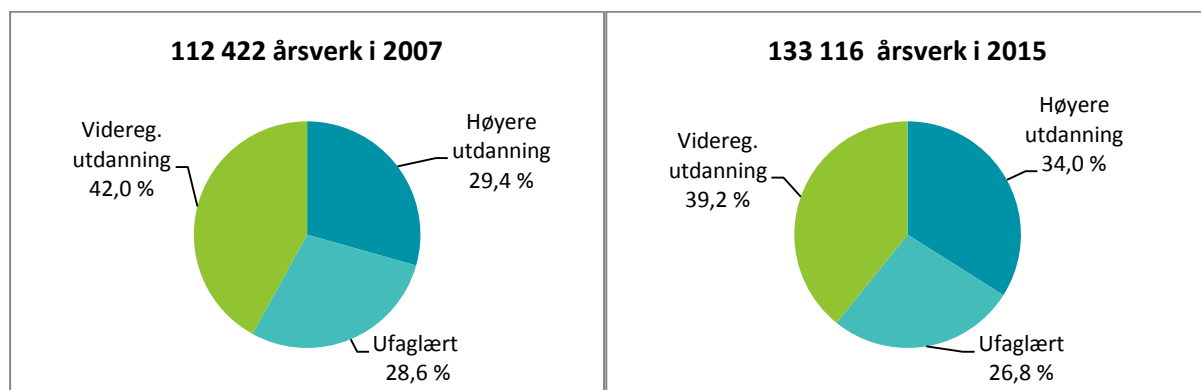
Kompetanseløftet 2015 har som mål at det formelle utdanningsnivået i tjenestene skal heves og at flere skal ha relevant fagutdanning. Det skal skje ved å tilby opplæring av ansatte uten formell kompetanse til å bli helsefagarbeider, og ved å legge til rette for at flere tar høyere utdanning. Andelen utførte årsverk med relevant fagutdanning er også en av hovedindikatorene for gjennomføringen av Omsorgsplan 2015.

Relevant fagutdanning er i denne sammenheng definert av SSB til å være personell med helse- og sosialfagutdanning tilsvarende minst 30 studiepoeng eller et halvt års utdanning. I 2015 ble

⁹⁴ ECON (2009): Bemanning i kommunal pleie- og omsorg. Rapport 2009-072. NOVA (2014): Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport 14/2014. NOVA (2016): Underbemanning er selvforsterkende. Rapport 6/16.

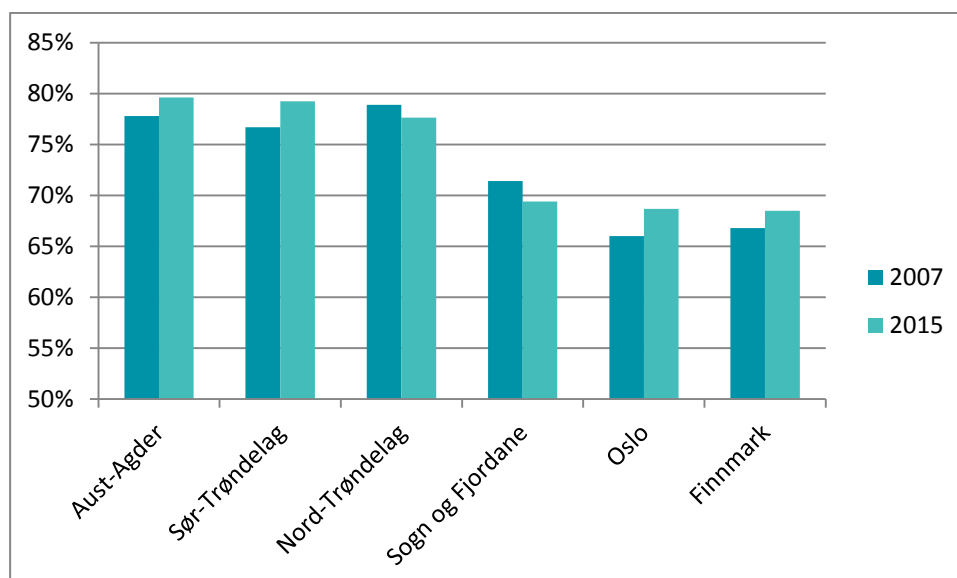
73,2 prosent av årsverkene utført av personell med relevant fagutdanning. Andelen var 71,4 prosent i 2007, slik at økningen har vært på 1,8 prosentpoeng. I figuren nedenfor spesifiseres denne andelen for henholdsvis personell med videregående opplæring og personell med universitets- og høgskoleutdanning, med ufaglært som tredje kategori.

Figur 7.2 Kompetansesammensetning i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. 2007 og 2015.



Gjennom planperioden har det vært en jevn økning i andelen med utdanning fra universitet og høgskole i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. Andelen fagutdannede fra videregående skole har imidlertid gått noe ned, slik at andelen ufaglærte har gått mindre ned enn forventet.

Figur 7.3 Fylker med høyest og lavest andel personell med relevant fagutdanning. 2007 og 2015.



Andelen årsverk utført av personell med relevant fagutdanning er høyest i Aust-Agder og Trøndelagsfylkene. Mens Oslo har det klart høyeste utdanningsnivået blant de sysselsatte, er bildet motsatt i pleie- og omsorgstjenestene. Andelen med relevant fagutdanning er her klart

lavere enn i andre fylker, og på nivå med Finnmark som generelt har lavest utdanningsnivå i landet. Merk at Y-aksen i figuren starter på 50 prosent.

I sluttevalueringen av Kompetanseløftet 2015 vurderer NIBR (2016) at delmål 2 er nådd. Et sentralt funn er at kommuner lokalisert i perifere arbeidsmarkeder eller som er bygdesentra, småbyer og mellomstore byer har styrket kompetansen relativt mer enn storbyer. Småbyer kom best ut. Det vises også til at utdanningsnivået i Norge generelt øker over tid, og at andelen med relevant fagutdanning trolig vil øke etter som ansatte fra yngre generasjoner avløser eldre ansatte.

7.4.2 Andelen med høyere utdanning

Gitt utdanningskapasiteten ved høghskolene, anslo man i St.meld. nr. 25 (2005-2006) at det ville være mulig å øke andelen personell med høyere utdanning med 10 prosentpoeng fra 24 prosent i 2005 til 34 prosent i 2015. Tabellen nedenfor viser at andelen økte som forventet. Vi gjør oppmerksom på spesielle forhold ved miljøterapeuter som yrkesgruppe i statistikken⁹⁵.

Veksten i andelen med høyere utdanning skyldes i hovedsak sterk vekst for sykepleierne og vernepleierne. Også samlet for relevant fagutdanning utgjør sykepleiere og vernepleiere den klart største delen av veksten. Rapportering fra fylkesmennene samsvarer med forskningsbaserte funn⁹⁶ om at flere kommuner håndterer mer faglig krevende oppgaver ved å omgjøre fagarbeiderstillinger til stillinger med krav om høghskoleutdanning.

Tabell 7.4 Prosentandel med relevant fagutdanning fra høghskole og universitet (SSB).

Fylke	2007	2015
Østfold	29,0 %	33,8 %
Akershus	28,8 %	33,5 %
Oslo	32,0 %	36,8 %
Hedmark	27,2 %	31,2 %
Oppland	25,7 %	32,0 %
Buskerud	22,9 %	29,5 %
Vestfold	28,9 %	33,1 %
Telemark	24,2 %	30,7 %
Aust-Agder	31,9 %	36,5 %
Vest-Agder	32,2 %	35,6 %
Rogaland	33,5 %	37,0 %
Hordaland	31,0 %	35,5 %
Sogn og Fjordane	28,6 %	31,7 %

⁹⁵ Inkluderingen av miljøterapeuter fra 2010 har økt andelen med høyere utdanning og bidratt til måloppnåelsen. SSB opplyser at denne gruppen inkluderer pedagoger, personer med helse- og sosialfaglig utdanning samt personer uten slik utdanning. Fra og med 2015 har SSB basert sin statistikk på et nytt datagrunnlag. Det gjør at årsverksinnsatsen fra miljøterapeutgruppen faller betydelig fra 3 474 i 2014 til 1 341 i 2015. Dermed faller prosentandelen med relevant fagutdanning fra høghskole og universitet (og prosentandelen samlet for relevant fagutdanning) med om lag 1,6 prosentpoeng fra 2014 til 2015.

⁹⁶ Abelsen, Birgit, Margrete Gaski, Svein Ingve Nødland og Anna Stephansen (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/328.

Fylke	2007	2015
Møre og Romsdal	30,2 %	33,7 %
Sør-Trøndelag	30,1 %	35,1 %
Nord-Trøndelag	33,8 %	37,6 %
Nordland	26,7 %	32,2 %
Troms	31,0 %	33,8 %
Finnmark	27,2 %	30,5 %
Hele landet	29,4 %	34,0 %

St.meld. nr. 25 (2005-2006) gjorde oppmerksom på at en økning i andelen med høgskoleutdanning i årene framover krever at utdanningskapasiteten på høgskolenivå fortsatt holdes høy. Dette gjelder spesielt utdanning av sykepleiere og vernepleiere. Tabellen nedenfor viser at det har vært en økning i antall studenter tatt opp til sykepleie, vernepleie, ergoterapi og barnevernspedagog. Arbeidsinnvandringen har imidlertid gitt en sterkere vekst for sykepleiere enn utdanningskapasiteten har gitt rom for.

Det er en gjennomgående tendens i fylkesmennenes vurdering av Kompetanseløftet 2015 at tjenesteområdet for psykisk utviklingshemmede opplever betydelig kompetanse- og rekrutteringsutfordringer. Mange fylkesmenn uttrykker bekymring over at svært mange kommuner må søke dispensasjon fra kompetansekravet når det gjelder tvangsbruk overfor utviklingshemmede. Disse tjenestene har en stor andel ufaglærte og vansker med å rekruttere vernepleiere.

Tabell 7.5 Opptak til utvalgte helse- og sosialutdanninger. Utvalgte år i perioden 2007-2015 (SSB).

Utdanning	2007	2009	2011	2013	2015
Sykepleiere	4 245	4 692	4 875	5 122	5 199
Vernepleiere	940	978	985	1 073	1 073
Ergoterapeut	236	275	301	327	343
Sosionom	894	947	995	997	1 012
Barnevernspedagog	758	825	812	741	820
Fysioterapeut (innenlands)	305	364	362	392	385
Leger (innenlands)	616	550	544	584	569

7.4.3 Desentralisert høyere utdanning

St.meld. 25 (2005–2006) satte som mål å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte høgskolestudier i perioden 2007–2010, hovedsakelig sykepleiere og vernepleiere. Ifølge rapporteringen fra kommunene ble det utdannet 850 med desentralisert høgskoleutdanning i helse- og sosialfag fra 2007 til 2010. Aktiviteten har vært høy også etter 2010. Antall utdannede

per år har ligget i intervallet 200 - 350 i perioden 2011 til 2014. Siden tilbud om desentraliserte utdanninger ikke gis regelmessig, er det stor variasjon i antallet med slik utdanning fra år til år.

Desentralisert høgskoleutdanning er blant de mest brukte tiltakene i Kompetanseløftet 2015. I NIBRs survey i 2015 svarte om lag 2/3 av kommunene at de hadde brukt tilskuddsmidler til desentralisert høgskoleutdanning.

Utdanningsinstitusjonenes evne til å tilrettelegge utdanningstilbudene gjennom blant annet desentraliserte, deltidsbaserte, fleksible og nettbaserte utdanninger, pekes på av mange fylkesmenn som sentralt for at ansatte tar høyere utdanning. Noen fylkesmenn viser til at det er en utfordring å få høgskolene til å organisere desentralisert høgskoleutdanning. Kort reiseavstand er avgjørende for tilbudets effekt, dersom det kreves personlig oppmøte.

Innen høyere utdanning er det nylig gjennomført omfattende strukturendringer, som har medført sammenslåinger av utdanningsinstitusjoner. Intensjonen er å samle ressursene på færre og sterkere institusjoner. Det er for tidlig å si noe om konsekvenser av strukturendringene for tilbudet av desentralisert utdanning.

7.4.4 Samlet vurdering for delmål 2

Den betydelige økningen i årsverk utført av universitets- og høgskoleutdannede gjør de kommunale omsorgstjenestene bedre rustet til å møte de store faglige utfordringene framover. Økningen med hele 10 prosentpoeng fra 2005 til 34 prosent i 2015 av ansatte med universitets- og høgskoleutdanning representerer et betydelig løft for kompetansenivået i kommunene.

*Universitetet i Stavanger har fått tilskudd til å utvikle sykepleiestudiet via e-læring. Det har erstattet tradisjonell desentralisert utdanning og gjort at flere i utkant-kommunene kan ta sykepleierutdanning.
(Fylkesmannen i Rogaland 2016)*

For personell med videregående opplæring går imidlertid andelen ned, og det er en relativt liten reduksjon av andelen ufaglærte i planperioden. Helsedirektoratet vurderer dette som bekymringsfullt med tanke på de komplekse behovene hos brukere som fordrer omfattende kompetanse. Fortsatt er om lag en fjerdedel av de ansatte i omsorgstjenesten uten helse- og sosialfaglig utdanning. En stor del av nyrekrutteringen skjer fra denne gruppen. Flere uten formell kompetanse har innvandrerbakgrunn. Kvalifisering av ufaglærte vil kreve både kompetansetiltak på arbeidsplassen og et godt tilpasset tilbud om voksenopplæring.

Helsedirektoratet vurderer at tilbudet om desentraliserte studier er viktig for å opprettholde en stabil tilgang på høgskoleutdannet personell i distriktene. Rapporteringen fra fylkesmennene understøtter et slikt syn. Det må framover legges til rette for utdanningstilbud som kan bidra til mer stabil arbeidskraft i kommuner med lang reisevei til fagskoler, høgskoler og universiteter.

Kommunene har økt behov for faglært personell framover. Det forutsetter en systematisk kompetansekartlegging i tjenestene. Framtidas helse- og omsorgstjeneste må kunne skille mellom hvilke oppgaver som trenger personell med helse- og sosialfaglig utdanning, og hvilke oppgaver som har behov for personell med annen utdanningsbakgrunn.

Kompetanseheving i arbeidet med utviklingshemmede er en særskilt utfordring, som i liten grad er møtt innenfor rammen av Kompetanseløftet 2015. Dette fagområdet bør få styrket oppmerksomhet framover.

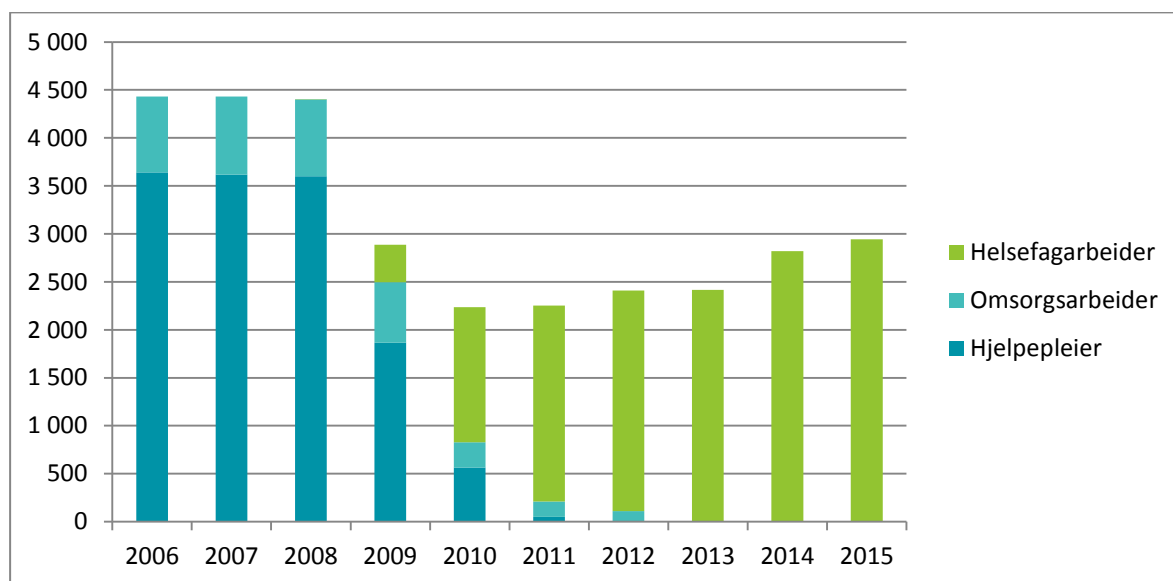
7.5 Delmål 3: Sikre bruttotilgang på 4 500 helsefagarbeidere

7.5.1 Mål og måloppnåelse

Kompetanseløftet 2015 har i henhold til St.meld. nr. 25 (2005-2006) hatt et mål om å sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4 500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak. Målet ble videreført fra forrige handlingsplanperiode (2003-2006). Med høy utdanningsaktivitet for voksne økte tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fra 2000 til 2006, og utdanningsmålet på 4 500 ble nådd. Helsedirektoratet vurderte den gang økningen som et resultat av helsemyndighetenes handlingsplaner og utdanningsmyndighetenes Kompetansereform fra 1999. Et grep i Kompetansereformen var å lovfeste voksnes rett til førstegangs videregående opplæring. Gjennom realkompetansevurdering og tilrettelagte opplæringstilbud fikk et høyt antall voksne kvinner anledning til å ta hjelpepleierutdanning.

Det store flertallet utdannede helsefagarbeidere har jobb i kommunale omsorgstjenester, og utdanningstallene kan betraktes som minimumstall for måloppnåelse. Som figuren nedenfor viser, har det i perioden for Kompetanseløftet 2015 vært et betydelig fall i utdanningstallene, og nivået har siden 2009 vært langt unna måltallet om 4 500 nye helsefagarbeidere per år. Tilgang fra arbeidsinnvandring framkommer ikke i figuren, og kompenserer noe for fallet.

Figur 7.4 Fagprøvekandidater og avgangselever i helsefagarbeidergruppen, 2006-2015. SSB.



Den sterke nedgangen i utdanningstall faller sammen med utdanningsreformen Kunnskapsløftet og introduksjonen av den lærlingebaserte helsefagarbeiderutdanningen i 2006, som erstattet den skolebaserte hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen.

Fagopplæringsordningen er blitt enerådende, en ordning som historisk sett har sin basis i tradisjonelle håndverks- og industrifag. I fagopplæringen er det to hovedveier til fagbrev: Man kan følge ordinær opplæring med en kombinasjon av to års skoleopplæring og to års læretid, som avsluttes med fagprøve. Alternativt kan man dokumentere fem års praksis i fagfeltet, og deretter avlegge en tverrfaglig teoretisk eksamen før fagprøven gjennom den såkalte praksiskandidatordningen. Praksiskandidater står for om lag halvparten av avlagte fagprøver i helsearbeiderfaget, ifølge tall fra Utdanningsdirektoratet (2013/2014 og 2014/2015).

Autorisasjonsstatistikken under sier noe om arbeidsinnvandringens store betydning for helsefagarbeidergruppen. Av det samlede antall autorisasjoner for helsefagarbeidere utgjorde norskutdannede mellom 54 og 66 prosent i perioden 2012-2015. Tallet omfatter imidlertid konvertering av tidligere autoriserte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, slik at tallene for norskutdannede er kunstig høye.

Tabell 7.6 Autorisasjoner som helsefagarbeider. SAK/Helsedirektoratet.

Utdanningsland	2012	2013	2014	2015
Norge	1 782 (55%)	3 561 (54%)	2 779 (62%)	2 908 (66%)
Norden	612	937	759	450
EU/EØS	32	169	72	69
Utenfor EU/EØS	823	1 934	853	934
Totalt	3 249	6 601	4 463	4 361

For gruppen med utdanning fra utlandet er Sverige (Norden) og Filippinene (utenfor EU/EØS) de viktigste opprinnelseslandene. Mange med sykepleierutdanning fra Filippinene er blitt autorisert som helsefagarbeidere.

7.5.2 Rekrutterings- og kvalifiseringstiltak

En rekke prosjekter og tiltak er gjennomført for å nå den overordnede målsettingen om en bruttotilgang på 4 500 helsefagarbeidere årlig. De viktigste har vært:

- Stimuleringstilskudd til kommunene fra fylkesmannen for kvalifisering av ansatte
- Bli helsefagarbeider: Rekruttere unge til utdanningen og etablere læreplasser
- Yrkeskonkurranser i helsearbeiderfaget: Profilering av faget
- Rekrutteringskampanje 2008-2012: Øke søkningen til videregående skole
- Kvalifiseringstiltaket Jeg vil bli helsefagarbeider - med ABC til fagbrev

Rekruttering og utdanning av voksne til helsefagarbeidernivå er kanskje det området som har hatt størst oppmerksomhet hos fylkesmennene i planperioden. Rapportering fra fylkesmennene viser at det i perioden 2007-2015 er utdannet om lag 9 000 ansatte til hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider gjennom tilskuddsmidler fra Kompetanseløftet 2015.

Den nye helsefagarbeiderutdanningen ble introdusert med støtte fra prosjektet Bli helsefagarbeider, som startet allerede i 2005 under navnet Aksjon helsefagarbeider og har fortsatt gjennom hele handlingsplanperioden. KS har hatt det operative ansvaret. Et sentralt tiltak har vært rekrutteringspatruljer for å motivere og informere elever som står overfor utdanningsvalg. Det andre sentrale tiltaket i prosjektet har vært yrkeskonkurranser for å synliggjøre faget og øke fagets omdømme. Evaluering av Bli helsefagarbeider viser at tiltakene har hatt positiv effekt og vurderes som nyttige av informantene⁹⁷.

Arbeidet med yrkeskonkurranser startet i 2006, og har dels vært integrert i Bli helsefagarbeider og dels foregått gjennom støtte til Fagforbundets arbeid med konkurransene. Grundige forberedelser har bidratt til gode resultater for de norske deltakerne, senest i form av gull til Jenny Marlen S. Fossan i Yrkes-VM 2015 i Sao Paulo, Brasil.

Rekrutteringskampanjen som Helsedirektoratet gjennomført i perioden 2008-2012 var rettet mot ungdom fra 15-17 år. Søkertall til videregående skole var viktigste indikator på måloppnåelse. I kampanjeperioden var det en svak økning i søkertall hvert år, og søkertallet stabiliserte seg på omkring 11 prosent av ungdomskullene. Kampanjen bidro også til å gjøre tittelen helsefagarbeider godt kjent blant elever, lærere, rådgivere og i media.

⁹⁷ Rambøll (2015). Evaluering av prosjektene «Aksjon helsefagarbeider» og «Bli helsefagarbeider».

I 2010 fikk Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i oppdrag å utvikle en kurspakke for ufaglærte, som skulle gi opplæring fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider. Kurspakken «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev» har fra oppstart i 2011 til 2015 hatt 495 registrerte deltakere. 204 deltakere har bestått Vg3-eksamen, og 105 har tatt fagprøven. Gjennomsnittlig opplæringstid fra oppstart til avlagt fagprøve er 26 måneder. Prosjektet har god spredning. 18 fylker og 112 kommuner har hatt deltakere i prosjektet fra oppstarten i 2011 til 2015. God tilpasning til den enkelte og god forankring på arbeidsplassen gjennom samarbeidsavtaler bidrar til høy gjennomføring og lavt frafall.

*I perioden har Finnmark særskilt lyktes med å utdanne voksne helsefagarbeidere via prosjektet Jeg vil bli helsefagarbeider - med ABC til fagbrev.
(Fylkesmannen i Finnmark)*

7.5.3 Søkning og gjennomføring i helse- og oppvekstfag

Rekrutteringstiltakene har bidratt til god søkning til første skoleår (Vg1) innen helse- og oppvekstfag (tidligere helse- og sosialfag), som har flest søkere av alle yrkesfaglige utdanningsprogram i videregående opplæring. Antall søkere passerte 8 000 i 2010, og årlige tall har siden ligget godt over 8 000. Antallet var i 2015 på 8 800 av totalt nesten 75 000 søkere til første skoleår i videregående skole.

De senere år har det vært stor oppmerksomhet omkring frafall og lav gjennomføring i yrkesfaglig utdanning. Det er forhold som også preger opplæringsløpet for helsefagarbeideren. I overgangen fra første til andre år (Vg2) skjer både et visst frafall og forsinkelser. Men i overgangen fra det andre til det tredje året (Vg3) skjer et dramatisk frafall. Nesten halvparten av Vg2-elevene velger bort læretiden til fordel for allmennfaglig påbygning. Etter å ha fulgt utdanningsforløpet til et kull med 5 000 søkere til helse- og sosialfag i 2008, fant NIFU og NIBR⁹⁸ at under 600, eller mindre enn 14 prosent, startet i lære som helsefagarbeider. Prosenttallet er overraskende lavt, men må ses i lys av forsinkelser og det at flere fag bygger på helse- og sosialfag. Funnet ga NIFU og NIBR grunnlag for å reise spørsmålet om den svake utviklingen varslet nedgang for helsefagarbeidergruppen.

Fra forskerhold nevnes flere årsaker til den store lekkasjen fra helsearbeiderfaget⁹⁹. En viktig årsak kan være usikre jobbutsikter for nyutdannede, med få faste stillinger og utstrakt bruk av deltid. En annen årsak kan være begrensede overgangsmulighetene fra yrkesfag til høyere utdanning. En studie NIFU og Fafo gjennomførte i 2012 konkluderte med at bortvalg etter Vg2

⁹⁸ Aamodt, Per Olaf og Tjerbo, Trond (2012). *Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015*. NIFU.

⁹⁹ Avsnittet baserer seg på forskning gjennomført av Håkon Høst og andre. Se også Asgeir Skålholt m.fl. (2013). *Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget*. Rapport 5/2013. NIFU.

eller etter endt læretid tilsynelatende ikke skyldes misnøye med selve utdanningen. Både den skolebaserte utdanningen og opplæringen i læretida oppleves hovedsakelig som relevant og god. Flertallet av lærerne som underviser i helsearbeiderfaget er sykepleiere. Mangelen på tydelige rollemodeller innen helsearbeiderfaget ble vurdert som en årsak til dreiningen mot påbygg og høyere utdanning. Flere betraktet Vg1 helse- og oppvekstfag og Vg2 helsearbeiderfaget som en god forberedelse til høyere utdanning, spesielt til sykepleierutdanningen. Størst vekt ble imidlertid lagt på elevenes oppfatning av at fagbrevet gir begrensede karrieremuligheter i en sektor hvor deltidsarbeid er vanlig for helsefagarbeiderne. Muligheten for videreutdanning i fagskole representerer en karrierevei, men er lite kjent blant elevene.

7.5.4 Tilgangen på læreplasser

Prosjekt Bli helsefagarbeider la særlig i sin første fase som Aksjon helsefagarbeider stor vekt på å motivere kommuner, sykehus og private institusjoner til å opprette læreplasser av god kvalitet i helsearbeiderfaget. Mangel på læreplasser for yrkesfagene var også bakgrunn for at partene i arbeidslivet og myndighetene undertegnet samfunnskontrakt for flere læreplasser i 2012. Ett av målene i samfunnskontrakten var å øke antall læreplasser med 20 % i forhold til nivået i 2011. Resultatet ble at antall læreplasser økte med 5 % på nasjonalt nivå, med store forskjeller mellom utdanningsprogram og mellom fylker. Helse- og oppvekstfag er eneste utdanningsprogram som nådde målet om en økning på 20 %¹⁰⁰.

Tabell 7.7 Antall nye lærekontrakter i helsearbeiderfaget. 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt	1 387	1 488	1 545	1 690	1 804
Økning fra 2011					417 (30%)

Selv om visse geografiske variasjoner kan spores, stemmer bildet av en positiv utvikling for læreplasser med årlige rapporteringer fra fylkesmennene. De fleste vurderer mangel på lærlinger som en større utfordring enn mangel på læreplasser. En utfordring for tildelingen av læreplasser er at mange på grunn av sin livssituasjon og unge alder er lite mobile og i liten grad villig til å flytte dit det er ledige læreplasser.

7.5.5 Helsefagarbeiderutdanning for voksne

Voksne har i lang tid vært den største og mest stabile rekrutteringskilden til helsefag på videregående opplæringsnivå. Det har vært vanlig å begynne som ufaglært i omsorgssektoren for deretter å kvalifisere seg til helsefagarbeider gjennom voksenopplæring. Mange kommuner har prøvd å legge om til lærlingerekruttering uten hell, som følge av utilstrekkelig ungdomsrekruttering. Alternativet er da den tradisjonelle måten å rekruttere på, det vil si gjennom å ansette voksne ufaglærte¹⁰¹.

¹⁰⁰ Spekter (2015): *God økning i antall læreplasser*. spekter.no 02.12.2015.

¹⁰¹ Høst, Håkon (2010): *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*. Rapport 25/2010. NIFU STEP.

Håkon Høst med flere (2015) påpeker at det ikke er vanlig for kommunene å se lærlingeinntaket som et bevisst ledd i rekrutteringspolitikk eller i sammenheng med verdiskapningen, noe det er en lang tradisjon for innen tradisjonelle håndverksfag som er dominert av menn. I helsetjenesten har skolebaserte utdanningsmodeller gitt ansatte økt formalkompetanse¹⁰².

Gjennomsnittsalderen på nyutdannede i helsefagarbeidergruppen har ligget relativt stabilt på mellom 30 og 35 år de siste 30 årene, med unntak av enkelte år. Voksendominansen i denne type utdanning består tross for reformer og tiltak for å stimulere ungdom og begrense voksenrekruttering. Praksiskandidatordningen er den vanligste veien til fagbrev for voksne. Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at 1 838 av de 2 829 som oppnådde fag- og svennebrev i 2014/2015 var 25 år eller eldre.

Tabell 7.8 Fag- og svennebrev 1. oktober 2014 og 30. september 2015. Utdanningsdirektoratet.

Kategori	Bestått	Ikke bestått	Total
Elev	270	19	289
Lærling	1 252	98	1 350
Praksiskandidat	1 307	94	1 401
Totalt	2 829	211	3 040

Fylkesmennene har brukt en stor del av tilskuddsmidlene til utdanning av voksne, som følger av rekrutterings- og gjennomføringsutfordringene for den ordinære ungdomsrettede helsefagarbeiderutdanningen. Mot slutten av handlingsplanperioden for Kompetanseløftet 2015 meldes det imidlertid fra flere fylkesmenn om en noe avtakende interesse fra kommunene for slik kompetanseheving.

De voksnes rekruttering til arbeidsfeltet er mer enn halvert etter innføringen av Kunnskapsløftet¹⁰³. Mange voksne finner det vanskelig å kunne gjennomføre den nødvendige opplæringen fram til fagbrev. Det er særlig praksiskandidatordningens krav om minimum fem års praksis som er en barriere for gjennomføring til fagbrev, i en sektor med stort omfang av deltidsarbeid og midlertidige kontrakter.

7.5.6 Ufaglærte

Personell uten relevant fagutdanning (ufaglærte) i et bredt alderssegment utgjør den viktigste rekrutteringsbasen for helsefagarbeiderkategorien. Andelen ufaglærte i brukerrettet omsorgstjeneste har gått noe ned fra 29 prosent i 2007 til 27 prosent i 2015. Konkrete mål for nedgang i andelen ufaglærte er ikke blitt satt.

¹⁰² Høst, Håkon m.fl. (2015): *Yrkesutdanning med svak forankring i arbeidslivet. En kunnskapsoppsummering*. Rapport 16/2015. NIFU.

¹⁰³ Høst, Håkon m.fl. (2015): *Yrkesutdanning med svak forankring i arbeidslivet. En kunnskapsoppsummering*. Rapport 16/2015. NIFU.

Andelen ufaglærte i 2015 er relativt høy, og viser at det tradisjonelle mønsteret med rekruttering av ufaglærte fortsatt gjør seg gjeldende. Dels kan dette være tilsiktet, og dels kan det skyldes vansker med å rekruttere fagutdannet personell. Rekrutteringspraksis og rekrutteringssituasjon varierer blant kommunene.

Et generelt trekk er at de store byene, særlig Oslo, har høy andel av personell med høyere utdanning og høy andel ufaglærte. Stavanger og Bergen har imidlertid en sterkere yrkesfagtradisjon og rekrutterer fagarbeidere. Forskning har påvist en klar sammenheng mellom høy innvanderandel i befolkningen i kommunen og høy andel ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren. Erfaringen fra Kompetanseløftet 2015 er at kvalifisering til helsefagarbeider er særlig ressurskrevende for innvandrere¹⁰⁴.

Helsedirektoratet fikk i 2012 foretatt en undersøkelse blant ufaglærte i omsorgstjenestene om holdninger til formell utdanning¹⁰⁵. Undersøkelsen avdekket en viss klassebetinget motstand mot kompetanseheving gjennom formell utdanning. Motstanden ble vurdert å ha sin kilde dels i sosial bakgrunn og oppvekst (foreldrenes skepsis til utdanning), dels i yrkeskonteksten (enkelt å få innpass) og dels i samfunnskonteksten (motstand og anti-elitisme for å beskytte egne verdier). På spørsmål om hva de ville gjort dersom det ble bestemt at alle skulle ha formell utdanning innen 2015, svarte 24 prosent av de ufaglærte at de ville sluttet. Hele 58 prosent ville tatt utdanning. De fleste av disse ønsker å utdanne seg til helsefagarbeider på arbeidsplassen. Undersøkelsen kan være et nyttig innspill til en kompetansestrategi overfor gruppen ufaglærte.

Kompetansehevende tiltak for ufaglærte vanskeliggjøres av høy mobilitet i sektoren. Hver femte av de ansatte i 2010 var ikke i hovedstilling året før, og det klare flertallet av disse var i gruppen ufaglærte. Mange ufaglærte har dessuten gjennomført videregående opplæring innenfor andre områder enn helsefag. For disse vil det neppe være aktuelt å ta en ny utdanning på samme nivå.

7.5.7 Samlet vurdering for delmål 3

I siste del av Kompetanseløftet 2015 er det tilført langt færre helsefagarbeidere til kommunene enn hva som var fastsatt som måltall i planperioden. Det har likevel ikke vært registrert sterk etterspørsel fra kommunene, verken gjennom KS sin arbeidsgivermonitor eller gjennom observasjoner fra fylkesmennene.

I siste del av planperioden ble behovet for ansatte med høyere utdanningsnivå tydeliggjort i omsorgstjenesten. Bakgrunnen var at langt flere innbyggere med komplekse lidelser ble utskrevet fra sykehus til kommunal oppfølging som resultat av samhandlingsreformen. Fylkesmennenes tilbakemeldinger tyder på at samhandlingsreformen har medført at rekruttering av helsefagarbeidere framstår som en mindre utfordrende enn rekruttering av

¹⁰⁴ Reiling, Rune og Håkon Høst (2015): *Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?* Rapport 2015:34. NIFU.

¹⁰⁵ Bakken, Runar og Bjørnulf Arntsen (2012): *Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor. Et klasseperspektiv*. Rapportserie nr. 8 – 2012. Senter for omsorgsforskning

sykepleiere. Systematisk kompetansekartlegging i tjenestene vil kunne gi et klarere bilde av hvilken kompetanse som trengs til de mange oppgavene som skal løses. Faggrupper med utdanning på videregående nivå vil ha en sentral plass i det tverrfaglige arbeidet i omsorgstjenesten framover.

Sviktende tilgang på helsefagarbeidere henger sammen med lave utdanningstall for ungdom og særlig for voksne. Etter direktoratets syn har omleggingen til fagutdanning ikke fungert tilfredsstillende. Varsler om fallende utdanningstall og grunnleggende problemer ved utdanningsstrukturen kom tidlig i handlingsplanperioden. Uten bidrag fra arbeidsinnvandring hadde situasjonen vært enda mer alvorlig for omsorgstjenestene.

Forsøk med alternative opplæringsmodeller har så langt gitt beskjedne resultater. Etter Helsedirektoratets vurdering har de mange ulike utdanningsmodellene for voksne som arbeider i tjenesten, ikke bidratt til en forenklet utdanningsmodell som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov. Kvalifisering av ufaglærte som allerede jobber i tjenestene bør være et viktig satsningsområde framover. Gitt at det største rekrutteringspotensialet ligger hos voksne, ofte med innvandrerbakgrunn, vil det være avgjørende å utvikle en entydig og klar opplæringsmodell som er tilpasset tjenesten og tilrettelagt for de ansatte. Fagopplæringsmodellen er med sine strenge krav lite egnet til å kvalifisere ansatte i omsorgstjenesten, slik det også blir påpekt fra Håkon Høst med flere¹⁰⁶.

Helsemyndighetene har gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltakene i Kompetanseløftet 2015 gitt positive bidrag og klare signaler om å understøtte helsearbeiderfaget. Det utstrakte samarbeidet med partene i arbeidslivet har fungert godt. Kommunene har medvirket til å opprette læreplaner i tilstrekkelig omfang. Et positivt trekk er også at helsearbeiderutdanningen ser ut til å rekruttere menn i større grad enn hva den tidligere hjelpepleierutdanningen gjorde.

7.6 Delmål 4: Skape større faglig bredde

Delmålet har omfattet både ønsket om å skape større faglig bredde gjennom flere faggrupper til sektoren, og å utvide tilgangen på ulike behandlings- og miljøterapeutiske arbeidsmetoder overfor brukergrupper. Det har i planperioden blitt innført kunnskapsbaserte arbeidsverktøy og opplæringsprogrammer, slik utdanningen i Aktiv omsorg er eksempel på.

NIBR og NIFU (2016) konkluderer i evalueringen av Kompetanseløftet 2015 med at målet om å skape større faglig bredde synes å være nådd innenfor et pleiefaglig perspektiv. Det vises til en positiv utvikling for faggrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter. I tillegg vurderer NIBR og NIFU at utviklingen av etter- og videreutdanningstilbud skaper større faglig bredde. I evalueringen oppgir kommunene at de ønsker seg mange ulike typer kompetanse (f.eks. IKT,

¹⁰⁶ Høst, Håkon m.fl. (2015). Yrkesutdanning med svak forankring i arbeidslivet. En kunnskapsoppsummering. Rapport 16/2015. NIFU.

ernæringsfysiologi og alderspsykiatri). Det kan dreie seg om relativt små kompetanseområder, hvor kommunene ikke nødvendigvis har behov for hele stillinger.

7.6.1 Årsverksvekst for ulike faggrupper

Utviklingen i faglig bredde kan vurderes på grunnlag av KOSTRA-tall fra SSB om årsvekst for ulike faggrupper. Innen brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste har avtalte årsverk økt med 55,7 prosent for ergoterapeuter og 44,9 prosent for fysioterapeuter gjennom planperioden.

Årsverksinnsatsen fra sosionomer har i perioden økt med 48,5 prosent, mens økningen var 41,2 prosent for barnevernspedagoger. Blant faggruppene med utdanning på videregående nivå har barne- og ungdomsarbeidere økt med 72,9 prosent mens aktivitører har falt med 15,2 prosent.

Tabell 7.9 Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester

Faggruppe	Sysselsatte		Avtalte årsverk		Endring årsverk
	2007	2015	2007	2015	2007-15
Psykiatrisk sykepl./psykisk helsearbeid	1 167	1 632	1 021	1 488	45,7 %
Geriatrisk sykepleier	1 136	2 016	1 016	1 846	81,7 %
Sykepleier m/annen spes./videreutd.	1 829	3 455	1 590	3 121	96,3 %
Andre sykepleiere	21 252	26 441	17 615	22 888	29,9 %
Vernepleier	5 691	8 244	5 143	7 673	49,2 %
Helsefagarbeidergruppen	57 696	60 792	43 987	46 347	5,3 %
Ergoterapeut	768	1 127	661	1 029	55,7 %
Sosionom	1 101	1 595	941	1 397	48,5 %
Barnevernspedagog	780	1 062	657	928	41,2 %
Miljøterapeut	3 645	1 705	2 633	1 347	-48,8 %
Aktivitør	1 885	1 592	1 474	1 250	-15,2 %
Barne- og ungdomsarbeider	839	1 417	624	1 079	72,9 %
Lege	217	581	194	353	82,0 %
Fysioterapeut	326	476	285	413	44,9 %
Pleieass./hjemmehj. m/helseutd. vgs.	1 627	6 114	1 124	3 511	212,4 %
Pleieass./hjemmehj. m/helseutd. høgsk.	2 595	5 833	1 288	2 734	112,3 %
Pleieass./hjemmehj. m/annen utd. vgs.	14 145	24 100	7 522	12 413	65,0 %
Pleieass./hjemmehj. u/vgs.	35 281	34 192	21 363	18 856	-11,7 %
Uspesifisert/annet	7 559	6 252	3 284	4 443	35,3 %
Sum sysselsatte/årsverk	159 539	188 626	112 422	133 116	18,4 %

7.6.2 Opplæringsprogram i aktiv omsorg

Det har i planperioden vært gjennomført enkelttiltak for å styrke det faglige innholdet i tjenesten med fagspesifikke opplæringsprogram. Et eksempel på dette er opplæringsprogrammet innen aktiv omsorg, som på oppdrag fra Helsedirektoratet har vært gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør og Høgskolen i Telemark.

Totalt 480 personer fordelt på kommuner i sju fylker har gjennomført opplæringsprogrammet i aktiv omsorg. Opplæringen består av fire moduler på totalt 15 studiepoeng. De fleste deltakerne arbeider med eldre i institusjon, dagsenter og hjemmebaserte tjenester og noen med yngre brukere under 65 år. Også noen lærere, endel kulturarbeidere som arbeider med tilrettelagte kulturtilbud og personer med tilknytning til frivillige organisasjoner har deltatt. I 2015 ble en nasjonal erfaringskonferanse gjennomført for å bidra til spredning av kunnskap om aktiv omsorg.

7.6.3 Andre tiltak

Helsedirektoratet har også støttet utprøving og formidling av nye faglige metoder som:

- Livsglede for eldre sitt prosjekt Flere helsefagarbeidere rettet mot elever og lærere i videregående skole (livsgledepedagogikk) og sykehjem (aktiv omsorg). Utprøving på ungdomstrinnet fra 2014.
- Sittedans som fag i helse- og oppvekstfaget på videregående skole, i regi av Seniordans Norge, region Hordaland. Tiltaket har aktivisert elever og bedret kommunikasjon og samspill med ansatte og eldre ved institusjonene.
- Opplæring i systematisk bruk av musikk og omsorgssang som miljøbehandling i demensomsorgen, i regi av Bergen Røde Kors Sykehjem. Forskning har vist denne type behandling kan gi bedre livskvalitet for brukerne.
- Konferansen Kreativ Omsorg 2014 i regi av Fagforbundet, som omhandlet kunst, fysisk aktivitet og taktilbehandling som elementer i omsorgstilbudet.

7.6.4 Samlet vurdering for delmål 4

Delmål 4 har først og fremst handlet om å skape større faglig bredde for ansatte i omsorgstjenesten gjennom tilførsel av ny kunnskap. Når det gjelder å skape større faglig bredde gjennom å ansette flere yrkesgrupper i tjenestene, er det skjedd en positiv økning av ergo- og fysioterapeutstillinger de siste årene. Helsedirektoratet vurderer samtidig at virkemidlene i Kompetanseløftet 2015 har vært utilstrekkelige for dekke omsorgstjenestenes behov for større profesjonsbredde. Dette gjelder for eksempel faggrupper innen habilitering og rehabilitering med spesialpedagogisk kompetanse. I dag finnes ingen oversikt over fordeling av f.eks. logopeder, audiopedagoger, audiografer og synspedagoger i kommunene. Framover vil behovet for nye faggrupper og nytt utdanningsinnhold melde seg ved innføring av velferdsteknologi.

Ledere i tjenestene vil kunne skape større faglig bredde bl.a. ved å legge til rette for at tjenesten inngår samarbeid med både frivillige organisasjoner og enkeltpersoner, skoler, kultur- og fritidsinstitusjoner og andre aktører i nærmiljøet. Dette vil gi økt bredde i tilbudene til brukere og pasienter.

7.7 Delmål 5: Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Det har vært høy aktivitet i omsorgstjenestene både gjennom internopplæring i tjenestene og gjennom formelle videreutdanninger på høgskole- og fagskolenivå. Aktiviteten er dels finansiert

gjennom fylkesmennenes stimuleringsmidler til kommunene, og dels gjennom midler som er tildelt opplærings- og utdanningsaktørene. På grunnlag av den høye kurs- og utdanningsaktiviteten vurderer NIBR og NIFU (2016) at målsettingen om å styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning ser ut til å være nådd.

7.7.1 Videreutdanninger innen veiledning

St. meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* peker på behovet for å styrke veiledningskompetansen og øke veiledningsressursene i omsorgstjenesten. Blant ansatte som har tatt videreutdanning i perioden 2007-2015 med støtte fra Kompetanseløftet 2015, har om lag 1 000 gjennomført videreutdanning i veiledning. Veiledning er et virkemiddel for ansatte i tjenestene for å styrke refleksjon rundt egen fagutøvelse. Kompetansen er også viktig i oppfølging av studenter og lærlinger.

Utvikling av en nasjonal modell for veiledning av studenter er en av anbefalingene fra Praksisprosjektet¹⁰⁷ sammen med forslag om forskriftsfesting av formell veilederutdanning. Mange ansatte i kommunene har tatt videreutdanninger i veiledning med støtte fra Kompetanseløftet 2015, men tilstrekkelige veiledningsressurser og gode rammer for oppfølging av studenter og lærlinger i kommunene er fortsatt en utfordring. Helsedirektoratet engasjerte seg i utdanningsmyndighetenes arbeid gjennom Praksisprosjektet i 2014-2015, og har stilt seg bak prosjektets anbefalinger om å styrke og formalisere veilederutdanningen.

7.7.2 Formell og uformell kompetanse

I løpet av handlingsplanperioden ble vilkårene for tildeling av statlige tilskuddsmidler løst noe opp slik at det kunne gis tilskudd til kompetansetiltak også utenfor det formelle utdannings-systemet, gjerne som virksomhetsinterne kurs og opplæringstilbud. Fylkesmennene rapporterer at mange kommuner foretrekker kompetansetiltak av kortvarig karakter framfor de lengre og mer forpliktende formelle utdanningene. Samtidig er det stort behov for å heve det formelle utdanningsnivået i kommunene sett i lys av at det ved slutten av planperioden fortsatt er om lag 27 prosent ufaglærte i brukerrettet omsorgstjeneste. For noen ansatte kan et kortvarig kurs være første skritt på veien mot formell utdanning.

7.7.3 Internopplæring

Kommunene arbeider mye med egenorganisert undervisning. De ansatte får oppdateringskurs, og internopplæring. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har i handlingsplan-perioden opplevd stor etterspørsel etter Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. Tabellen viser at nærmere 22 000 har gjennomført ABC-opplæring i perioden 2010-2015. Se utførlig omtale under kapittel 8 om Demensplan 2015.

¹⁰⁷ Universitets- og høyskolerådet (2016): *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015*. Rapport.

Tabell 7.10 Gjennomført internopplæring, kurs o.l. 2010-2015. Rapportering fra kommunene.

Opplæring	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Sum
Demens-/Eldreomsorgens ABC	3 173	3 489	2 978	3 369	4 540	4 166	21 715
Mitt livs ABC	-	-	-	-	-	146	146
Annen kortvarig opplæring og etterutdanning	-	-	-	-	-	17 364	17 364

7.7.4 Fagskoleutdanning

I henhold til St.meld. nr. 25 (2005-2006) er tilbud om videreutdanning av personell gjennom fagskoleordningen viktig for å øke kompetansen, redusere avgangen fra sektoren og bidra til rekrutteringen til helse- og sosialfag i videregående skole.

Arbeidet med å styrke videreutdanningstilbudet til personer med videregående opplæring sto sentralt i de to foregående handlingsplanene og ble videreført i Kompetanseløftet 2015. En milepæl i arbeidet var innføringen av en egen finansieringsordning fra 1. juli 2009. Følgende hovedmål ble formulert for tilskuddsordningen:

- Heve kompetansen på sentrale fagområder i den kommunale omsorgssektoren
- Tilby personell en karrierevei
- Realisere nasjonale måltall for utdanningsaktiviteten
- Sikre utdanningstilbud over hele landet gjennom å ivareta både regionale, interregionale og nasjonale fagskoletilbud

Ordningen ga umiddelbart en sterk vekst i studenttallet, anslagsvis en dobling. Som tabellen nedenfor viser, har studenttallet deretter holdt seg relativt stabilt omkring 2 500. Med forvaltningsreformen fikk fylkeskommunen fra 2010 drifts- og finansieringsansvar for fagskolene. Utdanningstilbud finnes i alle fylkene, men omfanget er svært varierende fra Rogaland med over 300 studenter i 2015 til Aust-Agder, Finnmark, Sogn og Fjordane og Vest-Agder som alle hadde under 60.

Tabell 7.11 Registrerte studenter for helse- og sosialfag. Gjennomsnitt høst/vår 2010-2015. Helsedirektoratet.

Fylke	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Akershus	92	130	173	209	246	257
Aust-Agder	56	45	26	31	35	38
Buskerud	274	267	237	171	192	184
Finnmark	11	18	29	47	30	53
Hedmark	98	90	77	96	106	115
Hordaland	204	188	155	156	179	204
Møre og Roms.	19	60	51	72	104	97

Fylke	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nordland	192	188	223	222	187	189
Nord-Trøndelag	96	59	48	39	60	76
Oppland	187	137	123	109	103	121
Oslo	152	93	123	144	186	190
Rogaland	287	288	284	297	326	333
Sogn og Fjord.	71	45	35	43	36	27
Sør-Trøndelag	120	145	132	136	207	194
Telemark	68	79	104	139	133	129
Troms	66	50	30	35	59	91
Vest-Agder	84	32	45	33	27	51
Vestfold	94	126	101	110	154	136
Østfold	170	168	143	158	186	196
Sum	2 337	2 204	2 132	2 243	2 551	2 677

Søkningen varierer mellom fylkene og mellom fagområder, og fylkeskommunene har meldt om varierende gjennomføring, med et visst frafall første semester og generelt større frafall for nettstudier enn stedbaserede studier. Nettilbydere har gjennomført tiltak for å bedre gjennomføringen, herunder bruk av samlinger. God tilrettelegging fra egen arbeidsplass fremheves som kritisk suksessfaktor for gjennomføring.

Størrelsen på tilskuddsrammen har gitt grunnlag for å forvente at opp mot 1 500 personer per år fullfører utdanningen, som var måltallet per år for perioden 2007-2010. Tilskuddsordningen har hatt ledige midler, og har ikke gitt effekten i form av antall fullførte studenter som var forventet. Kommunenes rapporterte tall for fullføring har i perioden 2008-2015 ligget stabilt mellom 600 og 700 studenter, med unntak for 2009 (900 studenter) og 2015 (450 studenter). I tillegg kommer ansatte i spesialisthelsetjenesten og eventuelt personer uten arbeidsforhold som tar fagskoleutdanning innenfor rammen av tilskuddsordningen.

Fylkeskommuner rapporterer at ordningen med statstilskudd har stor betydning for arbeidet med å få til nødvendig kompetanseheving i den kommunale omsorgssektoren.

Fylkeskommunenes oppfatning understøttes av andre undersøkelser på fagskolefeltet gjennomført i perioden 2011-2013. NIFU gjennomførte en undersøkelse blant fagskolekandidatene i 2012¹⁰⁸, hvor kandidatene i helse- og sosialfag skåret høyest på relevans for arbeidslivet. Helse- og sosialfagskandidatene rapporterte at de stort sett var i fast stilling (92 prosent) tre kvart år etter eksamen. Arbeidsgivers perspektiv ble belyst av en rapport utarbeidet av fire studenter ved Universitetet i Oslo i 2013¹⁰⁹. Rapporten viste at fagskoleutdanning i helse-

¹⁰⁸ NIFU (2013): Fagskoleutdannedes studiesituasjon og arbeidsmarkedssituasjon.

Kandidatundersøkelse blant fagskoleutdannede uteksaminert våren 2012. Rapport 40/2013

¹⁰⁹ Herst, A.. K. M. m.fl. (2013): Fagskolen: Hva får arbeidsgiver igjen? Universitetet i Oslo.

og oppvekstfag kan gjøre arbeidsplassen mer attraktiv, stabilisere personellsituasjonen og medføre at de ansatte står lenger i jobb.

Tabell 7.12 Fullført fagskoleutdanning i helse- og sosialfag. 2008-2015. Rapportering fra kommunene.

Fagområde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Psykisk helsearbeid og rusarbeid	172	215	239	196	172	162	195	85
Eldreomsorg/demens	248	197	126	139	133	135	130	85
Habilitering/rehabilitering	41	46	34	66	78	71	99	71
Kreftomsorg/ lindrende pleie	104	98	94	74	83	82	87	41
Annen fagskoleutdanning	145	352	180	156	166	147	152	159
Sum	708	908	673	631	632	597	663	453

Tabellen viser at psykisk helsearbeid er det klart største fagområdet, deretter følger eldreomsorg. Når kommunene i evalueringen av Kompetanseløftet 2015 ble spurt om hva slags videre- og etterutdanning som er mest ettertraktet, svarte de psykisk helse og demensomsorg. Det er mye som tyder på at fagskoleutdanningen innen helse- og sosialfag særlig har funnet sin plass på psykisk helseområdet. Dette er et fagfelt som også tidligere har hatt mange ansatte med videreutdanning som psykiatriske hjelpepleiere.

Helsedirektoratet har i perioden 2007-2015 fortsatt arbeidet med å utvikle utdanningsplaner i nært samarbeid med fagskoleutvalget NUFHO. Tidligere utgitte planer er blitt revidert og omstrukturert. Nye planer er utviklet i tråd med kommunenes kompetansebehov, for eksempel innen livsstils- og kroniske sykdommer (2011) og nevrologiske skader og sykdommer (2015).

7.7.5 Videreutdanninger på høyskoler og universiteter

Tabellen under viser utviklingen i antall ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som har fullført ulike typer formelle videreutdanninger. Det har vært stor aktivitet i kommunene for å utvikle kompetansen ved at høyskoleutdannede personellgrupper har tatt videreutdanninger, i særlig grad sykepleiere og vernepleiere. Tabellen under viser hva kommunene har rapportert om nytten ved bruk av kompetansemidler fra fylkesmennene i planperioden. Tallene er forbundet med en usikkerhet, og særlig etter omlegging av rapporteringsskjema for 2015, der tabellen viser er stor nedgang fra året før.

Tabell 7.13 Fullførte videreutdanninger/mastergradsutdanninger for ansatte med bachelorutdanninger. 2008-2015. Rapportering fra kommunene

Fagområde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Psykisk helsearbeid og rus	230	291	307	158	194	180	238	191
Eldreomsorg/demens	181	254	211	144	159	186	253	183

Kreftomsorg/lindrende pleie			139	132	151	122	151	100
Habilitering/rehabilitering	61	39	35	65	46	60	103	72
Lederutdanning	0	0	229	443	534	888	971	519
Annen videreutdanning/ masterutdanning	477	666	515	415	473	500	632	572
Sum	949	1 250	1 436	1 357	1 558	1 936	2 348	1 637

Kompetansetilskuddet har også blitt aktivt benyttet til å kvalifisere bachelorutdannet personell i omsorgstjenesten med videreutdanninger innen en rekke fagområder. I perioden har stadig flere høyskoler og universiteter lagt tidligere 60 studiepoengs videreutdanninger i helse- og sosialfag inn i mastergradsprogram. Dette har medvirket til at flere ansatte også har kvalifisert seg på masternivå.

I evalueringen fant NIBR og NIFU (2016) at kommunene oftest bruker midler fra Kompetanseløftet 2015 til etter- og videreutdanning (88 prosent), dernest til internopplæring knyttet til ABC-kurs (86 prosent). Andre typer internopplæring ble oppgitt av 47 prosent, mens 67 prosent benyttet midler til fagskoleutdanning.

21 prosent benyttet midler til lederutdanningen ved Høgskolen i Hedmark, mens 45 prosent benyttet midler til annen lederutdanning.

*Vi har en høy andel med ansatte med relevant utdanning, og har hatt en jevn økning av høyskoleansatte med videreutdanning. Dette mener vi henger sammen med nærheten til Høgskolen i Nord-Trøndelag, nå Nord Universitet. Gjennom godt samarbeid har de tilrettelagt for tilgjengelige utdanningstiltak.
(Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2016)*

7.7.5.1 Videreutdanninger innen ledelse

Helsedirektoratet har sammen med KS hatt ansvar for å legge til rette for flere typer lederutdanningstilbud i planperioden.

Lederutdanning helse og omsorg

Evalueringen fra NIBR og NIFU (2016) av Kompetanseløftet 2015 viser at 21 prosent av kommunene har benyttet midler til utdanningstilbudet *Lederutdanning helse og omsorg*. Dette er utviklet av Høgskolen i Hedmark på oppdrag fra Helsedirektoratet. Utdanningen gir 30 studiepoeng og er fordelt på flere moduler som ansatte har kunne ta samlet eller enkeltvis. Totalt har 1 250 studenter fra 140 kommuner fordelt på 18 fylker deltatt på en eller flere moduler. De fleste kommuner har sendt grupper av medarbeidere på utdanningen.

Ifølge tilbakemeldinger fra kommunene har utdanningstilbudet tilbudt stor grad av lokal tilpasning og gjennomføring. Kommunene har selv skaffet lokaler, og undervisningspersonellet har reist landet rundt, slik at de ansatte har brukt minst mulig tid til reiser og overnatting. Det er gjennomført tilpasninger av modulenes innhold utfra kommunenes behov. Fagakademiet og

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har vært faste samarbeidspartnere. Utdanningen tilbys fremdeles ved Høgskolen i Hedmark, nå med totalt ni ulike moduler.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag å utvikle en ny lederutdanning på mastergradsnivå for ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Satsningen er forankret i Utviklingsavtalen mellom KS og regjeringen. KS vurderer at det samlet er om lag 12 000 ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og fylkeskommunene i landet¹¹⁰.

Lederne innenfor målgruppen til dette utdanningstilbudet arbeider blant annet som enhetsledere i hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester, psykisk helsearbeid og rusarbeid, forebyggende tjenester, rehabilitering og habilitering, legetjenester mv. Innenfor tannhelsetjenesten er målgruppen primært overtannleger og klinikkledere.

Som del av forberedelsen med å etablere utdanningen fikk Arbeidsforskningsinstituttet i oppdrag å kartlegge kompetansebehov blant ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunal tannhelsetjeneste¹¹¹ og eksisterende lederutdanninger for sektoren i 2013.

Det ble bl.a. på bakgrunn av denne kartleggingen gitt føringer om at utdanningen skulle være et supplement til eksisterende lederutdanninger. Høgskolen BI fikk i oppdrag å utvikle lederutdanningen som gir 30 studiepoeng og kan gjennomføres som en selvstendig modul eller som del av et samlet mastergradstudium.

Utdanningen skal bidra til økt egenrefleksjon og kunnskap om kultur- og endringsledelse i helse- og omsorgstjenesten. Den skal styrke ledere i omskiftelige tider med store endringer og nye oppgaver og bidra til at lederne har kompetanse i kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet. Undervisningen skal være tett knyttet til den praktiske hverdagen gjennom ferdighetstrening med utgangspunkt i deltakernes egne erfaringer.

Følgende tema blir belyst gjennom utdanningen:

- Ledelse som bidrar til å utvikle kultur for samhandling, samarbeid og oppgavedeling på tvers av profesjoner, tjenestekområder og nivåer
- Endrings- og innovasjonsledelse med mål om å styrke evnen til å utvikle nye tjenester der kommunens innbyggere i større grad blir ressurs i eget liv, der velferdsteknologi nyttiggjøres og hverdagsmestring øker

¹¹⁰ PAI-tall 2014 levert av KS. Tallet omfatter også tannleger med ledelsesansvar

¹¹¹ Ellingsen, D. & Bernstrøm, V.H. (2014). *Lederutdanning innen helse- og omsorgssektoren. Kartlegging av eksisterende utdanningstilbud og kompetansebehov blant ledere i helse- og omsorgssektoren*. Arbeidsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus.

- Strategisk kompetanseplanlegging for å møte morgendagens behov gjennom best mulig utnyttelse av virksomhetens kompetanse og ressurser
- Tilrettelegging for samarbeid med bruker, pårørende, frivillige og andre aktører i lokalmiljøet
- Ledelse i politisk styrte virksomheter.

Høsten 2015 startet to klasser med totalt 108 studenter utdanningen. Det er god tverrprofesjonell bredde blant deltakerne med ledere fra alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fra tannhelsetjenesten. Rambøll har etter oppdrag fra Helsedirektoratet ansvar for evaluering av utdanningstilbudet. Søknadsmengden fra hele landet viser en svært stor interesse for tilbudet.

7.7.6 Samlet vurdering for delmål 5

Helsedirektoratet vurderer at det har vært en stor interesse og aktivitet blant ansatte som har gjennomført formelle videreutdanningsløp. I mange kommuner har det vært tett samarbeid mellom kommunene, fylkesmennenes rådgivere og utdanningsinstitusjoner. Dette har bidratt til at videreutdanningene lettere kan tilpasse innholdet til lokale kompetansebehov og organisere tilbudet slik at kommunene kan nyttiggjøre seg utdanningstilbudet. Særlig virkningsfullt for kommunene er desentraliserte utdanningstilbud, gjerne med e-løsninger, som øker tilgangen på kvalifisert helsepersonell i distriktene.

Kommunenes egenfinansiering har vært avgjørende for den store videre- og etterutdanningsaktiviteten i kommunene i planperioden. Kommunenes egenfinansiering kombinert med de statlige stimuleringsmidlene fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet, som fylkesmennene administrerer, har bidratt til å heve utdanningsnivået i tjenestene.

Kompetanseløftet 2015 har styrket helsefagene sin plass i fagskolestrukturen, og dermed gitt ansatte med videregående opplæring muligheter for videreutdanning. Studenter innen kategorien helse-, sosial- og idrettsfag (i all hovedsak helsefag) utgjorde 17 prosent av alle fagskolestudentene i 2014¹¹². Helsedirektoratet bidrar aktivt til utviklingen av nasjonale fagplaner innen helse- og omsorgsfag, og bidrar dermed til en enhetlig kvalitetsstandard på fagskoletilbudene. Det er fortsatt behov for å gjøre fagskoleutdanningen mer kjent for arbeidsgivere. Arbeidsgiverne tilbyr gjerne videreutdanning til ansatte i hele stillinger. Det store omfanget av deltid for helsefagarbeidere kan derfor virke begrensende for etterspørselen etter fagskoleutdanning i tjenestene.

ABC-opplæringen som internopplæring har vært svært mye benyttet av kommunene. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har lagt ned et stort arbeid i å utvikle og vedlikeholde opplæringsmateriellet og rekruttere deltakere i store deler av landet. Fylkesmennene erfarer at

¹¹² Kunnskapsdepartementet (2015): *Tilstandsrapport. Fagskoler 2014*.

ABC-opplæringen når ut til tverrfaglige grupper av ansatte, innholdet er praksisnært, gir lave kostnader og kan dermed være lettere å rekruttere til for kommunene.

I tillegg til å nyttiggjøre seg av ABC-tilbudene vil Helsedirektoratet anbefale at kommunene satser på å styrke ansattes kompetanse på høyere utdanningsnivå ved bruk av kompetanse- og innovasjonstilskuddet framover. Dette omfatter også en videre satsing på å styrke lederkompetansen i tjenesten slik at opplærings- og utdanningsaktiviteter i framtida er forankret i vedtatte kompetanseplaner.

Endringer i pasientpopulasjonen og utviklingen av stadig flere faglig krevende oppgaver som må løses i kommunene, gir behov for å styrke den medisinske og sykepleiefaglige kompetansen i oppfølgingen av brukere i sykehjem og hjemmetjenesten. Disse tjenestene har en lav andel sykepleiere med videreutdanning i dag. Etter Helsedirektoratets vurdering bør det utformes et nasjonalt standardisert utdanningsinnhold for mastergradsutdanninger i avansert klinisk sykepleie, i tråd med internasjonale anbefalinger. Dette vil kunne bidra til å gjøre utdanningene attraktive for arbeidsgivere i kommunene, og gjøre det lettere å vurdere hva kompetansen vil bety for helse- og omsorgstjenesten i kommunene framover.

8. RESULTAT AV DEMENSPLAN 2015 – DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015

Dette kapittelet oppsummerer og vurderer resultater av Demensplan 2015. Demensplan 2015 ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 og gjennomført i perioden 2007-2015. Planen har bidratt betydelig til å sette demensutfordringene på dagsorden og har vært et gjennombrudd for åpenhet og kunnskap om demens både i befolkningen og i helse- og omsorgstjenestene.

De tre hovedsatsingsområdene var økt kunnskap og kompetanse, boformer tilpasset personer med demens, og dagtilbud og avlastningstiltak.

Avsatte midler til Demensplan 2015 økte betydelig gjennom planperioden. I 2011 bevilget Stortinget midler til en pårørendesatsing, og det ble da etablert en tilskuddsordning til pårørendeskoler og samtalegrupper, hovedsakelig rettet mot kommunene. I 2012 ble det etablert en tilskuddsordning for kommuner til etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Demensplan 2015 har hatt en høy måloppnåelse. Noen viktige resultater:

- I planperioden har 95 prosent av kommunene deltatt i ABC-opplæring (Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC). 22 000 ansatte ble registrert som deltagere i opplæringen.
- Dagaktivitetstilbud for personer med demens var etablert som tilbud i 71 prosent av kommunene i 2014. I 2007 fantes dette i 30 prosent av kommunene. Antall personer som fikk tilbudet ble over tredoblet i planperioden, fra 2350 personer i 2007 til om lag 7500 ved utgangen av 2015.

- Pårørendeskoler eller samtalegrupper er gjennomført i 82 prosent av kommunene siden tilskuddsordningen startet i 2011. I 2007 hadde 4 prosent av landets kommuner pårørendeskole, mens i alt 67 prosent gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller i 2014.

8.1 Innledning

Norge var et av de aller første land i verden som fikk en egen demensplan. Demensplan 2015 adresserte viktige problemstillinger og løftet fram demenssykdom som en politisk prioritert oppgave for kommunene. Demensplan 2015 ble gjennomført i perioden 2007-2015.

Det å samle tiltak på området i en egen handlingsplan med egne midler har hatt stor betydning for gjennomslagskraften og måloppnåelsen. Demensplan 2015 har vært et kjent begrep i helse- og omsorgstjenesten og har nærmest framstått som en «merkevare». Planen har bidratt betydelig til å sette demensutfordringene på dagsorden, både i planarbeid og ellers. Demensplan 2015 har bidratt til å øke statusen i demensomsorgen og har vært et gjennombrudd for åpenhet og kunnskap om demens både i befolkningen og i helse- og omsorgstjenestene.

De tre hovedsatsingsområdene var økt kunnskap og kompetanse, boformer tilpasset personer med demens, og dagtilbud og avlastningstiltak. Planen omtalte ikke bare personene med demens, men også deres pårørende. Det ble også lagt merke til at Demensplan 2015 hadde mange «skal». Demensplan 2015 hadde de samme fem hovedstrategiene som Omsorgsplan 2015:

8.2 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

8.2.1 Mål for strategien

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *skal kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tjenestetilbud til mennesker med demens være vesentlig styrket gjennom forskning og utviklingstiltak*
- *skal framtidens omsorgsutfordringer stå på dagsorden i det ordinære kommuneplan- og økonomiplanarbeidet, med spesielt fokus på et helse- og sosialtjenestetilbud som er tilpasset et økende antall personer med demens og deres pårørende*

8.2.2 Oppsummert om måloppnåelse

Kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tjenestetilbud til mennesker med demens har blitt styrket gjennom forskning og utviklingstiltak i planperioden. Vi har likevel fortsatt mangelfull oversikt over forekomsten av demens i Norge, og hvilke tjenester som gis til personer med demens.

Langt flere kommuner planlegger nå for omsorgsutfordringene med flere eldre og flere med demenssykdom. Samtidig med at flere planlegger tjenestene, har det vært en markant økning i tjenestetilbudene til personer med demens og deres pårørende i løpet av planperioden.

8.2.3 Tiltak under strategien

8.2.3.1 Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens

Underveis i planperioden er det gjennomført tre nasjonale kartlegginger av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens. Hensikten med kartleggingene har vært å få oversikt over hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene i kommunene har kommet, og hvor det er behov for videre satsing. Kartleggingene er gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med landets fylkesmannsembeter og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Kartleggingene omfatter opplysninger og detaljer som ikke kan hentes fra kommunenes KOSTRA-rapportering. Resultatene viser at det har skjedd store endringer i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende i løpet av planperioden.

8.2.3.2 Kommunal planlegging

Ved den nasjonale kartleggingen i 2014 oppga til sammen 80,6 prosent av kommunene (345 kommuner) at de på en eller annen måte hadde omtalt tjenester til personer med demens i kommunens planverk, enten i handlings- og økonomiplanen, i kommuneplanens samfunnsdel, i en plan for helse- og omsorgstjenesten, og/eller i en egen demensplan. Ved forrige nasjonale kartlegging i 2010-2011 var tallet ca. 65 prosent.

Kartleggingen i 2014 viste at kommuner som har beskrevet tjenester til personer med demens i planverket tilbyr flere tjenester til denne gruppen enn kommuner som ikke har tjenestetilbudene omtalt i planverket. Dette er mest gjeldende for de små kommunene.

8.2.3.3 Nasjonal faglig retningslinje om demens

Tjenester til personer med demens er et område med stor fare for svikt, og der konsekvensene av mangler ved tjenesteytingen kan være alvorlige. Personer med demens tilhører en utsatt gruppe som vil kunne ha problemer med å ivareta egne interesser. Mange ulike aktører i demensomsorgen gjør også at det er behov for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver og å bedre samhandlingen. Landsomfattende tilsyn på området i 2010-2011 avdekket blant annet uklare ansvarsforhold og at kjent og innarbeidet praksis var manglende. På denne bakgrunn startet Helsedirektoratet høsten 2013 arbeidet med å lage en nasjonal faglig retningslinje om demens, og arbeidsgruppene begynte sitt arbeid i 2014.

Retningslinjen skal gi beslutningsstøtte til tjenesteytere og beslutningstagere og omfatter utredning av demenssykdom, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Føringerne som gis i retningslinjen er kunnskapsbaserte og bygger blant annet på føringer i lovverk, oppsummert forskning på området, erfaringer fra praksis og ønsker fra personer med demens og deres pårørende. Nasjonal faglig retningslinje om demens planlegges ferdigstilt i to omganger i løpet av 2017.

8.2.3.4 Demensfyrtårn

Til sammen har seks av landets utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) hatt status som Demensfyrtårn i løpet av planperioden. Målsettingen har vært å arbeide for økt kapasitet og bedre kvaliteten i tjenestene til personer med demens. Ett av temaene har vært sikker legemiddelbruk.

8.2.3.5 Forskning om demens

Forskningen på demens har økt betraktelig i planperioden, og det pågår forskningsaktivitet som omhandler flere av satsingsområdene i demensplanen. I planperioden har det gått betydelige midler til demensforskning via Forskningsrådet. Nasjonalforeningen for folkehelsen har også startet et større demensforskningsprogram, med midler fra TV-aksjonen i 2013.

Som del av Demensplan 2015 er det gjennomført to større prosjekter for å framskaffe kunnskaps- og beslutningsgrunnlag. Målsettingen med prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) var å kartlegge bruk av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, samt omfanget av hjelp fra pårørende. Det ble også gjennomført en framskriving av ressursbruk knyttet til demens.

Prosjektet «Demens og eldre innvandrere» hadde som mål å øke framskaffe kunnskap for å øke kvaliteten i tjenestetilbudene til personer med demens som har innvandrerbakgrunn.

8.2.3.6 Internasjonalt samarbeid om demens

I løpet av planperioden for Demensplan 2015 er det startet opp internasjonalt samarbeid om demens på flere nivåer, som har til hensikt å framskaffe og dele kunnskap om demens. Norge, ved Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, er blant annet med i Joint Action om demens i EU/EØS, og i Nordisk demensnettverk i regi av Nordisk ministerråd/Nordens velferdssenter.

8.3 Kapasitetsvekst og kompetanseutvikling

8.3.1 Mål for strategien

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *skal nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er bygd eller modernisert med tilskudd fra Husbanken i planperioden være tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og fysisk og kognitiv svikt*
- *bør ansatte uten fagutdanning som yter tjenester til mennesker med demens ha fått tilbud om grunnopplæring i demens*
- *skal tilbudet om videreutdanning i geriatri og demens for høyskoleutdannet personell og personell med videregående utdanning være utvidet i tråd med Kompetanseløftet 2015.*

Mål og resultater om dagaktivitetstilbud omtales under strategien Aktiv omsorg.

8.3.2 Oppsummert om måloppnåelse

- I 2014 oppga 396 kommuner (92,5 prosent) at de hadde spesielt tilrettelagte botilbud for personer med demens. I løpet av planperioden har antall tilrettelagte plasser i kommunene økt med 17,8 prosent.
- Opplæringsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er i planperioden for Demensplan 2015 gjennomført i 95 prosent av kommunene. I alt 22000 ansatte har i planperioden fått opplæring om demens i form av ABC-opplæring.
- Et stort antall ansatte har gjennomført videreutdanning innen geriatri og demens i planperioden. For detaljer om kompetanseheving viser vi til Kompetanseløftet 2015.

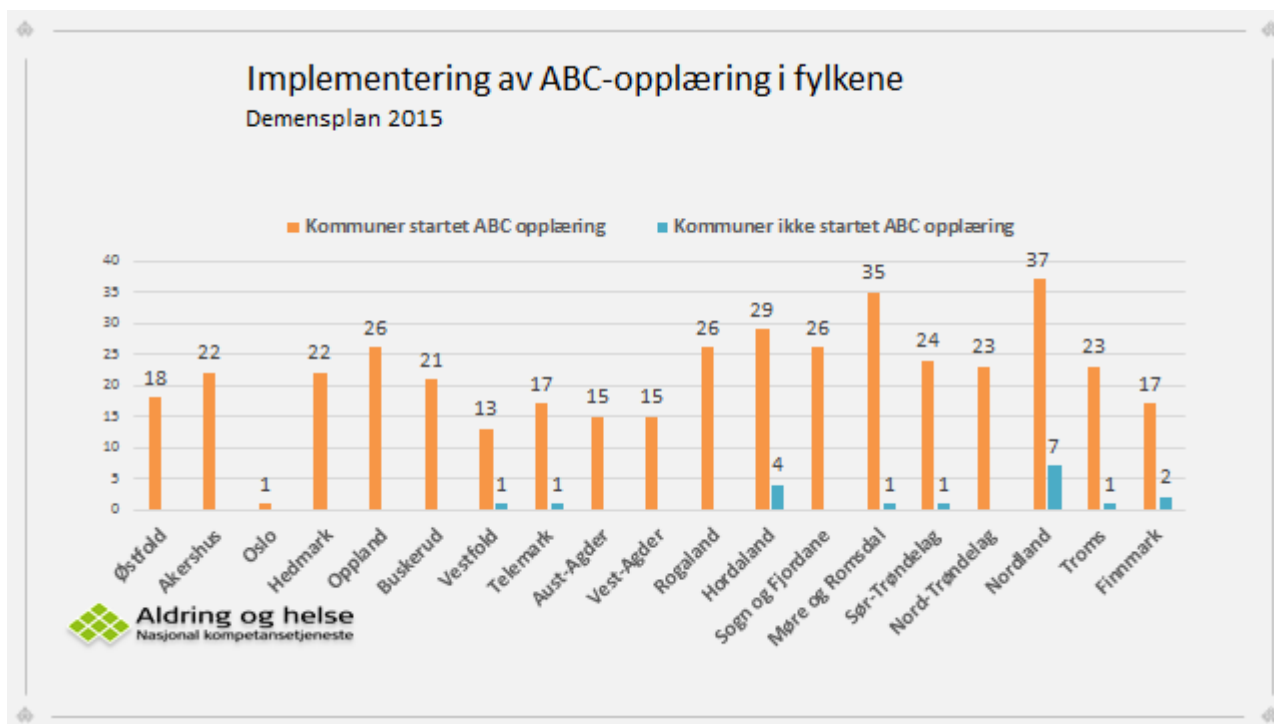
8.3.3 Tiltak under strategien

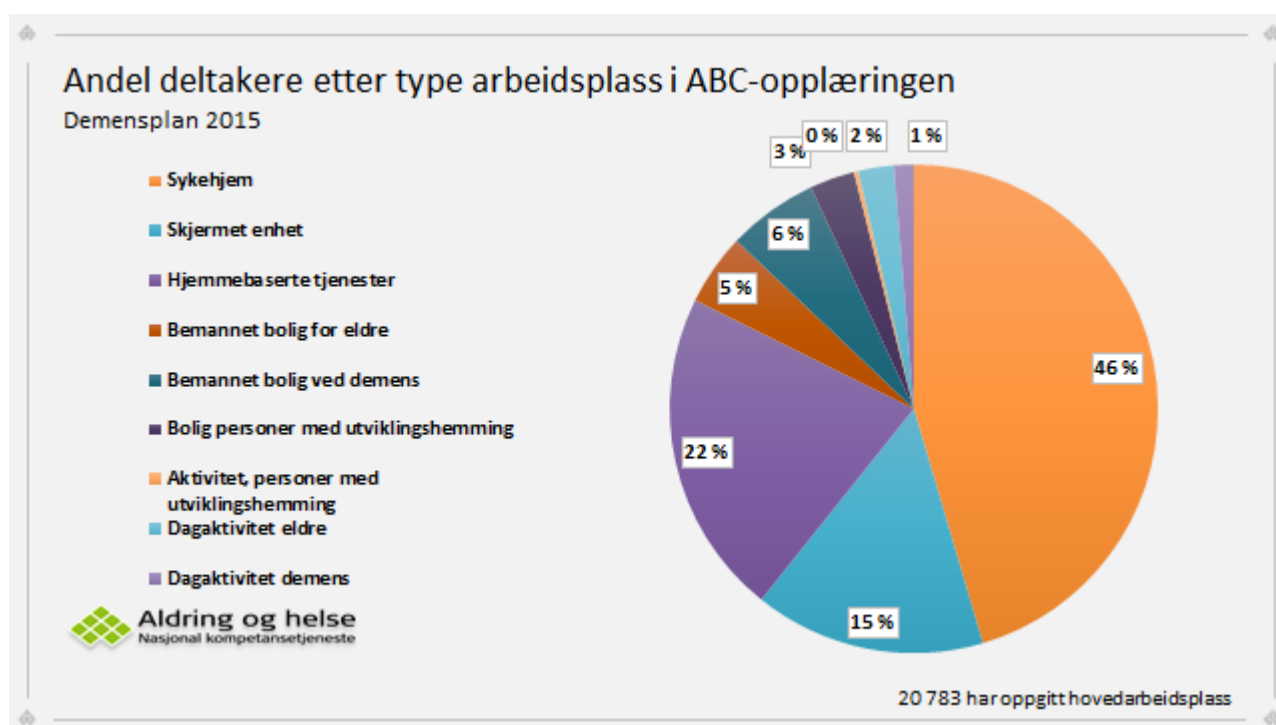
8.3.3.1 ABC-opplæring

Som del av Demensplan 2015 ble Demensomsorgens ABC utviklet av Aldring og helse på oppdrag av Helsedirektoratet. Opplæringsmateriellet har som mål å spre kunnskap om

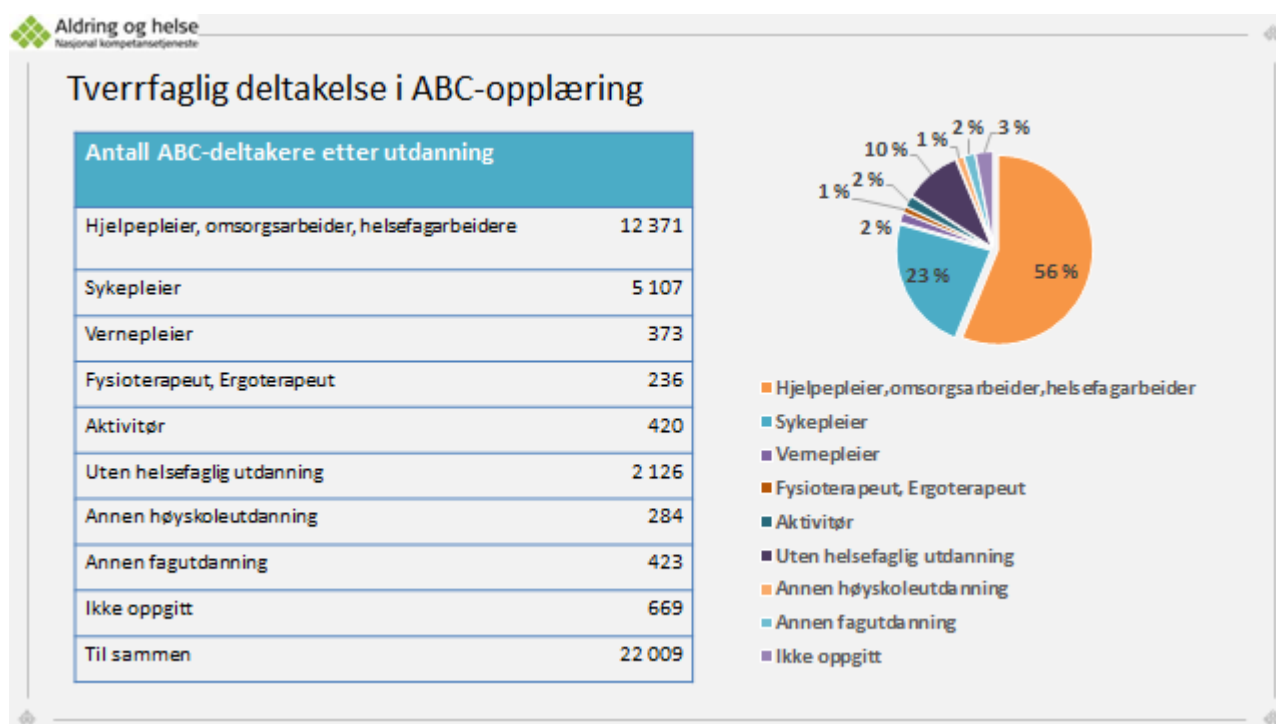
demens til alle typer personell som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Opplæringen skjer som virksomhetsintern opplæring med en kombinasjon av selvstudium, tverrfaglige grupper og fagseminarer. Det er mulig å velge mellom de to opplæringspakkene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

I planperioden har totalt 406 kommuner (95 prosent av kommunene) deltatt i ABC-opplæring, og i alt 22 000 ansatte er registrert i opplæringen. Den nasjonale kartleggingen i 2014 viste at ansatte ved nær tre av fire dagaktivitetstilbud for personer med demens har gjennomført ABC-opplæring. Det samme gjelder for om lag 80 prosent av tilrettelagte botilbudene for personer med demens.





10-11 prosent av de som deltar i ABC-opplæringen har ingen helsefaglig utdanning fra før. Et eget opplæringsprogram gir ABC-deltakere uten helsefaglig utdanning mulighet til å ta fagbrev som helsefagarbeidere.



8.3.3.2 Eldre innvandrere og demens

En økende andel eldre i Norge har minoritetsbakgrunn, og som en konsekvens vil det også i denne gruppen bli flere som utvikler en demenssykdom. Dette gjør at det er behov for kunnskap og kompetanse blant ansatte når det gjelder ulike holdninger til demens, familiens rolle og samarbeid mellom familie og offentlige tjenester. Det er også behov for å se på hvordan tjenestene bør innrettes for å nå denne gruppen.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ledet programmet «Demens og eldre innvandrere». Prosjektet, som har hatt fem delprosjekt, har hatt som mål å framskaffe kunnskap for å øke kvaliteten i tjenestene til personer med demens som har innvandrerbakgrunn. Sluttrapporten gir anbefalinger og forslag til tiltak videre. NAKMI anbefaler at mangfoldsperspektivet er en integrert del av demensomsorgen, og det anbefales blant annet kompetanseheving når det gjelder kombinasjonen av kulturkompetanse og kunnskap om demens. Det er også utarbeidet brosjyrer om demens rettet mot innvandrerbefolkningen, som er oversatt til flere språk.

8.3.3.3 Helsetjenester for personer med demens som har samisk kulturbakgrunn

I perioden 2010-2012 ble det gjennomført et demensprogram for personer som har samisk språklig og kulturell identitet. Målet var å bidra til økt kunnskap og tilrettelegging av tjenestetilbudene til samiske personer som utvikler demens, samt deres pårørende. Helsedirektoratets rapport fra programmet beskriver tiltakene som ble gjennomført i løpet av satsingsperioden, og peker på viktigheten av at helsepersonell har forståelse for ulike samiske kulturer for å kunne gi tjenester av god kvalitet.

Som oppfølging av prosjektet fikk Senter for omsorgsforskning Nord-Norge i oppdrag å utvikle temaheftet Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre, i samarbeid med Aldring og helse, Helsedirektoratet, og en bredt sammensatt referansegruppe med deltakere fra blant annet Sametinget. Målet med heftet er å heve kompetansen blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene som møter mennesker med samisk språk og kultur. Temaheftet kan både brukes selvstendig og som en del av ABC- opplæringen.

8.3.3.4 Botilbud for personer med demens

I den nasjonale kartleggingen av tjenestetilbudet til personer med demens i 2014 oppga 396 kommuner (92,5 prosent) at de hadde spesielt tilrettelagte botilbud for personer med demens. I løpet av planperioden har antall tilrettelagte plasser økt med 17,8 prosent. I tillegg er flere utrangerte plasser oppgradert eller byttet ut. Til sammen er det registrert 1 094 flere plasser i skjermede enheter i sykehjem i planperioden, og 737 flere plasser i tilrettelagte

bokollektiv i omsorgsboliger. Antall plasser i forsterket skjermet enhet i sykehjem har økt med 210 plasser (62 prosent). Kartleggingen i 2014 viste at en gjennomsnittlig skjermet enhet har 7,9 plasser, som er likt med tidligere kartlegginger.

En litteraturgjennomgang av bo- og tjenestetilbud for personer med demens (Haugan, Woods, Høyland et al. 2015) konkluderte med at mindre bogrupper og personrettet omsorg er de viktigste faktorene for personer med demens. Viktige faktorer i de fysiske og organisatoriske rammene i botilbudene omfatter oversiktlige og kjente omgivelser, få personer å forholde seg til, lett tilgang til egnede utearealer, og mulighet for å ta del i meningsfulle aktiviteter. Disse faktorene kan bidra til reduksjon av negativ atferd.

For utfyllende opplysninger om botilbud, viser vi til kapittelet om Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger.

8.4 Samhandling og helsefaglig oppfølging

8.4.1 Mål for strategien

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *skal den enkelte bruker være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens*
- *skal det være utviklet et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunetjenestene og spesialisthelsetjenesten for å få til effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp for den enkelte bruker*
- *skal helsetilbudet være utviklet i tråd med regjeringens strategi for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre*
- *skal spesialisthelsetjenesten kunne gi den kommunale helse- og sosialtjenesten medisinsk og tverrfaglig oppfølging og veiledning på det geriatrike området*
- *skal legetjenesten i sykehjem være betydelig styrket*

8.4.2 Måloppnåelse

- Nærmere 80 prosent av kommunene i Norge har nå et organisert tilbud om utredning av demens. Dette er en tredobling siden 2007. Av kommunene som har etablert fast organisert demensutredning i form av team eller koordinator, benytter 97 prosent nå det nasjonalt anbefalte utredningsverktøyet for demens. Det finnes likevel fortsatt et betydelig antall sykehjemsbeboere og hjemmeboende personer med tegn på kognitiv svikt som ikke er utredet for demens.

- Arbeidet med Nasjonal faglig retningslinje om demens startet opp mot slutten av planperioden. Retningslinjen vil gi føringer for utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende i ulike deler av tjenestetilbudene.
- Det er framskaffet betydelig ny kunnskap om utredning og oppfølging av grupper med særlige behov, så som yngre personer med demens. Hver gruppe omfatter relativt få personer, og det kan være krevende å gjennomføre god utredning og oppfølging for disse gruppene, som i hovedsak bør foregå i spesialisthelsetjenesten.
- Samhandling og fordeling av ansvar mellom nivåene har flere steder blitt forbedret i løpet av planperioden for Demensplan 2015, blant annet som følge av nye krav til samarbeidsavtaler.
- Legetjenester i sykehjem er forbedret gjennom planperioden, herunder tjenester til personer med demens, som utgjør majoriteten av sykehjemsbeboere.

8.4.3 Tiltak under strategien

8.4.3.1 Demensutredning og hukommelsesteam/demensteam

Ved oppstart av Demensplan 2015 ble gjennomført et treårig utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av demens, der 27 kommuner deltok. I etterkant er det gitt opplæring og veiledning til kommuner som ønsker det, og det er blant annet utarbeidet en håndbok.

Nasjonal kartlegging i 2014 viste at nærmere 80 prosent av kommunene (332 kommuner) har et organisert tilbud for utredning av demens. Dette er en tredobling siden 2007, da bare 25 prosent (108 kommuner) hadde organisert demensutredning. Teamenes oppfølging etter diagnose er imidlertid svært ulik, og det brukes relativt liten tid per person med demens per år til oppfølging.

Den nasjonale kartleggingen i 2014 viste også at 97 prosent av kommunene som har etablert fast organisert demensutredning i form av team eller koordinator, benytter det nasjonalt anbefalte utredningsverktøyet for demens. Men selv om en stor andel av kommunene nå har etablert faste strukturer for utredning av demens, er det likevel betydelige utfordringer på området. Det er fortsatt et betydelig antall sykehjemsbeboere med tegn på kognitiv svikt som ikke er utredet for demens, og nyere norsk forskning viser også at 40 % av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demenssykdom, men bare 20 % av disse har en kjent demensdiagnose (Wergeland med flere, 2013)

8.4.3.2 Yngre personer med demens

Yngre personer med demens har vært et av satsingsområdene under Demensplan 2015.

Betegnelsen «yngre personer med demens» brukes om personer som har demensdebut før de fyller 65 år. Demens som middelaldrende medfører andre utfordringer enn demenssykdom i alderdommen. Den viktigste forskjellen kan ofte være konsekvensene sykdommen har for personen selv og omgivelsene. Flere yngre er fortsatt i arbeid og har et aktivt liv, og de har ofte stort behov for fysisk aktivitet og for å delta i samfunnet. Mer enn hver fjerde som får demens før 65-årsalderen har omsorgsansvar for barn og ungdom under 18 år. Sykdommen medfører at roller i familien endres og at økonomien kan bli vanskeligere.

Utviklingsprogrammet «Yngre personer med demens» hadde som mål å framskaffe kunnskap om belastninger, måter å gi bedre informasjon om demenssykdommen, og å utvikle gode modeller for utredning og oppfølging av yngre personer med demens og deres familier. Prosjektet omfattet også tekniske hjelpemidler.

Det er relativt få yngre personer som får stilt en demensdiagnose hvert år, og det er ofte en lang utredningsperiode før man får diagnosen. Resultater fra prosjektet peker på at utredning og diagnostisering av demens hos yngre er en utfordrende oppgave som krever erfaring og spesialkompetanse, og anbefalingen er at yngre personer med mistanke om demenssykdom henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning. Perioden etter at diagnosen er stilt er også ofte en svært sårbar periode for mange, der det er behov for god og tilrettelagt oppfølging for å kunne mestre hverdagen, for eksempel gjennom egne dagaktivitetstilbud for yngre personer med demens.

Det er i planperioden for Demensplan 2015 gjennomført betydelig undervisning og veiledning om emnet yngre med demens, og det er utarbeidet flere håndbøker om emnet.

8.4.3.3 Legetjenester i sykehjem og legemiddelbehandling

Legetjenester i sykehjem er forbedret gjennom planperioden, herunder tjenester til personer med demens, som utgjør majoriteten av sykehjemsbeboere. Det er likevel behov for fortsatt oppmerksomhet om legetjenester i sykehjem, men også i andre botilbud der det ytes heldøgns omsorgstjenester for personer med demens. For flere detaljer om satsingen på legetjenester i sykehjem, viser vi til eget kapittel om emnet.

Prioritert satsing på riktig legemiddelbruk og legemiddelhåndtering, både gjennom Pasientsikkerhetskampanjen og ordningen med Demensfyrtårn, har i løpet av planperioden ført til bedre oppfølging av legemiddelbehandlingen. Arbeidet har videre ført til økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre og økt kunnskap om sykdommene til pasientene.

8.5 Aktiv omsorg

8.5.1 Mål for strategien

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *bør alle landets kommuner kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud*
- *skal omsorgstjenesten ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid skal kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslivets aktiviteter ha økt oppmerksomhet*

Under strategien «kapasitetsvekst og kompetanseheving» finnes i tillegg følgende målsetning:

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *skal kapasiteten av avlastningstiltak ha økt betydelig og dagaktivitetstilbud ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden for mennesker med demens og deres pårørende*

8.5.2 Måloppnåelse

- Nasjonal kartlegging av kommunenes tjenestetilbud i 2014 viste at vel 71 % av kommunene hadde dagaktivitetstilbud for personer med demens. Tilbudene hadde i overkant av 6300 brukere. Antallet personer som mottar tilbud er nærmere tredoblet siden 2007. Tilbudene har en betydelig avlastende effekt for pårørende.
- Det er i planperioden gjort en betydelig innsats med opplæring i personsentrert omsorg og miljøbehandling for personer med demens. Langsiktig innsats med ledelsesforankring og opplæring er nødvendig for å sikre personsentrert omsorg til personer med demens.

8.5.3 Tiltak under strategien

8.5.3.1 Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak er beskrevet som det manglende mellomleddet i omsorgskjeden til personer med demens, og utvikling av denne typen tilbud har vært et av hovedtiltakene i Demensplan 2015.

Utviklingsprogrammet om dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens (2007-2010) fulgte utviklingen av 34 dagtilbud i 28 kommuner, for å skaffe kunnskap om og gode modeller for etablering og drift av tilrettelagte dagaktivitetstilbud. I etterkant av prosjektet har det vært gjennomført utstrakt opplæring og veiledning, det er gjennomført kurs og konferanse, og veiledningsmateriell og håndbøker er utarbeidet.

I 2012 ble det etablert en tilskuddsordning til etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Tilskuddsordningen som retter seg mot kommunene administreres av Helsedirektoratet. Det gis tilskudd til alle typer dagaktivitetstilbud for personer med demens, og det kreves bare rapportering på plasser i drift. Fra tilskuddsordningen startet opp i 2012 og til utgang av 2015 hadde rundt 290 kommuner fått tilskuddsmidler. Til sammen var det gitt tilskudd til om lag 2 630 hele plasser med om lag 5 650 tjenestemottakere.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tjenestetilbud i 2014 viste at vel 71 % av kommunene hadde tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Tilbudene hadde da i overkant av 6300 brukere. Antallet personer som mottar tilbud er nærmere tredoblet siden 2007. Selv om svært mange kommuner har etablert tilbud, er det nok fortsatt mange hjemmeboende personer med demens som vil kunne dra nytte av et slikt tilbud. Med kapasiteten av tilbud som er i drift per i dag, har i beste fall hver sjettede hjemmeboende person med demens et dagaktivitetstilbud.

8.5.3.2 Miljøbehandling

Det er utbredt enighet om at personsentrert omsorg med skreddersydde miljøbehandlingstiltak har stor betydning for personer med demens. Personsentrert omsorg bidrar til bedre og mer meningsfulle hverdager med bedre livskvalitet, og kan dempe symptomer som agitasjon og uro.

Utviklingsprogrammet om miljøbehandling i Demensplan 2015 ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningscenter ved Sykehuset Innlandet HF (2009-2011). Hovedmålsettingen var å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens kan bedres. Miljøbehandlingsmetodene Dementia care mapping (DCM), Marte Meo, Vips praksismodell og strukturert miljøbehandling har blitt prøvd ut. Felles for metodene som ble brukt i programmet var personsentrert omsorg som verdigrunnlag, og miljøprogrammet innebar utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis. Samkjøring av de fire miljøbehandlingsmetodene ble også prøvd ut, og erfaringene er at metodene utfyller hverandre godt, og at de bidrar til at ansatte med ulik kulturbakgrunn kan få en felles tilnærmingssåte.

I forlengelsen av utviklingsprogrammet ble det gjennomført kurs for ansatte i kommunene og utarbeidet opplærings- og veiledningsmateriell, herunder en ABC-perm om miljøbehandling.

8.6 Partnerskap med familie og lokalsamfunn

8.6.1 Mål for strategien

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- bør pårørendeskoler og samtalegrupper være tilgjengelig i hele landet
- skal det være gjennomført et systematisk informasjons- og opplysningsarbeid for ansatte, pårørende, allmennheten og frivillige
- skal samordningen med den frivillige innsatsen på demensområdet være styrket

8.6.2 Måloppnåelse

- 82 % av kommunene har fått tilskudd til pårørendeskoler eller samtalegrupper siden oppstart av pårørendeprogrammet i 2011. Over to tredeler av landets kommuner har gjennomført pårørendeskole, og nærmere en tredel av kommunene tilbyr nå samtalegrupper.
Tall fra nasjonale kartlegginger viste at 4 prosent av landets kommuner (20 kommuner) hadde pårørendeskole i 2007, mens i alt 67,5 prosent (289 kommuner) gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller i 2014.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen har vært en viktig aktør i pårørendesatsingen i Demensplan 2015. Andre frivillige organisasjoner har også deltatt. Totalt 270 ulike frivillige instanser har vært samarbeidspartnere i pårørendeskoler og samtalegrupper i planperioden, og et betydelig antall frivillige har hatt roller i driften av tilbudene i pårørendesatsingen.
- Det er gjennomført et systematisk informasjons- og opplysningsarbeid for ansatte, pårørende, allmennheten og frivillige, og kjennskapen til demenssykdom og hjelpetilbud har økt i løpet av planperioden. Helsedirektoratet har arrangert to nasjonale informasjonskampanjer om demens. I løpet av den siste som ble gjennomført i 2013, økte andelen som ønsket å snakke åpent om demens fra 57 til 77 prosent. Over to tredeler av kommunene gjennomførte egne informasjonstiltak i forbindelse med informasjonskampanjen.
- Flere frivillige organisasjoner har satset på tilbud til personer med demens i løpet av planperioden, både gjennom tilbud i egen regi og ved deltagelse i offentlige tilbud. Over en tredjedel av tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens har nå tilknyttet frivillige, og tilbudet av aktivitetsvenner, besøksvenner og lignende er bygget ut. Nasjonalforeningen for folkehelsen har også etablert tiltaket «Demensvennlig samfunn».

8.6.3 Tiltak under strategien

Pårørendeskoler og samtalegrupper

Utprøvingen i Demensplan 2015 av pårørendeskolemodellen (2007-2009) viste at pårørendeskoler og samtalegrupper medvirker til læring og mestring for deltakerne. Håndbok for etablering og drift av pårørendeskoler ble et resultat av utviklingsprosjektet, sammen med annet veiledningsmateriell.

Målsettingen med pårørendeskoler er å gi pårørende kunnskap og støtte til å mestre praktiske og følelsesmessige utfordringer, og gi hjelp til de omstillinger som følger med omsorgen for en person med demens. Tiltaket innebærer undervisning i kombinasjon med gruppesamtaler.

I 2011 bevilget Stortinget ekstra midler til «pårørendesatsingen» i Demensplan 2015. Det ble etablert en tilskuddsordning til pårørendeskoler og samtalegrupper, som hovedsakelig retter seg mot kommunene. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har hatt prosjektledelsen, og satsingen ble gjennomført som et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen.

82 % av kommunene har fått tilskudd til pårørendeskoler eller samtalegrupper siden oppstart av pårørendeprogrammet i 2011. Over to tredeler av landets kommuner har gjennomført pårørendeskole, og nærmere en tredel av kommunene tilbyr nå samtalegrupper. Tall fra de nasjonale kartleggingene av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud viser at 4 prosent av landets kommuner (20 kommuner) hadde pårørendeskole i 2007, mens i alt 67,5 prosent (289 kommuner) gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller i 2014.

Pårørendetilbud rettet mot spesielle grupper

I tillegg til de ordinære pårørendeskolene og samtalegruppene er det utviklet spesielle tilbud rettet mot grupper med særlige behov. «Møteplass for mestring» er et tilbud til yngre personer med demens sammen med partner, og «Tid til å være ung» er et tilbud til ungdom som er barn av personer med demens. Mot slutten av planperioden startet også planleggingen av et leirskoletilbud for familier med mindreårige barn, der mor eller far har demens.

Ulike tiltak som informasjonsmøter og tilrettelagte pårørendeskoler og samtalegrupper rettet mot pårørende til innvandrere med demens er prøvd ut av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Kirkens bymisjon. Det er videre gjennomført forsøk med pårørendekurs for pårørende til personer med utviklingshemming og demens. I pårørendesatsingen er det også gjennomført tiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen.

Gjennom pårørendesatsingen i Demensplan 2015 er det skapt nye lærings- og mestringstilbud til flere grupper pårørende til personer med demens som tidligere ikke har hatt et tilpasset pårørendetilbud.

8.6.3.1 Frivillig innsats

Flere frivillige organisasjoner har satset på tilbud til personer med demens i løpet av planperioden, både gjennom tilbud i egen regi og ved deltagelse i offentlige tilbud. Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen ga i 2009 ut brosjyren «Bli med!», som gir tips om frivillig arbeid.

Over en tredjedel av tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens har nå tilknyttet frivillige. Når det gjelder pårørendesatsingen, har Nasjonalforeningen for folkehelsen har vært en viktig aktør, og andre frivillige organisasjoner har også hatt viktige roller. Totalt 270 ulike frivillige instanser har vært samarbeidspartnere i pårørendeskoler og samtalegrupper i planperioden, og et betydelig antall frivillige har hatt roller i driften av tilbudene i pårørendesatsingen.

TV-aksjonen i 2013 «Ingen tid å miste» gikk til Nasjonalforeningen for folkehelsen og dens arbeid med å bedre livskvaliteten for personer med demens. Nasjonalforeningen har blant annet etablert prosjektene «Aktivitetsvenn» og «Demensvennlig samfunn». Andre frivillige organisasjoner har også satset på besøksvenner og andre tiltak rettet mot personer med demens og deres pårørende i løpet av planperioden.

For flere detaljer om gjennomføringen av tiltak i Demensplan 2015 viser vi til rapporten [«Å favne bredt og treffe rett»](#) fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

9. RESULTAT AV NEVROPLAN 2015 - DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015

Til grunn for Nevroplan 2015 lå en erkjennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er utformet og tilrettelagt for personer med nevrologiske skader og sykdommer.

Gjennom utviklingsprogrammene er det vist at brukergruppen har god nytte av fysisk aktivitet, og at et mestringstilbud til personer med kognitiv svikt kan være viktig, ofte lang tid etter avsluttet behandling eller rehabilitering. Planperioden har også synliggjort at det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å gi et tilbud til denne gruppen i allerede etablerte tjenester, som for eksempel frisklivssentra eller som en del av kommunens lærings og mestringstilbud. Erfaringene viser at det i mange tilfeller vil fungere godt med diagnoseuavhengige grupper, men at kunnskap om nevrologiske tilstander og behov for tilrettelegging vil være viktig.

Tilskuddet til Informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner har bidratt å øke kunnskap og bevissthet om nevrologiske tilstander blant beslutningstakere, omsorgstjenestens ytere, brukere og pårørende.. Tilskuddet vurderes å ha vært et viktig virkemiddel for å styrke organisasjonenes arbeid på dette området.

9.1 Hensikt og mål med tiltaket

Til grunn for Nevroplan 2015 lå en erkjennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er utformet og tilrettelagt for personer med neurologiske skader og sykdommer.

Kommunene har de siste 20 årene fått ansvaret for tjenestetilbudet til mange brukere som tidligere fikk sitt tilbud enten i spesialisthelsetjenesten eller var helt avhengig av hjelp fra familien. Tallet på tjenestemottakere under 67 år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har nesten blitt tredoblet i denne perioden. Mange av disse brukerne har neurologiske tilstander som krever et omfattende tjenestetilbud.

I Nevroplan 2015 ble flere av de viktigste grepene i en langsiktig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til personer med neurologiske tilstander beskrevet, herunder økt kunnskap og investeringer i kompetanse, forskning og utvikling og dag-, aktivitets- og treningstilbud. Regjeringen la vekt på dagtilbud og tilrettelagte aktiviteter som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig tjenestetilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer.

Nevroplan 2015 omfattet alle brukere med neurologiske skader og sykdommer som mottar kommunale omsorgstjenester etter den kommunale helse- og omsorgslovgivningen og pekte ut tre hovedsatsningsområder:

- Informasjon og ny kunnskap
- Rehabilitering i dagliglivet, og dag-, aktivitets- og treningstilbud
- Flerfaglig utviklingsarbeid

9.2 Resultater av tiltaket

Et av tiltakene som ble iverksatt gjennom Nevroplan 2015 er tilskuddet til Informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner for personer med neurologiske skader og sykdommer.

Fra 2010 til 2014 har 16 ulike organisasjoner mottatt tilskudd. I evalueringen av tilskuddsordningen som ble gjennomført av Senter for omsorgsforskning øst i 2015 trekker brukerorganisasjonene frem at ordningen har vært viktig for å utarbeide og spre kvalitativt god informasjon til relevante målgrupper.

Gjennomgang av prosjektene viser at brukerorganisasjonene ønsker å gjøre brukere og pårørende bedre rustet til å medvirke i egen oppfølging og behandling. Gjennom økt kunnskap om egen lidelse og bedre kjennskap til ulike muligheter og rettigheter ønsker brukerorganisasjonene å medvirke til myndiggjorte brukere og pårørende, med gode forutsetninger for å være aktive i samhandling med helsetjenestene.

Det beskrives et betydelig samarbeid med spesialisthelsetjeneste og andre relevante fagmiljøer. Dette også knyttet til implementering og distribusjon av informasjonsmaterialet. Et annet moment som har blitt fremhevet er at tilskuddet har stimulert til en omfattende frivillig innsats og således generert betydelig aktivitet.

I 2012 ble det etablert et treårig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud og et treårig utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for tilrettelagte treningstilbud. Utviklingsprogrammene har omfattet til sammen 19 prosjekter i 13 ulike kommuner.

Prosjektene i programmet for dag- og aktivitetstilbud har i stor utstrekning hatt fokus på personer med ulik grad av kognitiv svikt, som følge av sykdom eller skade, og herunder tiltak som kan bidra til økt mestring og samfunnsdeltagelse.

I det treårige utviklingsprogrammet for tilpasset treningstilbud er det prøvd ut forskjellige lavterskeltiltak til personer med hjerneslag eller parkinson sykdom, og treningstilbud med varierende intensitet til mer diagnoseuavhengige grupper.

God planlegging i oppstartsfasen med involvering av tjenesteutøvere og brukerne, riktig sammensetning av brukergruppene og informasjonstiltak rettet mot brukerne og tjenesteutøverne har vært noen av suksesskriteriene. Av utfordringer er det spesielt transport og rekruttering av deltagere som har blitt opplevd som vanskelig

Tiltakene har vært noe ulikt utformet med hensyn på om de har vært et tilbud til personer med en nyervervet sykdom eller skade, eller et tilbud rettet mot personer som har levd med en funksjonssvikt over tid. Tilbakemeldinger fra brukere i prosjektet er at tilbudene har blitt opplevd som nyttige og viktige, uavhengig om de er rettet mot en tidlig eller sen fase i forløpet.

Fra deltagende kommuner har det blitt vist til at disse brukerne i mange tilfeller har manglet et tilbud, selv om det har vært erkjent et behov. I flere av prosjektkommunene er tiltakene nå implementert som en del av tjenestetilbudet til denne gruppen

Etter avslutning av programperioden arbeides det med en sammenstilling av verktøy og erfaringer fra prosjektkommunene.

9.3 Vurdering av resultatene:

Helsedirektoratet vurderer at Nevroplan 2015 har vært viktig for å sette fokus på og styrke tilbudet til personer med nevrologiske tilstander. Utviklingsprogrammene har bidratt til ny kunnskap og kompetanse på dette området og løftet frem brukere med ulike behov.

Gjennom utviklingsprogrammene er det vist at brukergruppen har god nytte av fysisk aktivitet, og at et mestringstilbud til personer med kognitiv svikt kan være viktig, ofte lang tid etter avsluttet behandling eller rehabilitering. Planperioden har også synliggjort at det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å gi et tilbud til denne gruppen i allerede etablerte tjenester, som for eksempel frisklivssentraler eller som en del av kommunens lærings og mestringstilbud. Erfaringene viser at det i mange tilfeller vil fungere godt med diagnoseuavhengige grupper, men at kunnskap om nevrologiske tilstander og behov for tilrettelegging vil være viktig.

Sammenstilling av erfaringene fra prosjektkommunene i en digital modell, som skal være tilgjengelig på Omsorgsbiblioteket, vil være et viktig tiltak for å dele erfaringene fra utviklingsprogrammene.

Tilskuddet til Informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner har bidratt å øke kunnskap og bevissthet om nevrologiske tilstander blant beslutningstakere, omsorgstjenestens ytere, brukere og pårørende. Tilskuddet vurderes å ha vært et viktig virkemiddel for å styrke organisasjonenes arbeid på dette området.

10. REFERANSELISTE

15-7622-21 Vedlegg 1 – store satsingsforslag, Helsedirektoratet desember 2015I
Aamodt, Per Olaf og Tjerbo, Trond (2012). <i>Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015</i> . NIFU.
Abelsen, Birgit, Margrete Gaski, Svein Ingve Nødland og Anna Stephansen (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/328.
Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. IS-2475. Helsedirektoratet juni 2016.
Avsnittet baserer seg på forskning gjennomført av Håkon Høst og andre. Se også Asgeir Skålholt m.fl. (2013). <i>Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget</i> . Rapport 5/2013. NIFU.
Bakken, Runar og Bjørnulf Arntsen (2012): <i>Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor. Et klasseperspektiv</i> . Rapportserie nr. 8 – 2012. Senter for omsorgsforskning
Borgen, Melby, Hellesø, Steinsbekk. 2015. https://sykepleien.no/forskning/2015/02/forventninger-og-erfaringer-med-elektronisk-meldingsutveksling-blant
Bostrøm V og Disch PG. Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold.
Dette skjer ikke! Eller gjør det det? – Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Malmedal W., Iversen Maria H., Sæbø Valgjerd Frengen, Kilvik Astrid. NTNU, Fakultet for Helse- og sosialvitenskap. Trondheim 22.1.2016
Dette skjer ikke! Eller gjør det det? – Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Malmedal W., Iversen Maria H., Sæbø Valgjerd Frengen, Kilvik Astrid. NTNU, Fakultet for Helse- og sosialvitenskap. Trondheim 22.1.2016
ECON (2009): Bemanning i kommunal pleie- og omsorg. Rapport 2009-072. NOVA (2014): Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Rapport 14/2014. NOVA (2016): Underbemanning er selvforsterkende. Rapport 6/16.
Ellingsen, D. & Bernstrøm, V.H. (2014). <i>Lederutdanning innen helse- og omsorgssektoren. Kartlegging av eksisterende utdanningstilbud og kompetansebehov blant ledere i helse- og omsorgssektoren</i> . Arbeidsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus.
Evaluering av omsorg mot livets slutt – en verdig alderdom, Finseth O. Verdighetsenteret omsorg for gamle, 2014 http://www.verdighetsenteret.no/wp-content/uploads/2013/03/OLS-Evaluering.pdf
Fallforebygging i kommunen, kunnskap og anbefalinger. IS-2114, november 2013.
Finansieringsansvaret gjelder ikke lengre fra og med 2015.
Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål NIFU-rapport;2016:32
Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater. Wiig, Ole; Rørstad, Kristoffer; Børing, Pål NIFU-rapport;2016:32
Fra 2011 gikk man over til å kalle «foreløpige søknader» for «forespørsler»
Fra rapportering 2008 til Helsedirektoratet
Heldøgnsomsorg – kommunenes dekningsgrad, KS FoU, Agenda Kaupang, VID. 2016
Helgesen m.fl. (2014). <i>Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene</i> . Underveisrapport 2014. Notat 2014:110. NIBR.
Helsedirektoratet (2013): Fallforebygging i kommunene. Kunnskap og anbefalinger, IS-2114
Helsedirektoratet. 2014. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer, behov.
Helsedirektoratet. 2014. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer, behov.
Herst, A.. K. M. m.fl. (2013): Fagskolen: Hva får arbeidsgiver igjen? Universitetet i Oslo.
http://www.aldringoghelse.no/startside/utviklingshemning
http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Prosjekter/Barndom-familie-og-barnevern/Voldsprogrammet-Forskningsprogram-om-vold-i-naere-relasjoner
http://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar/2016-06-28?fane=tabell&sort=nummer&tabell=271487
http://www.statsbudsjettet.no/upload/Revidert_2013/dokumenter/pdf/prop149.pdf

https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144334
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf
https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1039/Omsorg%202015%20årsrapport%202014.pdf
https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1186/IS-2467%20Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20primærhelsetjenesten.pdf
https://helsedirektoratet.no/publikasjoner
https://helsedirektoratet.no/publikasjoner
https://www.fylkesmannen.no/Hordaland/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Helsetenester/Fleire-kommunar-har-ikkje-oversikt-over-behov-for-rehabilitering-og-habilitering/
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1&q=
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1&q=
https://www.riksrevisjonen.no/rapporter
https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp
Høst, Håkon (2010): <i>Helsefagarbeiderutdanning for voksne</i> . Rapport 25/2010. NIFU STEP.
Høst, Håkon m.fl. (2015). Yrkesutdanninger med svak forankring i arbeidslivet. En kunnskapsoppsummering. Rapport 16/2015. NIFU.
I-9/2015 Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., . . . Moe, A. (2016). <i>Turnus som fremmer heltidskultur</i> . Oslo: Gyldendal akademisk.
IS-1775 Årsrapport 2008 til Omsorgsplan 2015, Helsedirektoratet, januar 2010.
Kandidatundersøkelse blant fagskoleutdannede uteksaminert våren 2012. Rapport 40/2013
Husbanken
Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervju-undersøkelse. Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S
KOSTRA tall pr 1.september 2016, F. Pleie og omsorg - grunnlagsdata (K) etter region, statistikkvariabel og tid
Kunnskapsdepartementet (2015): <i>Tilstandsrapport. Fagskoler 2014</i> .
Moland (2013) <i>Heltid deltid - en kunnskapstatus</i> . FAFO rapport 2013:27.
Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge
Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens, 2014. Demensplan 2015. Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste.
NIFU (2013): Fagskoleutdannedes studiesituasjon og arbeidsmarkedssituasjon.
Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). <i>Morgendagens omsorg</i> (Vol. 29(2012-2013), St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Departementenes servicesenter.
Omsorgsplan 2015, Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008) Programkategori 10.60, side 6
Otnes og Haugstveit (2015): Kommunal variasjon i omsorgstjenester Rapporter 2015/44
PAI-tall 2014 levert av KS. Tallet omfatter også tannleger med ledelsesansvar
Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene» Sørvoll/Martens/Daatland, NOVA-rapport 17/14
Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) pkt. 7.2.5
Rambøll (2015). Evaluering av prosjektene «Aksjon helsefagarbeider» og «Bli helsefagarbeider».
Rapport (2010:013) Oslo: Institutt for samfunnsforskning (2010)
Rapport 9/16 fra NKVTS om kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner
Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt , IS-2278 Helsedirektoratet, 2015 https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
Rapport om tilbudet til personer..., IS-2278 Helsedirektoratet, 2015

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
Rapport om utviklingstrekk i omsorgssektoren. IS -2469. Helsedirektoratet mai 2016
Referat fra Kontaktmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Helsedirektoratet for oppfølging av kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. Desember 2015. Sak nr 200601316
Reiling, Rune og Håkon Høst (2015): <i>Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?</i> Rapport 2015:34. NIFU.
Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), Alderspsykiatrisk forskningssenter , Sykehuset Innlandet, november 2015
Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. Faglig sluttrapport. September 2015
Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015. NOVA rapport 4/2015
Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger», Hagen/McArthur/Tjerbo, UiO, Working Paper 2015:4
Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Dokument 3:6, side 9. (2013-2014)
Rom for trygghet og omsorg – Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem», Husbanken 2009
Samarbeidsrapport NIBR / NIFU (2015); Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.
Samhandlingsstatistikk 2014-15. Helsedirektoratet januar 2016. IS-2427
Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan. NIBR rapport 9/2016
Sluttrapport for perioden 2007-2012: NIBR (2012): <i>Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting</i> . NIBR-rapport 2012:3. Sluttrapport for perioden 2013-2015: NIBR (2016): <i>Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg</i> .
Sluttrapportering fra Evaluering av Omsorgsplan 2015. Forskningsrådet. Oktober 2015
Spekter (2015): <i>God økning i antall læreplasser</i> . spekter.no 02.12.2015.
SPS Nyhetsbrev nr. 2 - 2014
St.meld.nr 25, side 99
St.meld.nr. 25 (2005-2006), side 71
St.meld.nr. 25 Mestring, muligheter og mening. Side 95
St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Side 59-60.
St.meld.nr.25 (2005-2006) side 85.
St.meld.nr.25 (2005-2006) side 94
St.meld.nr.25 (2005-2006), side 11.
St.meld.nr.25 (2005-2006), side 11-14
St.meld.nr.25 (2005-2006), side 66
St.meld.nr.25, side 89
Stølen m.fl. (2016). <i>Helse- og sosialpersonell 2000-2014 – Faktisk utvikling mot tidligere framskrivinger</i> . Rapport 2016/19. Statistisk sentralbyrå.
Tilsvarende pleie- og omsorgstjenestene i KOSTRA (funksjonene 234, 253, 254 og 261). Det er vanlig å utelate funksjonen 261 Institusjonslokaler, drift og bruke samlebegrepet <i>brukerrettet omsorgstjeneste</i> for de øvrige tre funksjonene.
Tingvold L, Romøren TI. Evaluering av omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling, Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik; 2015
https://www.regjeringen.no/contentassets/6f1249df28de4ffe83ef2486e748f6e5/sluttrapport_delprosjektc_omsorgsplan2015.pdf
Tingvold L, Sogstad M. Lindrende behandling: Erfaringsoppsummering – tilskudd til lindrendebehandling og omsorg ved livets slutt. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik; 2012. Rapportserie nr. 9/2012. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/101811/Rapport_9-2012.pdf
Universitets- og høyskolerådet (2016): <i>Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015</i> . Rapport.
Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013» Berit Otnes, SSB, Tidsskrift for omsorgsforskning 2015 + oppdaterte KOSTRA-tall
Utviklingssenter for sykehjem i Troms. Dokumentasjon helsehjelp. 2014, http://www.utviklingssenter.no/dokumentasjon-helsehjelp.
Årsmelding Pasient- og brukerombudene i Norge 2015
Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet november 2010, IS-1848
Årsrapport 2013 - Omsorgsplan 2015, IS-2411

Årsrapport 2014 - Omsorgsplan 2015, IS-2411
Årsrapport 2014, Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet desember 2015. IS-2411
Å favne bredt og treffe rett. En sammenfatning av satsingen under Demensplan 2015. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste, 2016.

