



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 29

(2012–2013)

Melding til Stortinget

---

## Morgendagens omsorg





## Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	11	3.1	Førti år tilbake og førti år fram .....	31
1.1	Mulighetene .....	11	3.2	Tjenestemottakerne – status og utviklingstrekk .....	31
1.1.1	Den nye eldregenerasjonen .....	11	3.2.1	Fra eldreomsorg til omsorg for alle .....	32
1.1.2	Hele livsløpet .....	11	3.2.2	Det er antall yngre tjenestemottakere som vokser .....	33
1.1.3	En moderne pårørendepolitikk ....	11	3.3	Omsorgstjenesten – status og utviklingstrekk .....	33
1.1.4	Medborgerskap og solidaritet mellom generasjonene	12	3.3.1	Fra 20 000 til 130 000 årsverk .....	33
1.1.5	Mangfold og likestilling .....	12	3.3.2	Fra institusjon til hjemmetjenester .....	34
1.1.6	Liv og helse .....	12	3.3.3	Fra aldershjem til sykehjem og omsorgsboliger .....	35
1.1.7	Næromsorg .....	12	3.3.4	Fra hjemmehjelp og husmorvikar til hjemmesykepleie	36
1.2	Innovasjon .....	13	3.4	Omsorgsplan 2015 .....	37
1.2.1	Samhandlingsreformen som grunnlag for å tenke nytt .....	14	3.5	Framskrivninger .....	40
1.2.2	Omsorgstjenestens utfordringer .	14	3.5.1	Endringer i demografi .....	40
1.3	Bakgrunn og utgangspunkt .....	15	3.5.2	Årsverksbehov .....	42
			3.5.3	Heldøgns omsorgsbehov .....	45
<b>2</b>	<b>Sammendrag – Omsorgsplan 2020</b> .....	19	3.6	Bærekraftig utvikling .....	46
2.1	Morgendagens omsorg .....	19	<b>4</b>	<b>Samfunnets omsorgsressurser</b>	49
2.1.1	Innovasjonsprogram 2020 – for morgendagens omsorg .....	19	4.1	Brukerne som ressurs .....	49
2.2	Morgendagens omsorgstjenestebrukere .....	21	4.1.1	Medborgerskap .....	49
2.3	Morgendagens omsorgsfellesskap .....	21	4.1.2	Mangfold og likestilling .....	50
2.3.1	Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020 .....	21	4.1.3	Framtidas brukere – en mer aktiv rolle .....	50
2.3.2	Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet	22	4.1.4	Samskaping .....	51
2.3.3	Ideelle tjenesteleverandører som innovatører .....	22	4.1.5	Egenomsorg og mestring .....	51
2.3.4	Samvirke som mulighet .....	23	4.1.6	Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid .....	52
2.3.5	Samspill med næringslivet .....	23	4.1.7	Fra brukemedvirkning til brukerstyring .....	52
2.4	Morgendagens omsorgstjeneste .	23	4.1.8	Brukererfaringer som grunnlag for forskning, utvikling og innovasjon .....	54
2.4.1	Aktiv omsorg .....	24	4.2	En ny ressurssterk seniorgenerasjon .....	55
2.4.2	Hverdagsrehabilitering .....	24	4.2.1	Morgendagens eldre .....	55
2.4.3	Omsorg og død .....	24	4.2.2	Seniormakt .....	56
2.4.4	Faglig omstilling og bredere kompetanse .....	25	4.2.3	Det aldrende Europa .....	56
2.4.5	Menn i helse og omsorg .....	26	4.2.4	På tvers av sektorgrenser .....	57
2.5	Morgendagens omsorgsomgivelser .....	26	4.3	Familien og de nærmeste som ressurs .....	58
2.5.1	Et nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger .....	26	4.3.1	Pårørendes innsats og dagens velferdsordninger .....	58
2.5.2	Finansierings- og egenbetalingsordninger uavhengig av boform ..	27	4.3.2	De pårørende .....	58
2.5.3	Velferdsteknologiprogrammet ....	27	4.3.3	Utfordringer – synliggjøring, støtte og samspill .....	59
<b>3</b>	<b>Historie, utviklingstrekk og framtid</b> .....	31			

4.3.4	Program for en aktiv og framtidrettet pårørendepolitikk 2014–2020 .....	61	5.6.3	Den nye hjemmetjenesten .....	94
4.4	Menn som mulighet .....	63	5.6.4	Kontinuitet og fleksibilitet i tjenestene .....	94
4.4.1	Menn i omsorg – en skjult omsorgsressurs .....	63	5.6.5	Samarbeid på tvers .....	95
4.4.2	Menn i familieomsorgen .....	64	5.6.6	Samhandling med spesialisthelsetjenestene .....	96
4.4.3	Rekruttering av menn .....	65	<b>6</b>	<b>Boligressurser og omgivelser</b> ..	99
4.4.4	Menn i omsorg .....	65	6.1	Modernisering av eksisterende boliger og omgivelser .....	99
4.5	Frivillige som ressurs .....	65	6.2	Nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger .....	100
4.5.1	Frivillighetspotensialet .....	67	6.2.1	«Smått er godt» .....	101
4.5.2	Samspill og samarbeid .....	67	6.2.2	Skillet mellom boform og tjenestetilbud .....	101
4.5.3	Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet	68	6.2.3	Skillet mellom bolig og korttidsopphold .....	102
4.6	Ideelle tjenesteleverandører som ressurs .....	70	6.2.4	Skillet mellom privat og offentlig areal .....	102
4.6.1	Partnerskapsavtaler internasjonalt	71	6.2.5	En del av nærmiljøet .....	102
4.6.2	Norske samarbeidsavtaler .....	72	6.3	Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger ...	102
4.6.3	Juridiske rammevilkår .....	72	6.3.1	Fornyelse og kapasitetsvekst .....	103
4.6.4	Innovatører .....	73	6.3.2	Trygghetsboliger .....	103
4.7	Samvirke som mulighet .....	73	6.3.3	Morgendagens sykehjem .....	104
4.7.1	Nye samvirkeformer og sam virkemodeller .....	73	6.4	Finansierings- og egenbetalings- ordninger for ulike boformer .....	104
4.7.2	Sosiale entreprenørskap .....	75	6.4.1	Dagens regelverk .....	104
4.8	Næringslivet som ressurs .....	75	6.4.2	Tidligere behandling .....	105
4.8.1	INN-ordningen .....	75	6.4.3	Behov for ny utredning .....	106
4.8.2	Innovasjon gjennom innkjøp .....	76	<b>7</b>	<b>Velferdsteknologi – en ny</b>	
4.8.3	Strategi for økt innovasjons effekt av offentlige anskaffelser ....	77		<b>ressurs</b> .....	109
4.8.4	Omsorg som eksport .....	78	7.1	Velferdsteknologi .....	109
4.8.5	Seniormarkedet .....	79	7.1.1	Ulike typer velferdsteknologi .....	111
4.9	Omsorgsfellesskapet .....	80	7.2	Utfordringer ved bruk av velferdsteknologi i kommunene ..	111
<b>5</b>	<b>Ressursorienterte</b>		7.2.1	Etiske og personvernmessige utfordringer .....	112
	<b>arbeidsmetoder og faglig</b>		7.2.2	Behov for standardisering på velferdsteknologiområdet .....	113
	<b>tilnærming</b> .....	83	7.2.3	Samarbeid mellom kommuner og næringsliv .....	113
5.1	Liv og helse .....	83	7.2.4	Tjenesteinnovasjon og organisasjonsendringer .....	114
5.2	Aktiv omsorg .....	83	7.3	Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi .....	114
5.2.1	Kultur og omsorg .....	85	<b>8</b>	<b>Innovasjon i omsorgsfeltet</b> .....	119
5.3	Hverdagsrehabilitering .....	86	8.1	Nytt, nyttig og nyttiggjort .....	119
5.4	Omsorg og død .....	88	8.1.1	I mellomrommene .....	120
5.4.1	Sted for død .....	89	8.1.2	Innovasjon langs to akser .....	121
5.4.2	Lindrende behandling til barn .....	89	8.1.3	Vertikal innovasjon i helse og omsorg .....	121
5.4.3	Kommunikasjon i møte med døden .....	89			
5.5	Faglig omstilling og bredere kompetanse .....	90			
5.5.1	Heve faglig nivå .....	90			
5.5.2	Større faglig bredde .....	91			
5.5.3	Styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag .....	92			
5.6	Organisering av omsorgstjenestene	93			
5.6.1	Individuelt tilrettelagte tjenester ..	93			
5.6.2	Åpne tjenestene opp for lokalsamfunnet .....	94			

8.1.4	Horisontal innovasjon i kommunene .....	122	8.4	Morgendagens omsorg – Et innovasjonsprogram for 2013–2020 .....	130
8.1.5	Innovasjonskultur og kultur for innovasjon .....	123	8.4.1	Grep 1: Forsterke omsorgstjenestenes regionale forsknings- og utviklingsstruktur .....	131
8.2	Drivere for innovasjon i kommunene .....	123	8.4.2	Grep 2: Involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner .....	131
8.2.1	Ledelse for innovasjon .....	123	8.4.3	Grep 3: Styrke innsatsen til forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene .....	132
8.2.2	Lokaldemokrati som innovasjonsdriver .....	124	<b>9</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>135</b>
8.2.3	Etikk for innovasjon .....	124	<b>Litteratur .....</b>	<b>136</b>	
8.2.4	Planlegging for innovasjon .....	125			
8.2.5	Brukere og sivilsamfunnet som drivkraft for innovasjon .....	125			
8.2.6	Hverdagsinnovasjoner .....	127			
8.3	Kunnskap og forskning for innovasjon .....	127			
8.3.1	Forskermedvirkning .....	128			
8.3.2	Utfordringer for forskningsmiljøer og kommunene .....	128			





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 29

(2012–2013)

Melding til Stortinget

---

## Morgendagens omsorg

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 19. april 2013,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*





## Jeg velger meg april

Jeg velger meg april  
I den det gamle faller,  
i den det ny får feste;  
det volder litt rabalder,  
– dog fred er ei det beste,  
men at man noe vil.

Jeg velger meg april,  
fordi den stormer, feier,  
fordi den smiler, smelter,  
fordi den evner eier,  
fordi den krefter velter,  
– *i den blir somren til!*

Bjørnstjerne Bjørnson

# KAPITTEL



# 1

Figur 1.1

# 1 Innledning

*«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.»*

Kåre Hagen

Dette er ment å være en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Den skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skal den gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv. Den skal også skape trygghet for at vi gjennom nyskaping og fornyelse fortsatt kan satse på de fellesskapsløsninger vi har bygd opp i vårt land. Vi skal ikke bare forsvare, men også utvikle velferdsstaten.

## 1.1 Mulighetene

I stedet for å la bekymringen for de økonomiske problemene i vår del av verden ta overhånd og la de demografiske utfordringer vi står overfor gjøre oss handlingslammet, vil denne meldingen utforske mulighetene og lete etter nye måter å løse omsorgsoppgavene på.

Meldingen har på denne bakgrunn tre hovedsiktemål:

- Få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter.
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer.
- Støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet.

### 1.1.1 Den nye eldregenerasjonen

Det er selvfølgelig riktig at den sterke veksten i tallet på eldre om noen år kan gi dagens kommunale omsorgstjenester flere og mer krevende oppgaver. Men det er også slik at den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og

kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner. De nye eldre har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd. Denne meldingen vil se nærmere på hva disse ressursene kan bety for framtidens omsorgsbehov og samfunnets samlede omsorgsevne.

### 1.1.2 Hele livsløpet

De siste 20 årene har endringene i den kommunale omsorgssektoren i stor grad vært knyttet til veksten i tjenestemottakere under 67 år. Omsorgstjenestene er ikke lenger bare eldreomsorg, men dekker nå hele livsløpet, og nye yngre brukergrupper bringer med seg nye ressurser, krav og mestringsstrategier som etter hvert setter sitt preg på og bidrar til fornyelse av hele helse- og omsorgstjenesten.

### 1.1.3 En moderne pårørendepolitikk

Mangelen på frivillige omsorgsyttere og rekrutteringen av mer helse- og sosialpersonell i et trangt arbeidsmarked kan bli en betydelig utfordring for omsorgssektoren. Framtidig knapphet på arbeidskraft og frivillige omsorgsyttere krever derfor løsninger som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg, i form av større fleksibilitet både i arbeidslivet og det offentlige tjenestetilbudet. Meldingen ser nærmere på hvordan forholdet mellom arbeid og omsorg kan organiseres mer framtidsrettet, og hvordan en kan ta vare på nære pårørende som påtar seg krevende omsorgsoppgaver, enten det handler om faglig støtte og veiledning, utbygging av dagaktivitetstilbud eller mer omfattende avlastningstilbud. Hagen-utvalget har i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg slått til lyd for en ny og moderne pårørendepolitikk, og Kaasa-utvalget har i NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg lagt fram konkrete forslag til en ny innretning av de økonomiske stønadsordningene. Forslag fra begge utvalgsinnstillingene blir vurdert i denne meldingen.

### 1.1.4 Medborgerskap og solidaritet mellom generasjonene

Et sterkt velferdssamfunn kan bare skapes sammen med innbyggerne. Det må bygges på tillit til at folk selv vil ta ansvar og delta aktivt i fellesskapet, ikke bare gjennom offentlige ordninger, men ved å stille opp og utgjøre en forskjell for hverandre i det daglige. Slikt medansvar gir seg uttrykk både i organisert deltakelse i frivillige organisasjoner, samvirketiltak og brukerorganisasjoner og i mer uformell innsats i lokalsamfunnet, familie og sosialt nettverk. Det bygger også på tillit og solidaritet mellom generasjonene. Denne meldingen vil se på de mulighetene som ligger i å involvere frivillige organisasjoner, utforske de nye formene frivilligheten tar og legge til rette for uformell omsorg i et moderne samfunn.

Samfunnets fellesskapsløsninger forutsetter at folk også tar del i oppbygging og utforming av det offentlige tjenestetilbudet, og ikke forholder seg som rene forbrukere og konsumenter til helse- og omsorgstjenester. På denne måten blir de for det første ikke bare bærere av problemet, men også en del av løsningen. For det andre bidrar aktivt medansvar til at forventningene til tjenestetilbudets kvalitet og omfang blir mer realistiske. For det tredje styrker aktiv deltakelse den enkeltes egen handlingskompetanse i å kunne ta vare på seg selv og andre, slik at ikke alt må overlates til profesjonelle fagutøvere. Sterkere brukerinnflytelse, medborgerskap og mer direkte lokaldemokrati er derfor viktige forutsetninger for framtidens omsorgsfellesskap.

Et aktivt og levende sivilsamfunn og frivillige organisasjoner er viktig for tillit og nettverk og styrker forutsetningene for kollektiv handling og gode fellesskapsordninger.

### 1.1.5 Mangfold og likestilling

Et rikere mangfold vil prege framtidssamfunnet og skal også få utfolde seg på omsorgstjenestens mange arenaer: i aktivitetstilbud, omsorgsbolig, sykehjem eller eget hjem.

Det er flest kvinner i omsorgsfeltet, både blant de som mottar og de som yter tjenester. Menn utfører bare i overkant av ti prosent av årsverkene i sektoren. Likestillingen ser ut til å ha kommet lenger i familieomsorgen enn i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Likestilling og ikke-diskriminering vil være helt fundamentale verdier i helse- og omsorgsarbeidet, og regjeringen er opptatt av å ha et likestillingsperspektiv på utviklingen av helse- og omsorgsektoren.

ren. Det betyr at likestilling vil være vurderings-tema innenfor mange av tiltakene som foreslås.

Noen vil ha særlige utfordringer, blant annet knyttet til språk, kulturell bakgrunn eller livshistorie. Morgendagens omsorgstjeneste må bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, tro, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell orientering eller det handler om diagnose, funksjonsnedsettelse eller problem. Dette må møtes med ledelse og god etisk praksis på alle nivåer, gjennom lover og regler og økonomiske og faglige prioriteringer.

### 1.1.6 Liv og helse

God helse er en av de viktigste forutsetninger for livsutfoldelse. Derfor er helse- og omsorgstjenestene knyttet sammen. Meningsfull utfoldelse av selve livet vil stå sentralt i omsorgstjenestene, der mange oppholder seg hele døgnet over flere måneder og år, eller trenger assistanse gjennom et helt liv. Å sørge for at livet kan leves innenfor slike rammer til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse, er derfor en av omsorgstjenestens viktigste oppgaver.

Det handler om liv og død i omsorgstjenesten. Det viktigste målet er derfor ikke bare god helse, men også selve livet. De som arbeider her må kjenne de fleste av livets sider, og vil møte de fleste grunnleggende menneskelige behov. De må være i stand til å lage rammer som ivaretar disse behovene på en helhetlig måte, enten de er av fysisk, sosial, kulturell, psykisk eller eksistensiell art. Dette stiller store krav til kunnskap og kompetanse på tvers av mange fagfelt.

Det er forskjell på å få tjenester for å overleve, og få assistanse til å leve et liv.

### 1.1.7 Næromsorg

Det meste og det beste er næromsorg, der de offentlige helse- og omsorgstjenestene er en del av nærmiljøet i nært samspill med brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, frivillige, lokale organisasjoner og virksomheter. Dette er et av omsorgstjenestens fremste kjennetegn og særtrekk, som kommer tydeligst til uttrykk i hjemme-tjenestens arbeid rundt i de mange tusen hjem.

I et framtidsperspektiv vil det være avgjørende at disse tjenestene ikke organiserer seg ut av denne sammenhengen, men fortsatt er desentralisert til lokalsamfunnet og beholder sin sterke tilknytning til kommunene. Slik kan omsorgstjenesten fortsatt utfordre til medansvar og ta i bruk de

ressursene brukerne selv har og som finnes i deres omgivelser.

Bedre tilrettelegging av boliger og omgivelser, ny teknologi og nye faglige metoder gir folk muligheten til å klare hverdagslivet lenger på egenhånd. Denne meldingen peker derfor på de mulighetene som ligger i å:

- gjøre eksisterende boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming
- ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning
- legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering

Meldingen legger til grunn at kommunene fortsatt skal ha ansvaret for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det ikke skal gjøres noen endringer i ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Staten skal bidra til at det lokale og regionale forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeidet får gode rammebetingelser.

## 1.2 Innovasjon

Innovasjons- og utviklingsarbeid i omsorgstjenesten skjer først og fremst i den enkelte kommune og det enkelte lokalmiljø. Denne meldingen er derfor ment som inspirasjon og hjelp til kommunalt innovasjonsarbeid på omsorgsfeltet. Samtidig legger den opp til å vurdere statlige virkemidler som kan styrke omsorgssektorens innovasjonsevne som en del av et helhetlig kommunalt innovasjonsarbeid.

Omsorgstjenestene utgjør nesten en tredel av kommunens samlede virksomhet og må ses i sammenheng med behovene i hele kommunesektoren. Den kommunale helse- og omsorgssektoren må arbeide med innovasjon langs to akser. Vertikalt skjer det på tvers av forvaltningsnivåer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik vi ser det i samhandlingsreformen. Horisontalt foregår innovasjonsarbeidet i mellomrommene mellom kommunale virksomhetsområder, på tvers av sektorene og mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn.

Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hva som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring og forutsetter risikovillighet. En måte å beskrive innovasjonsbegrepet på, kan være å si at innovasjon er (Jensen m.fl. 2008, Digmann m.fl. 2012):

- kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng
- ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi
- driftig, dristig og eksperimenterende i formen
- en måte å forholde seg til oppgaver på – en kultur
- en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd

Innovasjon er å skape nytt. Da handler det om å åpne fremtida og utvide handlingsrommet gjennom å identifisere flere utveier, vise fram alternativer og finne nye spor og løsninger.

Det er sterke drivere for innovasjon i kommunesektoren. Lokaldemokratiet har i mange sammenhenger vært selve fundamentet for nyskaping og lokalsamfunnsutvikling. Gjennom historien har kommunene etablert sparebanker, energiselskap, bygd veier, drevet fergesamband og sikret vannforsyning. På velferdsområdet er det også kommunene som i mange tilfeller har gått foran og utviklet nye ordninger, ofte i nært samarbeid med lokale organisasjoner og foregangskvinner og -menn. Politiske valg og konkurranse om politisk lederskap, utviklingsorienterte ledere, faglig dyktige medarbeidere og et levende lokalsamfunn med aktive innbyggere, brukere, organisasjoner og privat næringsliv, er fortsatt drivkraften bak innovasjon og utvikling i kommunene.

Morgendagens omsorg forutsetter samarbeid mellom stat og kommune, samarbeid mellom ansatte og ledere, samarbeid mellom tjenesteyter, brukere og pårørende. En forutsetning for nytenking og innovasjon er at ansatte sees på som medspillere og ressurser. Endringsprosesser som ikke er forankret hos ansatte er sjelden vellykket. Innovasjon som er drevet fram av folkevalgte og ansatte kan løse mange av framtidens omsorgsutfordringer. Fredriciamodellen er et eksempel på dette (jf. kapittel 5).

Framtidens tjenester må fokusere på innovasjon og kompetanse. Regjeringen mener dette er et ledelsesansvar og anbefaler kommunene å ta innovasjon og kompetanse inn som egne tema i planene for helse- og omsorgssektoren, som del av det helhetlige kommuneplanarbeidet.

Framtida byr på utfordringer som skaper behov for å sette kommunene bedre i stand til å drive nyskaping og innovasjon på en systematisk måte. Dette krever økt kompetanse på innovasjon, metodekunnskap og innovasjonsledelse, med evne og vilje til å arbeide på tvers, ta politisk risiko, slippe løs medarbeidere og involvere innbyggere, brukere og organisasjoner mer aktivt og

direkte. Et utvidet samarbeid med næringslivet og forskningsmiljøer vil også være sentrale elementer i kommunalt innovasjonsarbeid.

De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av. Denne meldingen vil vise en annen vei til økt effektivitet enn tradisjonell innsparingspolitikk og markedstenkning. Den legger vekt på å utvikle en offentlig forvaltning som fremmer mangfold og mobiliserer de mange ressurser som finnes i lokalsamfunnet, som satser på tillitsbasert samspill framfor byråkratisk kontroll, som anerkjenner og tar i bruk faglig kunnskap og erfaring, og samarbeider på tvers av faggrenser og forvaltningsnivåer. En slik ny forvaltningspolitikk (Andersen m.fl. 2012) forutsetter at den demokratiske styringen forsterkes både gjennom politisk ledelse på alle nivå og direkte brukerinnflytelse og innbyggerdeltakelse, og at det satses mer på partnerskapsløsninger både med sivilsamfunnet og næringslivet.

### 1.2.1 Samhandlingsreformen som grunnlag for å tenke nytt

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.

Samhandlingsreformen er en retningsreform som legger grunnlaget for innholdmessige og organisatoriske endringer i kommunal sektor. Reformens målsettinger er å sikre mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom. For å møte de demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringer har regjeringen satt fornying og innovasjon i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten på dagsorden. På mange måter er samhandlingsreformen også en kommunereform.

Ett av hovedmålene er å utvikle en ny kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Det legges derfor opp til økt støtte av pasientens egenmestring, økt innsats på forebyggende og helsefremmende tiltak og utbygging av lavterskeltilbud. Dette krever nye arbeids- og samarbeidsformer, nytt tjenesteinnhold og nye måter å løse oppgavene på. Noen av dagens tjenester skal flyttes nærmere der

brukerne bor, og det utvikles nye kommunale tilbud både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. De etablerte økonomiske insentiver skal bidra til ønsket oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. For å sikre god implementering av reformen har Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngått en Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet.

Erfaringene fra første år med reformen er at både kommunene og spesialisthelsetjenesten er godt i gang. Arbeidet med samarbeidsavtaler, tilrettelegging for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, og kommunenes økte mottak av utskrivningsklare pasienter, viser at både kommuner og spesialisthelsetjeneste har startet prosessen for å oppnå en bedre samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen ser ut til å ha bidratt til å gi forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene en ny retning.

For å videreføre og videreutvikle samhandlingsreformen er det behov for å tenke nytt og framtidsrettet om innhold, innretning og ressursutnyttelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene må i større grad legge vekt på aktiv omsorg, forebygging og rehabilitering, og utfordre til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder. Dette er i tråd med forslagene i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, og denne meldingen vil bygge videre på det grunnlaget som er lagt i samhandlingsreformen.

### 1.2.2 Omsorgstjenestens utfordringer

De få undersøkelser som er gjort av omsorgstjenestenes virksomhet gir gode indikasjoner på at de har sin styrke på sine grunnleggende oppgaver innenfor behandling og pleie. Tjenestene kommer imidlertid ofte seint inn og er ikke like gode på å ivareta forebyggende virksomhet, opptrening, rehabilitering, fysisk, sosial og kulturell aktivitet. Mye tyder også på at dette bildet er forsterket de seneste årene.

Denne meldingen har valgt å ta for seg noen av omsorgstjenestenes floker og svake sider, og se om det er mulig å finne nye tilnæringsmåter og løsninger som kan snu på dette.

Samtidig er bakteppet de utfordringene som er beskrevet både i St.meld. nr. 25 (2005–2006) om framtidens omsorgsutfordringer og av Hagenutvalget i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg:

- veksten i nye yngre brukergrupper
- flere eldre med hjelpebehov
- knapphet på frivillige omsorgsyttere

- knapphet på helse- og sosialpersonell
- manglende samhandling og medisinsk oppfølging
- mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov
- internasjonalisering av markedet for personell, tjenestetilbydere, pasienter og brukere

I denne sammenheng kan vi heller ikke unngå å måtte forholde oss til betydelig usikkerhet i verdensøkonomien, med arbeidsledighet og store økonomiske problemer for folk i mange deler av Europa. I en slik tid bør vi ikke støpe alle deler av omsorgstjenesten i betong, men sikre at vi har nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne i det som bygges opp.

Som Hagen-utvalget peker på er dette utfordringer som rommer både problemer og muligheter. Denne meldingen vil konsentrere seg om mulighetene.

### 1.3 Bakgrunn og utgangspunkt

I St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, valgte regjeringen ut helse- og omsorgstjenesten som satsingsområde for innovasjon og fornyelse, og nedsatte Hagen-utvalget som la fram sin innstilling i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg sommeren 2011. Utredningen har skapt stort engasjement og fått bred oppslutning på tvers av de fleste vanlige skillelinjer. På enkelte områder er det også betydelig utålmodighet. Det gjelder særlig spørsmålet om omlegging av omsorgstjenestene med større vekt på velferdsteknologi og rehabilitering, og behovet for nye virkemidler i kommunalt innovasjonsarbeid.

#### *Hagen-utvalget*

Denne meldingen bygger i hovedsak på Hagen-utvalgets utredning og de omfattende og mange høringsuttalelser som kom i høringsrunden. Meldingen er ment å legge grunnlaget for en framtidrettet politikk for de kommunale omsorgstjenestene ved å trekke opp perspektivene og bidra til arbeidet med utforming av nye løsninger for omsorgsfeltet fram mot de store demografiske utfordringene omsorgssektoren står overfor i tiårene fra 2025. Hagen-utvalget la i sin utredning «en aktiv seniorpolitikk, en barrierebrytende politikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne og en moderne pårørendepolitikk» til grunn for sine fem hovedforslag:

- Næromsorg – Den andre samhandlingsreformen
- Nye rom – Framtidas boligløsninger og nærmiljø
- Teknoplan – Teknologistøtte til omsorg
- Kommunalt innovasjonsprogram
- Omsorg som næring og eksport

Omsorgstjenestene dekker i dag hele livsløpet og har tjenestemottakere i alle aldersgrupper med behov for et mangfold av løsninger på botilbud, tjenestetilbud og faglige tilnærminger. Samhandlingsreformen forsterker dette mangfoldet og gir kommunene nye oppgaver og nye muligheter.

#### *Kaasa-utvalget*

Meldingen legger vekt på å forsterke fellesskapsløsningene gjennom å styrke samspillet mellom kommunale tjenester og sivilsamfunnet og gi de frivillige ressursene i familie og lokalsamfunnet gode og stimulerende rammebetingelser. I utformingen av en moderne pårørendepolitikk ses meldingen i sammenheng med behandlingen av Kaasa-utvalgets NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Kaasa-utvalget foreslår her å gjøre tre hovedgrep:

- En utvidet pleiepengeordning.
- En ny forsterket kommunal omsorgsstønning som erstatter dagens hjelpestønning og omsorgslønn.
- Lovfestet pårørendestøtte med tiltak som verdsetter og inkluderer de pårørende og kvalitetssikrer tjenestene.

#### *Velferdsteknologi*

I arbeidet med velferdsteknologi, har departementet fått utarbeidet en fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot 2030 (Helsedirektoratet 2012), som også er benyttet som grunnlagsmateriale for meldingen. Helsedirektoratet anbefaler her at det etableres en nasjonal satsing på velferdsteknologi gjennom et Velferdsteknologisk innovasjonsprogram (2013–2020).

De mulighetene informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og velferdsteknologi gir for helse- og omsorgssektoren er også behandlet i Meld. St. 23 (2012–2013) Digital agenda for Norge – IKT for vekst og verdiskaping, og må også ses i sammenheng med Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal.

*Kvalitet*

Regjeringen har tidligere lagt fram Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, blant annet med mål om et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, en mer aktiv pasient- og brukerrolle, mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder og bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

*Avtale med KS*

Regjeringen og KS har inngått en avtale om utvikling av kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2012–2015. Her er partene blant annet enige om å bidra til nyskaping og nytenkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med et særskilt fokus på mobilisering av medborgeransvar og deltakelse, tidlig innsats, forebygging, rehabilitering og bruk av ny teknologi.

Det blir pekt på at kommunene står overfor utfordringer både når det gjelder endringer i alderssammensetningen i befolkningen og nye yngre brukergrupper med andre behov og preferanser. Disse utfordringene må løses ved best mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene og gjennom nyskaping:

«Partene vil sikre bærekraftige tjenester i framtida gjennom forskning, innovasjon og løsninger som fremmer kvalitet i alle ledd. Partene er enige om at innovasjonsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene skal forankres som en del av et helhetlig kommunalt innovasjonsarbeid.

Partene vil i fellesskap:

- stimulere til innovasjonsarbeid både på nasjonalt, regionalt og lokalt plan, på tvers av sektorer og nivåer, og i samarbeid med næringsliv, organisasjoner og sivilsamfunn
- samarbeide om utvikling av infrastruktur for kommunalt innovasjonssamarbeid
- utnytte det kommunale plansystemet til nytenkning, omstilling og gjennomføring av nye måter å jobbe på
- arbeide med å få på plass løsninger som gjør at brukere som ønsker det kan bo hjemme lengst mulig
- bidra til å utvikle nye boformer og boligløsninger, blant annet gjennom nye samarbeidsprosjekter
- bidra til bruk av velferdsteknologi, blant annet gjennom opplæring, kompetanse og organisasjonsutvikling

- bidra til en framtidsrettet frivillighetspolitikk
- bidra til en politikk som støtter pårørende som yter omsorg og tilrettelegger for frivillig omsorg»

*Kommunal innovasjon*

Parallelt med Helse- og omsorgsdepartementets meldingsarbeid har Kommunal- og regionaldepartementet utarbeidet en kommunal innovasjonsstrategi, som skal stimulere innovasjonsarbeidet i hele kommunesektoren. Denne meldingen må ses i sammenheng med strategien Nye vegar til framtidens velferd, og de generelle kommunalpolitiske virkemidlene som skal bidra til å fremme kommunal innovasjon.

*Helseogomsorg21*

Helse- og omsorgsdepartementet skal etablere et forum for dialog mellom helse- og omsorgstjenestene, academia, næringslivet og profesjonsorganisasjonene. Forumet skal i 2013 gi innspill til og foreslå tiltak til en bred og samlet strategi for forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgsfeltet, HelseOmsorg21. Strategien skal danne grunnlag for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg.

*Innovasjon i helse*

Meldingen må videre ses i sammenheng med at Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Nærings- og handelsdepartementet har en tiårig (2007–2017) satsing på behovs- og forskningsdrevet innovasjon og kommersialisering i helse- og omsorgssektoren. Satsingen inkluderer innovasjon innen IKT og medisinsk-teknisk utstyr, innovasjon i offentlige anskaffelser samt innovasjon på bakgrunn av store samfunnsutfordringer som kroniske sykdommer, en økende aldrende befolkning, og bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Viktige aktører i satsningen er de regionale helseforetakene, InnoMed, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og Helsedirektoratet. Aktørene har inngått en nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan. KS deltar også i samarbeidet. Satsingen omfatter en styrking av ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) til helseformål og tiltak for å stimulere til arenaer og møteplasser mellom leverandørindustrien, helsesektoren og virkemiddelapparatet.



*Innovasjon på internasjonal dagsorden*

Innovasjon i offentlig sektor settes nå på dagsorden i internasjonale fora både i Norden og Europa, blant annet gjennom EU, OECD, FN og WHO. Sentrale tema og drivere bak denne utviklingen er blant annet de demografiske og økonomiske utfordringer vi står overfor (Unece 2012).

A society for all ages og Active ageing and solidarity between generations står som noen av de viktigste overskriftene for dette arbeidet. Det tegnes et nytt bilde av eldre innbyggere og deres rolle i arbeidsliv, samfunnsliv og kulturliv. Deltaelse, inkludering, selvstendighet og uavhengighet er sentrale tema. Bekjempelse av aldersdiskriminering (alderisme) og tillitskapende brobygging mellom unge og eldre ses som viktige virkemidler for en seniorpolitikk som angår alle generasjoner og får betydning for alle samfunnsområder.

*Åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste*

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet sammen med Pensjonistforbundet, Kirkens Bymisjon, KS, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere åtte prinsipper for gode omsorgstjenester, som ble lagt fram våren 2012.

*Omsorgstjenesten:*

- bygger på et helhetlig menneskesyn
- er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- er tilpasset brukernes individuelle behov
- viser respekt og omsorg for pårørende
- består av kompetente ledere og ansatte
- vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak
- er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- er lærende, innovativ og nyskapende

Disse åtte prinsippene legges også til grunn i denne meldingen.

# KAPITTEL



Figur 2.1

## 2 Sammendrag – Omsorgsplan 2020

*«Alle bør være opptatt av framtida. Det er der vi skal tilbringe resten av vårt liv.»*

Ordtak

Omsorgsplan 2020 blir en plan for å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer. Samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidssrettede løsninger. For å ivareta kontinuitet og helhet, legges derfor tiltakene i denne meldinga inn som nye elementer i dagens omsorgsplan og overlapper denne fram til og med 2015. Det legger grunnlag for koordinert innsats med felles framdrift. Gradvis avløses dagens plan av de nye tiltakene som bidrar til å gi den en mer innovativ innretning:

- Morgendagens omsorg – et innovasjonsprogram fram mot 2020.
- Morgendagens omsorgstjenestebrukere – med et ressursorientert perspektiv.
- Morgendagens omsorgsfelleskap – med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører.
- Morgendagens omsorgstjeneste – med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
- Morgendagens omsorgsomgivelser – med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.

Regjeringen kommer tilbake til de ulike programmer og tiltak i det enkelte års statsbudsjett, og det tas forbehold om at de vil bli gjennomført når det er budsjettmessig dekning.

Arbeidet med iverksettelse av tiltakene i planen knyttes til det administrative apparat som er etablert i Helsedirektoratet, Husbanken og regional statsforvaltning for gjennomføringen av dagens omsorgsplan. Det forutsettes at Helsedirektoratet i arbeidet med å fremme innovasjon

- forsterker og benytter InnoMed i arbeidet med innovasjon på helse- og omsorgsfeltet
- bidrar til og benytter det kompetansesenter og de tiltak som etableres i regjeringens kommunale innovasjonsstrategi

Videre legges det opp til at de regionale sentre for omsorgsforskning styrkes for å kunne bistå kommunene med følgeforskning og gjøre dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter tilgjengelige for kommunene. De fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til spredning og formidling. Samtidig innrettes virkemidlene som disponeres av sentrale forsknings- og innovasjonsinstitusjoner, slik at de fremmer kommunenes innovasjonsevne på helse- og omsorgsfeltet.

### 2.1 Morgendagens omsorg

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver framover. Befolkningens alderssammensetning endres og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Framfor å heve terskelen for å få hjelp må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen må det ses med nye øyne på hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den. Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv, for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre, for at velferdsteknologi blir en ressurs for brukere som dermed får bedre muligheter til å mestre hverdagen, og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter. Disse ressursene er ikke nye, men det er først når vi systematisk trekker inn ulike aktører i utforming og produksjon av tjenestene at nye løsninger oppstår.

#### 2.1.1 Innovasjonsprogram 2020 – for morgendagens omsorg

De seneste tiårene har kommunenes rolle i innovasjonsarbeidet først og fremst vært å legge til rette for næringsutvikling og innovasjon i privat sektor. Framtidige utfordringer krever at kommunene selv settes i sentrum av innovasjonssystemet.

met, der utformingen og produksjonen av tjenestene blir det sentrale. Innovasjonsprosesser settes imidlertid ikke i gang av seg selv. Innovasjon er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Mens forskningsmiljøene og næringslivet har egne virkemiddelaktører, er det få innovasjonsvirkemidler rettet mot omsorgssektoren og kommunene. Derfor er det behov for et rammeverk og virkemidler som legitimerer innovasjon i kommunal sektor, og som gjør at kommunene i større grad kan prøve ut nye løsninger når de står overfor komplekse utfordringer.

Dette er en nasjonal oppgave der det viktigste arbeidet må skje i den enkelte kommune, i samarbeid mellom lokale folkevalgte, fagfolk, brukere, pårørende, organisasjoner og næringslivet. Men det kreves også at det tas grep på nasjonalt nivå som koordinerer, støtter og gir retning til det lokale arbeidet, og som samtidig kan bidra til kompetansebygging, forskning og kunnskapsutvikling, formidling, motivering, rådgivning, dokumentasjon og spredning av nye utprøvede løsninger.

Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som skal utforme nye løsninger for framtidens omsorg sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen. Samtidig skal arbeidet danne grunnlaget for statlig og kommunal planlegging, med særskilte virkemidler som skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet for perioden fram til 2020, med følgende elementer:

1. Forsterke omsorgstjenestenes regionale forsknings- og utviklingsstruktur.
2. Involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner på nasjonalt nivå.
3. Styrke innsatsen for forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene og relevante programmer i Norges Forskningsråd.

#### *Grep 1*

Regionalt vil det bli bygd videre på en struktur som allerede er etablert med fem omsorgsforskningssentre og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke. Sentrene er knyttet sammen i nettverk, der Senter for omsorgsforskning Øst er tillagt koordineringsfunksjonen og vil

få en sentral oppgave med følgeforskning og som dokumentasjonssenter. Sammen med regional statsforvaltning og i samarbeid med KS regionalt vil sentrene være viktige og kommunenære samarbeidspartnere i et forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren.

#### *Grep 2*

På nasjonalt nivå vil etablerte innovasjonsinstitusjoner og fagmiljøer bli involvert, og noen av de virkemidlene de disponerer bli styrket og innrettet slik at de også fremmer de kommunale helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsarbeid. I tråd med regjeringens innovasjonsstrategi vil det bli etablert et eget kompetansesenter som vil ha en pådriverfunksjon for hele kommunesektoren. InnoMed er etablert av Helsedirektoratet som et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren, og vil bli bygd ut slik at de i tillegg til spesialisthelsetjenesten også kan dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

#### *Grep 3*

Det er først og fremst behov for å utløse kommunenes egen innovasjonsevne og innovasjonskraft. Innovasjonsprogrammet vil derfor styrke det kommunale innovasjonsarbeidet på helse- og omsorgsfeltet lokalt:

- ved utprøving av nye løsninger (faglige metoder, teknologi, boformer, organisasjon mv.) i et samarbeid mellom kommune, forskning og næringslivet eller ideelle virksomheter/frivillige
- ved å sikre dokumentasjon og forskning som grunnlag for spredning og implementering
- ved å forbedre kunnskapsgrunnlaget for planlegging, utvikling og innovasjon gjennom relevante programmer i Norges forskningsråd.

I første omgang bygges strukturen på regionalt og nasjonalt nivå opp for å bistå kommunene. Omsorgstjenestene utgjør nesten en tredjedel av kommunens samlede virksomhet, og må ses i sammenheng med behov og ressurser i hele kommunesektoren. Innovasjonsarbeidet i omsorgstjenestene må derfor skje som en del av en helhetlig innovasjonsinnsats i kommunal sektor. Regjeringen vil utvikle og støtte de nasjonale og regionale innovasjonsmiljøene.

## 2.2 Morgendagens omsorgstjenestebrukere

De fleste utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov.

De siste 20 år har ikke tallet på eldre brukere økt. Veksten har vært størst blant de som er under 67 år, med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer.

De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen 67-79 år som vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10-15 år. Da vil også utfordringene knyttet til demens vokse tilsvarende.

Mens det i dag er stor overvekt av kvinner, ikke minst i sykehjemmene, vil dette jevne seg noe ut, ettersom levealderen for menn øker raskere enn for kvinner.

Samtidig vil framtidens brukere ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med. Det er ikke nok bare å framskrive problemene. Vi må også framskrive ressursene og se hvordan brukernes egne ressurser kan tas i bruk. Ikke minst gjelder dette de nye generasjoner eldre som vil leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdannelse, bedre helse og helt andre materielle forhold enn noen generasjon før dem. En 80-åring i 2000 og en 80-åring i 2030 vil derfor ikke være det samme.

Til grunn for alle tiltak og program i denne meldingen ligger det et helhetlig syn på morgendagens brukere. De har ikke bare sykdommer og problemer, men også ressurser de skal bruke til å mestre eget liv og ta del i fellesskapet. Helt til det siste vil alle ha noe verdifullt å bidra med.

Nye organisasjonsformer skal invitere til det. Nye kommunikasjonsformer og arbeidsmetoder skal legge til rette for det. Ny teknologi og mer universell utforming av boliger og omgivelser skal gi bedre muligheter for det.

Meldingen bruker derfor begreper som medborgerskap, samskaping, likemannsarbeid og brukerstyring, og inviterer brukerne og deres representanter til aktiv deltakelse i morgendagens omsorgsfellesskap.

## 2.3 Morgendagens omsorgsfellesskap

I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets sam-

lede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner.

Om familieomsorgen fortsatt skal opprettholdes på dagens nivå, kreves det en ny pårørendepolitikk som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg, som bygger på likestilling mellom kjønn, som anerkjenner og verdsetter pårørendes kompetanse og innsats, og støttes faglig gjennom opplæring og veiledning.

Det ligger gode muligheter i å engasjere flere i frivillig omsorgsarbeid. Dette kommer imidlertid ikke av seg selv, men krever nitidig arbeid og systematisk oppfølging med rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Å sette av fagpersonell eller samarbeide med ideelle og frivillige organisasjoner om dette, er en investering som gir mangfold igjen.

På omsorgssektorens område ligger det også et stort potensial i å utfordre de ideelle organisasjonene til fortsatt å gå foran og finne nye veier, aktivt involvere nye generasjoner frivillige, og utvikle nye former for ideelle tiltak og samvirkeløsninger der brukerne og deres organisasjoner er mer aktivt inne på eiersiden.

Samtidig vil næringslivet stå for en rekke underleveranser til kommunen. Dette kan gjelde for eksempel bygningsmasse, teknologi og boliger.

Slik vil omsorgsoppgavene kunne fordeles på flere aktører i framtida innenfor rammen av velferdsstatens fellesskapsløsninger.

### 2.3.1 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020

I tråd med anbefalinger i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg og NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørend omsorg, vil regjeringen utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verd-

satt og synliggjort, og som gir økt likestilling og mer fleksibilitet. Regjeringen legger i denne meldingen fram et program for en aktiv og framtidig rett pårørendepolitikk som:

- synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- bedrer samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- legger til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer

I første fase av programperioden legges det vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende:

- fleksible avlastningsordninger
- pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning
- samspill og samarbeid
- forbedring av omsorgslønnsordningen
- forskning og utvikling

I neste fase utredes spørsmål om endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene i samarbeid med Arbeidsdepartementet.

### 2.3.2 Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

Regjeringen vil legge til rette for et levende sivilsamfunn som skaper tilhørighet, solidaritet og fellesskap, og vil derfor utvikle en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal angi tiltak for å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, sikre økt frivillig aktivitet og redusere ensomhet gjennom å re-etablere eller bygge ut den enkeltes sosiale nettverk. Strategien skal ta utgangspunkt i følgende fem elementer:

1. *Mobilisering, organisering og koordinering*  
Øke kompetansen i å drive rekruttering, mobilisering, koordinering, opplæring, motivering, oppfølging og veiledning av frivillige, med ytterligere satsing på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdighetscenteret i Bergen.
2. *Nettverksarbeid*  
Utvikle nettverks- og nærmiljøarbeid som metode for å fremme frivillig innsats i

omsorgstjenestene og skape gode og fellesskapsorienterte lokalsamfunn.

#### 3. *Arenaer for frivillighet*

Bruke arenaene for frivillighet i omsorgssektoren:

- Ideelle virksomheter på helse- og omsorgsfeltet
- De frivillige organisasjonene
- Eldresenter og seniorsenter
- Frivilligsentralene i kommunene
- Det åpne sykehjemmet

#### 4. *Livsgledesykehjem*

En nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre, for å styrke den aktive omsorgen og sette brukeres sosiale og kulturelle behov i sentrum.

#### 5. *Kunnskap og forskning*

Drive forskning og kunnskapsutvikling om frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, for å legge til rette for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid.

Strategien skal ferdigutvikles og konkretiseres i dialog med kommunesektoren og i samarbeid med Frivillighet Norge.

### 2.3.3 Ideelle tjenesteleverandører som innovatører

Historisk har ideelle organisasjoner vært velferdsstatens fortrøpp. De har bygd ut tjenestetilbud til svake grupper som det offentlige seinere har tatt ansvar for, og de har utviklet nye arbeidsmetoder ofte med stor vekt på brukerinnflytelse og deltagelse fra lokalsamfunnet.

Behovet for slike pionérer er like stort i dag. Ideelle organisasjoner vil fortsatt være viktige medspillere for å møte de utfordringer og muligheter som følger av en aldrende befolkning, økende kulturelt mangfold og en rivende teknologisk utvikling.

For regjeringen er samspillet med ideell sektor viktig i utviklingen av velferdsstaten. Regjeringen har forventninger til ideelle aktørers innovative tilnærming til helse- og omsorgssektoren, og ser dette samarbeidet som en av flere muligheter til å mobilisere frivillige og nærmiljøet.

EØS-regelverket legger noen rammer for hvordan offentlige myndigheter kan kjøpe tjenester av ideelle. Regjeringen er opptatt av å utnytte det handlingsrommet som i dag eksisterer ved kjøp av denne type tjenester. Egne anskaffelsesprosesser for ideelle, langsiktige avtaler og et samarbeid om utvikling og innovasjon i forkant av anskaffelsen er

gode og mulige handlingsalternativ for de kommunene som ønsker å videreutvikle et slikt samarbeid.

Ideelle leverandørers plass og høye legitimitet på helse- og sosialfeltet vil i framtida være nært knyttet til at de fortsatt kan være innovatører, gå nye veier, involvere frivillige og ta fatt der velferds-samfunnet svikter. Dette krever at de kan holde fast på sin verdibaserte forankring og egenart, og finner nye eierformer og driftsmodeller som involverer brukerne og deres representanter på andre måter enn tidligere.

### 2.3.4 Samvirke som mulighet

Samvirke er som selskapsform godt egnet til å bli benyttet på velferdsområdet og i samhandling med kommunene om utvikling av omsorgstjenestene. Samvirke er en organisasjonsform som ligger godt til rette for sterkere brukerinnflytelse, eierskap og brukerstyring. Samtidig inviterer selskapsformen tjenestemottakere og innbyggere til å være mer enn forbrukere og konsumenter, ved å utfordre til å ta ansvar og delta i utformingen og produksjonen av tjenestetilbudet.

Morgendagens helse- og omsorgstjenester må utformes og utføres i et samspill mellom kommunale og ikke-kommunale aktører med fotfeste i det sivile samfunnet. Samvirkeforetakets særpreg åpner for lokale løsninger på lokale behov, og gir den enkelte innbygger rolle både som forbruker og produsent gjennom deltakelse, brukerstyring og medproduksjon av tjenestene. Lokaldemokratiet i kommunene styrkes gjennom sterkere direkte brukerdemokrati.

I internasjonal sammenheng er samvirkeforetak svært utbredt. I Norge har samvirke som eier- og driftsform generelt vært lite utbredt innenfor områder der offentlig sektor har ansvaret. I andre deler av nærings- og samfunnslivet har denne eier- og driftsformen lenge hatt en helt annen dominerende plass. I omsorgssektoren kan det være rom for både brukersamvirke, personalsamvirke, tilbydersamvirke, pårørendesamvirke eller mer blandede samvirkeforetak.

Drivkraften i sosialt entreprenørskap er å løse samfunnsproblemer og sikre sosial verdiskaping. For å fremme entreprenørskap i utdanningssystemet samarbeider regjeringen med Ungt Entreprenørskap hvor flere av bedriftene som startes opp er sosiale entreprenører.

### 2.3.5 Samspill med næringslivet

Norsk næringsliv har kompetanse som kan bidra til å utvikle omsorgssektoren. Ved å samarbeide om å

utvikle tjenester og produkter kan det offentlige og private aktører skape nye løsninger. Det ligger et betydelig innovasjonspotensial i offentlige anskaffelser. Anskaffelser som et strategisk virkemiddel for innovasjon vil ikke bare gi bedre utnyttelse av samfunnets ressurser, men også skape bedre og nye tjenester til det beste for brukerne. Et aktivt næringsliv som deltar i utformingen av løsningene på kommunenes utviklingsbehov vil bidra til bedre, tryggere og mer effektive tjenester, og til å skape positive ringvirkninger i næringslivet.

Det vil derfor bli lagt til rette for en politikk som:

- utvikler nye tilbud i grenseflaten mellom omsorgstjenesten og næringslivet
- styrker omsorgssektorens rolle som en kompetent og krevende bestiller
- utvikler omsorgstjenesten som eksportartikkel
- møter et raskt voksende seniormarked

Regjeringen er opptatt av at utviklingen ikke skal føre til økt skjevfordeling i befolkningens tilgang til helse- og velferdstjenester, men en del av de praktiske og mer servicepregede tjenestene vil bli produsert av andre og levert både gjennom kommunen og på individmarkedet. Dette innebærer en politikk der regjeringen mener at kommunene selv, sammen med ideelle organisasjoner, bør drive langtids institusjonsplasser og grunnleggende helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil næringslivet stå for en rekke underleveranser til kommunen. Dette kan for eksempel gjelde både bygningsmasse, teknologi og boliger.

## 2.4 Morgendagens omsorgstjeneste

Morgendagens omsorgstjeneste skal skape tjenestetilbudet sammen med brukerne, samhandle med pårørende, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisere lokalsamfunnet på nye måter. Nye arbeidsmetoder og samspill med familie og nettverk vil samlet stille store krav til endring i kompetanse og rekruttering, og bety nye måter å organisere tjenestene på. Det er derfor behov for et faglig omstillingsarbeid som både foredrer omsorgstjenestenes pleiefaglige arbeid og tar i bruk bredere tverrfaglig kompetanse på rehabilitering og sosialt nettverksarbeid.

Tre områder peker seg ut som noen av omsorgstjenestenes viktigste utfordringer og muligheter:

- aktiv omsorg
- hverdagsrehabilitering
- omsorg og død

### 2.4.1 Aktiv omsorg

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å utvikle en framtidsrettet og god omsorgstjeneste er det behov for større vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

Dagaktivitetstilbud blir ofte kalt det manglende mellomledet i omsorgstjenestene. Regjeringen har derfor startet en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud for personer med demens, og har et mål om å lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagtilbud til personer med demens når tilbudet er bygd ut. Dagaktivitetstilbud gir meningsfulle hverdager og gode opplevelser for den enkelte bruker, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Kunst og kultur kan brukes innovativt til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger til omsorgstjenestene. Kultur og omsorg må spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som både stimulerer kropp og sjel og aktiviserer tanke og følelsesliv, for eksempel gjennom erindringsgrupper og skriveprosjekter, dansekvelder og musikkgrupper eller gjennom kunst- og kulturprosjekter som bygger på den enkeltes evner, interesser og livshistorie. Regjeringen ønsker å videreutvikle det samarbeidet som er etablert mellom kultursektoren og omsorgstjenestene gjennom Den kulturelle spaserstokken, og som bidrar til gode kulturopplevelser i hverdagen.

Det er etter hvert utviklet ulike miljøtiltak som kan brukes terapeutisk mot uro og depresjon ved demens eller mot utagering ved stell og daglige aktiviteter. I likhet med spesialisthelsetjenesten, må også omsorgssektoren utvikle systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk. For å bidra til at nye metoder spres og benyttes som første valg i behandling og pleie, ønsker regjeringen å etablere et kompetansemiljø som kan ha ansvar for utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak.

### 2.4.2 Hverdagsrehabilitering

Det er et mål både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for mestre hverdagen. Derfor må habilitering og rehabilitering være en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling.

En stor del av ressursene i omsorgssektoren er rettet mot pleie av alvorlig syke og tiltak som kompenserer for funksjonstap. Slik må det fortsatt være. Omsorgstjenesten må alltid være hos de som har de største behov for bistand og pleie. Samtidig må vi åpne for nye tilnærminger som vurderer potensialet for rehabilitering og har nødvendig kompetanse til å utnytte de ressurser den enkelte har, før mer tradisjonelle og kompenserende tiltak settes i verk. Regjeringen vil derfor bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats.

Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne. Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Som metode og faglig tilnærming tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål er utgangspunktet for tjenesten som leveres.

Metoden krever at de ansatte må arbeide sammen med, og ikke for, den enkelte bruker. Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringssevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige.

Ved innføring av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene opprettes det vanligvis et tverrfaglig team bestående av ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere, sosionomer og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Teamet går inn og vurderer rehabiliteringsmuligheter hos den enkelte, og samarbeider om å lære opp og veilede ansatte i hjemmetjenestene, slik at de kan stå for opptreningen på brukerens naturlige arenaer, i hjemmet og i nærmiljøet.

Regjeringen ønsker å videreutvikle satsingen på rehabilitering, aktivisering, mestrings med personlige mål, og stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering.

### 2.4.3 Omsorg og død

Noen av omsorgstjenestens brukere vil ha behov for behandling og pleie i kortere perioder, mens andre trenger assistanse og bistand gjennom hele livsløpet. Alvorlig eller uheldredelig syke og



døende og brukere med stort behov for omsorg og pleie skal ha tilgang til sikre og gode tjenester. Da handler det om å bli behandlet med verdighet og respekt, og få ivaretatt både fysiske, psykiske og sosiale og åndelige og eksistensielle behov.

Norge er et av de land i verden hvor færrest dør i eget hjem. Å legge til rette for at mennesker kan dø hjemme, kan hjelpe oss til å få et mer naturlig forhold til døden. Hjemmedød kan forsterke tilhørighet til og samarbeid med familien og sivilsamfunnet, gi bedre forutsetninger for å beholde regien enn på et sykehus og bidra til at døden ikke bare blir noe som hører profesjonene til. I de siste årene har det vært en økning i antall dødsfall som skjer i sykehjem. Dette innebærer behov for tilstrekkelig ressurser og kompetanse i sykehjemmene for å gi god behandling, pleie og omsorg til pasienter i terminal fase.

Omsorg for døende barn er en av de mest krevende oppgavene i helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for å styrke lindrende behandling og omsorg for barn og deres pårørende. Det skal utarbeides nasjonal faglig retningslinje om lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov. For å styrke ansattes kompetanse på dette området har flere kommuner fått tilskudd til kompetansehevende prosjekter i samarbeid med frivillige organisasjoner.

For å kunne ivareta pasienter og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene og en helsetjeneste som støtter omsorgstjenesten. For å heve kvaliteten, kunnskapen og kompetansen innen lindrende behandling, vil regjeringen legge til rette for økt involvering av pårørende og utvikle et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenesten som skal gi grunnleggende kompetanse i lindrende behandling.

Pårørende skal få støtte og veiledning gjennom pårørendeskoler og samtalegrupper. De regionale sentre for palliasjon i spesialisthelsetjenesten skal bygge opp og spre kompetanse i lindrende behandling i regionen. Sammen med de palliative sentrene på sykehus har de også ansvar for tverrfaglige kompetansenettverk innenfor lindrende behandling, og for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til palliative pasienter og spre kompetanse i kommunene.

#### **2.4.4 Faglig omstilling og bredere kompetanse**

For å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste med god kvalitet i framtida er det nødvendig med faglig

omstilling i omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal det legges til rette for å videreutvikle kompetansen på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan Kompetanseløftet 2015, skal bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning i omsorgssektoren.

For å bidra til faglig omstilling i omsorgstjenesten vil regjeringen i denne meldingen ha fokus på følgende målsettinger:

- Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høyskoleutdanning og legge til rette for internopplæring.
- Skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid.
- Styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.

En faglig omlegging vil også ha konsekvenser for tjenestenes organisering, samarbeidsrelasjoner og åpning ut mot samfunnet. Om tjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og styrke den forebyggende og rehabiliterende innsatsen, må den spille på lag med samfunnets samlede ressurser. Omsorgstjenesten må ut og møte brukerne og deres nettverk. Derfor er nærhet og desentraliserte tjenester en avgjørende faktor. Omsorgstjenesten må være en integrert del av lokalsamfunnet, og ikke flyttes vekk fra de sammenhenger der den profesjonelle og uformelle omsorgen fortsatt kan spille sammen.

Nytt innhold og nye faglige tilnærminger til tjenesten vil også kreve at kommunene må vurdere innretning og organisering av tjenestene sine, både internt i helse- og omsorgstjenestene og i relasjon til andre kommunale tjenester. Det må tenkes nye måter å organisere og arbeide på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunene.

For å bidra til at den enkelte bruker skal oppleve kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet, må tjenestene organisere seg tett opp mot hverandre. Nye arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene, vil også kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene. Det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for kompetanseutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samar-

beid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

#### 2.4.5 Menn i helse og omsorg

Menn representerer kanskje den største ubenyttede ressurs i omsorgstjenesten. Det er urealistisk å tenke seg at framtidens omfattende omsorgsoppgaver vil kunne løses uten at den mannlige halvpart av befolkningen i større grad lar seg rekruttere til helse- og omsorgsyrkene og inntar omsorgsarenaen.

Trondheim kommune har gjort et av de mest vellykkede forsøk på å rekruttere menn til omsorgssektoren. Der står menn nå i kø for å prøve ut helse- og omsorgsarbeid i hjemmetjenester og sykehjem som framtidig arbeidsplass og levevei. Regjeringen ønsker å bygge videre på erfaringene fra Trondheim kommune og gjøre Menn i helse og omsorg til et landsomfattende prosjekt. Samtidig inviteres kommuner, utdanningsinstitusjoner og organisasjoner til å sette rekruttering av menn høyt på sin dagsorden og gjennom sitt innovasjonsarbeid komme opp med tiltak som kan bidra til bedre kjønnsbalanse på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektoren.

## 2.5 Morgendagens omsorgsomgivelser

Bruk av velferdsteknologi og universell tilpasning vil gi større muligheter til å motta omsorgstjenestetilbud i eget hjem. Utformingen av framtidens sykehjem og omsorgsboliger vil også ha stor betydning som rammer for tjenesteyting og samspill med pårørende og lokalsamfunnet. Regjeringen vil derfor videreføre dagens tilskuddsordning i Husbanken til sykehjem og omsorgsboliger, og utrede om kravene i ordningen kan tilpasses for å gi rom for utbygging av trygghetsboliger. Videre skal det utredes en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger.

Regjeringen setter i gang et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi, som skal bidra til at velferdsteknologi er en integrert del av tjenestetilbudet innen 2020.

#### 2.5.1 Et nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger

Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der sykehjemsrommene begynner å ligne

fullverdige boliger og dagens omsorgsboliger bygges sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og service-sentra med egne boliger. Kommunens omsorgstjeneste dekker også hele livsløpet fra barneboliger til sykehjem.

Regjeringen ønsker å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene og bygge morgendagens løsninger på noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofelleskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenestearreal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

Slik kan vi få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem.

Det er lite forskning på det nye som skjer, og det er stort behov for å dokumentere og systematisere erfaring, samt drive kunnskapsutvikling på dette feltet. De siste 15–20 årene er om lag 45 000 institusjonsplasser og omsorgsboliger bygd eller renoveret. For å kunne vurdere hvilke grunnleggende krav som må stilles til utforming av morgendagens løsninger, er det stort behov for å evaluere erfaringer med eksisterende bygg og se på hvordan de fungerer i forhold til sitt formål, for brukerne, for ansatte, for samspill med pårørende og for driften. Samtidig er det behov for å etablere testboliger for mer systematisk utprøving av ny teknologi, fallvennlige materialer og omgivelser, baderomsløsninger og innredning, og etablere forsøksprosjekter som følges opp av dokumentasjon og forskning. Regjeringen vil på denne bakgrunn utrede en ordning for forskning, utvikling og innovasjon, med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger.

De fleste boliger og institusjoner vi skal bo og motta helse- og omsorgstjenester i de neste tiårene er allerede bygd. Dette gjelder først og

fremst den ordinære boligmassen av eneboliger, rekkehus og leiligheter som i Norge i svært stor grad eies og disponeres av de som bor i dem. Der nest gjelder det også 40 000 alders- og sykehjemsplasser og om lag 50 000 boliger til pleie- og omsorgsformål, som i hovedsak eies av kommunene og leies ut til beboere med behov for assistanse. Et viktig fokus de nærmeste årene vil være fornyelse og ombygging, slik at eksisterende boligmasse er godt tilrettelagt og kan fungere optimalt i møte med morgendagens behov.

Halvparten av landets omsorgsboliger og sykehjem ble enten nybygd eller totalrenovert under Handlingsplan for eldreomsorgen i perioden 1998–2007. Den andre halvparten av de om lag 40 000 institusjonsplassene og de om lag 50 000 boligene til pleie- og omsorgsformål er nå snart moden for fornyelse og utskifting. Kommunene bør i første omgang erstatte de plassene som i dag er gamle og nedslitte før behovet for sterkere kapasitetsvekst inntreffer om ti år. Om vi ønsker en mest mulig jevn utbyggingstakt, bør denne fornyelsen være fullført før kapasitetsbehovet melder seg for alvor når vi nærmer oss 2025. Slik kan også noe av kostnadsveksten kommunene vil få om ti år som følge av raske demografiske endringer kunne fordeles over flere år. Erstatning av allerede eksisterende plasser medfører ikke nødvendigvis økte driftskostnader, og kan i mange tilfeller også effektivisere driften. Langsiktighet og forutsigbare investeringsrammer vil være viktig for kapasitetsvekst og fornyelse, og de raske demografiske endringene krever planlegging og tilrettelegging på nasjonalt nivå. Regjeringen ønsker derfor å videreføre dagens ordning i Husbanken også etter 2015.

Videre skal det utredes om kravene i ordningen kan tilpasses og gi rom for utbygging av trygghetsboliger. Trygghetsboliger er boliger med smarthusteknologi, resepsjon og hotellservice, der beboerne kan få dekket ulike behov for praktisk tilrettelegging, slik som vask av bolig, vask av klær, vaktmestertjenester, tilbud om matservering og annet som avhjelper beboernes hverdag. Slike boliger kan gjerne bygges i tilknytning til dagaktivitetssenter, kulturhus, nærmiljøsentre, velferdssenter eller liknende med lett tilgang til aktivitet og sosialt samvær.

### 2.5.2 Finansierings- og egenbetalingsordninger uavhengig av boform

Samlet var kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester om lag 90 mrd. kroner i 2012. Det vesentligste av utgiftene finansieres gjennom

kommunenes frie inntekter, mens inntektene fra brukerbetaling utgjorde vel 7 prosent.

Hovedansvaret for finansieringen av de fleste helse- og omsorgstjenestene ligger i kommunene. Det er likevel slik at staten bidrar til finansieringen av legetjenester, fysioterapi, legemidler, hjelpemidler og bostøtte for brukere som bor i eget hjem. Brukerne av kommunens pleie- og omsorgstjenester betaler i dag for tjenester de mottar etter to ulike regelverk, avhengig av om de mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Personer som bor i eget hjem betaler for den enkelte tjeneste de mottar, mens personer i institusjon betaler en fast andel av sin inntekt for et helhetlig tilbud. Ulikhetene i regelverket kan dermed føre til at brukere betaler ulikt for de samme tjenestene avhengig av om kommunen tilbyr plass i institusjon eller om personen bor i eid eller leid bolig.

Utviklingen går i retning av at det blir vanskelig å se annen forskjell på sykehjem og omsorgsboliganlegg enn måten tilbudet finansieres på. Flere kommuner kaller nå omsorgsboliganleggene sine for sykehjem, mens andre kommuner avhjemler sykehjemsplassene sine og kaller dem omsorgsboliger, bo- og servicesenter eller lignende. Hagen-utvalget gikk derfor inn for å innføre samme finansierings- og egenbetalingsordning, samt samme rett til medisiner, tekniske hjelpemidler og bostøtte for alle, uavhengig av boform. Samme konklusjon framkommer i en forskningsrapport som beskriver en utvikling der kommunene tar høyinntektsgrupper inn på sykehjem og lar bostøtteberettigede minstepensjonister få omsorgsbolig. Finansieringssystemet kan gi kommunene økonomiske insentiver med utilsiktede vridningseffekter på utbyggingsmønsteret.

Rammebetingelsene for kommunene og brukerne må i størst mulig grad utformes slik at tjenestetilbudet vurderes ut fra den enkeltes behov, og ut fra hva som er samfunnsøkonomisk mest effektivt.

Regjeringen vil sette i gang et utredningsarbeid om finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer. Formålet med utredningen er å legge til rette for et rettferdig og forutsigbart betalingssystem for brukerne, og avklare ansvarsforhold mellom staten og kommunesektoren.

### 2.5.3 Velferdsteknologiprogrammet

Bruk av velferdsteknologi åpner flere mulighetsrom. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo lenger i

eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne, og bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse.

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

Utviklingen av velferdsteknologi må settes inn i en ramme. Den må ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og svare på de behov brukerne har. Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene bør derfor skje parallelt med endringer i organisering og innretning av tjenestene.

For å utnytte det mulighetsrommet velferdsteknologi gir, må det legges til rette for at kommunene i større grad kan ta velferdsteknologiske løsninger i bruk. Derfor settes det i verk et nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettsverk, og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparat

Programmet bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der folk bor. Programmet skal også bygge på kommunenes lokale forutsetninger og ivareta behovet for at velferdsteknologiske løsninger og tjenesteinnovasjon skal ses i sammenheng. Programmet skal legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelse-tjenesten og næringslivet.

Helsedirektoratet vil få hovedansvaret for å gjennomføre teknologiprogrammet som en del av Omsorgsplan 2020. Det forutsettes at Helsedirektoratet i gjennomføringen av programmet samarbeider med InnoMed og det kompetansesenter som skal etableres som del av den helhetlige kommunale innovasjonsstrategien.

Programmet vil bestå av følgende tiltak:

#### *Etablering av åpne standarder for velferdsteknologi*

Det er nødvendig med sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Standardiseringsarbeidet på velferdsteknologiområdet skal bidra å legge til rette for integrerte og leverandøruavhengige velferdsteknologiske løsninger på tvers av offentlig og privat sektor, slik at brukerne får en god, koordinert og forutsigbar tjeneste. Helsedirektoratet gis ansvaret for et overordnet standardiseringsarbeid på området. Det forutsettes et nært samarbeid med KS-programmet KommIT (Program for IKT-samordning i kommunesektoren), Standard Norge, leverandør- og bransjeforeninger og Norsk Helsenett SF. Arbeidet skal sees i sammenheng med standardiseringsarbeidet på e-helseområdet. Standardisering på velferdsteknologiområdet skal gis prioritet i de nasjonale strategier for standardisering.

#### *Utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene*

Kommunene må delta i utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i et trepartssamarbeid med næringslivet og FUI-miljøer. Utvikling av trygghetspakker bør prioriteres først, i tråd med Hagen-utvalgets og Teknologirådets anbefaling. En trygghetspakke er en videreutvikling av trygghetsalarmen som i tillegg kan inkludere blant annet selvutløsende alarm, fallsensor, røyk-detektor, elektronisk døråpner, mobiltelefon, sporingsløsning (GPS) mv.

#### *Kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger*

Programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis. For å dokumentere effekter og gevinster ved bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger skal kunnskapsgenerering og spredning av gode velferdsteknologiske løsninger til kommunene prioriteres. Følgeforskning og etablering av kunnskapsbasert praksis prioriteres først. De regionale sentrene for omsorgsforskning vil få en sentral oppgave som dokumentasjonssenter for innovasjon med følgeforskning og formidling.

#### *Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi*

Utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologien sikrer at teknologien blir en integrert del av tjenesten og ikke bare anvendes som enkeltstående løsninger. Regjeringen

ønsker derfor å bygge ut InnoMed, slik at de i tillegg til spesialisthelsetjenesten også kan dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) i Innovasjon Norge skal gjøres lettere tilgjengelig og tilpasses innovasjonsbehovet i helse- og omsorgssektoren, særlig med tanke på velferdsteknologi. For å stimulere til økt innovasjon i kommunene vil det også bli etablert et eget kompetansesenter som en del av regjeringens kommunale innovasjonsstrategi.

#### *Kompetanseheving*

Opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende må skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. I hovedsak må opplæringen foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid og ved hjelp av utdanningsinstitusjoner, hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljøer. En del av den praktiske opplæringen må knyttes til den konkrete innføringen av velferdsteknologien. Helsedirektoratet skal derfor i samarbeid med relevante fagmiljø utvikle en opplæringspakke, Velferdsteknologiens ABC, som gir grunnkompetanse i velferdsteknologi. Helse- og omsorgspersonell må videre gis

kunnskap om velferdsteknologi gjennom utdanningene, og endringer i helse- og sosialutdanningene bør vurderes i lys av de behov innføring av velferdsteknologi skaper.

Programmet skal også bidra til at kommunene tilføres nødvendig kompetanse innen innovasjon og innovasjonsledelse, og praktiske verktøy for kartlegging av behov. Kunnskap om endringsprosesser, behovskartlegging og implementering er avgjørende for å sikre at teknologien dekker det behov den er ment å dekke og er i tråd med det som er praktisk og organisatorisk mulig i kommunen. Som del av regjeringens kommunale innovasjonsstrategi skal det utvikles et utdanningstilbud i kommunalt innovasjonsarbeid for kommunale ledere og fagfolk i sektoren. Gjennom studiet skal ansatte, ledere og folkevalgte lære om innovasjonsprosesser og hvordan planlegge og gjennomføre et innovasjonsprosjekt.

#### *Juridiske rammer*

For å skape rettslig klarhet og for å legge bedre til rette for ny teknologi som kan gi den enkelte større mulighet til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet, har regjeringen fremmet Prop. 90 L (2012–2013) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. knyttet til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.

# KAPITTEL



# 3

Figur 3.1

## 3 Historie, utviklingstrekk og framtid

*«Hvis en ikke kjenner fortida, forstår en ikke nåtida og egner seg ikke til å forme framtida.»*

Simone Weil

Planlegging av framtid må bygge på erfaring og forankres i historie, samtidig som det er nødvendig å åpne opp og slippe løs fra tilvante forestillinger. I møtet med framtidens omsorgsutfordringer blir det nødvendig å ta i bruk nye metoder og finne nye løsninger, og ikke bare forlenge dagens trender og utviklingstrekk. For omsorgssektoren vil det være et for enkelt svar å bare øke tallet på sykehjemsplasser med veksten i tallet på eldre over 80 år. Dersom det skjer like mye med de kommunale helse- og omsorgstjenestene de neste 40 år som de siste 40, vil de se helt annerledes ut.

### 3.1 Førte år tilbake og førte år fram

De offentlige omsorgstjenestene har en kort historie, slik vi kjenner dem i dag. På førte år har disse tjenestene vokst fra vel 20 000 årsverk til mer enn 120 000 årsverk. Fra i hovedsak å være eldreomsorg, er omsorgstjenesten i dag et tilbud til brukere i alle aldersgrupper med et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og tilstander. Noen mottar tjenester fra de er født og vil være avhengig av et tilbud gjennom hele livsløpet, mens andre mottar få tjenester i en avgrenset periode i livet.

Når vi skal planlegge for framtida, er det grunn til å forankre det vi gjør i denne relativt korte historien. Vi bør se på hvorfor de kommunale omsorgstjenestene ble etablert, hvordan forutsetningene endrer seg underveis og hvilke drivkrefter som ligger bak en utvikling preget av jevn og sterk vekst.

I NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, beskriver Hagen-utvalget utviklingen på omsorgsfeltet i de siste førte årene som en av etterkrigstidens store samfunnsmessige innovasjoner. Den offentlige omsorgstjenesten kom som et svar på noen av de viktigste utfordringene samfunnet da sto overfor:

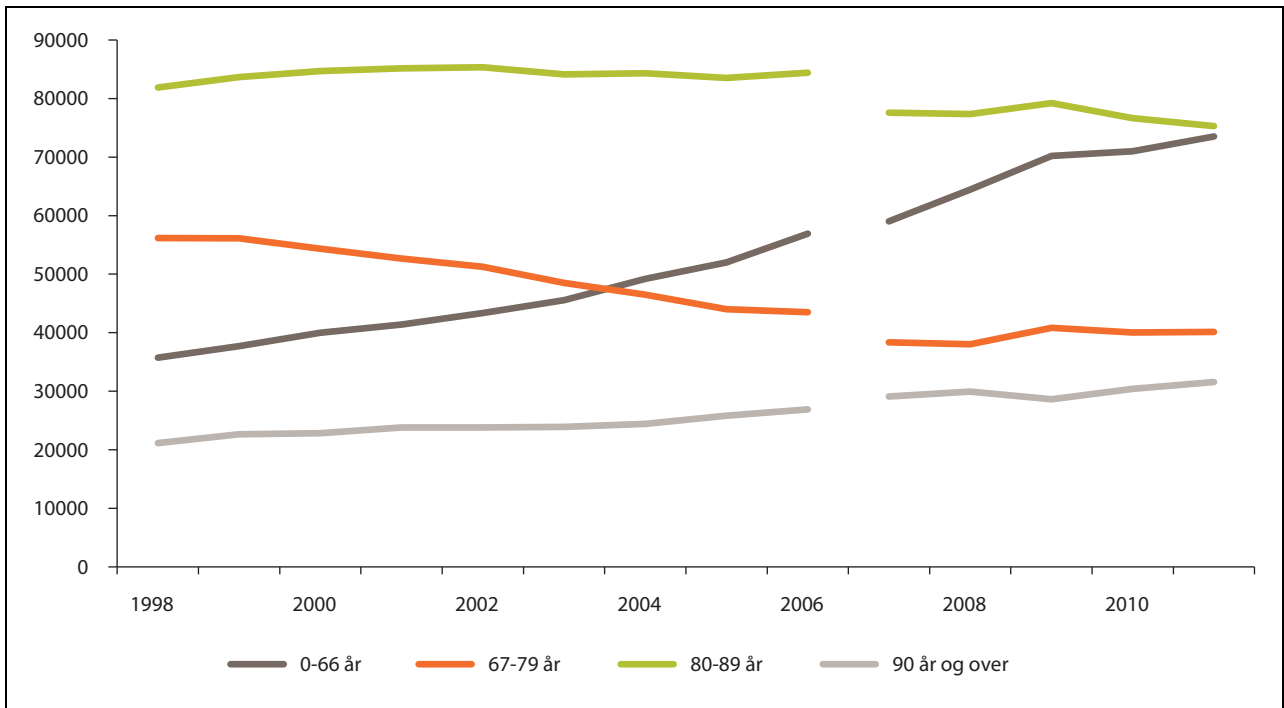
«Spørsmålet ble derfor hva som måtte til for å sikre både fødselstilvekst, tilgang på arbeids-

kraft, kvinnefrigjøring og omsorg for et økende antall eldre samtidig. De kommunale omsorgstjenestenes siste 40-årige historie kan på denne bakgrunn beskrives som en av de virkelig store innovasjoner i etterkrigstidens norske samfunn. En stor offentlig velferdssektor i de nordiske land har både vært med på å legge grunnlaget for økonomisk vekst og utvikling og skapt trygghet for å sette barn til verden. Den nordiske modellen framstår på denne bakgrunn både med større økonomisk og demografisk bærekraft enn mange andre rike land uten samme utbygging av en omsorgssektor.»

Omsorgstjenestene må, i likhet med andre velferdsordninger, vurderes i lys av den betydning de har for verdiskapingen i samfunnet, og ikke bare ses som en stadig stigende offentlig utgiftspost. I Norge har vi valgt å organisere samfunnet vårt på denne måten. Det har vist seg å være vellykket både i økonomisk og demografisk forstand.

### 3.2 Tjenestemottakerne – status og utviklingstrekk

I perioden fra 1965 til 1980 ble antall mottakere av hjemmesykepleie mer enn tredoblet fra 24 000 til 75 000 mottakere. Mottakere av hjemmehjelp økte enda mer, fra vel 13 000 i 1965 til vel 98 000 femten år senere. Tallet på mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp fortsatte å vokse på 80-tallet, men i en lavere takt enn i det foregående tiåret. Hjemmetjenestene har på 2000-tallet blitt mer og mer konsentrert om de som har det største hjelpebehovet. Blant annet er andelen brukere som bare mottar praktisk hjelp sunket fra nesten halvparten til en fjerdedel av tjenestemottakerne. Antall beboere i institusjon økte fram til rundt 1990, da ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene og institusjonene i Helsevernet for psykisk utviklingshemmede ble avvirket. Siden har antallet beboere i ulike institusjoner gått ned, samtidig som mottakere av hjemmetjenester og omsorgsboliger har hatt betydelig vekst.



Figur 3.2 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder 1998–2011

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret og lar seg ikke uten videre sammenlikne med tidligere år.

### 3.2.1 Fra eldreomsorg til omsorg for alle

Til tross for sterk vekst i de eldste aldersgruppene de siste tiårene, er det ikke blitt flere eldre brukere av alders- og sykehjem og hjemmetjenester. Dette viser at ikke alle forhold kan forklares av demografi, men at utviklingen også preges av andre endringer i samfunnet. For eksempel kan forskyvning av oppgaver mellom både spesialisthelsetjenesten, familieomsorgen og de kommunale omsorgstjenestene forklare noe av utviklingen. Å beskrive den kommunale omsorgstjenesten som eldreomsorg er med tiden blitt mer og mer feil.

I dag har omsorgstjenesten mottakere i alle aldre og med svært ulike behov. Ved utgangen av 2011 mottok i overkant av 268 000 personer omsorgstjenester i en eller annen form. Av dem fikk om lag 43 500 et tilbud i institusjon, og om lag 177 000 var mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Nesten 50 000 mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse. Dette er tjenestetyper som i størst grad tildeles personer under 67 år. I aldersgruppen over 80 år var det over 122 000 personer som mottok institusjonstjenester eller hjemmetjenester i 2011. Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at kvin-

ner lever lenger enn menn, og har en lengre periode med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet. Av mottakere av hjemmetjenester over 90 år bor 75 prosent alene.

Hvert av årene 2009, 2010 og 2011 kom det nær 72 000 nye mottakere inn i omsorgstjenesten, mens om lag 69 000 mottakere gikk ut. Dette viser at vel en fjerdedel av mottakerne av omsorgstjenesten skiftes ut hvert år. Det betyr igjen at omsorgstjenesten betjener om lag 25 prosent flere mottakere enn tverrsnittstallene ovenfor viser.

Gjennom Iplos-registeret får vi også opplysninger om mottakernes bistandsbehov. Bistandsbehov er et mål for i hvilken grad en mottaker er selvhjulpel på de fleste områder (noe/avgrenset bistandsbehov) eller er avhengig av hjelp på flere områder (omfattende bistandsbehov). Om lag 33 prosent av mottakerne over 90 år har omfattende bistandsbehov. For de øvrige aldersgruppene er det mellom 17 og 25 prosent som har omfattende bistandsbehov. Det er en tendens til at andelen mottakere med avgrenset bistandsbehov går ned. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Bistandsbehovet er større blant yngre enn eldre mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dette skyldes at mange

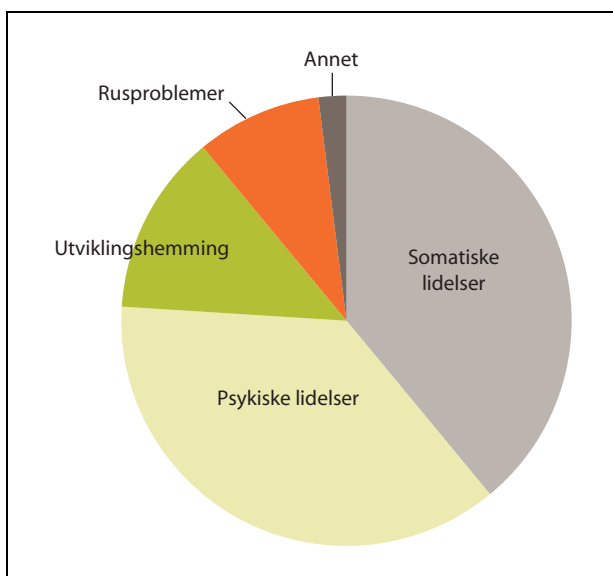


av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Yngre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand enn eldre brukere med tilsvarende behov for tjenester.

### 3.2.2 Det er antall yngre tjenestemottakere som vokser

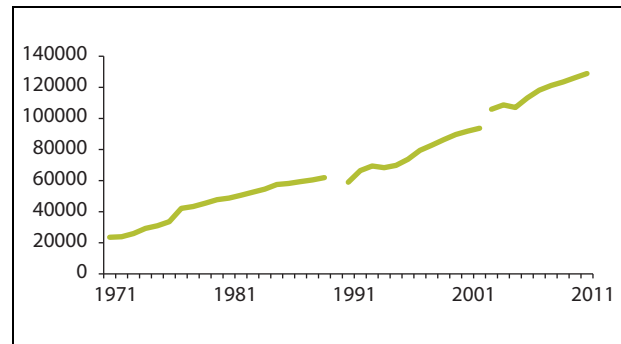
Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Det er også slik at nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste 20 årene, har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Hjemmetjenestebrukere under 67 år består av noen barn og unge under 18 år (2 prosent), en stor andel yngre voksne 18–49 år (54 prosent) og en noe mindre andel middelaldrende 50–66 år (44 prosent). Av disse er det antallet yngre voksne som har hatt den sterkeste veksten det siste tiåret. Regner en med mottakere av avlastning, støttekontakt og omsorgslønn, er tallet på barn og unge høyere.

Helsemessig består gruppen hjemmetjenestemottakere under 67 år av to større og to mindre grupper (Romøren 2006). Den største gruppen er mennesker som har en av mange ulike somatiske lidelser (39 prosent), blant disse dominerer nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, hode- og ryggskader. Psykiske lidelser er også en stor gruppe (37 prosent). De to mindre gruppene er mennesker med utviklingshemming (13 prosent)



Figur 3.3 Årsaker til hjelpebehov blant hjemmetjenestemottakere under 67 år

Kilde: Romøren (2006).



Figur 3.4 Årsverk i omsorgstjenesten 1971–2011

Merknad: Brudd i statistikken medfører at perioden fra 2003 ikke kan sammenlignes med tall fra 2002 og bakover. Det foreligger ikke tall for 1990. Tallene inkluderer også HVPU fram til avviklingen i 1991.

Kilde: Borgan 2012 (Statistisk sentralbyrå)

og personer med rusproblemer (9 prosent). Brukergruppen under 67 år mottar i hovedsak hjemmetjenester og svært få bor i institusjon. Mange av disse tjenestemottakerne får sitt tilbud fra hjemmetjenesten og dagaktivitetstilbud i samme omfang som i sykehjem, målt i timetall. Flere av dem er på skole eller arbeid på dagtid. I hvilken grad økningen i antall yngre tjenestemottakere vil fortsette i årene framover er vanskelig å forutsi. Det er grunn til å anta at veksten vil flate ut, eller stabilisere seg, uten at det er grunnlag for å angi når. For videre planlegging er det av stor betydning å få mer forskningsbasert kunnskap om dette.

## 3.3 Omsorgstjenesten – status og utviklingstrekk

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien som vokser. Dette er uttrykk for to tunge utviklingstrekk (Brevik 2010, Helsedirektoratet 2010, Barstad 2006), der retningen går:

- fra institusjon til hjemmetjenester
- fra praktisk bistand til helsetjenester

### 3.3.1 Fra 20 000 til 130 000 årsverk

De kommunale omsorgstjenestene har med et års unntak vært i kontinuerlig vekst de siste førti år. Målt i antall utførte årsverk, er omsorgssektoren seksdoblet, og har økt fra vel 20 000 årsverk i 1971 til nesten 130 000 årsverk i 2011.

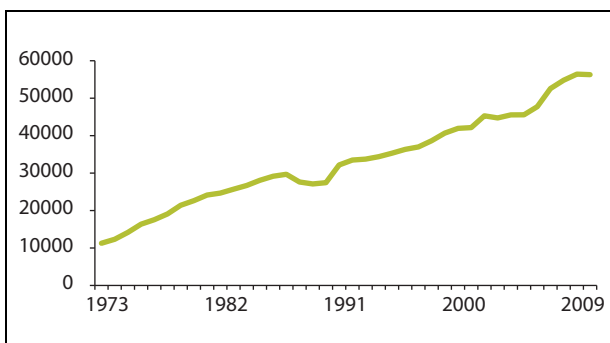
Veksttakten har økt de siste 25 årene etter at kommunenes ansvar ble utvidet med sykehjemsre-

formen og reformen for mennesker med utviklingshemning. Handlingsplan for eldreomsorgen, Omsorgsplan 2015 og regjeringens Opptreppingsplan for psykisk helse har også bidratt til en slik vekst både i ressurser og oppgaver, og det er ventet at Samhandlingsreformen vil forsterke dette bildet ytterligere i årene som kommer. Den sterke veksten må ses i sammenheng med endringer i oppgavefordeling både med spesialisthelsetjenesten og familieomsorgen. Begge forhold bidrar også til den profil årsverksveksten har fått. Det er hjemmesykepleien som vokser, og innsatsen konsentreres mer og mer om de som har størst behov.

Til tross for betydelig økt andel eldre i befolkningen, har den største veksten skjedd i tjenestetilbudet til aldersgruppene under 67 år. De kommunale omsorgstjenestene er først og fremst til for mennesker med langvarige og sammensatte lidelser og alvorlig funksjonsnedsettelse. Det stiller høye krav til kompetanse og mer tverrfaglighet. Samtidig er det grunn til å reise spørsmålet om terskelen for å få hjelp er hevet, slik at omsorgstjenestene kommer for seint inn og har gått på bekostning av tidlig innsats, forebyggende arbeid og rehabilitering (Brevik 2010). På lang sikt kan det vise seg å bli en dyr og lite bærekraftig løsning.

For kommunene blir det viktig å finne den rette balansen i forholdet mellom behandling og pleie på den ene siden og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering på den andre siden.

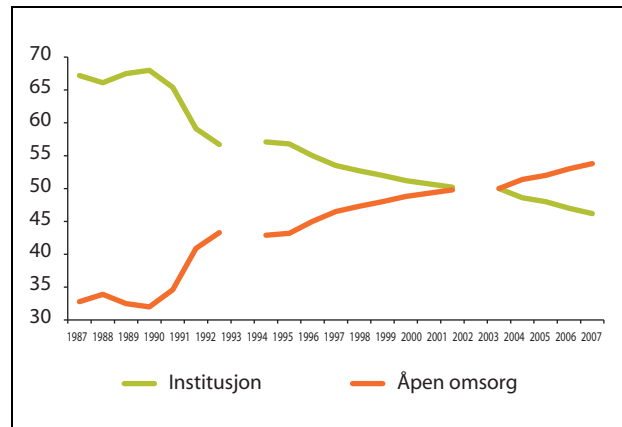
Brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene har med et par mindre unntak hatt en relativt lineær økning, målt i faste kroner helt fra 1970-tallet. På 40 år er driftsutgiftene blitt femdoblet med en gjennomsnittlig årlig realvekst på 4,5 prosent, med unntak for perioden rundt 1990 og 2002–2005 (Borgan 2012).



Figur 3.5 Brutto driftsutgifter i faste 2000-priser for pleie og omsorg 1973–2010

Merknad: Tallene inkluderer også HVPU fram til avviklingen i 1991.

Kilde: Borgan 2012 (Statistisk sentralbyrå)



Figur 3.6 Andel årsverk i pleie- og omsorgssektoren i prosent, fordelt på institusjon og åpen omsorg 1987–2007

Kilde: Brevik 2010, Norsk institutt for by- og regionforskning

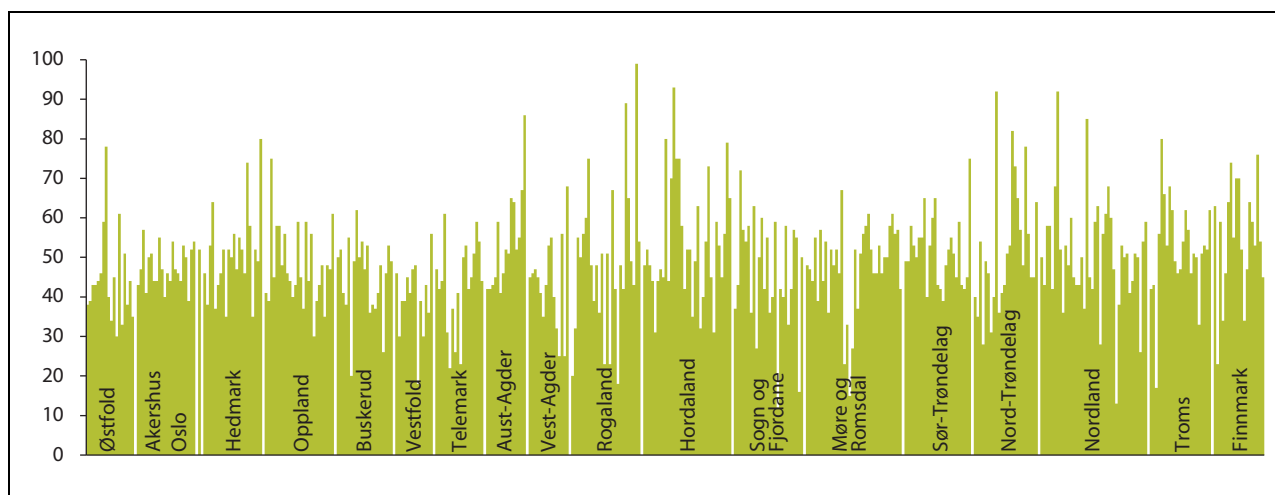
### 3.3.2 Fra institusjon til hjemmetjenester

I dag bruker kommunene mer ressurser på hjemmetjenester enn på sykehjem og institusjonsomsorg. For 40 år siden gikk derimot over 80 prosent av driftsutgiftene til alders- og sykehjem, mens knapt 20 prosent gikk til drift av hjemmetjenester, i hovedsak husmorvikar og hjemmehjelp.

Mens hele to tredeler av årsverkene i omsorgstjenestene var knyttet til institusjonsomsorg og bare en tredel til hjemmetjenester for 25 år siden, er forholdet nå endret slik at andelen årsverk er størst i hjemmetjenestene.

Denne utviklingen er resultat av reformarbeid, faglige og økonomiske vurderinger i kommunene og sterkere medvirkning fra brukerne i utforming av tjenestene. Gjennom sykehjemsreformen fikk kommunene ansvar både for hjemmetjenester og sykehjem, og måtte ta stilling til hvordan de skulle organisere tjenestene slik at de ga størst samlet effekt. Dette førte til at det meste av veksten i omsorgstjenestene skjedde i hjemmetjenester i årene som fulgte. Så lenge sykehjemmene var fylkeskommunenes ansvar, var dette et tilbud som ikke medførte kostnader for kommunene.

Tydeligst kom avinstitusjonaliseringen til uttrykk i reformen for mennesker med utviklingshemning, der helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) og HVPU-institusjonene ble nedlagt i løpet av perioden 1991–1995 og ansvar ble overført til de samme etater og virksomheter som den øvrige befolkning. Integrering, normalisering og deltakelse var sentrale prinsipper, når tidligere institusjonsbeboere flyttet i egne boliger og fikk tilrettelagt sitt helse- og omsorgstjeneste-



Figur 3.7 Institusjonsdriftens andel av omsorgstjenestenes netto driftsutgifter i prosent i 2011, per kommune fordelt etter fylke. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012

tilbud. Samtidig ble tilbudet til de som ikke tidligere hadde fått institusjonsplass rustet kraftig opp. De hadde krav på samme tjenestetilbud som tidligere institusjonsbeboere. Det hadde også andre brukergrupper som fulgte i kjølvannet av denne reformen. Prosjektet Unge ut av institusjon og Opptappingsplan for psykisk helse førte dette videre, og en del av den samme utviklingen ble fanget opp i regjeringens Demensplan 2015 og Nevroplan for mennesker med nevrologiske skader og lidelser.

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester som møter den enkeltes behov. Den enkelte kommune avgjør selv hvordan tjenestene skal organiseres ut fra lokale forhold og behov. Som figur 3.7 viser er det store variasjoner i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester. I 20 prosent av kommunene brukes under 40 prosent av omsorgstjenestenes netto driftsutgifter til institusjon, og mer enn 60 prosent på hjemmetjenester og institusjonsdrift. I ti av disse kommunene er institusjonsandelen under 20 prosent. På den andre siden bruker 15 prosent av kommunene over 60 prosent av utgiftene til institusjon, hvorav 11 kommuner har en institusjonsandel på 80 prosent eller mer. Nesten to tredeler av kommunene har imidlertid en institusjonsandel på 40–60 prosent, og landsgjennomsnittet var i 2011 på 46 prosent.

Noen kommuner har fortsatt valgt å satse på sykehjem og institusjonsdrift, andre kommuner satser på hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og omsorgsboliger. Dette avspeiles blant annet i at kostnadene for en sykehjemsplass varierer fra under en halv til over to mill. kroner per år på kom-

munenivå. Det er imidlertid det samlede tjenestetilbudet som er mest avgjørende for innbyggerne i den enkelte kommune. Undersøkelser kan likevel tyde på at kommuner som satser på hjemmetjenester, får mer ut av sine ressurser enn kommuner som i større grad satser på institusjonstilbud:

«Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.» (Borge og Haraldsvik 2005)

### 3.3.3 Fra aldershjem til sykehjem og omsorgsboliger

Aldershjemmenes tid er forbi. Dermed er en epoke med røtter tilbake til tidligere tiders fattighus slutt. For 40 år siden var det flere aldershjemsplasser enn sykehjemsplasser. Mens aldershjemsplassene er faset ut etter at kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene, har tallet på sykehjemsplasser økt fra om lag 15 000 til 40 000 de siste 40 år.

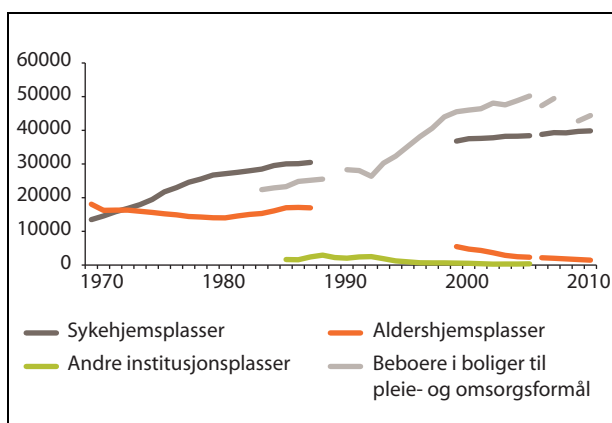
En del aldershjem er modernisert og bygd om til sykehjem. Mange aldershjem var imidlertid så uhensiktsmessige eller i så dårlig forfatning at de er skiftet ut. Under Handlingsplan for eldreomsorgen ble de i stor grad erstattet med nye moderne omsorgsboliganlegg. Et stort antall nye omsorgsboliger er også bygd i kommunene til yngre mennesker med behov for tilrettelagt bolig og tjenester. Over en tredel av beboerne i omsorgsboligene er under 67 år. Av disse har halvparten en utviklingshemning mens den andre halvpart enten

har psykiske og sosiale problemer eller langvarig funksjonsnedsettelse på grunn av somatiske sykdommer, ofte av nevrologisk karakter. I de boligene som benyttes til beboere med behov for heldøgns tjenestetilbud er over halvparten under 67 år (Brevik 2010).

Under Handlingsplan for eldreomsorgen ble eneromsreformen gjennomført, og halvparten av landets sykehjemsplasser enten nybygd eller fullmodernisert. Sykehjemmene er derfor bygd ut, fornyet og rustet opp, både bygningsmessig og i noen grad kompetansemessig til å møte de oppgaver sektoren nå står midt oppe i.

I møte med morgendagens utfordringer, er det imidlertid behov for å foreta tilpasninger og omstillinger til nye og utvidede oppgaver. Samhandlingsreformen innebærer at presset på heldøgns omsorgsplasser vil fortsette å øke, spesielt når det gjelder korttidsplasser for avlastning, rehabilitering, opptrening og øyeblikkelig hjelp. Videre vil det være behov for å modernisere og fornye den bygningsmassen som ikke ble rustet opp under Handlingsplan for eldreomsorgen. Dette bør gjøres før utbyggingstakten igjen må økes om ti år som følge av veksten i tallet på eldre over 80 år.

Demensplan 2015 slår også fast at sykehjem med store avdelinger og lange korridorer ikke fungerer godt for mennesker med demens og annen kognitiv svikt. Ettersom 80 prosent av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, er det derfor satt som krav i Husbankens tilskuddsordning at alle sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte enheter,



Figur 3.8 Antall institusjonsplasser og beboere i bolig til omsorgsformål 1970–2011

Merknader: Fra og med 2007 er data hentet fra IPLOS-registret og lar seg ikke uten videre sammenligne med tidligere år. Tall for beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål før 2009 kan heller ikke direkte sammenlignes med tall etter 2009.

Kilde: Borgan 2012 (Statistisk sentralbyrå)

enten de organiseres i små avdelinger eller bofellesskap med få beboere.

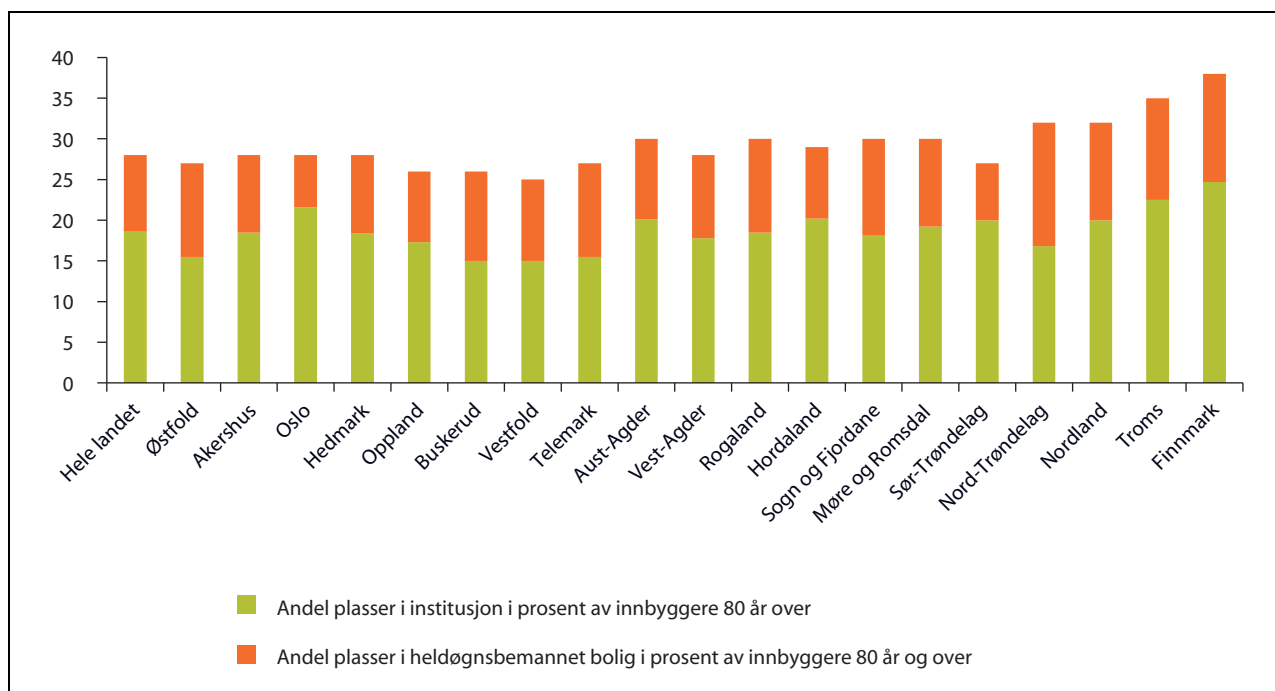
Det er derfor mye som tyder på at de mer tradisjonelle institusjonene er på vei ut og at framtida vil skape nye løsninger som tar med seg det beste fra både institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen. Spørsmålet er hva som er de nye seniorgenerasjonenes ønsker og preferanser. Vil de følge i de yngre brukergruppens spor, eller beholde institusjonene slik de er i dag?

Det er stor variasjon i hva slags boformer kommunene benytter til mennesker med behov for heldøgns tjenestetilbud. Figur 3.9 viser at de fire nordligste fylkene har høyest samlet heldøgns dekningsgrad (heldøgns omsorgsplasser i prosent av eldre 80 år og over), mens Finnmark har høy sykehjemsdekning, har Nord-Trøndelag høy dekning av heldøgns plasser i omsorgsboliger. I Østfold, Buskerud og Telemark er også omsorgsboligandelen høy, mens sykehjemsandelen er høyest i Oslo og Sør-Trøndelag, som foreløpig har svært få omsorgsboliger. Dekningsgraden for hele landet er 28 heldøgns omsorgsplasser i prosent av befolkningen 80 år og over, hvorav 18,5 plasser er i sykehjem.

### 3.3.4 Fra hjemmehjelp og husmorvikar til hjemmesykepleie

Tre av fire nye stillinger i omsorgstjenestene de siste 15–20 årene har kommet innenfor hjemmetjenestene, og det er i hovedsak hjemmesykepleietjenester som har vokst (Brevik 2010). For 40 år siden utgjorde hjemmesykepleietjenestene bare ti prosent av de samlede hjemmetjenestene, som den gang i hovedsak besto av husmorvikarer og hjemmehjelpere. Mens husmorvikartilbudet har forsvunnet og praktisk bistand de siste årene er holdt på om lag samme nivå, har hjemmesykepleietjenester hatt betydelig vekst og fått en sterk stilling i det samlede kommunale helse- og omsorgstilbudet. Denne utviklingen ses som uttrykk for at hjemmetjenestene er blitt mer medisinsk rettet (Romøren 2007) og prioriterer helse framfor sosiale tjenester (Helsedirektoratet 2010). Utfasingen av aldershjemmene og utbyggingen av sykehjemmene har samtidig bidratt til at medisinsk behandling og sykepleie har fått en langt mer sentral plass også i institusjonsomsorgen.

Samtidig har andre høgkoleutdannede faggrupper som vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og spesialpedagoger også blitt en del av hjemmetjenestetilbudet og økt sin andel av årsverkene i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 3.9 Antall plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig 2011 i prosent av innbyggere 80 år og over

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012

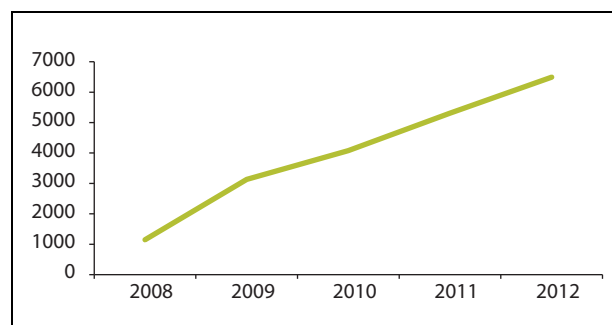
«Endringene i pleie- og omsorgssektoren de siste årene har vært så gjennomgripende at kommunene har hatt nok med å håndtere de nye yngre gruppene av tjenestemottakere og de dårligste eldre. Det har av den grunn ikke vært tilstrekkelig med ressurser til å også prioritere praktiske, sosiale og forebyggende tjenester sterkt nok blant de yngre eldre.» (Helsedirektoratet 2010)

Til tross for sterk vekst i personellårsverk og høyere fagkompetanse både i sykehjem og hjemme-tjenester, er det mye som tyder på tjenestene har tatt en retning som har gått på bekostning av tidlig innsats, forebygging og rehabilitering. Regjeringen ønsker å bidra til en bedre balanse mellom behandling og forebygging og mellom pleie og habilitering/rehabilitering.

Framtidas omsorgstjeneste må legge større vekt på aktiv omsorg og opptrening gjennom fysisk, sosial og kulturell aktivitet for å møte nye yngre brukergrupper med behov for personlig assistanse og nye generasjoner eldre. Det vil kreve større faglig bredde med annen kompetansesammensetning og andre faglige tilnæringer og arbeidsmetoder enn i dag.

### 3.4 Omsorgsplan 2015

Bak utviklingen av omsorgstjenestene ligger flere langsiktige og handlingsrettede strategier og til-



Figur 3.10 Antall tilsagn om tilskudd til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger 2008–2012

Kilde: Husbanken 2013

tak. Omsorgsplan 2015 er regjeringens plan for å styrke både kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i de kommunale omsorgstjenestene. Planen ble lagt fram høsten 2006, og tiltakene og virkemidlene er iverksatt i løpet av denne og forrige regjeringperiode.

#### Heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet har som mål å gi tilsagn om tilskudd til bygging eller utbedring/renovering av 12 000 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008 til 2015.

Regjeringen har gitt kommunene mulighet for tilsagn om tilskudd til totalt 9500 enheter fra 2008 til og med 2012. Kommunene har i samme periode sendt søknader på om lag 6500 enheter, og Husbanken har gitt tilsagn om tilskudd til om lag 6300 enheter. Av disse er om lag halvparten av tilsagnene gitt til plasser i sykehjem (54 prosent) og den andre halvparten til plasser i omsorgsboliger (46 prosent). Nesten 60 prosent av det totale antallet enheter med innvilget tilsagn om tilskudd gjelder oppføring av ny bygningsmasse. I statsbudsjettet for 2013 (Prop. 1 S (2012–2013)) har regjeringen lagt til rette for tilsagn om tilskudd til 1750 enheter i 2013. Utviklingen viser at målsettingen om 12 000 plasser etter all sannsynlighet er nådd innen utgangen av 2015.

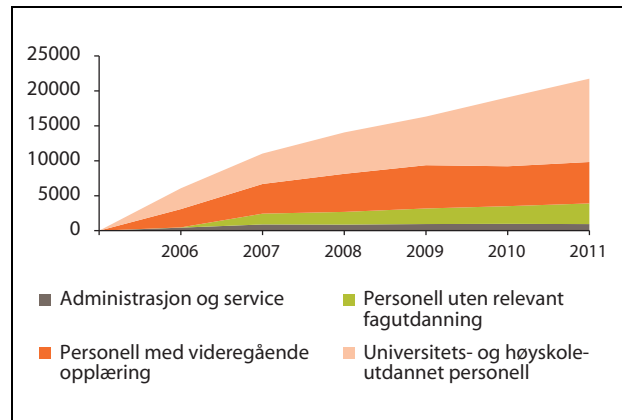
### Årsverksvekst

Regjeringen hadde i sin første regjeringsplattform et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 10 000 årsverk innen utgangen av 2009, ut fra nivået i 2004. Dette målet ble overopnådd, med en årsverksvekst på om lag 14 800. Regjeringen har i sin andre regjeringsplattform et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 årsverk i perioden 2008–2015, målt ved utgangen av året.

Samlet har årsverksveksten hittil i regjeringsperioden (2005–2011) vært på om lag 22 000 årsverk. Om lag 80 prosent av veksten har bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette har gitt en økning i andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og omsorgssektoren fra 66,4 prosent i 2005 til 69,1 prosent i 2011, og bidratt til å styrke både kapasiteten og kompetansen i tjenestene.

Andelen personell med universitets- eller høyskoleutdanning har i perioden fra 2005 til 2011 økt fra 27,4 prosent til 32 prosent. Tallene viser at årsverksveksten i hovedsak har kommet blant sykepleiere, som av det totale antallet årsverk i sektoren er økt fra 18,1 prosent i 2005 til 19,7 prosent i 2011. Det var samtidig en samlet vekst i andelen av vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og barnevernspedagoger fra 5,9 prosent til 6,7 prosent. Vernepleierne utgjør her den markert største gruppen. Antall vernepleiere tilsvarer i 2011 om lag 30 prosent av antall sykepleiere uten spesialutdanning.

Andelen personell med videregående opplæring har hatt en svak nedgang i årene fra 2009. Det meste av nedgangen skyldes en liten reduksjon av



Figur 3.11 Årsverksvekst innenfor pleie- og omsorgstjenestene 2005–2011

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Årsverksveksten er målt fra utgangen av 2005 til utgangen av 2011.

helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som i all hovedsak utgjør denne gruppen. Samlet utgjør disse utdanningsgruppene i dag 35,3 prosent av det totale antallet årsverk. Andelen personell uten relevant fagutdanning har i perioden blitt redusert fra 28,6 prosent i 2005 til 26,1 prosent i 2011, mens andelen årsverk til administrasjon og serviceoppgaver har vært stabil.

### Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan, og har som hovedmål å sikre den kommunale omsorgssektoren en tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Samlet benyttes årlig i overkant av 300 mill. kroner på kompetanse- og rekrutteringstiltak under Kompetanseløftet 2015.

Kompetanseløftet 2015 har for perioden 2011–2015 fem delmål: 12 000 årsverk; heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene; sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år; skape større faglig bredde; og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning.

I de seks første årene i planperioden (2007–2012) har om lag 21 000 personer gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015.

Det er etablert utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester i alle landets fylker. Sentrene skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene gjennom forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt bidra til videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter. Kommunene med utviklingsentre inn-

går i et felles nettverk, og er knyttet opp til regionale sentre for omsorgsforskning.

#### *Demensplan 2015*

Demensplan 2015 Den gode dagen ble lagt fram høsten 2007. Målet med planen er å styrke tjenestetilbudet til personer med demens gjennom tre hovedsaker: Sikre økt kunnskap og kompetanse, øke dagaktivitetstilbudet og flere tilpassede boliger.

Det er gjennomført en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens, som viser at kommunene gjennom satsingene i Demensplan 2015 har økt sin innsats for mennesker med demens og deres pårørende i perioden 2007–2010. Antallet kommuner med pårørendeskoler er nærmere firedoblet i perioden og utgjorde 246 kommuner ved siste kartlegging. Over 14 000 ansatte i om lag 85 prosent av landets kommuner hadde ved utgangen av 2012 startet demensopplæring gjennom Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC.

Demensplanen ble revidert i 2011 med et nytt fireårig handlingsprogram (2012–2015). Et av hovedmålene i den reviderte planen er å lovfeste en plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det ble derfor etablert et øremerket stimuleringsstilskudd til dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2012. Fram til nå er det gitt tilskudd til etablering av nesten 1 000 plasser.

#### *Omsorgsforskning*

For å styrke kunnskapsgrunnlaget i omsorgssektoren har regjeringen sikret en opptrapping av midler til omsorgsforskning. Tilskuddet til omsorgsforskning er i 2013 på 37 mill. kroner. Dette skal bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for planlegging, utvikling og organisering av omsorgstjenestene. Midlene kanaliseres gjennom Norges forskningsråd.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling i den kommunale omsorgstjenesten er det etablert fem regionale omsorgsforskningssentra knyttet til utdanningsinstitusjoner, som utdanner helse- og sosialpersonell.

#### *Den kulturelle spaserstokken*

Regjeringen har som mål å styrke kulturtilbudet for omsorgstjenestens brukere gjennom Den kulturelle spaserstokken. Den kulturelle spaserstokken ble etablert i 2007. I 2013 er det bevilget om

lag 30 mill. kroner til kulturtilbud gjennom Den kulturelle spaserstokken.

#### *Nevroplan*

For å synliggjøre og løfte fram brukere med nevrologiske lidelser i omsorgstjenesten er det utarbeidet en egen plan for disse brukergruppene, Nevroplan 2015. Planen ble lagt fram høsten 2012, og skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser. Planen har tre hovedsatsingsområder: Informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet gjennom aktivitets- og treningstilbud, og flerfaglig utviklingsarbeid.

#### *Kvalitetsavtalen og etikkprosjekt*

Regjeringen og KS inngikk i desember 2012 en avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Kvalitetsavtalen angir mål og strategier for kvalitetsutvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Gjennom prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving har over 200 kommuner etablert ulike møteplasser for å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til at det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Prosjektet startet i 2007 og skal vare ut perioden for Omsorgsplan 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med KS, Norges sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen, Kirkens Bymisjon og Pensjonistforbundet utviklet åtte prinsipper for gode omsorgstjenester. Prinsippene er ment som utgangspunkt for refleksjon, kulturbygging og lokalt forbedringsarbeid i tjenestene. Som oppfølging av dette arbeidet er Helsedirektoratet i ferd med å utvikle nye kvalitetsindikatorer for omsorgstjenesten.

#### *Forskrift om verdig eldreomsorg*

For å sikre at eldre ikke kommer urimelig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenesten har regjeringen utarbeidet en egen forskrift som nærmere spesifiserer kommunenes plikter i omsorgen for eldre (verdighetsgarantien).

Forskriften gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag, samtidig som den angir tiltak det skal legges til rette for i tjenestetilbudet, slik

som for eksempel riktig og forsvarlig boform, et variert og tilstrekkelig kosthold, lindrende behandling og en verdig død, faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, samtaler om eksistensielle spørsmål mv. Klage- og tilsynsmyndighetene må sikre at verdighetsgarantien etterleves av kommunene.

### 3.5 Framskrivninger

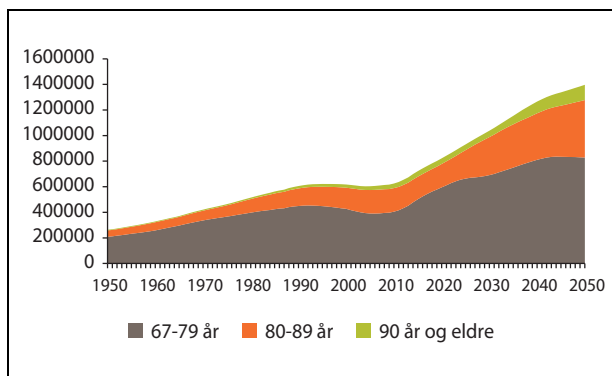
#### 3.5.1 Endringer i demografi

Vi står overfor en global demografisk utfordring uten sidestykke i historisk tid, med en aldrende befolkning som vil fortsette å øke, og med dyptgripende konsekvenser av både økonomisk, sosial, politisk og kulturell art. Dette var konklusjonen i FNs rapport *World Population Ageing 1950–2050* (United Nations 2001).

Demografisk sett er Norge et av de landene i Europa som vil ha de minst dramatiske endringene i alderssammensetningen i befolkningen. Dette skyldes dels at vi allerede har gjennomgått slike endringer, og dels at vi har høyere fødselstall.

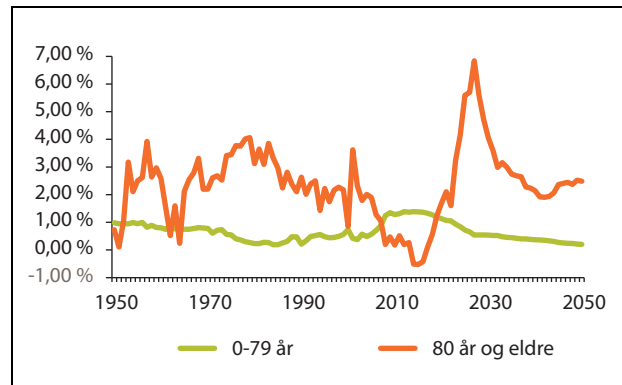
Folketallet i Norge ble i forrige århundre mer enn fordoblet, fra 2,2 mill. i 1900, 3,3 mill. i 1950, til 4,5 mill. i 2000. I følge Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger kan folketallet fortsette å stige jevnt til 6 mill. i 2030 og 6,7 mill. i 2050.

Antall personer over 67 år vil mer enn fordobles fra 2000 til 2050. Antall personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 350 000 i 2030 og nesten 570 000 i 2050. Veksten i aldersgruppen 80–89 år vil finne sted først om ti år. For gruppen 90 år og eldre skjer det allerede en kraftig vekst de nærmeste årene.



Figur 3.12 Antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middelsalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.



Figur 3.13 Prosentvis årlig endring i antall personer over og under 80 år 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middelsalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

Vi har i framskrivningene valgt å legge mellomalternativet i befolkningsframskrivningene til grunn for de statistiske analysene, med henholdsvis middels fruktbarhet, middels levealder, middels netto innvandring og middels mobilitet (MMMM).

Oftestilles de demografiske endringene vi går i møte som en ukontrollert eldrebølge som skyller inn over landet. Men de nærmeste ti årene er det tvert i mot slik at tallet på eldre over 80 år ikke øker, og faktisk har en liten nedgang. Det gir oss mulighet til å planlegge og forberede for de endringer som deretter skjer i alderssammensetningen i befolkningen.

Helt fra 1950 har det vært relativt høy vekst av antall eldre, særlig eldre over 80 år. De neste 15 år vil bli preget av mindre vekst og reduksjon. Deretter vil tallet på eldre over 80 år gjennomgå en sterk vekst i perioden 2020–2035 med opptil sju prosent vekst fra et år til et annet.

I de nærmeste årene er det tallet på de yngste eldre 67–79 år som vil vokse i befolkningen. Dette vil være en særlig utfordring for hjemmetjenestetilbudet. Tallet på personer 80 år og over vil holde seg stabilt de neste 10–15 år, med unntak for aldersgruppen over 90 år. Økningen blant de aller eldste vil stille krav til videre utbygging av hel-døgns tjenestetilbud. Samtidig er det viktig å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10–15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og til å forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år.

#### Særskilt om demens

De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre. Forekomsten av sykdom og skader øker

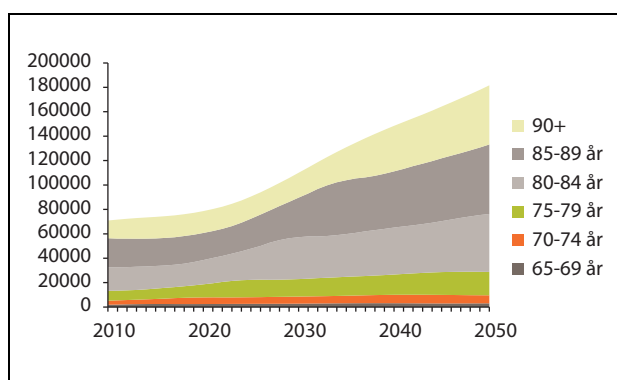


med stigende alder, og en betydelig andel eldre får flere sykdommer og skader samtidig med varierende grad av funksjonsnedsettelse. Dette vil særlig gjelde for personer som utvikler demens. Det er i dag om lag 70 000 personer med demens i Norge, og vi regner med at om lag 250 000 personer – både syke og pårørende – er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. Fordi antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens i Norge kunne dobles til om lag 140 000 innen en periode på 25–30 år.

Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene stiller offentlig forvaltning, helsepersonell og tjenesteapparatet overfor store utfordringer, både med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud.

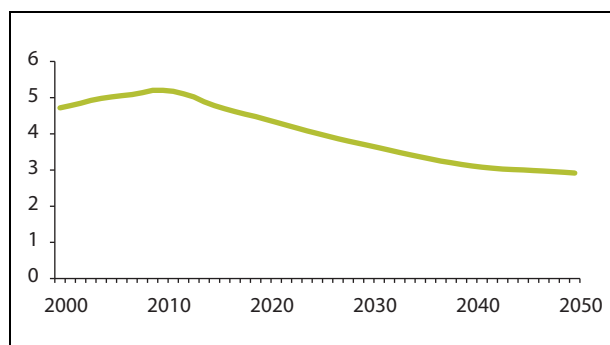
#### Tjenestemottakere med innvandrerbakgrunn

I nær framtid vil det bli flere eldre med innvandrerbakgrunn i Norge. Statistisk sentralbyrå har for første gang beregnet hvor mange innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre det blir i landets fylker og i noen større kommuner fram mot 2040 (Statistisk sentralbyrå 2012). Særlig i områdene rundt de store byene vil det bli vekst i årene framover. Omsorgstjenestene må tilrettelegges på en måte som sikrer at disse brukerne får gode og tilstrekkelige tjenester. Den endrede sammensetningen av brukeres kulturelle og religiøse bakgrunn vil få en betydning for utforming av tjenestene, og stille større krav til individuell tilrettelegging.



Figur 3.14 Antall personer med demens framskrevet 2010–2050

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Beregnet ut fra en gitt prosent forekomst av demens per aldersgruppe. Basert på middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.



Figur 3.15 Antall personer i yrkesaktiv alder (16–66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer (Koeffisienten for aldersbæreevne) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

#### Alderssammensetning og aldersbæreevne

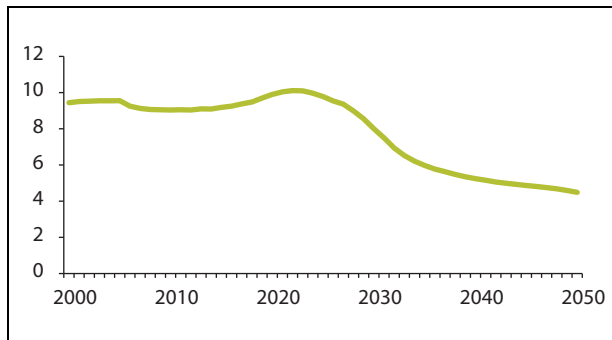
Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og for velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Nedgangen i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre, vil trolig bli en utfordring både for personellsituasjon i helse- og omsorgssektoren og for øvrig verdiskaping og velferdsutvikling.

#### Omsorgsgivere i familienettverket

Endringer i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre.

FNs familieomsorgskoeffisient eller forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne.

Familieomsorgskoeffisienten slår sterkt ut i Norge, men kan gi et noe forenklet bilde av utviklingen framover, fordi det er flere utviklingstrekk enn alderssammensetningen som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien, og fordi kulturelle endringer også påvirker omsorgsyting. I Norge har familieomsorgen vist seg å være stabil i omfang de siste 20–30 år hvor man har fulgt utviklingen (Daatland og Solem 2000, Rønning m.fl. 2009). Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre, gitt visse vil-



Figur 3.16 Antall personer i aldersgruppen 50–66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middeltalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

kår for dette. Familien kan stille opp om de slipper å måtte ta hele ansvaret.

### 3.5.2 Årsverksbehov

Framskrivningene av personellbehovet fram til 2050 er utført av Statistisk sentralbyrå (Holmøy m.fl. 2013). De bygger på forutsetninger om noen av de viktigste drivkreftene for etterspørselen etter omsorgstjenester: demografi, sykkelighet, omfang av familieomsorg og standard på tjenestene.

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til slike tallmessige framskrivninger. Det foreligger lite forskning på trendene i behovet for

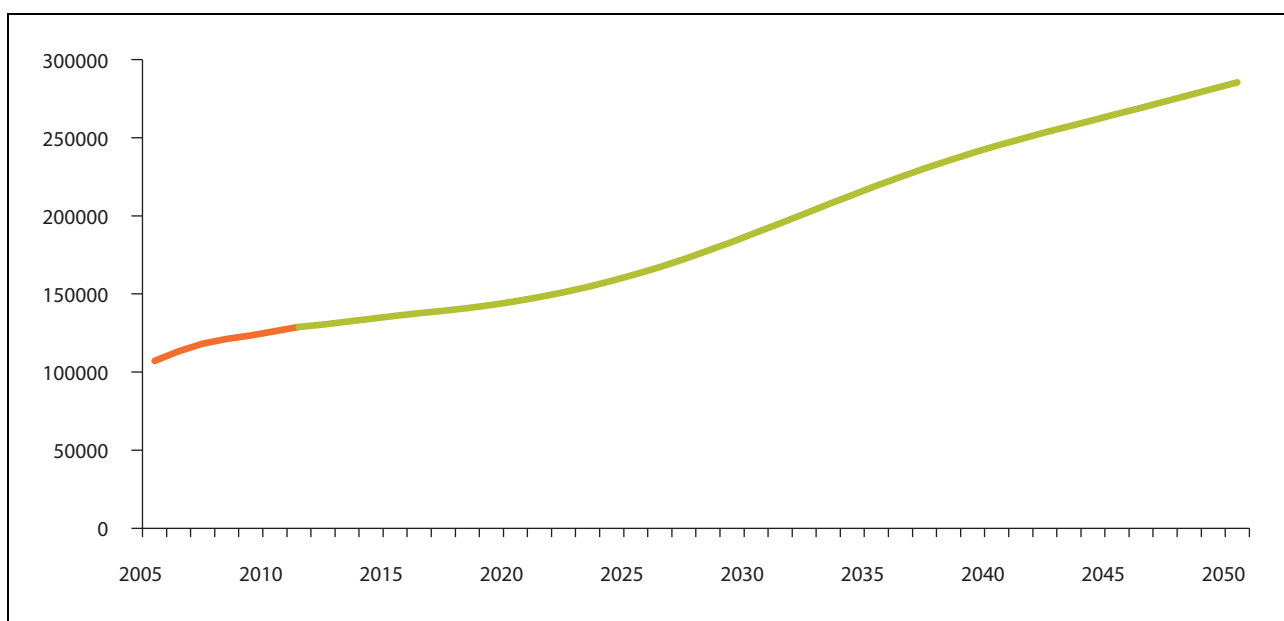
omsorgstjenester som framskrivningene kan basere seg på. Det er i tillegg viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategiene og tiltakene regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i framtida. Framskrivningene er derfor ikke ment som forsøk på å forutsi framtida, men som illustrasjoner til debatten om hva slags framtid vi ønsker.

#### Personellbehov fram til 2050

Framskrivningen i figur 3.17 viser personellbehovet i den kommunale omsorgssektoren fram til 2050 under følgende forutsetninger: Befolkningens størrelse og sammensetning følger middelalternativet i Statistisk sentralbyrås siste framskrivninger fra 2012; alders- og kjønns spesifikk innsats av timeverk per bruker videreføres på 2010-nivå (konstant standard); aldersspesifikk sykkelighet reduseres i takt med økende levealder, slik at perioden som intensiv bruker av omsorgstjenester mot slutten av livet holder seg omtrent uendret i tiårene framover (utsatt sykkelighet); omfanget av familieomsorg holder seg konstant på om lag 100 000 årsverk (uendret familieomsorg).

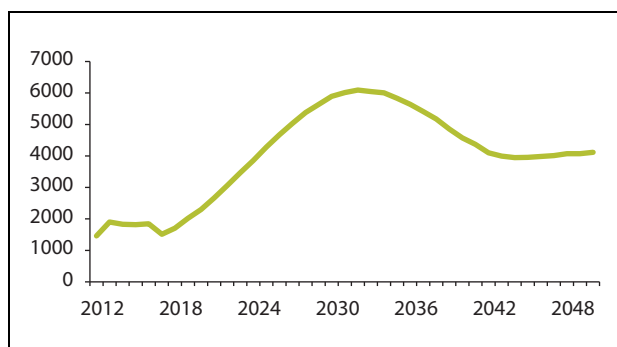
Framskrivningen viser at antall årsverk i omsorgssektoren kan øke med nærmere 50 prosent eller om lag 60 000 årsverk fram til 2030 og mer enn fordobles fram til 2050.

Figur 3.18 viser at den årlige årsverksveksten vil være størst fra rundt 2025, med en topp like etter 2030 på om lag 6000 nye årsverk per år, og



Figur 3.17 Framskrivning av personellbehovet i omsorgssektoren 2012–2050 i antall årsverk

Kilde: Holmøy m.fl. 2013 (Statistisk sentralbyrå)



Figur 3.18 Årlig årsverksvekst i omsorgssektoren 2012–2050

Kilde: Holmøy m.fl. 2013 (Statistisk sentralbyrå)

stabilisere seg på et høyere nivå like etter 2040 med en åreverksvekst på om lag 4000 nye årsverk per år.

Samtidig viser framskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell en akkumulert underdekning av de største utdanningsgruppene i omsorgssektoren på om lag 55 000 årsverk i 2030 (Roksvaag og Texmon 2012).

Underdekning av helse- og sosialfagutdannet personell kombinert med økt rekrutteringsbehov vil medføre at det i perioden etter 2020 vil bli nødvendig å rekruttere bredere, etter personell med annen bakgrunn. Samtidig viser dette nødvendigheten av å investere ekstra i velferdsutdanningene i årene som kommer, slik det legges opp til i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis.

### Familieomsorg

Framskrivningen i figur 3.17 bygger på forutsetningen om at familieomsorgen holdes uendret på om lag 100 000 årsverk i framskrivningsperioden.

På grunnlag av Statistisk sentralbyrås tidsbruks- og levekårsundersøkelser er det anslått at familieomsorgen har holdt seg noenlunde stabil på om lag 100 000 årsverk de siste tiårene, men med en mindre nedgang fra 1990 til 2000 (Rønning m.fl. 2009). Dette betyr at omfanget av årsverk fra familie og uformelt sosialt nettverk ikke øker i takt med omsorgsbehovet i befolkningen, og at det sannsynligvis er urealistisk å påregne at den vil vokse i takt med veksten i omsorgsbehovet i årene som kommer. De demografiske forutsetningene ligger heller ikke til rette for det. Veksten i omsorgsbehov må derfor i hovedsak løses på andre måter. Det blir samtidig viktig å opprettholde, styrke og vedlikeholde den ressursen omsorgen fra familie og frivillige utgjør i møte med framtidens omsorgsutfordringer.

«Vårt funn om en nedgang i frivillig omsorgsarbeid fra 1990 til 2000 viser at denne innsatsen er truet. Mange forhold bidrar til det. Det er viktig å se at måten de offentlige tjenestene organiseres på, og de samhandlingsmuligheter som her etableres, har betydning både for omfang og innhold i omsorgstjenester. Det er vanskelig å se at flere av de organisatoriske endringer som er gjennomført de siste åra, har vært bevisst på dette. Skal vi ivareta de frivillige omsorgsressursene må de offentlige aktørene framover framstå som støttespillere og som gartnere som dyrker og vedlikeholder disse ressursene.» (Rønning m.fl. 2009)

Figur 3.19 viser framskrivninger av personellbehovet med andre forutsetninger for utviklingen i familieomsorg. I alternativet Reduksjon i familieomsorgen er omfanget av familieomsorgen redusert i takt med reduksjonen i familieomsorgskoeffisienten. I alternativet Vekst i familieomsorgen øker omfanget av familieomsorgen proporsjonalt med økningen i den formelle omsorgen. Disse alternativene viser at endringer i omfanget av familieomsorgen vil ha svært stor betydning for personellbehovet i omsorgssektoren.

### Sykelighet og funksjonsevne

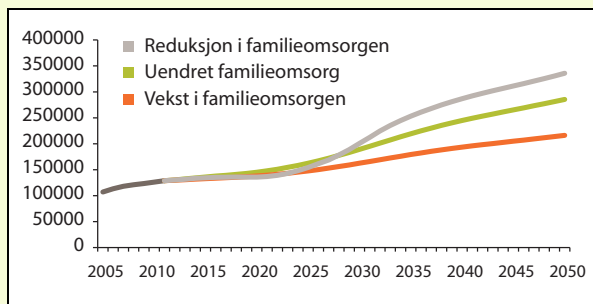
Endringer i helse og funksjonsnivå har betydning for hvordan det framtidige omsorgsbehovet utvikler seg, og det er knyttet stor usikkerhet til hvordan helsetilstand og funksjonsevne vil utvikle seg når levealderen øker.

I Global Burden of Disease Study 2010 har man blant annet kartlagt omfanget av 235 årsaker til død, uførhetsjusterte leveår for 291 sykdommer eller skader, forventet levealder og 67 risikofaktorer (Salomon m.fl. 2012). Tall fra 2010 sammenliknes med tall fra den tilsvarende studien i 1990. Resultater fra prosjektet viser at for Norge har økt levealder fra 1990 til 2010 i hovedsak gitt flere friske år. For menn besto den økte levealderen på 4,9 år i perioden av 3,4 friske år og 1,5 syke år, mens for kvinner besto den økte levealderen på 3,1 år i perioden av 2,3 friske år og 0,8 syke år.

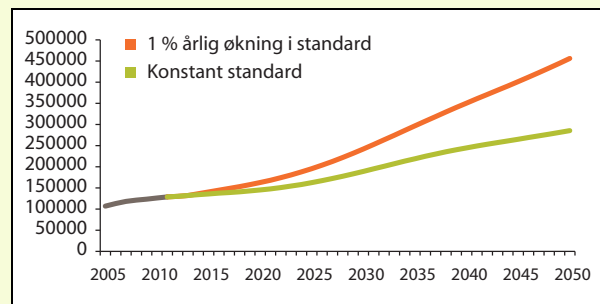
Figur 3.23 viser forventet gjenstående levealder for en 65-åring i et utvalg land i Europa i 2011, med estimat for gjenstående år med god og dårlig helse. Figuren viser at Norge både er blant de som lever lengst i Europa og har færrest år med dårlig helse på slutten av livet.

En gjennomgang av svensk og internasjonal forskning viser at ulike studier kommer til ulike konklusjoner når det gjelder utviklingen i eldres

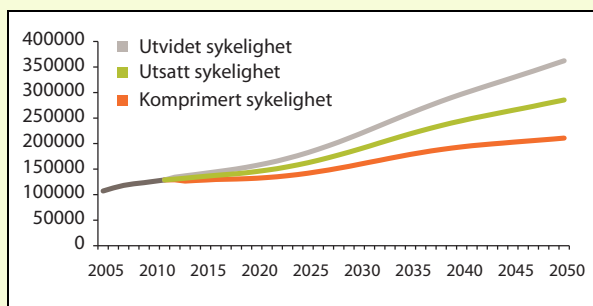
## Boks 3.1 Personellbehovet 2012–2050



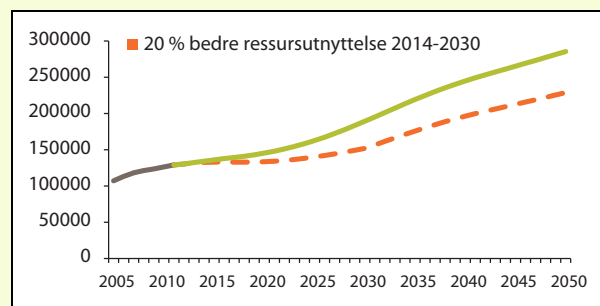
Figur 3.19 Personellbehovet (2012–2050) ved ulike forutsetninger om familieomsorg



Figur 3.21 Personellbehovet (2012–2050) ved 1 prosent standardøkning



Figur 3.20 Personellbehovet (2012–2050) ved ulike forutsetninger om sykkelighet



Figur 3.22 Personellbehovet (2012–2050) ved 20 prosent forbedret ressursutnyttelse 2014–2030 (illustrasjon)

Kilde: Holmøy m.fl. 2013 (Statistisk sentralbyrå)

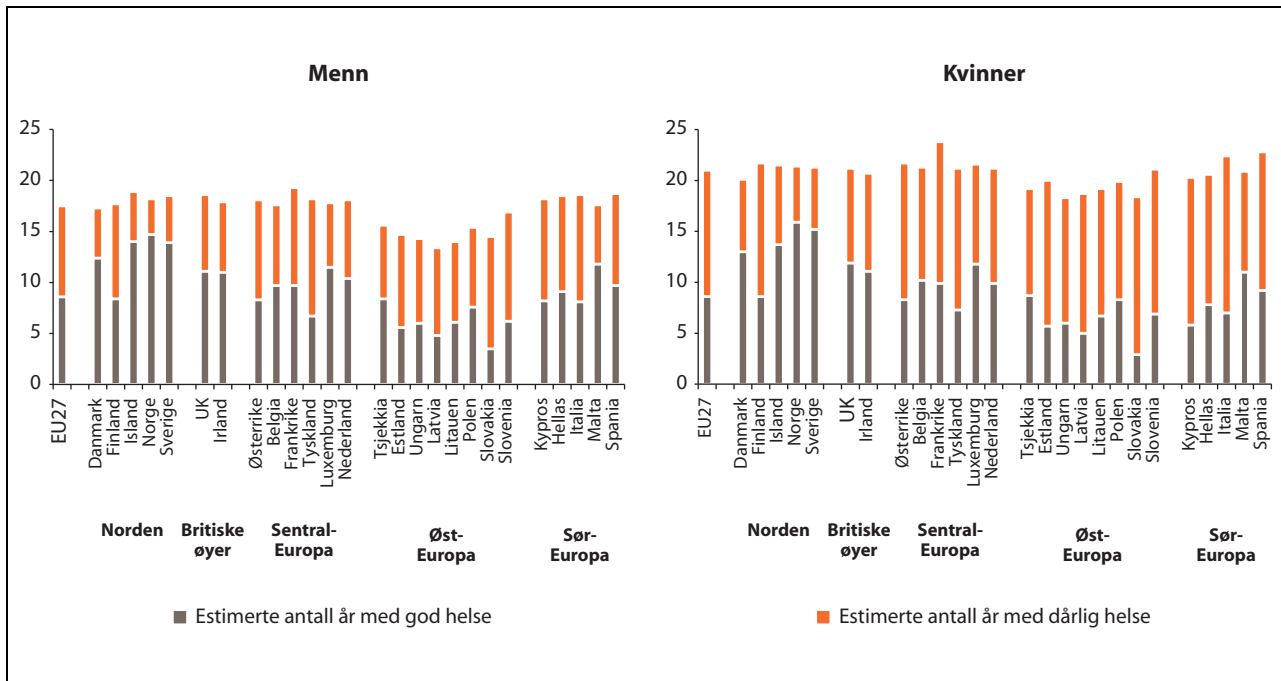
helse og funksjonsevne (Thorslund og Parker 2005). Uansett forskjeller i metode og studert alder viser forskningsgjennomgangen en forbedring i eldres evne til å klare hverdagslige sysler. Samtidig rapporterer flere eldre om spesifikke helseproblemer. Dette er to utviklingstrekk som trekker i motsatt retning, og det er uklart i hvilken grad disse oppveier hverandre med hensyn til behov for omsorgstjenester.

Framskrivningen i figur 3.17 bygger på en av mange mulige forutsetninger om graden av utsatt sykkelighet, og en antakelse om at lavere dødelighet blant eldre skyldes bedre helse. Dette slår ut i lavere aldersspesifikk bruk av omsorgstjenester, slik at tiden med relativt mye sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. Dette innebærer at en 75-åring i 2050 vil ha en forventet bedre helse og et mindre behov for omsorgstjenester enn en 75-åring i 2010. En forutsetning om utsatt sykkelighet kan være noe optimistisk i lys av Global Burden of Disease Study 2010, men ivare-

tar samtidig funn om en forbedring i eldres evne til å klare seg bedre i hverdagen. For planleggingsformål velger en samlet sett å legge forutsetningen om utsatt sykkelighet til grunn.

I figur 3.20 er personellbehovet framskrevet med andre forutsetninger for sykkelighet. Ved utvidet sykkelighet fører økt levealder til at antall år med sykdom og funksjonstap i gjennomsnitt øker, og det blir flere på hvert alderstrinn blant de eldre som har tunge omsorgsbehov ettersom flere eldre lever lenger. Ved komprimert sykkelighet antas det at antall friske år øker raskere enn den økte levealderen.

Framskrivningen tar ikke høyde for et eventuelt gjennombrudd i demensforskningen, som vil kullkaste alle framskrivninger av omsorgs- og personellbehovet i omsorgssektoren. Om lag tre fjerdedeler av beboerne på sykehjem har demens som hoved- eller bidiagnose. Av mottakere i hjemmetjenesten har om lag 10 prosent demens som viktigste årsak til hjelpebehov. Det må understrekes at det i dag ikke er holdepunkter for å fastslå verken tids-



Figur 3.23 Forventet gjestående levealder og sykkelighet blant 65-åringene i Europa i 2011

Kilde: [http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years/](http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/)

punkt eller mulighetene for et gjennombrudd i behandlingen av ulike demenslidelser. All planlegging for omsorgssektoren må derfor ta utgangspunkt i at demens er en vesentlig og sterkt voksende årsak til behovet for omsorgstjenester.

#### Virkingen av endret ressursbruk

Flere utviklingstrekk peker i retning av en økning av standarden på tjenestetilbudet i framtida. Morgendagens brukere av omsorgstjenester vil ha andre forventninger og preferanser enn dagens brukere, og det kan komme krav om standardøkning fra flere hold.

Figur 3.21 illustrerer virkingen av en prosent årlig standardøkning, og viser at krav og forventninger om økte ressurser over tid vil kunne ha betydelige konsekvenser for personellbehovet i omsorgssektoren.

I stedet for en økning av standarden på tjenestetilbudet, bør de mulighetene den demografisk sett stabile perioden fram til 2020 gir, først og fremst benyttes til å forberede omsorgstjenestene på de framtidige omsorgsutfordringene. Større vekt på innovasjon og utvikling, en faglig og bygningsmessig opprustning og omstilling av tjenestetilbudet, økt bruk av velferdsteknologi, økt realisering av samfunnets omsorgsressurser vil forbedre ressursutnyttelsen og bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste også i framtida. Figur 3.22 illus-

trer utviklingen i personellbehovet dersom omsorgstjenestene forbedrer ressursutnyttelsen med 20 prosent fra 2014 til 2030, der forbedringene er fordelt jevnt på hvert år i perioden.

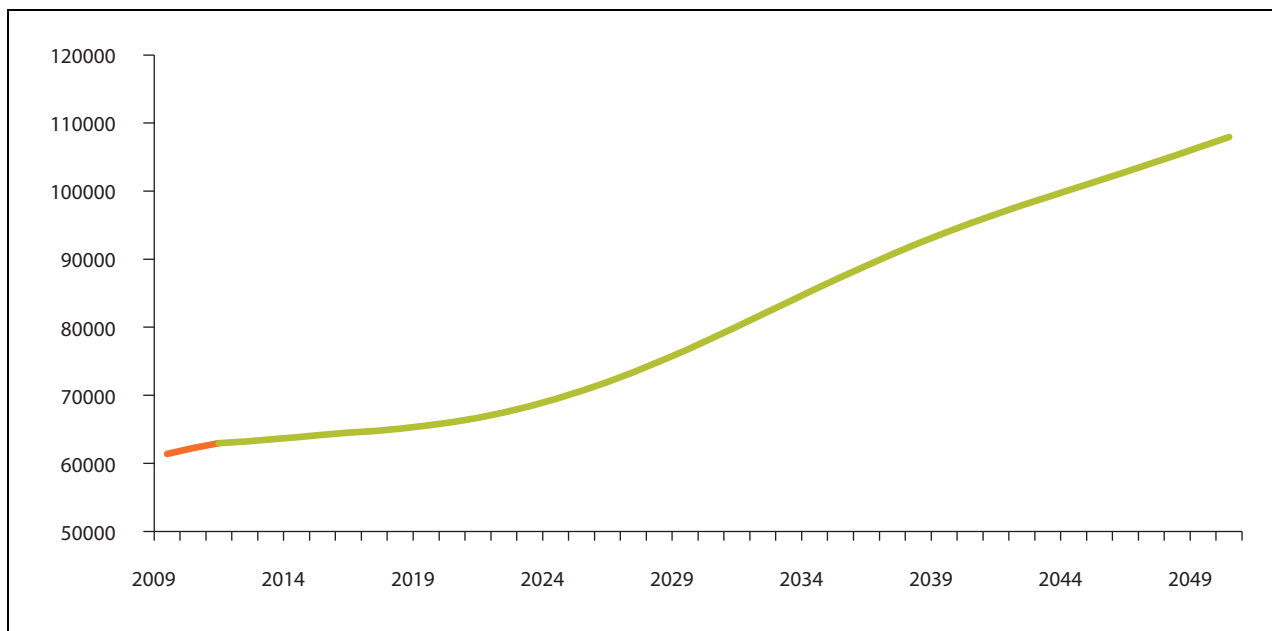
#### 3.5.3 Heldøgns omsorgsbehov

En stor utfordring i årene framover er å bygge ut kapasiteten for det samlede tilbudet av heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, slik at vi ikke havner på etterskudd når den sterke økningen i behovet for omsorgstjenester kommer om 10–15 år.

I 2011 besto omsorgstjenestenes heldøgns omsorgstilbud av om lag 63 000 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på om lag 41 000 plasser i institusjon og 22 000 beboere i boliger med heldøgns bemanning.

Framskrivningen nedenfor viser at behovet for heldøgns omsorgsplasser vil kunne øke med nesten 15 000 fram mot 2030 og 45 000 fram mot 2050. Trenden er den samme som for personellbehovet. Det er særlig fra rundt 2025 at behovet for heldøgns omsorgsplasser vil øke kraftig.

Framskrivningen bygger på forutsetningen om at vi løser oppgavene på samme måte og med samme standard som i dag, at familieomsorgen opprettholdes på dagens nivå og at lenger levalder utsetter perioden på slutten av livet med alvorlig sykdom og funksjonssvikt.



Figur 3.24 Framskrivning av heldøgns omsorgsplasser 2012–2050

Kilde: Holmøy m.fl. 2013 (Statistisk sentralbyrå) og Helse- og omsorgsdepartementet

Bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering, kan være alternativ til eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser. Gjennomsnittskostnaden for en heldøgns omsorgsplass i sykehjem nærmer seg en million kroner i året. Det vil være en innovasjonsoppgave for kommunene å prøve ut om en alternativ bruk av et slikt beløp kan gi andre og bedre løsninger for den enkelte.

### 3.6 Bærekraftig utvikling

De vellykkede erfaringene med å bygge opp en offentlig omsorgstjeneste i det omfang og på det faglige nivå en har gjort i Norge, tilsier at framtidens utfordringer må møtes med to tanker i hodet samtidig: Både videreføre det beste av det som er bygd opp de siste 40 år, og endre kursen på noen viktige områder.

De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, må denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet. Det

vil kreve omstilling av den faglige virksomheten, med større vekt på forebygging, tidlig innsats, sosialt nettverksarbeid og rehabilitering og økt bruk av ny teknologi og arbeidsmetoder. Samtidig må den pleiefaglige kjernevirksomheten foredles og den medisinske oppfølgingen styrkes.

Den norske omsorgsmodellen er kjennetegnet av en arbeidsdeling og et nært samspill mellom to store aktører: den kommunale helse- og omsorgstjenesten og familie/pårørende. Morgendagens utfordringer reiser spørsmålet om andre aktører bør få større plass og gis flere oppgaver, og om blandingsforholdet mellom offentlige tjenester, familie, frivillige, ideell sektor, brukerstyrte ordninger, samvirkeløsninger og næringslivet bør endres.

Usikkerhet om den økonomiske utviklingen, slik vi ser i mange land i Europa, tilsier videre at ikke alt støpes i betong, men at det som bygges opp har nødvendig fleksibilitet i møte med mulige endring i arbeidsmarkedet. Satsing på hjemmetjenesteløsninger og dagtilbud gir størst fleksibilitet med tanke på pårørendes yrkesaktivitet og arbeidsmarkedets behov. De nærmeste årene er det de yngste eldre som vokser mest. De demografiske endringene taler derfor også for at veksten i første omgang tas ut i hjemmetjenestetilbud, rehabilitering og forebyggende innsats.

Samlet gir dette størst bærekraft i møte med framtidens omsorgsutfordringer.



# KAPITTEL



# 4

Figur 4.1



## 4 Samfunnets omsorgsressurser

*«Det har jag aldrig provat förut, så det klarar jag säkert!»*

Pippi Langstrømpe

Samfunnet står overfor store omsorgsutfordringer i tiårene som kommer. Disse framtid utfordringene kan ikke overlates til de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene, men vil kreve at vi leter fram, mobiliserer og kan ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. Derfor må vi forsøke å få en oversikt over disse ressursene, utforske hvilket potensial de har, og se på de muligheter som ligger i å tenke nytt om oppgaveløsning og trekke flere aktører inn i tjenesteytingen. Først settes brukernes egne ressurser i fokus, og deretter utvides sirklene til en ressursorientert gjennomgang av brukernes sosiale og fysiske omgivelser. Hvilke konsekvenser dette ressursperspektivet har for de offentlige tjenestenes innretning når det gjelder kompetanse, organisering og faglig virksomhet, vurderes nærmere i kapittel 5.

### 4.1 Brukerne som ressurs

Et levende velferdssamfunn skal hjelpe innbyggerne til å utnytte sine egne ressurser best mulig, og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere. Den største omsorgsressursen ligger derfor ofte hos brukerne selv. Aktivisering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt bedre resultater for brukerne og bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser. Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på hvilke muligheter brukerne selv har til å delta i planlegging og produksjon av tjenesteytingen og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Regjeringen vil vektlegge aktivitet, deltakelse og mestring som helt sentrale elementer i utviklingen av framtidens helse- og omsorgstjenester. Det er derfor viktig å fremme og forsterke brukernes medborger- og medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og egen helse. Skal velferdssamfunnet virkelig gjøre verdier som deltakelse, uav-

hengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon.

#### 4.1.1 Medborgerskap

Et sterkt velferdssamfunn kan bare skapes sammen med innbyggerne. Det må bygges på medborgerskap og tillit til at folk vil ta ansvar og delta aktivt i fellesskapet, ikke bare gjennom offentlige ordninger, men ved å stille opp og utgjøre en forskjell for hverandre i det daglige. Slikt ansvar gir seg uttrykk både i organisert deltakelse i frivillige organisasjoner, samvirketiltak, velforeninger, brukerorganisasjoner og i mer uformell innsats i lokalsamfunnet, familie og sosialt nettverk.

Medborgerskapet er den moderne måten å skape ansvarsrelasjoner mellom velferdssamfunnet og den enkelte på. Medborgerskap sier også noe om forholdet til andre medborgere og det fellesskapet vi er en del av.

Framtidens velferdssamfunn krever en ny, dynamisk og mangesidig forståelse av sosialt medborgerskap. Forholdet mellom innbyggerne og velferdsstaten innebærer i større grad enn tidligere, at rettigheter og plikter, personlig ansvar og valg, deltakelse og selvstendighet blir satt i fokus på samme tid (Hvinden og Johansson 2007). Utfordringen ligger i å gjøre systemene bærekraftige og samtidig fremme individuelt ansvar og valgfrihet.

Et levende demokrati forutsetter at vi legger til rette for samarbeid og mobilisering av innbyggerne generelt, og av mottakerne av velferdstjenester spesielt.

Medborgerskap innebærer mer enn forbruk av offentlige ytelser. Samfunnets fellesskapsløsninger forutsetter at vi også tar ansvar for oppbygging og utforming av tjenestetilbudet og har en rolle både som aktive produsenter og konsumenter. Folk må ikke bare bli sett på som en del av problemet, men også som en del av løsningen. Medborgerskap innebærer samproduksjon og samarbeid om å vedlikeholde og videreutvikle velferdssamfunnet.

#### 4.1.2 Mangfold og likestilling

Et rikere mangfold vil prege framtidssamfunnet og omsorgstjenestens mange arenaer: på sykehjem, dagaktivitetstilbud, omsorgsbolig eller i eget hjem. Å fremme likestilling og motarbeide diskriminering vil derfor være grunnleggende i helse- og omsorgstjenestenes møte med ulike menneskers bakgrunn og behov.

Det er flest kvinner i omsorgsfeltet, både blant de som mottar og de som yter tjenester. Menn utfører bare i overkant av ti prosent av årsverkene i sektoren. Likestillingen ser ut til å ha kommet lengre i familieomsorgen enn i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Likestilling og ikke-diskriminering vil være helt fundamentale verdier i helse- og omsorgsarbeidet og regjeringen er opptatt av å ha et likestillingsperspektiv på utviklingen av helse- og omsorgssektoren.

Morgendagens omsorgstjeneste skal hindre segregering og særordninger for grupper, og bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, tro, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell legning eller det handler om diagnose, funksjonsnedsettelse eller problem. Noen vil ha særlige utfordringer, blant annet knyttet til språk, kulturell bakgrunn eller livshistorie. Dette må møtes gjennom å tilpasse tjenestene, både kompetansemessig, organisatorisk og innholdsmessig.

Samene har rettigheter regulert i norsk lov og i internasjonale konvensjoner, og samiske tjenestemottakere har behov for å bli møtt av en tjeneste som har kompetanse på samisk språk og kultur. Spesielt eldre samiske pasienter kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg på majoritetsspråket, det gjelder ikke minst personer med demens. Innenfor rammene av universelle helse- og omsorgstjenester må det også være rom for at brukere med sammenfallende preferanser og behov på eget initiativ går sammen om å utvikle fellesskapsløsninger, som for eksempel ulike bolig- og driftsløsninger, aktivitets- og dagtilbud eller andre tjenestetilbud. En undersøkelse fra Sverige om lesbiske, homofile, bifile og transpersoners preferanser med tanke på framtidige boformer, viser at mange ønsker muligheten for ulike boformer som er for eksempel kollektive boligløsninger (Aase m.fl. 2012).

Et levende mangfold, likestilling og likeverdighet kan sikres på ulike måter. Dette kan gjøres gjennom ledelse og god etisk praksis på alle nivåer, gjennom lover og regler og økonomiske og faglige prioriteringer. I denne sammenheng er det

også av stor betydning at Likestillings- og diskrimineringsombudet, pasient- og brukerombudene, Statens Seniorråd og Statens råd for likestilling av funksjonshemmede følger med på helse- og omsorgstjenestenes virksomhet, og sikrer likestilling og rom for mangfold.

Norske kommuner må forberede seg på større etterspørsel etter omsorgstjenester fra eldre innvandrere (Nergård 2009). Innvandrernes innstilling til å bruke offentlige tjenester blir stadig mer lik holdningen til resten av befolkningen, samtidig som det er knyttet særskilte utfordringer til gruppen med hensyn til sykdomsbilde. En undersøkelse tyder på at det er et forholdsvis stort opplæringsbehov blant ansatte i ulike deler av omsorgstjenesten, for å møte behovet for omsorgstjenester blant innvandrerbefolkningen og minoriteter (Ingebretsen 2011). Regjeringen vil i det videre arbeidet med Kompetanseløftet 2015 ha økt fokus på mangfold og likestilling, og utvikle tiltak for å øke ansattes kunnskap om ulike kulturer, legge til rette for bedre språkopplæring og bidra til økt rekruttering av ansatte med minoritetsbakgrunn.

#### 4.1.3 Framtidas brukere – en mer aktiv rolle

Brukerundersøkelser viser at norske brukere i all hovedsak er tilfredse med tjenestene de mottar. Men undersøkelsene viser også at det er behov for forbedring, blant annet når det gjelder kontinuitet i tjenestene, informasjon og samarbeid mellom ulike aktører (Meld. St. 10 (2012–2013)). Fortsatt opplever enkelte at de ikke møtes med nødvendig respekt for sine verdier og preferanser, eller at de ikke får informasjon i en form eller på et språk som gjør det mulig å delta aktivt i utformingen av eget tjenestetilbud. Dette gjelder i særlig grad for den samiske befolkningen og innvandrerbefolkningen.

Det norske lovverket støtter i stor grad opp om en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven gir brukere rett til å medvirke i utforming av tilbudet og i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, og stiller krav om at det kommunale tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å sørge for at brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også sørge for at helse- og omsorgstjenestene etablerer systemer for innhenting av brukererfaringer.

Den tradisjonelle brukerrollen er i endring, og det er grunn til å tro at den utviklingen vil forster-

kes i årene som kommer. Framtidas eldre og yngre brukere vil utgjøre en mer differensiert gruppe med ulike muligheter og behov. Mange vil ha god helse, god personlig økonomi og høyt utdanningsnivå, i tillegg til gode kunnskaper om digitale produkter og tjenester.

Framtidige omsorgstjenester må samtidig ta høyde for at ikke alle grupper i samfunnet har like god kompetanse når det gjelder IKT-verktøy eller andre teknologiske løsninger. Mye kan tyde på at morgendagens brukere vil ha høyere forventninger og krav til offentlige tjenester, samtidig som de vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne. Den nye brukerrollen forutsetter en omsorgstjeneste som i større grad enn tidligere kartlegger og forstår brukerens behov, gir brukerne informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem og som setter befolkningen i stand til å ta et større ansvar for egen framtid. Dette kan også innebære språklig tilrettelegging, slik at brukere som ikke behersker norsk kan ta tjenestetilbudet i bruk.

#### 4.1.4 Samskaping

Tradisjonelt har kommunene dekket brukernes behov ved i hovedsak å utnytte ressurser innenfor egen organisasjon. Framtidas utfordringer skaper et åpenbart behov for å bringe sammen grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. Kjernen er nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte i den berørte sektoren, eksperter og andre relevante aktører.

Samskaping eller co-creation er en slik metode som ikke handler for, men sammen med folk:

«Co-creation changes the game of innovation from designing FOR people to designing WITH people.» (Copenhagen co'creation 2009)

Metoden har lenge vært benyttet i privat sektor for å utvikle nye produkter og konsepter. Ved å trekke kunder og eksperter langt inn i bedriftens utviklingsprosesser åpnes det opp for samhandling og innovasjon.

I kommunal sektor er samskaping blant annet tatt i bruk i England, der lokale myndigheter ser på dette som en metode som kan endre de begrensningene som ligger i dagens organisering og produksjon av velferdstjenester. Samskaping har et innovativt potensial til å fornye strukturene og endre tjenestenes kvalitet og innhold. En lang rekke utfordringer, som miljøspørsmål, kriminali-

tet, sosiale problemer og helse, kan ikke løses av offentlig sektor alene. Dette har skapt behov for å utløse andre sosiale krefter i samfunnet og utvikle tilnærminger til kommunal tjenesteproduksjon der de som blir direkte berørt av tjenestene involveres på en mer konkret måte i tjenestenes utforming og implementering.

Samskaping blir en metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet. Dette krever interaksjon, deltakelse og felles problemløsning mellom brukere, pårørende, ansatte i førstelinjen og fra eksperter. For å samskape tjenester bør ansatte innenfor systemet ha en tverrfaglig tilnærming og søke nye måter å jobbe sammen med andre på. Dette er kompetanse som bør læres og utvikles allerede i utdanningen.

Samskaping er en kreativ og interaktiv prosess som utfordrer alle aktørenes oppfatninger og forsøker å kombinere faglig og lokal ekspertise på nye måter. For å få dette til er det også nødvendig med nye organisatoriske løsninger med åpne systemer og verktøy som oppmuntrer folk til å bidra. Det krever også bygging av tillit og deling av den informasjon og innsikt som fagfolk og spesialister sitter på.

Samskaping blir i denne sammenheng en bevegelse bort fra et mottaker- og konsumentperspektiv til et medborgerperspektiv, der folks dagligliv og egne ønsker, behov og mål blir tatt på alvor og lagt til grunn for tjenesteutformingen. Det innebærer gjennomsluttige systemer som deler kunnskap og innsikt på tvers av rollene som bruker og ansatt, og som skaper bevissthet og bedre samsvar mellom behov og forventninger.

#### 4.1.5 Egenomsorg og mestring

Brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring. Større grad av egenomsorg er viktig for å gi den enkelte bedre helse og livskvalitet, men også av stor betydning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Forutsetningene er at den enkelte har kunnskap om de viktigste årsaker til egen sykdom og funksjonssvikt og vet når det er riktig å be om råd eller oppsøke profesjonell hjelp. Det er avgjørende at brukere ikke bare er passive mottakere av andres råd og anbefalinger, men oppfordres til å sette sine egne mål for funksjonsnivå og helse.

For mennesker med kroniske lidelser og nedsett funksjonsevne er det spesielt viktig å få støtte til mestring og egenomsorg og til å leve et aktivt og meningsfylt liv i fellesskap med andre.

Målet for den enkelte bruker vil som regel være å opprettholde eller forbedre funksjonsnivå og livskvalitet. For at mennesker med kroniske lidelser skal kunne ta en mer aktiv rolle i egen behandling og omsorg, må det satses betydelig på brukeropplæring. Som oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, skal det videreutvikles verktøy for beslutningsstøtte for å hjelpe pasienter og brukere til aktiv medbestemmelse.

Lærings- og mestringsentre har primært vært utviklet i sykehusene og har hatt som formål å fremme likemannsarbeid og mestring hos pasienter med kroniske sykdommer. Et lærings- og mestringsenter er en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, familie, venner og fagpersonell. Lærings- og mestringsentrene driver også opplæring av pasienter og pårørende. Lærings- og mestringsstilbud i kommunene vil kunne sikre tidlig innsats mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får muligheten til å til egne seg verktøy og kunnskap til å håndtere hverdagen på en bedre måte.

#### 4.1.6 Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid

Brukerne kan både være en ressurs for seg selv og for andre brukere. Mange har gode erfaringer med selvhjelpsgrupper, og i dag finnes det slike grupper på en rekke områder, alt fra barselgrupper til selvhjelpsgrupper for seniorer, og fra rusproblemer til pårørendegrupper til mennesker med demens.

Selvhjelpsgrupper gjør det mulig å bruke egne ressurser sammen med andre i samme situasjon. I kraft av egne erfaringer bringer deltakerne med seg kunnskap om eget problem inn i gruppen. Målsettingen er å fremme innsikt, mestringsevne og bedre livskvalitet hos den enkelte gjennom samspillet som oppstår mellom deltakerne. Selvhjelpsgrupper har brukernes egne erfaringer som ressurs og kompetanse.

Den samiske befolkning har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer. Det kan ofte være en utfordring å få helse- og omsorgstjenesten til å spille på lag med disse ressursene, slik at de utfyller hverandre. Særlig kan folkemedisin og alternativ behandling bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell. Dette er imidlertid en problemstilling helse- og omsorgstjenestens fagfolk møter i de fleste sam-

menhenger, og som kan ses på både som dilemma og mulighet.

Mange brukerorganisasjoner har et organisert likemannsarbeid, og driver skoloring av likemenn. Dette er deres egen omsorgsarena. Likemannsarbeid skal gi brukere og deres pårørende et annet tilbud og dekke et annet behov enn det fagpersonell kan bidra med. Det er en sentral idé at likemannsrelasjonen skal være basert på et likeverdig forhold partene imellom. Likemannens kompetanse er hverdagslivets kompetanse, ut fra egen erfaring med sykdom, funksjonshemming og allmenn livserfaring. Tanken er at den som har en bearbeidet erfaring, kan være til hjelp, støtte og veiledning for andre. Den som har levd med utfordringene sykdom og funksjonshemming innebærer, har en kompetanse som andre kan dra nytte av i sin egen prosess. Først og fremst er likemannsarbeid basert på det mellommenneskelige møtet og samtalen om de følelsesmessige sidene ved det å leve med en funksjonshemming eller en kronisk sykdom. Målet er at brukeren gradvis skal mestre egen situasjon.

Det er en egen tilskuddsordning til likemannsarbeid som forvaltes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Formålet med tilskuddsordningen er å styrke funksjonshemmedes organisasjoners arbeid med å stimulere medlemmenes innsats overfor hverandre. Likemannsarbeidet skal være til hjelp, støtte og veiledning partene imellom.

Dagens og morgendagens teknologi og kommunikasjonsmidler åpner muligheter for å utvikle nye virtuelle møteplasser og opplæringsressurser. Dette kan spesielt være til glede for brukere som vanskelig kan møte andre i samme situasjon, på grunn av geografisk avstand eller redusert funksjonsnivå. Mange finner også nytte i å utveksle informasjon om livssituasjon og behandling gjennom egne sosiale møteplasser på internett.

#### 4.1.7 Fra brukemedvirkning til brukerstyring

Brukermedvirkning innebærer først og fremst at tjenesten benytter brukerens erfaringer for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermidvirkning skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, men også at brukeren får økt innflytelse. Brukermedvirkning betyr imidlertid ikke at behandleren fratras eller kan frasi seg sitt faglige ansvar. Det er derfor en grense for hvor langt brukernes innflytelse går. Tjenestekvaliteten skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutø-

ver ved at erfaringskunnskap balanserer opp for ekspertkunnskapen.

Brukerstyring går imidlertid lenger i å overføre makt og styringsmuligheter til brukerne enten i form av institusjonelle ordninger eller på tjenestenivå:

«Brukerstyring kan forstås som en generell modell for organisering av offentlig sektor, der formelle brukerorgan gis makt og ansvar på institusjonsnivå.» (NOU 2001: 3)

Begrepet vil derfor kunne overlappes brukermedvirkning. Men mens brukerstyring innbefatter elementer av reell innflytelse eller styringsmuligheter, er ikke dette nødvendigvis tilfelle når vi snakker om brukermedvirkning.

Brukerstyrte ordninger eller virksomheter etableres i mange land, og blir ofte drevet fram av unge mennesker med funksjonsnedsettelse som vil ha styring med tjenestetilbudet og tar eierskap til både botilbud, driftsorganisasjon og arbeidsplass. Det er grunn til å anta at de etter hvert vil få følge av den nye eldregenerasjonen som har andre ressurser å møte alderdommen med og ikke vil finne seg i å bli satt på sidelinjen.

Denne utviklingen kan også stimuleres gjennom en tjenesteutøvelse som baseres på empowerment eller myndiggjøring. Da handler det om å mobilisere og styrke folks egne krefter, og å nøytralisere de kreftene i systemet som skaper avmakt. Slik egenkraftmobilisering skal styrke enkeltindivider og grupper slik at de selv kan endre den situasjonen de befinner seg i, og bidra til at de kan komme i posisjon til å ta styring og delta i beslutninger som berører egen livssituasjon og egne levekår.

Gode kommunikasjonsferdigheter blant helse- og omsorgspersonell har stor betydning for brukermedvirkning og mobilisering av brukernes egne krefter. God kommunikasjon er en praktisk ferdighet som det tar tid å utvikle. Det er behov for å styrke kommunikasjonskulturen og -kompetansen hos ansatte i tjenestene. For å sikre en reell dialog mellom ansatte og brukere, for eksempel ulike deler av innvandrerbefolkningen og den samiske befolkning, kan det også være nødvendig med bruk av tolketjeneste. Helsedirektoratet har utarbeidet en Veileder om kommunikasjon via tolk – for ledere og personell i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet 2011a). Som en oppfølging av denne gjennomførte Helsedirektoratet i 2012 en tolkekampanje. Helsedirektoratet skal i 2013 kartlegge bruk av tolk for innvandrerbefolkningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre

har Helse Nord satt i verk et arbeid for å forbedre tolketjenesten til den samiske befolkningen.

#### *Brukerstyrt personlig assistanse*

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et tjenestetilbud som omfatter praktisk bistand både i og utenfor hjemmet. Brukeren av BPA har arbeidslederansvar for egne assistenter. Målet for tjenesten er at brukerne skal ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv, tross funksjonsnedsettelsen.

BPA gir mange personer med nedsatt funksjonsevne større selvstendighet og et enklere liv. Antall personer med BPA har økt jevnt og ved utgangen av 2011 var 2904 personer med i ordningen. Kommunene har i dag plikt til å tilby ordningen, men de står relativt fritt til å bestemme hvem som skal få BPA og i hvilket omfang.

Regjeringen har sendt på høring et forslag om at personer med varig og stort behov for praktisk bistand og opplæring får rett til å få slike tjenester organisert som BPA, med samme brukerrettet tid som ved tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven om praktisk bistand og opplæring.

Med brukerrettet tid menes den tid tjenesteyter er sammen med og gir praktisk bistand til bruker. «Stort behov» defineres som et tjenestebehov på minst 32 timer per uke. Brukere med timebehov svarende til 25-32 timer per uke har rett til å få tjenesten organisert som BPA med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering av tjenesten vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen. Rettigheten er avgrenset til praktisk bistand og opplæring til personer under 67 år. Den omfatter ikke støttekontakt, og som hovedregel heller ikke tjenester som krever mer enn én tjenesteyter til stede eller natttjenester. Rettigheten omfatter brukere med varig behov ut over 2 år.

#### **Boks 4.1 Trygghetsplasser**

Flere kommuner har innført såkalte trygghetsplasser. Der kan folk uten søknadsbehandling og behovsvurdering selv legge seg inn for avlastning eller korttidsopphold, for eksempel fordi en er blitt syk, er redd eller fordi ektefelle eller andre som vanligvis er til stede, er bortreist for kortere tid. Tilbudet kan gi både brukere og pårørende trygghet for at hvis det oppstår en akutt situasjon, er det mulig å finne en løsning på kort varsel.

**Boks 4.2 Independent Living**

Independent Living er en internasjonal bevegelse som arbeider for funksjonshemmedes rettigheter bygd på prinsippene om:

- Solidaritet
- Likemannsstøtte
- Avinstitusjonalisering
- Demokrati og selvbestemmelse

Independent Living-bevegelsen legger til grunn at de hindringene et menneske med funksjonsnedsettelse møter, er mer samfunns-kapte enn medisinske. Bevegelsen mener funksjonshemmede selv er eksperter på sine behov og sine liv og må organisere seg for å endre samfunnsforholdene.

Dagens pliktbestemmelse for kommunene til å kunne tilby BPA videreføres for de som faller utenfor rettigheten. Bestemmelsen om rett til BPA foreslås plassert som ny § 2-1 d i pasient- og brukerrettighetsloven.

**4.1.8 Brukererfaringer som grunnlag for forskning, utvikling og innovasjon**

En brukerorientert helse- og omsorgstjeneste skal kunne svare på brukeres og pårørendes ønsker og behov. Det er derfor nødvendig å ha et system for å håndtere tilbakemeldinger fra brukere og pårørende og benytte disse i planlegging og utvikling av tjenestene. Kommunene skal i tråd med regelverket ha et system for å innhente og benytte pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter. Kommunene har egne eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne som skal sikre åpen, bred og tilgjengelig medvirkning og representasjon.

For å oppnå målet om mer brukerorientering, har formell brukerrepresentasjon i tjenestene vært et viktig tiltak. Det kreves imidlertid en kulturendring for å sikre at brukerne får reell innflytelse. Det er krevende å endre etablerte organisasjonskulturer. Forutsetninger for å få dette til er godt lederskap, forankring av prinsippene for brukerorientering i alle ledd, oppfølging av resultater og aktiv involvering av brukere og pårørende i alle plan- og endringsprosesser.

**Boks 4.3 Southcentral Foundation**

Southcentral Foundation (SCF) er en ideell helseorganisasjon i Alaska som ble opprettet i 1982 for å forbedre folkehelse og sosiale forhold blant Alaskas urbefolkning og amerikanske indianere. Tidligere undertrykkelse av den lokale urbefolkningen førte til stor misnøye med helsetjenestene. Svaret ble overføring av eierskap og ansvar for tjenestene til urbefolkningen. SCF eies, organiseres og drives i dag av urbefolkningen, og omtales som kunde-eid.

SCF har gjort viktige grep for å sette brukere og pasienter i førersetet og har en felles visjon som vektlegger brukermedvirkning, forebyggende arbeid og helhetstenkning. Sat-sing på tverrfaglige mikroteam i primærhelse-tjenesten har gitt mer helhetlige tjenester, resursene utnyttet bedre, brukernes behov blir bedre dekket og forbruket av sykehusjenes-ter har falt dramatisk. I endringsprosessen er fokus flyttet fra det syke til det friske og fra behandling til forebygging. SCF har også utbredt bruk av vaksiner, screening og livsstilsintervensjoner, og legger vekt på å sette individ og familier i stand til å ta kontroll over egen situasjon.

I en undersøkelse fra 2010 svarte om lag 91 prosent av brukerne at de var tilfreds med tilbudet de får fra SCF, i tillegg til at gjennom-trekk av ansatte ble redusert fra 37 prosent i 2008 til 17 prosent i 2011. Organisasjonen har fått priser og utmerkelser fra hele verden.

Se <http://www.southcentralfoundation.com>

Brukere bør tas inn i råd og utvalg slik at de sikres reell innflytelse. Alternativer til egne brukerråd kan være å ta brukerrepresentanter inn i fag- og kvalitetsutvalg eller inn i ledelsesfora. Det viktigste er imidlertid å engasjere brukere i å utvikle de tjenestene de selv har synspunkter på og erfaring med. Pasient- og brukerorganisasjoner spiller en viktig rolle i dette arbeidet, og er avgjørende for å bygge partnerskap og sikre at brukererfaringene blir representert i beslutningsprosessene. Slik representasjon må også sikre at de særlige erfaringene ulike brukergrupper har blir tatt på alvor, enten de kommer fra innvandrerbefolkningen, fra ulike kommu-

ner og lokalsamfunn, eller fra den samiske befolkning.

I arbeidet med utforming av framtidige helse- og omsorgstjenester legger Helse- og omsorgsdepartementet stor vekt på dialog og informasjonsutveksling med brukere av tjenestene. For å bidra til dette har departementet opprettet Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten. Forumet skal gjennom rådgivning og dialog med myndighetene gi innspill om forhold som berører tjenestene og bidra til å utvikle en bedre helse- og omsorgstjeneste.

En mer brukerorientert omsorgstjeneste vil kreve omstilling og nytenkning. Skal tjenesten lykkes med en slik omstilling, er det nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer og kultur- og holdningsendringer. Det vil bli viktig med kompetanse på å kartlegge og forstå brukernes behov, og å bruke den kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkter, tjenester og organisasjonsformer. Når brukeren blir involvert i hele forløpet, øker sannsynligheten for at tjenestene svarer til brukernes reelle behov. Dette er brukerdrevet innovasjon.

## 4.2 En ny ressurssterk seniorgenerasjon

Den nye seniorgenerasjonen vil være stor og ha bedre utdanning, bedre helse, lengre levealder, bedre boforhold, bedre økonomi og mer ressurser å møte alderdommen med enn tidligere eldre-generasjoner. Mer enn noen gang tidligere i historien, vil en ressurssterk eldre befolkning med god kjøpekraft sette sitt preg på alle samfunnets markeder og institusjoner, og påvirke etterspørsel og forbruk. På den ene siden vil de ha bedre forutsetninger for å klare seg selv enn noen annen generasjon før dem. På den andre siden vil de opptre med større kraft og forventninger overfor velferdssamfunnet. I en rapport om morgendagens eldre basert på Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon, peker resultatene i retning av at morgendagens eldre vil være «mindre beskjedne, stille større krav og vil bestemme mer selv» (Slagsvold og Solem 2005). Framtidas eldre vil sannsynligvis også utgjøre en langt mer heterogen gruppe med større innbyrdes forskjeller i ressurser, interesser og preferanser enn dagens eldre.

Framskrivninger av tallet på sykehjemsplasser og omsorgstilbud basert på enkle demografiske forutsetninger om veksten i tallet på eldre, vil derfor ha begrenset verdi i planleggingen av framti-

das helse- og omsorgstjenester. Like viktig vil det være å legge samfunnet til rette slik at den nye seniorbefolkningen kan utnytte sine ressurser. Da kan vi ikke akseptere tilbaketrekning, men begynne å forvente sterkere deltakelse både i politikk, kulturliv, samfunnsliv og kanskje også i arbeidsliv for de som ønsker det.

«Det har vært mindre oppmerksomhet omkring alle de positive konsekvensene av en stadig friskere befolkning, og hvordan eldre selv kan være løsningen på mange seniorpolitiske utfordringer, om forholdene legges til rette for det.» (Statens Seniorråd 2012)

### 4.2.1 Morgendagens eldre

De nye eldre vil sannsynligvis bli annerledes. Hvordan de blir annerledes er imidlertid ikke lett å forutsi. Størst spenning knytter det seg kanskje til etterkrigskullet som vil passere 80 år fra 2025 og framover. Denne generasjonen har vært i fronten for sosiale forandringer på hvert trinn av livsløpet. Det er derfor ikke usannsynlig at de også vil opptre annerledes enn tidligere generasjoner i møte med alderdommen, og bidra til å redefinere eldrerollen og betydningen og meningen med det å bli gammel.

Undersøkelser konkluderer med at det i denne generasjonen er store forskjeller både i velstand, levealder, utdanning og bakgrunn. Men kulturelt går det an å snakke om en viss homogenitet. De ser på seniortilværelsen som en aktiv periode med mulighet til å leve og oppleve, og få oppfylt sine personlige ønsker og ambisjoner (Harkin and Huber 2004). Fortsatt vil de prege populærkulturen når det gjelder musikk, underholdning, moter og design. Det har ingen eldre-generasjon gjort før dem. Mens de er åpne og liberale til det meste ellers, framstår sykdom, skrøpeligheit og død som et mer uuttalt tema. Slik kan kanskje sunnhet, vitalitet og helse bli denne generasjons svøpe, når det kommer til sykdom, funksjonshemning og død. Det nye synet på alderdommen som en sunn og rik fase av livet, må ikke føre til at vi forneker og avviser aldringen som en naturlig prosess som uunngåelig ender med døden.

Til tross for at det har vært en sterk vekst i aldersgruppen over 80 år de to siste tiårene, har ikke tallet på eldre brukere økt i de kommunale omsorgstjenestene. Med små svingninger har tallet holdt seg på samme nivå de siste 20 år, og samlet sett faktisk hatt en mindre nedgang. Kanskje er det slik at eldre blir dårligere lenger, men kla-

rer seg selv bedre når levealderen øker, fordi de har mer ressurser å møte sykdom og funksjonstap med.

#### 4.2.2 Seniormakt

Den sterke veksten i seniorbefolkningen kan komme til å omforme samfunnet. De fleste bransjer, markeder, sektorer og samfunnsområder blir påvirket. Denne gerontofiseringsprosessen er global, men slår samtidig inn over hvert eneste lille lokalsamfunn, og bærer i seg både muligheter og utfordringer verden aldri tidligere har stått overfor (Barstad 2007).

Om framtidens mange seniorer slår seg sammen, vil de kunne skaffe seg stor makt enten de opptre i markedet, i det sivile samfunn eller på den politiske arena. Velger de å delta i kultur- og samfunnsliv og ikke trekke seg tilbake, kan de også komme til å prege samfunnets institusjoner og organisasjoner med en helt annen tyngde enn i dag. Knappt noen del av samfunnet vil da være uberørt. Begrepet eldrebølge kan på den måten få ny mening, som uttrykk for den sosiale styrke nye seniorgenerasjoner kan komme til å representere, om de finner nye former for samhandling og fellesskap. Hvilke former denne prosessen vil ta, vil i stor grad avhenge av hvordan framtidens seniorer selv vil opptre.

På den annen side vil samfunnets svar på nye seniorgenerasjoners opptreden bli av avgjørende betydning for utformingen av framtidens aldrende samfunn. Da er det behov for en seniorpolitikk som ikke bare har pensjonsspørsmål og eldreomsorg på dagsorden, men som forholder seg til alle livsområder og samfunnsfelt, enten det handler om utdanning, samferdsel og boligpolitikk eller moter, design og kulturliv. Sentrale tema for en slik politikk vil være å unngå alderssegregering i by- og arealplanlegging og ved utforming av sosiale og kulturelle arenaer, og ikke akseptere at seniortilværelsen skal leves tilbaketrukket fra samfunnsmessige forpliktelser og ansvar.

#### 4.2.3 Det aldrende Europa

Lengre levetid og reduserte fødselstall bidrar sammen til en økning av andelen eldre i Europa. Hvor lenge vi beholder helsa når levealderen øker, har stor betydning for etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Antallet forventede leveår med god helse (healthy life years) ved 65 år er gjennomsnittlig 8,4 år for menn og 8,6 år for kvinner i Europa. Det er store forskjeller mellom

landene. Menn og kvinner i Sverige kan vente å leve lengst i Europa med god helse etter fylte 65 år, i gjennomsnitt nesten 15 år. I Slovakia har de lavest antall leveår foran seg med god helse etter fylte 65 år, gjennomsnittlig rundt tre år (OECD 2012).

Også mellom helse- og velferdssystemene i Europa er det store forskjeller mellom landene i tjenestetilbud, dekningsgrad, kvalitet og kostnader. Siden fattigdom gjerne følges av dårligere helse, anses størrelsen på kontantoverføringer og tilgangen til gode helse- og omsorgstjenester å være av stor betydning for helse og selvhjelp hos eldre. Helsesystemene i Europa er sterkt presset av den økonomiske krisen, og svært mange land har måttet redusere helsebudsjettet betydelig de siste tre årene.

I Europa prøver en å møte utfordringene med politikk som kan sammenfattes i slagordet Aktiv aldring. For å fremme bedre helse, mer deltakelse og større selvhjelp hos eldre må en endre samfunnet så det blir mer aldersvennlig. Helsesystemet må omformes slik at eldre får mer målrettet hjelp til å klare seg selv lenger. Mange land gjør positive erfaringer med at sunn aldring har sterk sammenheng med effektivt helsefremmende arbeid og tiltak som forebygger sykdom, identifiserer og behandler kronisk sykdom tidlig i forløpet. De fleste land i Europa forsøker å reformere helse-systemet i tråd med den tenkningen som ligger til grunn også for den norske samhandlingsreformen. Økt vekt på helsefremmende tjenester og sunnere livsstil, god dekning av effektiv primærhelsetjeneste og mer selektiv bruk av sykehus er framtrædende trekk ved mange lands helse-reformer.

Landene oppfordrer hverandre til å øke innovasjonstakten i helse- og omsorgssektoren. Mer systematisk og aktiv deling av kunnskaper og erfaringer ved bruk av ny, elektronisk kommunikasjon både innad i helsetjenesten og mellom bruker og helsetjenesten vil bidra til raskere utrulling av ny teknologi. De oppfordres også til å dele mer data om forekomst og utvikling av kroniske sykdommer og om utkommet av ulike innsatser for å forebygge og behandle.

Som del av EUs globale strategi EU 2020 står mer innovasjon og raskere gjennomførings-takt for ny teknologi høyt på agendaen i Europa, herunder gjennom en sterkere satsing på dette i forslaget til nytt rammeprogram i EU på forskning og innovasjon, Horisont 2020. Ettersom helse- og omsorgssektoren utgjør et stort marked for varer og tjenester argumenterer helse-



ministrene for at økt innovasjon i sektoren vil bidra til vekst og utvikling, samtidig som det skapes trygghet for gode, moderne og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i framtida.

Den europeiske politikken for aktiv aldring fremmer innflytelse, aktivitet og deltakelse, respekterer kulturell ulikhet og gjelder all aktivitet som gir mening og velvære både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet. Den er også i sitt vesen tverrgenerasjonell. Å opprettholde solidariteten på tvers av generasjonene er derfor et helt grunnleggende trekk ved aktiv aldring. Aktiv aldring omfatter eldre menneskers deltakelse som medborgere både i sosiale, økonomiske, politiske og kulturelle sammenhenger og i arbeidslivet.

Ved slutten av 2012 oppsummerte Rådet for den europeiske union 19 ledende prinsipper for det videre arbeidet etter det europeiske året for aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene. Hovedbudskapet var at:

«Aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene er avgjørende for å kunne etablere et Europa for alle aldersgrupper – et konkurransedyktig, velstående og samarbeidsvillig Europa kjennetegnet av innovasjon, kreativitet, sosial inkludering og samhørighet.»

Prinsippene er knyttet til tre fokusområder (Rådet for den europeiske union 2012):

#### 1. *Arbeidsliv*

Motarbeide diskriminering, tilbud om utdanning, sunne arbeidsforhold, tilpasning til den enkelte og ordninger som gjør det mulig å kombinere arbeid og omsorg.

#### 2. *Samfunnsdeltakelse*

Økonomisk uavhengighet, fjerne barrierer og bekjempe utstøtelse og isolering, deltakelse i beslutningsprosesser, livslang læring og profesjonell støtte og avlastning til uformelle omsorgspersoner.

#### 3. *Independent living*

Forebyggende og helsefremmende arbeid, tilpasning av boliger, tilgjengelighet til transport, aldersvennlige miljøer, varer og tjenester, og størst mulig selvstendighet ved langtidspleie.

### 4.2.4 På tvers av sektorgrenser

En rekke seniorpolitiske utfordringer er sektorerogvergripende og kan bare løses ved at tiltak innen flere sektorer og forvaltningsnivåer ses i en sammenheng. Sosiale forhold og levekår og utviklin-

gen på arbeidsmarked, boligmarked og i næringslivet vil være av avgjørende betydning for hvor store framtidens omsorgsutfordringer vil bli, og for hvordan de kan løses. For helse- og omsorgssektoren vil en aktiv seniorpolitikk som omfatter de fleste samfunnsområder ha god forebyggende effekt, og legge til rette for å ta i bruk de ressursene nye store eldregenerasjoner representerer.

Selv om levealderen øker for hele befolkningen, er det fortsatt store forskjeller i forventet levealder. Grupper med lav utdanning og inntekt har fortsatt større andel uføre og dør tidligere enn befolkningen for øvrig. En aktiv seniorpolitikk må ha som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Gode tiltak kan påvirke den enkeltes livskvalitet og muligheten for å oppnå overordnede seniorpolitiske mål. Dårlig helse medfører redusert livskvalitet og høy etterspørsel etter kostbare helse- og omsorgstjenester.

De fleste eldre er friske. Alder er ingen sykdom, men den øker risikoen for å få sykdommer. Både for den enkelte og for samfunnet er det viktig at eldre holder seg friske så lenge som mulig. Forebyggende tiltak er derfor god seniorpolitikk. Hagen-utvalget advarer i sin utredning mot å sykeliggjøre aldringen:

«Eldre blir riktignok oftere syke enn andre, og skal ha behandling for det. Men aldring må også få være en naturlig del av livet, både for det enkelte mennesket og i samfunnsmessig sammenheng. Aldringen er både biologisk, sosial og psykologisk, og det er god grunn til å gjennomgå og vurdere aldringens kulturelle og samfunnsmessige sider, ikke minst i forhold til den rolle eldre bør tildeles i framtidssamfunnet. På samme måte bør en unngå å sykeliggjøre mennesker med nedsatt funksjonsevne, og heller bidra til å fjerne fysiske, sosiale og kulturelle barrierer for deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv.»

Eldre må sikres tilgjengelighet til sentrale samfunnsarenaer. Tilgjengelighet omfatter både fysisk tilgang og kognitive forutsetninger for å ta i bruk dataverktøy og automatiserte løsninger. Universelt utformede arealer og teknologiske løsninger er sentrale midler for å nå seniorpolitiske mål. Opplæring i bruk av elektroniske møteplasser og sosiale medier kan også bidra til å motvirke isolasjon og ensomhet.

En aktiv seniorpolitikk må ha et livsløpsperspektiv og bygge bro mellom generasjonene. En rekke seniorpolitiske utfordringer er konsekvenser av levekår og forhold tidligere i de eldres liv. Å

styrke kontakten og solidariteten mellom generasjonene er en grunnleggende forutsetning for det seniorpolitiske arbeidet. De er gjensidig avhengige av hverandre. Spesielt kommer dette til uttrykk i relasjonene mellom besteforeldre og barnebarn i det moderne samfunnet (Hagestad 2006). Paradoksalt nok vil derfor også en av hovedsakene for det nye seniorsamfunnet kunne bli å legge forholdene enda bedre til rette for barn og barnefamilier. I ren egeninteresse.

### 4.3 Familien og de nærmeste som ressurs

Familieomsorgen er den usynlige omsorgen. Den registreres knapt i saksbehandling, statistikk eller utredninger om helse- og omsorgstjenestene. Forskning anslår at det i dag utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle, og i all hovedsak familiebaserte omsorgen (Rønning m.fl. 2009). Denne innsatsen er fortsatt nesten på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk. Gitt dens størrelse og betydning har den uformelle omsorgsinnsatsen fått liten oppmerksomhet og anerkjennelse. Nå er det tid for å løfte fram, synliggjøre og verdsette omsorgen fra familie, venner og naboer. Da må vi utvikle tiltak for å støtte, veilede og avlaste pårørende med omfattende omsorgsoppgaver og finne gode og mer systematiske måter å samhandle med pårørende på.

De neste tiårene er det grunn til å forvente at det blir knapphet på både fagutdannet personell og frivillige omsorgsytere i møtet med økte omsorgsbehov. Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor kunne få stor samfunnsmessig betydning. For å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå og hindre at innsatsen minsker og forvitrer, er det behov for å ta vare på og avlaste pårørende med krevende omsorgsoppgaver og legge forholdene bedre til rette for at det er mulig å kombinere arbeid og omsorg. Regjeringen legger i denne meldingen fram et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk.

#### 4.3.1 Pårørendes innsats og dagens velferdsordninger

De senere års utvikling har medført økte rettigheter for de som har behov for helse- og omsorgstjenester, betydelige endringer i pårørendes situasjon og et mer likestilt samfunn. Generelle velferdsordninger med barnehagetilbud, permisjons- og trykdeordninger samt kortere og mer fleksible

arbeidstidsordninger, gir et nytt grunnlag for et bedre samspill mellom den døgnbaserte offentlige omsorgstjenesten og pårørendeomsorgen.

Erfaringer fra de nordiske landene viser at en relativt omfattende offentlig omsorg ikke utkonkurrerer den uformelle omsorgen, men at de støtter og utfyller hverandre. Det er dette omfattende samspillet mellom pårørendeomsorg og offentlige omsorgstjenester som kjennetegner den nordiske modellen. En god og bærekraftig omsorgstjeneste krever at vi utvikler en pårørendepolitikk som styrker samarbeidet mellom offentlig og uformell sektor og som støtter og avlaste pårørende. Det er avgjørende at en ny pårørendepolitikk bygger på likestilling mellom menn og kvinner, og utvikler fleksible løsninger for å kombinere arbeid og omsorg på en annen måte enn i dag.

#### 4.3.2 De pårørende

Pårørende til brukere i de kommunale tjenestene er mange og har ulike livssituasjoner og behov. Pårørende til eldre brukere av den kommunale omsorgstjenesten er den største gruppen og vil øke i årene som kommer. De siste ti årene har imidlertid andelen tjenestemottakere under 67 år blitt mer enn fordoblet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor forholde seg til pårørende eller nærpersoner til brukere i alle aldersgrupper, og som har ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp.

##### *Pårørende til barn, unge voksne og voksne*

Velferdsstaten har hovedansvaret for å være et sikkerhetsnett for den enkelte, både økonomisk og når det gjelder å yte helse- og omsorgstjenester. Den eneste gruppen pårørende som fortsatt har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg er foreldre til barn under 18 år. Det offentlige hjelpeapparatets dreining bort fra institusjonsomsorg og mot hjemmetjenester, har ført til at noen foreldre har fått et større omsorgsansvar for barn med nedsatt funksjonsevne både når de er barn og etter at de har blitt voksne. Samtidig har svært mange som før hadde familien som nesten eneste hjelpkilde, de siste årene fått omfattende bistand og assistanse fra den kommunale omsorgstjenesten. Dette har bidratt til å lette byrdene for mange pårørende.

En ny utvalgsundersøkelse blant mødre med barn med alvorlige funksjonshemninger (Finnvold 2011), viser at mange har en mer negativ vurdering av sin egen helsetilstand enn det som er gjennomsnittet for norske kvinner. Delta-

kelse i arbeidslivet er lavere hos mødre til barn med store tilsynsbehov. Samtidig viser undersøkelsen at mødre til barn med relativt alvorlige funksjonshemninger ønsker velferdsordninger som legger til rette for yrkesdeltakelse (Finnvold 2011). Jo mer krevende omsorgsoppgavene er, jo mer øker behovet for samfunnsdeltakelse gjennom yrkesaktivitet. Likevel er det sosiale variasjoner. Mødre med lav utdanning og mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn hadde i større grad enn det øvrige utvalget ønsker om kontantytelser for å være hjemme med barnet.

#### *Pårørende til eldre*

Pårørende til eldre består i all hovedsak av ektefeller, barn og barnebarn. Forskning viser at voksne barn sjelden er hovedomsorgskilde for eldre foreldre. De fleste eldre med hjelpebehov får både hjelp av en partner når de har det, og fra offentlige tjenester.

Nyere undersøkelser tyder på at familieomsorg til eldre ikke gir svekket livskvalitet for de som gir omsorg, med unntak av kvinner med lav utdanning (Hansen, Slagsvold, og Ingebretsen 2012). Generelt synes ikke dagens omsorgssystem, hvor det offentlige er hovedaktør og familien spiller en komplementær rolle i omsorgen av de eldre, å gå på bekostning av selvbylde, trivsel og velvære blant omsorgsgivere. Det er likevel slik at omsorg for eldre foreldre gjør at særlig kvinner deltar mindre i arbeidslivet.

#### *Familiens betydning for den samiske befolkningen*

I den samiske befolkningen opplever mange at de ikke møter en omsorgstjeneste som er tilpasset deres språk og kultur. De blir dermed mer avhengig av hjelp fra pårørende både for å klare seg i hverdagen og for å kunne hevde sine behov og rettigheter. I utviklingen av en moderne pårørendepolitikk skal derfor samiske pasienter og brukeres rettigheter og behov vektlegges. Pårørendestemmen bør komme tydeligere fram i utforming av framtidens omsorgstjeneste. Slekt har hatt en spesiell plass i det samiske samfunnet. Slektskap er fremdeles en viktig faktor i det sosiale livet og utgjør en vesentlig del av samers identitet. Den yngre generasjon har tradisjonelt tatt seg av sine eldre, og ytt omsorg og hjelp i tillegg til å ivareta egen familie. Med dagens flyttemønster og økt yrkesaktivitet kan det være en utfordring å ta seg av den eldre generasjon. Flere og flere står lenger i

arbeidslivet, og det kan bli vanskelig å kombinere omsorgsarbeid med eget arbeid.

#### **4.3.3 utfordringer – synliggjøring, støtte og samspill**

De fleste ønsker å gjøre en innsats når deres nærmeste får behov for bistand. Framtidens omsorgstjenester må samhandle med pårørende slik at de opplever at det er behov for dem, men uten at de blir utnyttet. For kommunene handler dette om en tilnærming som kan utløse det resurspotensialet som pårørende representerer. Pårørende skal ikke oppleve seg tvunget inn i en rolle som omsorgsperson eller til å påta seg omfattende omsorgsoppgaver fordi det offentlige tjenestetilbudet blir utilstrekkelig. Det offentlige tjenesteapparatet må støtte og stimulere familieomsorgen, og sørge for at de som påtar seg krevende omsorgsoppgaver ikke pådrar seg store helsemessige belastninger eller kommer i økonomiske vanskeligheter.

Langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. En pårørendepolitikk må ha øye for dette, og blant annet se på avlastningsordninger som en nødvendig investering slik at pårørende ikke blir utbrent og selv får behov for hjelp. Statens helsetilsyn fant i sin landsomfattende undersøkelse i 2010 at kommunene gjennomgående «ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning», og at saksbehandlingen ved søknader om avlastning var mangelfull (Statens helsetilsyn 2011).

Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og pårørende. Både Hagen-utvalget og Kaasa-utvalget påpekte at samspillet med pårørende er mangelfullt og ofte tilfeldig. Utvalgene mener det er påkrevd med tiltak som anerkjenner og verdsetter pårørendes kompetanse og innsats, og som støttes av kommunene gjennom avlastning, opplærings- og veiledningstilbud. En del pårørende har omfattende kompetanse gjennom sin omsorgsinnsats og sin samhandling med ulike instanser, gjennom at de har deltatt i likemannsarbeid og kurs og veiledning for pårørende. Ikke minst har disse pårørende også lang erfaring med hvordan ulike tjenestetilbud virker inn på den som har tjenestebehovet. Dette er en kompetanse tjenesteapparatet må vite å verdsette og benytte.

«Pårørende er i dag et usynlig pleiekorps, de utfører omtrent halvparten av all omsorg i hjemmet, men de er i liten grad inkludert i det

øvrigt hjelpeapparatet. Det er en ensom situasjon mange pårørende har.» (NOU 2011: 17)

Det er en utfordring å utvikle ansattes holdninger og kompetanse, slik at samarbeid med brukere og pårørende blir en naturlig og integrert del av tjenestetilbudet. Samarbeidskompetanse bør få en viktigere plass i utdanningene og i det lokale fag- og kompetanseutviklingsarbeidet. I krevende situasjoner kan de være vanskelig å kommunisere åpent og godt med brukere og deres pårørende. Det kan også være at faglig sett gode tiltak blir gjennomført på en måte som skyver pårørende til side. Det er behov for å forske mer på effekten av ulike tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom ansatte, bruker og pårørende. Vi trenger også mer kunnskap om de motiverende og belastende sider ved rollen som pårørende og om effekter av tiltak og metoder for samspill mellom det offentlige og pårørende.

For pårørende kan det være vanskelig å orientere seg om helse- og omsorgstjenestens tilbud og den enkeltes rettigheter. Det er en stor utfordring å sikre tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon og kunnskap til pårørende. Dette krever varierte virkemidler og et nært samarbeid med representanter for brukere og pårørende, frivillige organisasjoner og kompetansemiljøer.

#### *Manglende samordning og målrettethet*

Mange brukere og pårørende opplever manglende samordning og målrettethet i dagens stønadsordninger og i det kommunale tjenestetilbudet. I Kaasa-utvalgets utredning omtales den kommunale omsorgstjenesten, omsorgslønnsordningen og økonomiske stønadsordninger i folketrygden. Utvalget legger vekt på at ytelse og støtte til pårørende må sikre forsvarlige tjenester for omsorgsmottaker og en forsvarlig totalsituasjon for omsorgsyster, og anbefaler en modell som omfatter tre tiltak:

- Utvidet pleiepengeordning til foreldre med barn som har alvorlige varige lidelser.
- Ny og forsterket kommunal omsorgsstønad med nasjonale satser som skal erstatte dagens hjelpestønad og omsorgslønn.
- Lovfestet pårørendestøtte i kommunene med tiltak som verdsetter og inkluderer de pårørende og kvalitetssikrer tjenestene.

Modellen innebærer omlegging av delvis overlappende økonomiske ytelse og en plikt for kommunene til å gi støtte i form av veiledning og opplæring.

Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har hatt utvalgets forslag på høring. Høringen viser bred oppslutning om tydelig og forutsigbar støtte til pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver og endring av omsorgslønnsordningen gjennom klarere kriterier og satser. Videre mener de fleste høringsinstansene at det er behov for å forenkle det administrative systemet. Det er uenighet om forslaget om å samordne hjelpestønaden med omsorgslønn til en ny omsorgsstønad. Flere høringsinstanser mener utvalget ikke har gått langt nok i forslaget til endringer i pleiepengeordningen. Kommunesektoren støtter utvalgets intensjoner om å utløse nye ressurser i familieomsorgen, men peker samtidig på likestillingsutfordringene ved dette.

#### *Tidsklemma*

Mange opplever lite fleksibilitet i samspillet mellom arbeid og omsorgsoppgaver. Tidsklemmer oppstår ofte som gnisning mellom et arbeidsliv som er velregulert, og omsorgsbehov som i sin natur ikke følger arbeidslivets rytmer. Det er indikasjoner på at sykelønnsordningen i en del tilfeller brukes som permisjonsordning for å hjelpe nære familiemedlemmer som står i denne tidsklemma. En undersøkelse om sosiale årsaker til sykefravær peker på at det for kvinner ofte er totalbelastningen med lønnsarbeid og store omsorgsbelastninger overfor barn og syke familiemedlemmer, som kan forklare hvorfor de blir sykmeldt (Batt-Rawden og Solheim 2011). Det er viktig at arbeidsgivere og bedrifter øker sin oppmerksomhet på hvordan de bør tilpasse seg en framtid med mange flere ansatte som har eldre foreldre eller andre pårørende med omsorgsbehov. Både Kaasa-utvalget og Hagen-utvalget mener at det er behov for å vurdere nærmere hvordan man kan utvikle fleksible og gode permisjonsordninger, som gir mulighet for å opprettholde yrkesaktivitet og få folk tilbake i jobb etter at omsorgsperioden er over. En god og moderne likestillingspolitikk innebærer å se nærmere på ordninger som gjør det mulig å kombinere arbeid og omsorgsoppgaver på en bedre måte enn i dag.

#### 4.3.4 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020

I tråd med anbefalinger i Hagen-utvalgets og Kaasa-utvalgets utredninger vil regjeringen utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og som gir økt likestilling og mer fleksibilitet. Regjeringen legger i denne meldingen fram et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk som:

- synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- bedrer samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- legger til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer

I første fase av programperioden legges det vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende:

- fleksible avlastningsordninger
- pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning
- samspill og samarbeid
- forbedring av omsorgslønnsordningen
- forskning og utvikling

I neste fase av programmet utredes spørsmål om endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene i samarbeid med Arbeidsdepartementet.

##### *Fleksible avlastningsordninger*

Mange vil i løpet av livet komme i situasjoner der en stiller opp og gir bistand til sine nærmeste, uten at det i nevneverdig grad går ut over arbeid eller inntekt. For noen vil imidlertid rollen som pårørende være et fulldøgns ansvar som kan strekke seg over måneder og flere år. Andre har omfattende omsorgsoppgaver gjennom hele barnets oppvekst og betydelig innsats resten av livet. Omfattende omsorgsoppgaver kan øke risikoen for helseskader og sosial tilbaketrekning. For å forebygge helseskader, stress og overbelastning, legge til rette for fritid og meningsfulle opplevelser og bidra til deltakelse i arbeidsliv og sosiale aktiviteter, skal det utvikles bedre og mer fleksible avlastningsordninger for pårørende. Suksess-

skriteriet er ikke antall korttidsplasser i institusjon, men effektiv utnytting av ressurser, samtidig som individuelle behov blir møtt. For pårørende og tjenestemottaker skal det være et trygt og forutsigbart tilbud og godt koordinert med det øvrige tjenestetilbudet. Avlastning kan skje i eller utenfor hjemmet, i tilknytning til aktivitetstiltak og frivillig sektor samt ha ulik varighetsgrad fra en kveldsstund til flere uker.

Den vanligste formen for avlastning er at tjenestemottaker får et tilbud om korttidsopphold på sykehjem eller i avlastningsbolig for barn/unge. Flere kommuner prøver imidlertid ut nye løsninger særlig overfor pårørende til yngre tjenestemottakere (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Lovverket gir også mulighet til å sette inn avlastningstiltak i hjemmet deler av døgnet eller uken, en mulighet som i for liten grad benyttes. Det gir pårørende fri til å hente seg inn, ta ferie, besøke venner, ivareta personlige behov eller delta i samfunnslivet. Det gis også avlastning til pårørende gjennom å tilby dagtilbud til brukere. Undersøkelser viser at tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens kan redusere belastning og stress for pårørende, samtidig som det gir meningsfulle opplevelser for den enkelte bruker. For å bygge ut dagtilbud til personer med demens, har regjeringen etablert et øremerket tilskudd til dette formålet.

Regjeringen vil bidra til utbygging av fleksible avlastningsordninger som er forutsigbare og gir pårørende fri til å ivareta personlige behov, sosiale aktiviteter, hente seg inn eller delta i arbeidsliv og samfunnsliv.

##### *Pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning*

Innenfor flere områder er det lang tradisjon for å engasjere, informere og skolere pårørende. Dette gjøres både for at de pårørende selv skal kunne mestre sin egen situasjon, og for at de skal kunne spille konstruktivt sammen med det profesjonelle hjelpeapparatet.

En del pårørende har omfattende kompetanse og lang erfaring. Det er viktig at omsorgstjenesten samarbeider med dem om hva slags støtte og informasjon de har behov for og hva kommunen selv kan lære av pårørende. For å forebygge helseskader og bidra til trygghet i omsorgssituasjonen, bør kommunen tilby differensierte informasjons- og støttetiltak.

Som et ledd i Omsorgsplan 2015, er det etablert en egen satsing på pårørendeskoler og

samtalegrupper for pårørende til personer med demens. I dag har mer enn 300 kommuner tilbud om pårørendeskoler og samtalegrupper. Gjennom samlinger og kurskvelder får pårørende informasjon og kunnskap om sykdommen og om hvordan de kan møte praktiske og følelsesmessige utfordringer. Samtidig får deltakerne mulighet til å utveksle erfaringer med andre i samme situasjon.

Kommunene oppfordres til å samarbeide med frivillige og brukerorganisasjoner om utvikling av samtalegrupper, pårørendeskoler og andre tiltak for pårørende. Den nasjonale frivillighetsstrategien skal vektlegge utvikling av nettverks- og nærmiljøarbeid som metode for å fremme frivillig innsats i omsorgstjenestene og skape gode og fellesskapsorienterte lokalsamfunn. Netteverksmetodikk er særlig viktig i møte med pårørende og brukeres øvrige nettverk, og gir en særskilt etterspørsel etter yrkesgrupper med bakgrunn i blant annet sosialt arbeid og pedagogikk.

Pårørende bør også få opplæring og kunnskap om sykdommer, aktuelle behandlings- og støttetiltak og den enkeltes rettigheter. Opplæring kan gis gjennom tilbud i Lærings- og mestringssenter, etablering av nettverk for kunnskaps- og erfaringsutveksling, opplæringspakker og gjennom pårørendeskoler. Kompetansetiltak skal omfatte opplæringstilbud i tilknytning til omsorgsoppgavene og veiledning med hensyn til oppgavefordeling mellom kommunen og pårørende for å bidra til bærekraftige løsninger over tid. Kunnskapssenteret for helsetjenesten tilbyr helsefaglig informasjon til pasienter og pårørende gjennom Helsebiblioteket.

#### **Boks 4.4 TrygghetsNett**

TrygghetsNett er en kommunal tjeneste til pårørende utviklet av 12-kommunesamarbeidet i Vestfold. Tjenesten er nettbasert og tilgjengelig hele døgnet, og pårørende kan dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser. TrygghetsNett består av flere hovedelementer der pårørende kan velge å bruke hele eller deler av innholdet: Web-telefon, diskusjonsforum, tilgang til fagstoff og deltakelse på samlinger. Kommunene som deltar i TrygghetsNett har et felles kontor som deltakerne kan henvende seg til med spørsmål, råd og veiledning.

For at samarbeidet med brukere og pårørende skal bli en naturlig og integrert del av det daglige arbeidet, skal ansatte få økt kompetanse i å samarbeide og kommunisere med pårørende. Regjeringen ønsker å videreutvikle et opplæringsprogram for personell i kommunene. Programmet skal bygge videre på opplæringspakken som er utviklet av Helsedirektoratet.

#### *Samspill og samarbeid*

Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og brukerne og deres pårørende. Som del av en aktiv og tydelig pårørendepolitikk, skal det legges til rette for et mer omforent samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andre partenes rolle, behov og innsats.

Pårørendes innsats bør være gjenstand for en økt oppmerksomhet fra kommunale myndigheters side. Plan for samarbeid med pårørende og andre frivillige omsorgsytere bør inngå i det helhetlige kommuneplanarbeidet. Videre bør samarbeid med pårørende og frivillige, nedfelles i saksutredninger og i individuell plan. Målet er å få til bedre samordning av innsatsen og et godt utgangspunkt for tilbud overfor pårørende i form av opplæring, veiledning, avlastning og eventuelt stønad.

Ofte er det mangel på samhandling mellom skolen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten som sliter mest på familier med barn eller unge med omfattende funksjonsnedsettelse. Pårørende opplever at de selv må koordinere hverdagen for sitt barn (Helsedirektoratet 2011b).

Det finnes flere verktøy for å strukturere og systematisere samarbeidet mellom det offentlige tjenesteapparatet, brukerne og deres pårørende, herunder koordinator og individuell plan. Disse lovfestede tiltakene er verktøy for samarbeid og samhandling mellom ulike tjenesteytere, tjenestemottaker og deres pårørende når det er ønsket av tjenestemottaker.

Pårørende som yter omsorgstjenester, har behov for forutsigbarhet i kommunens tjenestetilbud. De bør få vite hvordan samspeillet kan bli mest mulig forpliktende fra kommunens side og ha definerte grenser for sin rolle. Hagen-utvalget og Kaasa-utvalget foreslår hhv. lovpålagt pårørendestøtte og omsorgsavtale. I programmet vil regjeringen kartlegge nærmere juridiske, organisatoriske og faglige barrierer for samspill med pårørende. Målet skal være et mer

omforent og synliggjort samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andres roller, behov og innsats.

For å bidra til økt systematikk og forankring av frivillig arbeid i omsorgstjenesten, ønsker regjeringen, som del av den nasjonale strategien for frivillighet, å videreutvikle satsingen på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdigehetscenteret i Bergen. Den frivillige, ubetalte omsorgen, omfatter i all hovedsak innsats fra familie og pårørende. Opplæring av frivillighetskoordinatorer vil derfor også være et sentralt tiltak for samarbeid med og oppfølging av pårørende.

#### *Forbedring av omsorgslønnsordningen*

Det er et overordnet mål at pårørende til både eldre og yngre med langvarige bistandsbehov skal oppleve at de blir mer verdsatt. I første fase av programmet skal det iverksettes et videre utviklingsarbeid med tanke på å forbedre omsorgslønnsordningen. Målet er en forenklet stønadsordning, som er bedre integrert med det offentlige tjenestetilbudet og har større grad av forutsigbarhet i tildeling og utmåling av ytelser innenfor rammen av det kommunale selvstyret. For å oppnå bedre integrering med det kommunale tjenestetilbudet, skal videre utviklingstiltak ta for seg hvordan kommunene kan gi et tilbud som er mer samordnet med pårørendes innsats, og blant annet tilby nødvendig veiledning og avlastning for å forbedre pårørendes situasjon. Tilbudet skal baseres på individuell vurdering av samlet omsorgsbehov. Utviklingsarbeidet skal legge til rette for en rettferdig og forutsigbar ordning for brukerne av omsorgslønnsordningen. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet iverksette utviklingsarbeidet. Det skal foreligge et forslag i løpet av 2014.

#### *Forskning og utvikling*

En pårørendepolitikk bør bygge på kunnskap som kan bidra til at pårørendes roller og samhandlingen med tjenesteapparatet blir konstruktiv, forutsigbar og god. Vi trenger mer kunnskap om de motiverende og belastende sider ved rollen som pårørende og om effekter av tiltak og metoder for avlastning, støtte, veiledning av pårørende og for samspillet mellom det offentlige og pårørende.

Som del av Omsorgsplan 2015 er omsorgsforskningsinnsatsen styrket de senere årene, pri-

mært gjennom midler til helse- og omsorgstjenesteprogrammet i Norges forskningsråd og til opprettelse av fem sentre for omsorgsforskning. Et av temaene i programplanen til helse- og omsorgstjenesteprogrammet for perioden 2011–2015 er samarbeid og samspill blant annet med pårørende.

Det er viktig å spre ny kunnskap, slik at det danner grunnlag for mer kunnskapsbasert praksis. Spredning og implementering av kunnskap kan skje på ulike måter, både ved at pårørende i samme situasjon danner nettverk for kunnskaps- og erfaringsutveksling, og gjennom innhold i opplæringspakker og pårørendeskoler. Videre har utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester et særlig ansvar for å sikre fag- og kompetanseutvikling til ansatte i sitt fylke. Flere sentre har utviklingsprosjekter om samarbeid med pårørende og andre frivillige omsorgsytere.

## **4.4 Menn som mulighet**

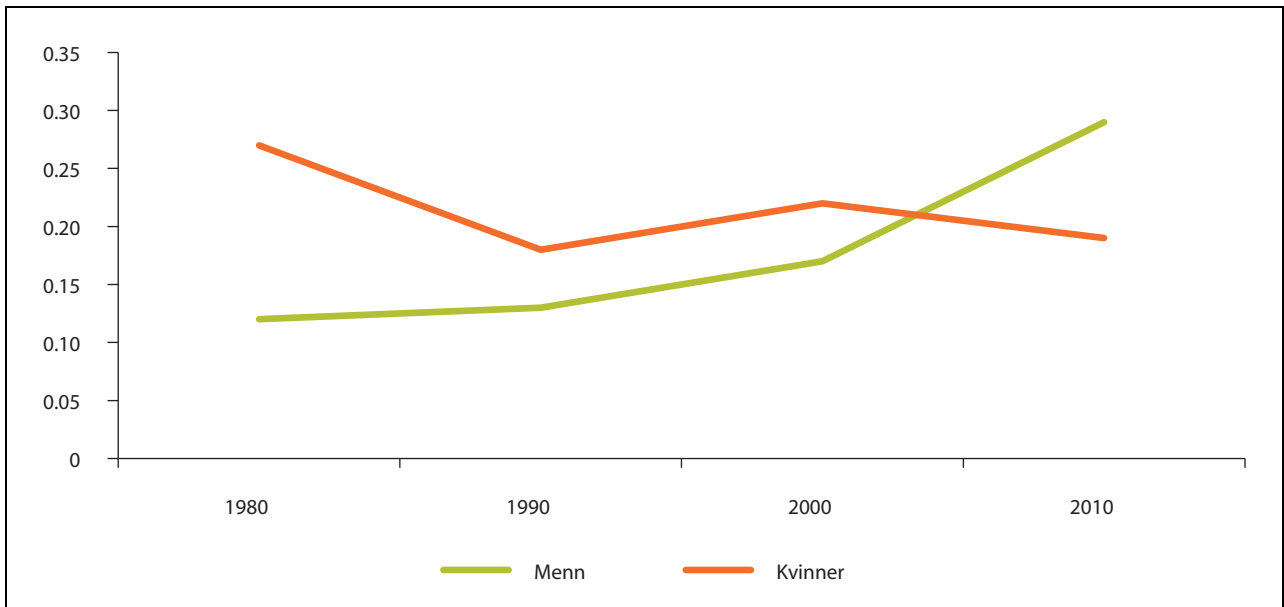
Menn representerer kanskje den største unyttede ressursen i omsorgstjenesten. Det er urealistisk å tenke seg at framtidens omfattende omsorgsoppgaver vil kunne løses uten at den mannlige halvpart av befolkningen i større grad lar seg rekruttere til helse- og omsorgsyrkene og inntar omsorgsarenaen.

### **4.4.1 Menn i omsorg – en skjult omsorgsressurs**

Studier viser at bedre kjønnsbalanse vil øke trivselen på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektoren (Svare 2009), og dermed kunne bidra til å gjøre det mer attraktivt både for menn og kvinner å ta seg utdanning og arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgstjenesten er en arena som i all hovedsak har vært og er dominert av kvinner. Kvinner har gjennom årtier bygget opp omsorgstjenesten i den form vi kjenner det i dag, og vært helt avgjørende for dagens velferdsordninger og de fellskapsverdier våre tjenester er tuftet på.

Vi lever i et samfunn i endring. Den tradisjonelle manns- og kvinnerollen er i endring. Det er en utfordring for rekrutteringen at helse- og omsorgssektoren har gjort seg avhengig av en kvinnerolle som er i ferd med å gå ut på dato. Fra-fallet i kvinnelig omsorgsyting har både kulturelle årsaker og skyldes nye kvinnegenerasjoners yrkesvalg (Bakken 2009). Mange kvinner tar nå helt andre utdanningsveier og velger andre fag og



Figur 4.2 Tid brukt til omsorgsarbeid en gjennomsnittsdag i aldersgruppen 67–74 år etter kjønn (i timer og minutter).

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Tidsbruksundersøkelsen 2010

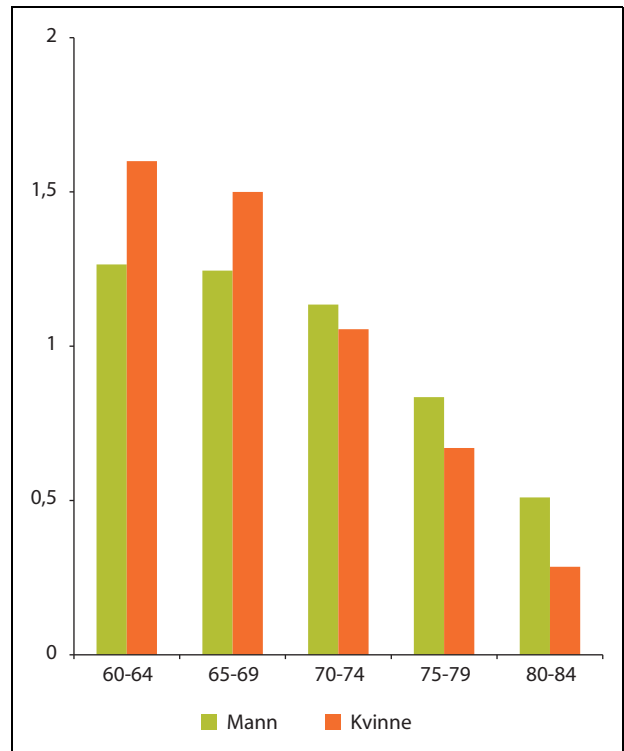
yrker. Vil vi ha likestilling i samfunnet, må vi også legge til rette for bedre likestilling når det kommer til omsorgsytting.

Vi må derfor se på menn som mulighet, og finne ut hva som må til for at menn går inn i omsorgsoppgaver. «Dette er et av flere områder der menn er gjort usynlige» (Andersen 2011).

#### 4.4.2 Menn i familieomsorgen

Overraskende for mange er det at dette ser annerledes ut i den uformelle og mer familiebaserte omsorgen. Der er menn på vei inn i betydelig større omfang enn før, og dekker opp den reduksjon som skjer i kvinners omsorgsytting. I enkelte aldersgrupper har menn nå passert kvinner både i andel og tidsbruk til omsorg når det gjelder pleie og hjelp til voksne i egen husholdning, eller hjelp til andre husholdninger. I følge Statistisk sentralbyrås tidsnytteundersøkelse bruker menn i aldersgruppen 67–74 år gjennomsnittlig 50 prosent mer tid på slik omsorgsytting enn kvinner. For 30 år siden brukte kvinner i samme aldersgruppe mer enn dobbelt så mye tid som menn på omsorgsarbeid. For alle aldersgrupper sett under ett er det imidlertid fortsatt kvinnene som bruker mest tid på omsorgsarbeid, og enkelte undersøkelser kan tyde på at det fortsatt er et godt stykke igjen før det er full likestilling på dette området (T. Hansen 2012, Herlofson 2012).

Internasjonal forskning konkluderer med at andelen menn som er primære omsorgspersoner, er økende:



Figur 4.3 Hyppighet for pass av barnebarn (aldri = 0, nesten = 4) fordelt på besteforeldres kjønn

Kilde: Knudsen 2012



«Det eksisterer en realitet som ikke lenger kan ignoreres, nemlig den at ca. 1/3 av de personene som har betydelig uformelt omsorgsansvar for nære andre, er menn. Det kan spores en gryende interesse for dette som forskningsfelt. Forståelsen av kjønn er i endring, og innenfor kjønnsforskningen er det en utvikling i retning av å utforske sider ved menn og mannlighet som så langt har vært oversett.» (Andersen 2011)

Stadig oftere vil vi også se bestefedre passe barnebarna. En større europeisk studie (Knudsen 2012) tyder på at bestefedrene nå bruker mer tid på barnebarn enn før. Blant yngre besteforeldre har bestemødrene fortsatt mer med barnebarna å gjøre enn bestefedrene. Men med årene endrer kjønnsmønsteret seg gradvis, slik at for de eldste aldersgruppene deltar bestefedrene heller mer, og når besteforeldrene passerer 70 år er det bestefar som tilbringer mest tid med barnebarna sine.

Besteforeldre står sentralt i mange barns nettverk, og utgjør en form for heimevern, som står parat til å hjelpe når det trengs. De deltar i aktiviteter med barnebarna og gir støtte, både materielt og emosjonelt. Videre støtter de opp om barnas foreldre. Blant kvinner sier 76 prosent at deres mødre støtter dem i foreldreoppgaven, mens 66 prosent også ser fedre som en støtte. Tilsvarende ser 67 prosent av mennene mødre og 57 prosent fedre som slik støtte (Hagestad 2006).

Likestillingen ser altså ut til å ha kommet lenger i familieomsorgen enn i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ikke minst blant seniorbefolkningen. Det bør gi grunnlag for optimisme med tanke på de muligheter som kan ligge i å rekruttere menn inn i offentlig omsorgsarbeid i årene som kommer.

#### 4.4.3 Rekruttering av menn

I 2011 utførte menn 11,6 prosent av alle årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. Det er en økning på 1,3 prosent fra 2007 og på 0,3 prosent sammenlignet med året før. Økningen fra 2007 til 2011 er liten, og det er heller ikke noe som tyder på at denne situasjonen vil endre seg uten at det skjer grunnleggende endringer i utdanning og arbeidsmarked.

Andelen menn er høyest blant leger, miljøterapeuter, sosionomer, fysioterapeuter, vernepleiere og pleieassistenter, mens den er lavest for aktivitetører, sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Blant de nye helsefagarbeiderne som er

#### Boks 4.5 Menn i helse

Prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune har hatt som siktemål å øke andelen menn som tar utdanning som sykepleier, vernepleier eller helsefagarbeider og øke mannsandelen i helse- og velferdssektoren i Trondheim med en prosent i året.

Hovedaktiviteten i prosjektet har vært å tilby menn i alderen 18–55 år en åtte ukers veiledet praksis som helserekrutt på sykehjem eller hjemmetjeneste for å prøve ut helse- og omsorgstjenesten som en mulig yrkesvei. I etterkant av praksisperioden er det dialog og samarbeid rundt et videre utdanningsløp. Bestått praksisperiode, Vg1 Helse- og sosial og Vg2 Helsefagarbeider sikrer deltakerne lærlingeplass i Trondheim kommune innen helsearbeiderfaget.

Dette har vært et av de mest vellykkede forsøk på å rekruttere menn til helse- og omsorgssektoren i Norge. Hele 266 menn har søkt på til sammen 69 helserekruttsteder. Av disse har 41 påbegynt utdanning, de fleste som helsefagarbeidere. I forlengelsen av prosjektet er det utarbeidet en utdanningsmodell i et samarbeid mellom kommune, fylkeskommune og NAV Trondheim. Prosjektet utvides i år til nabokommunene Melhus og Malvik.

Prosjektet sier dette «kan være starten på en spennende fremtid, hvor overblikk, mot og handlekraft er viktige egenskaper i arbeidet med mennesker». Prosjektet er finansiert med midler fra Helsedirektoratet, NAV Trondheim og Trondheim kommune.

Tiltaket er godt markedsført blant annet på sosiale medier og gjennom aktiv kulturbygging.

Se <http://www.trondheim.kommune.no/mennihelse>

rekruttert inn i årene fra 2009 til 2011 er mannsandelen på rundt 12 prosent, og vesentlig høyere enn for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. I en ny doktorgradsstudie tas det et oppgjør med stereotyp oppfatninger av hva slags menn som velger sykepleieryrket. Undersøkelsene viser at det er vanlige menn som i stor grad ser ut til å ha gjort et bevisst valg. De er engasjerte og motiverte, og later til å være klar over karrieremulighetene yrket gir (Karlsen 2013).

Forskning viser at menn som går inn i omsorgsyrker, kan oppleve seg fremmed i møtet med kulturen på de kvinnedominerte arbeidsplassene. Både samtaleformen og husmorstandarder til rydding og vasking og orden i lintøyskapet kan være en utfordring (Svare 2009, Bakken 2009). Dette endrer seg imidlertid raskt der menn har kommet inn og gjort ting på sin måte, og det ser ut til at bedre kjønnsbalanse bidrar til økt trivsel på arbeidsplassen for begge kjønn.

Dersom menn skal bryte gjennom på omsorgsarenaen, må en derfor sannsynligvis først passere en terskel, der det er nok menn i systemet til at det ikke lenger oppleves som en kvinneverden. Da først kan ting begynne å skje av seg selv. Inntil dette er det nødvendig med særlige tiltak.

#### 4.4.4 Menn i omsorg

Trondheim kommune har gjort et av de mest vellykkede forsøk på å rekruttere menn til omsorgssektoren. Der står menn nå i kø for å prøve ut helse- og omsorgsarbeid i hjemmetjenester og sykehjem som framtidig arbeidsplass og levevei, jf. omtale i egen boks.

Regjeringen ønsker å bygge videre på erfaringene fra Trondheim kommune og gjøre Menn i helse og omsorg til et landsomfattende prosjekt, i første omgang som en del av Kompetanseløftet i Omsorgsplan 2015. Samtidig inviteres kommuner, utdanningsinstitusjoner og organisasjoner til å sette rekruttering av menn høyt på sin dagsorden og komme opp med tiltak som kan bidra til bedre kjønnsbalanse på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektoren.

### 4.5 Frivillige som ressurs

Deltakelse i det sivile samfunnet er like mye en væremåte som en handlingsmåte, og utgjør noe av fundamentet for et demokratisk samfunn. Mange deltar i frivillig arbeid i Norge. Det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område. Deltakelse i frivillig arbeid skjer imidlertid ikke av seg selv, men må framelskes, dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Dersom de kommunale tjenestene setter av egnet fagpersonell eller samarbeider med ideelle organisasjoner om dette, viser erfaring at en slik investering gir en betydelig frivillig innsats. Forskning viser at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats

som et supplement til å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester, men har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner (Disch og Vetvik 2009).

Folk søker ikke i samme omfang livslange medlemskap i frivillige og humanitære organisasjoner, men tar gjerne del i mer intense og kortvarige prosjekter i regi av de samme organisasjonene. Mange og sterke brukerorganisasjoner er en del av den nye utviklingen, der likemannsarbeid erstatter veldedighet. Et særtrekk ved det nye som skjer, er veksten i deltakelse i organisasjoner som ivaretar medlemmenes behov og interesser både gjennom interne aktiviteter og utadrettet virksomhet (Gulbrandsen og Ødegård 2011).

Frivillighet ser ut til å gi økt tilfredshet med livet og økt mestringsfølelse (Selle og Wollebæk 2012). Organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet. For enkeltpersoner bidrar organisasjonsaktivitet blant annet til å skape sosiale nettverk, identitet og tilhørighet. Frivillig aktivitet gir mulighet for personlig utfoldelse og kreativitet, og er gode arenaer for læring og mestring. For samfunnet som helhet betyr et høyt nivå av frivillig aktivitet også et høyt tillitsnivå med sterke sosiale bånd.

Frivilligheten skaper store verdier. I følge SSBs årlige satelittregnskap for frivillig sektor (Statistisk sentralbyrå 2012) har verdiskapingen i sektoren i perioden 2008–2010 økt fra 92 mrd. kroner til 101 mrd. kroner. Regnskapet viser også at det utføres 1,4 frivillig årsverk for hvert betalte årsverk i frivillig sektor.

Målet for regjeringens frivillighetspolitikk er å støtte aktivt opp under et levende sivilsamfunn og legge til rette for deltakelse som faller utenfor organisasjonslivet, gjennom å forbedre rammevilkårene for frivillig sektor, øke fokus på lokal virksomhet og lavterskelaktivitet, oppmerksomhet på mangfold og inkludering, og mer kunnskap og forskning. Regjeringen vil utvikle en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal angi tiltak for å bidra til å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, og for å sikre økt frivillig aktivitet og dermed styrke enkeltpersoners sosiale nettverk og redusere ensomhet. Strategien skal bygge på de gode erfaringene som allerede finnes og støtte Plattform for samspill og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor som allerede er utarbeidet av KS og Frivillighet Norge. Strategien skal ferdigutvikles og konkretiseres i dialog med kommunesektoren og i samarbeid med Frivillighet Norge.

#### 4.5.1 Frivillighetspotensialet

Frivillig sektor er i forandring. Det betyr ikke at den forvitrer, den finner bare nye former. Det er i disse nye formene framtidens muligheter ligger. Den nasjonale strategien for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet vil støtte opp under og stimulere til nye frivillighetsformer, der brukerne selv spiller en sterkere rolle. Utviklingen av strategier og tiltak som omhandler frivillighetsfeltet vil skje i dialog med brukerne og deres organisasjoner.

Om lag halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år. Den frivillige arbeidsinnsatsen i de frivillige organisasjonene i Norge tilsvarer 115 000 årverk. Dette plasserer Norge på verdenstoppen i frivillighet. Hovedinnsatsen foregår i kultur- og idrettssektoren (55 prosent). Bare ti prosent av det frivillige arbeidet i Norge skjer innenfor omsorgssektoren (Wollebæk og Sivesind 2010).

Eldres frivillige bidrag har økt i perioden 1997–2009. I 1997 var ungdom mer aktive enn pensjonister, mens i 2009 er dette omvendt. Hovedmønsteret er at yngre kvinner deltar mer enn yngre menn, mens eldre menn deltar mer enn eldre kvinner. Det er et potensial for å få flere til å delta i og utføre frivillig arbeid (Respons Analyse 2012). Personer med innvandrerbakgrunn og unge voksne i aldersgruppen 18–25 år er de som er mest positive til å gjøre mer frivillig arbeid.

I en videre forskningsinnsats på sivilsamfunnet og frivillig sektor vil det være hensiktsmessig å få mer kunnskap om rekrutteringspotensialet og motiver for deltakelse. Kulturdepartementet har et særlig ansvar for forskning på sivilsamfunnet og frivillig sektor, og vil videreføre forskningsinnsatsen på området.

#### 4.5.2 Samspill og samarbeid

En undersøkelse gjennomført av KS viser at det er et stort omfang av samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner innenfor kommunale tjenesteområder. Det er imidlertid bare 20 prosent av kommunene som har utviklet en lokal frivillighetspolitikk. Et stort flertall mener at det vil være behov for tettere samarbeid med frivillig sektor i framtida (KS 2010).

Frivillighet Norge og KS har nylig inngått en avtale om samspill og samarbeid om utvikling av frivillighetspolitikken. Avtalen skal være en plattform for bedre samhandling, slik at både kommunene og organisasjonene kan videreutvikle samarbeidet på lokalt nivå. Avtalen anerkjenner

at sektorene har ulike roller i samfunnet. Samarbeidet bygger på et prinsipp om at frivillig sektor skal supplere og ikke erstatte offentlige tjenester.

Som oppfølging av avtalen skal KS videreutvikle nettverk for kommuner som jobber aktivt med frivillighetspolitikk og oppdatere veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk. Veilederen er ment å være til inspirasjon og et hjelpemiddel for kommuner som vil utvikle en lokal frivillighetspolitikk. Det er også igangsatt et prosjekt for å utvikle og styrke innovative frivillighetstiltak i kommunene. Frivillighet Norge skal i tillegg utvikle et informasjonsopplegg som skal motivere kommuner til å igangsette politiske prosesser som fører fram til en helhetlig frivillighetspolitikk. En tett dialog med lokale organisasjoner vil være et viktig grunnprinsipp. På Frivillighet Norges nettside oppdateres informasjon om gode eksempler på lokalt samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor. Hensikten er å formidle verdien av en god og helhetlig frivillighetspolitikk.

I frivillighetsmeldingen understreker regjeringen behovet for samarbeid mellom kommunal og frivillig sektor, og kommunene oppfordres til å utvikle lokal frivillighetspolitikk (St.meld. nr. 39 (2006–2007)). I lov om folkehelsearbeid har kommunene fått et ansvar for å samarbeide med frivillig sektor. Den varslede folkehelsemeldinga vil tydeliggjøre betydningen av sivilsamfunnet og frivillighet som en viktig arena for folkehelse og forebyggende arbeid.

Erfaringer fra de nordiske landene viser videre at en relativt omfattende offentlig organisert og finansiert omsorg ikke utkonkurrerer frivillighet. Tvert imot kan erfaringene tyde på at redusert offentlig omsorg også reduserer frivillig innsats. Frivilligheten tilfører samfunnet store økonomiske verdier.

En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten. Frivillige må rekrutteres, motiveres, opplæres, følges opp og ivaretas. Som alle andre aktører i den offentlige oppgaveløsningen, har også frivillige behov for styring og ledelse. Ledelse av frivillige er nødvendig og ofte tidkrevende, og det er behov for ledelse med gode kommunikasjonsferdigheter, utholdenhet og høy sosial kompetanse.

Systematisk nettverksarbeid kan være viktig for å rekruttere og beholde frivillige, kartlegge og koble brukerens nettverksressurser, samt drive veiledning og undervisning. Undersøkelser viser at brukeres sosiale nettverk ofte forsvinner når en person flytter inn på sykehjem.

Samtidig gir beboere uttrykk for at de savner sitt gamle nettverk. Gjennom systematisk nettverksarbeid kan brukeres sosiale nettverk revitaliseres, slik at beboere kan opprettholde kontakten med det sosiale livet de tidligere har vært en del av.

Det er viktig å utvikle arenaer for frivillighet. Erfaringer viser at frivillig arbeid blant eldre utløses av aktivitet ved lokale eldresentra.

#### 4.5.3 Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

For å utnytte potensialet som ligger i frivillig arbeid skal det utarbeides en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bygge på erfaringene som allerede finnes, og på plattformen som er utarbeidet for samarbeid mellom kommunene og Frivillighet Norge. Strategien skal ta utgangspunkt i følgende elementer:

- mobilisering, organisering og koordinering
- nettverksarbeid
- arenaer for frivillighet
- livsgledesykehjem
- kunnskap og forskning

#### *Mobilisering, organisering og koordinering*

Frivillige må rekrutteres, motiveres, opplæres, følges opp og ivaretas. Den nasjonale frivillighetsstrategien skal inneholde tiltak for økt kompetanse i å drive rekruttering, koordinering, opplæring og veiledning av frivillige.

I en undersøkelse fra 2009 om erfaringer med frivillighetstjenester på sykehjem (Abrahamsen 2009) svarte så godt som alle kommuner at de ønsket seg en egen, organisert frivillighetstjeneste med en koordinator. Videre viser en kartlegging at under halvparten av kommunene har frivillighetskoordinator, eller driver veiledning for ansatte i hvordan de skal følge opp frivillige. Middels store og store kommuner er mer aktive enn små kommuner med å rekruttere og lære opp individuelle frivillige (Johansen og Lofthus 2011).

For å bidra til økt systematikk og forankring av frivillig arbeid i omsorgstjenesten ønsker regjeringen å videreutvikle satsingen på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdighetssenteret i Bergen.

Ideelle organisasjoner som driver tjenester på oppdrag fra kommuner eller spesialisthelsetjenesten, har ofte et systematisk frivillighetsarbeid

#### **Boks 4.6 Med hjerte for Arendal**

I Arendal er det gjennomført en omfattende kartlegging av behov og muligheter internt i kommunen og i de fem organisasjonene Kirkens Bymisjon, Røde Kors, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Blå Kors og Frelsesarmeen. Kommunen og de frivillige organisasjonene ser behov for et større mangfold av bidragsytere for å utvikle gode velferdstilbud innenfor områdene:

- demensomsorg
- aktiv omsorg knyttet til kommunens institusjoner
- forebyggende tiltak rettet mot barn og unge
- forebyggende tiltak rettet mot fattigdomsbekjempelse og marginalisering
- bo og bo-trening for utsatte grupper
- forebyggende helsearbeid

Erfaringene fra prosjektet vil ha stor verdi for andre kommuner og organisasjoner.

(Rønning 2011). Mange organisasjoner har egne frivillighetsledere, og arbeidet er i all hovedsak en integrert del av virksomhetens arbeid. Det er viktig å samle og spre de gode erfaringene fra organisering av frivillig arbeid. Kirkens Bymisjon er i ferd med å utvikle en håndbok for systematisk fri-

#### **Boks 4.7 Várdobáiki samisk senter**

Várdobáiki samisk senter i Evenes kommune har i en årrekke arbeidet med brukerrettede tiltak for samiske eldre i markebygdene i Sør-Troms og nordre Nordland. Målet er å være en spydspiss for utvikling av brukerrettede tilbud til eldre samer og det arbeides aktivt for å forbedre og tilrettelegge omsorgstilbud til samiske brukere. Dette gjøres ved informasjonstiltak i ulike fora, og arrangement av helsetreff for eldre samer. Helsetreffene har gitt økt trivsel som resultat, og har ført til at eldre blir boende hjemme lengre. Senteret har arbeidet med ulike prosjekter i perioden 2003–2007, blant annet kosthold og ernæring, trim og sosial aktivitet. Tiltaket er nå permanent, og blir tildelt direkte tilskudd fra Sametinget.

villig arbeid i sykehjem. Håndboken skal sendes til alle landets kommuner.

#### *Nettverksarbeid*

Det sosiale nettverket forsvinner ofte når en person flytter inn på sykehjem. Samtidig gir beboere uttrykk for at de savner sitt gamle nettverk. Gjennom systematisk nettverksarbeid kan brukeres sosiale nettverk revitaliseres, slik at de kan opprettholde kontakten med det sosiale livet de tidligere har vært en del av.

Nettverksutvikling, organisering og koordinering blir viktig både som oppgave og arbeidsmetode i framtidens omsorgstjenester. Arbeidet med nettverk og frivillige gir en særskilt etterspørsel etter yrkesgrupper med bakgrunn i blant annet sosialt arbeid og pedagogikk. Frivillige rekrutteres primært fra nærmiljøet, og det vil derfor være av avgjørende betydning å være synlig i nærmiljøet og åpne opp virksomhetene mot nærmiljøet.

I forslag til nye læreplaner i valgfag for ungdomstrinnet foreslås det også å etablere valgfaget Innsats for andre. Opplæringen skal gjøre elevene i stand til å identifisere behov for frivillig arbeid i lokalmiljøet, og elevene skal kunne bruke egne ressurser og kunnskaper til å planlegge, iverksette og slutføre tiltak som imøtekommer behovene.

I en nasjonal frivillighetsstrategi vektlegges utvikling av nettverks- og nærmiljøarbeid som

metode for å fremme frivillig innsats i omsorgstjenestene og skape gode og fellesskapsorienterte lokalsamfunn.

#### *Arenaer for frivillighet*

Det er mange mulige arenaer for frivillighet i omsorgssektoren:

#### *Ideelle organisasjoner som tjenesteleverandører*

Ideelle organisasjoner har ofte et systematisk frivillighetsarbeid. Mange organisasjoner har egne frivillighetsledere, og arbeidet er i all hovedsak en integrert del av virksomhetens arbeid. Gjennom deres formålsmessige egenart har ideelle organisasjoner ofte evne og vilje til å rekruttere frivillige, til å ta vare på og styrke brukernes nettverk og på andre måter samspille med lokalsamfunnet.

#### *Frivillige organisasjoner*

Frivillige gjør i hovedsak frivillig innsats i regi av en frivillig organisasjon. Mobilisering av frivillige bør derfor sees i sammenheng med de frivillige organisasjonene. Det er viktig at kommunene får en mer bevisst rolle overfor frivillige organisasjoner, og at de frivillige aktivitetene forankres som del av de lokale ressursene og lokalsamfunnsutviklingen. Det foreslås videre å stimulere til samarbeidsprosjekter mellom offentlige instanser og frivillig organisasjonsliv for å bedre kunne møte framtidens omsorgsbehov.

#### *Eldre- og seniorsentra*

Eldresenter er et godt eksempel på et allmennforebyggende tiltak som motvirker ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og som skaper aktivitet og sosialt fellesskap. Eldresentrene når svært mange, og utløser en betydelig frivillig innsats på lokalt plan. Betydningen av kontakt på tvers av generasjoner tilsier at eldresenter bør lokaliseres sammen med, eller i tilknytning til andre aktiviteter, som for eksempel kulturhus.

Det ser ut til at videre utbygging av eldresenter er avhengig av tiltak som kan stimulere kommuner, pensjonistforeninger, frivillige organisasjoner eller andre til å etablere og drive slike tilbud.

I arbeidet med en nasjonal strategi ønsker regjeringen derfor å se nærmere på utvikling av ulike former for eldre- og seniorsentra.

#### **Boks 4.8 Gjemt, men ikke glemt**

Ammerudhjemmet bo- og kultursenter, som drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, startet i 2010 nettverksprosjektet Gjemt, men ikke glemt. Bakgrunnen var at erfaringer viste at nettverket ofte uteblir gjennom et sykdomsforløp og at dette forsterkes når en person flytter inn på sykehjem. Slik kan beboere på sykehjem oppleve ensomhet og isolasjon i livets siste fase. Målet er at alle beboere skal få mulighet til å opprettholde kontakten med det sosiale nettverket de tidligere har vært en del av, gjennom å arbeide systematisk med å vitalisere og revitalisere deres sosiale relasjoner. Hvis beboerne står uten nettverk forsøker en å bygge nye, bestående av frivillige medarbeidere. Prosjektet avsluttes i 2013. Som en del av oppsummeringen av prosjektet vil det bli utarbeidet en nasjonal veileder i nettverksarbeid på sykehjem.

### *Frivilligsentraler*

Frivilligsentralene i kommunene har i løpet av de siste 20 årene vokst fram til å bli viktige aktører i samhandlingen mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. Mange har engasjert seg gjennom sentralenes virksomhet, der pensjonistene utgjør den største gruppen frivillige.

Frivilligsentralene rekrutterer og organiserer folk som vanligvis ikke deltar i det tradisjonelle organisasjonslivet (Lorentzen 2012). Videre har frivilligsentralene erfaring og kompetanse knyttet til å være et bindeledd og kontaktpunkt mellom det offentlig og frivillige lag og foreninger, og mellom frivillige og de som har behov for frivillig innsats.

### *Åpne sykehjem*

Det åpne sykehjemmet er en driftsmodell som optimaliserer det frivillige engasjementet. Sykehjem bør tilrettelegges for familie og nære pårørende slik at en omfattende omsorgsinnsats ikke plutselig tar slutt, men kan videreføres innenfor sykehjemmets rammer. Åpne sykehjem bidrar til å sikre kontinuiteten i kontakten mellom familimedlemmer, og bidrar til aktivitet og trivsel.

Elementene i et åpent sykehjem forebygger at livet på institusjonen blir en lukket verden, avsondret fra det øvrige livet i lokalsamfunnet. Dette bidrar til en sterkere integrasjon av sykehjemmet i nærmiljøet, hvor majoriteten av de frivillige rekrutteres fra. Et aktivt, attraktivt og profesjonelt kulturarbeid bidrar også til at man får noe ekstra som frivillig, utover det selve oppgaven som frivillig gir.

### *Livsgledesykehjem*

Stiftelsen Livsglede for eldre ble etablert i 2005 av sykepleierstudenter som så behov for å skape mer aktivitet og glede i eldreomsorgen. Gjennom etablering av lokalforeninger dannet stiftelsen arenaer for frivillig arbeid over hele landet. I dag er det 30 slike virksomheter i sving, og videre er om lag 80 videregående skoler involvert i livsgledearbeid som aktivitet i helsefag. Typiske arrangementer for det frivillige arbeidet er å ta med hjemmeboende eldre og sykehjemspasienter på tilrettelagte aktiviteter i trygge omgivelser. Dette bidrar til at eldre kommer ut i frisk luft og treffer andre mennesker, noe som forebygger ensomhet. Det frivillige engasjementet utløste i 2012 om lag 400 000 dugnadstimer, som tilsvarer om lag 220 årsverk.

Gjennom det frivillige arbeidet så stiftelsen store muligheter i å få satt de gode opplevelsene i

system på sykehjemmene. I 2007 ble pilotprosjektet Livsgledesykehjem etablert, og det er i dag igangsatt arbeid med å sertifisere 20 livsgledesykehjem. Erfaringene fra dagens livsgledesykehjem viser at ordningen styrker relasjonene mellom sykehjemmene og lokale skoler, barnehager, organisasjoner og andre ressurser i omgivelsene. Gjennom ulike aktiviteter får ansatte og frivillige konkrete muligheter til å skape gode opplevelser og gode hverdager for beboerne på sykehjemmene.

For å styrke den aktive omsorgen og sette brukers sosiale og kulturelle behov i sentrum, ønsker regjeringen å etablere en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av Stiftelsen Livsglede for eldre. Sertifiseringen skal gjennomføres i et tett samarbeid med lokalforeningene, videregående skoler og andre frivillige.

### *Kunnskap og forskning*

Styrket kunnskap og forskning skal være sentralt i den nasjonale strategien for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. For langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det offentlige og frivillig er det viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget om frivillig sektor. Kunnskapsbehovet på området må derfor synliggjøres. Det skal bygges videre på de forskningsprogrammer og satsinger som finnes på feltet.

Forskningsprogrammet om sivilsamfunn og frivillig sektor i regi av Kulturdepartementet, er et viktig virkemiddel i denne sammenheng. Programmet har som mål å øke og utvikle kunnskapen om frivillig sektors betydning og rolle i samfunnet, bidra til å videreutvikle en helhetlig frivillighetspolitikk og styrke frivillig sektor gjennom økt forskningsbasert kunnskap. Hovedtemaer i programmet er ulike perspektiver på deltakelse, endringer i frivillig sektor og påvirkningsfaktorer knyttet til finansieringsformer og andre rammevilkår. Institutt for samfunnsforskning har ansvar for etablering og drift av forskningsprogrammet i perioden 2008–2013. Det arbeides nå med videreføring av programmet fra og med sommeren 2013, der økt kunnskap om frivillig arbeid i omsorgssektoren også blir et tema.

## **4.6 Ideelle tjenesteleverandører som ressurs**

Ideelle organisasjoner er betydelige tjenesteleverandører på oppdrag eller avtaler med kommunene. Ideelle organisasjoner driver blant annet

sykehjem, hjemmetjenester og tilbud innenfor psykisk helse, rehabilitering, rus og barnevern.

Historisk har ideelle organisasjoner vært velferdsstatens fortrupp. De har bygd ut tjenestetilbud til svake grupper som det offentlige seinere har tatt ansvar for, og de har utviklet nye arbeidsmetoder ofte med stor vekt på brukerinnflytelse og deltakelse fra lokalsamfunnet.

Behovet for slike pionérer er like stort i dag. Ideelle organisasjoner vil fortsatt være viktige medspillere for å møte de utfordringer og muligheter som følger av en aldrende befolkning, en friskere eldrebefolkning, økende kulturelt mangfold og en rivende teknologisk utvikling.

Vi trenger ideelle tjenesteleverandører med et bevisst samfunnsmessig verdigrunnlag og tradisjoner for å drive med innovasjon og nyskaping. For at ideelle organisasjoner skal kunne virke på denne måten bør de være godt forankret i lokalsamfunnet, i organisasjoner med et uttalt helse- og sosialpolitisk formål og drevet eller støttet av frivillige og samfunnsengasjerte borgere.

Ideelle tjenesteleverandører kan ikke på samme måte som kommersielle aktører hente ut overskudd fra driften. Gjennom sin formålsmessige egenart har de evne og vilje til å rekruttere frivillige, til å ta vare på og styrke brukernes sosiale nettverk, og på andre måter samspille med lokalsamfunnet. De er attraktive arbeidsgivere for fagfolk med sterk egenmotivasjon og sosialt engasjement, og fordi de er formålsoverrettede, har de også gjerne et annet rekrutteringsgrunnlag.

Rammevilkårene for ideelle organisasjoner har imidlertid endret seg. Et forhold er at frivillig innsats er i endring, der frivillighet tar dels andre former nå enn tidligere. Et annet forhold er avtale- og samarbeidsformene mellom ideelle tjenesteleverandører og offentlige oppdragsgivere. Fra tidligere å være langsiktige samarbeidspartnere med direkte framforhandlede driftsavtaler, er ideelles leveranser til kommunene nå underlagt lov om offentlige anskaffelser. Ideelle organisasjoner opplever denne omleggingen som utfordrende. Ved å bli sidestilt med kommersielle markedsaktører opplever mange ideelle tjenesteleverandører at de blir tildelt en rolle som er i strid med deres egenart. En del ideelle aktører har også av historiske årsaker høyere pensjonskostnader enn kommersielle. Hovedorganisasjonen Virke har uttrykt bekymring for at de ideelle tjenesteleverandørene i helse- og sosialsektoren er borte i løpet av en periode på 5–10 år om det ikke tas nye politiske grep.

De ideelle organisasjonenes andel av tjenesteytingen har gått ned i senere år. Ved årtusenskif-

tet eide ideelle organisasjoner om lag ti prosent av sykehjemmene og kommersielle selskaper om lag tre prosent (NOU 2005: 3). De ideelle organisasjonenes andel av institusjonsplasser (syke- og aldershjem) har sunket og var 5,3 prosent i 2011, mens de kommersielle markedsaktørenes andel har steget til 4,1 prosent. Omfanget av private aktører (kommersielle og ideelle) er mindre i hjemmetjenestene, men andelen er økende. Det skyldes økte leveranser fra kommersielle bedrifter. Hjemmetjenestene representerer om lag halvparten av omsorgstjenestene. I 2011 utgjorde kjøp fra private tjenesteleverandører knapt seks prosent av kommunenes utgifter til hjemmetjenester, og om lag ti prosent av kommunenes samlede utgifter til institusjon.

I internasjonal sammenheng er andelen ideelle tjenesteleverandører på velferdsfeltet relativt lav i Norge. Både i Norge og Sverige har ideelle organisasjoner stått for om lag fem prosent av årsverkene innenfor helse-, sosial- og utdanningssektoren. I mange land i Vest-Europa er denne andelen 20 prosent eller mer (bl.a. store EU-land som Tyskland, Frankrike, Storbritannia og Spania). Dette gjelder også Australia og USA (Selle og Sivesind 2009).

Regjeringens politikk for å styrke ideell sektor har flere elementer. Et element er avtaler for å styrke samarbeidet mellom offentlig og ideell sektor, slik som regjeringens samarbeidsavtale med ideell sektor om statlige helse- og sosialtjenester, og den videre oppfølgingen av samarbeidsavtalen som er inngått mellom ideell sektor og KS. Et annet element er de juridiske rammevilkårene for ideell sektor.

Regjeringen ønsker å bidra til å snu utviklingen der ideelle aktørers andel av tjenesteytingen er synkende. Framtidas utfordringer forutsetter en økt satsing på ideelle. Ideelle driftere som tenker innovativt, rekrutterer frivillige og er meningsbærere i det offentlige rom, vil kunne bidra til å utvikle helse- og omsorgstjenester i de fleste kommuner. Da må de ideelle de lykkes med å presentere seg som et godt supplement og en god samarbeidspartner for kommunene. De blir ikke gode driftere av offentlige velferd bare ved å være ideelle aktører, men gjennom å synliggjøre sin merverdi.

#### 4.6.1 Partnerskapsavtaler internasjonalt

I mange land i og utenfor Europa har myndighetene og ideell eller frivillig sektor (civil society) framforhandlet overordnede avtaler om partnerskap. Først ute var England i 1998 med The Compact on rela-

tions between Government and Third Sector in England. Avtalen omfatter hele den frivillige sektor og fungerer også som et rammeverk for å løse saker og gjøre partnerskapsavtaler på lokalt nivå, såkalte Local Compacts. Den nasjonale avtalen har seinere blitt revidert og fornyet, siste gang i 2010.

I Sverige har den svenske regjeringen inngått en overenskomst med ideelle organisasjoner og Sveriges Kommuner og Landsting for helse- og sosialområdet. Overenskomsten formulerer en felles visjon og prinsipper som skal ligge til grunn for samarbeidet om å utvikle «en strategisk samarbeid» mellom sivilsamfunnet og kommuner, landsting og regioner (Integrations- og jämställdhetsdepartementet 2008). Andre land som har etablert slike overenskomster er blant annet øvrige deler av Storbritannia, Danmark, Frankrike, Spania, land i Øst- og sentral-Europa, Australia og New Zealand (Lasky 2011).

De mange nasjonale overenskomstene har også initiert initiativ på europeisk nivå. Europarådet er i ferd med å vedta retningslinjer for samvirket mellom frivillige og ideelle organisasjoner og det offentlige (Council of Europe 2009). Retningslinjene tar utgangspunkt i felles trekk ved de mange nasjonale avtalene og erfaringene man har høstet.

#### 4.6.2 Norske samarbeidsavtaler

I Norge gikk Regjeringen og ideell sektor høsten 2012 sammen om en samarbeidsavtale som omfatter statlige helse- og sosialtjenester. Som i den svenske overenskomsten gir avtalen seks overordnede prinsipper for god samhandling: Kvalitet, god bruk av offentlig midler, langsiktighet og forutsigbarhet, uavhengighet, mangfold og dialog. Denne avtalen omfatter ikke kommunal sektor, som betyr at det meste av omsorgstjenestene ikke er omfattet.

Innenfor det kommunale tjenesteområdet har KS og Frivillighet Norge utarbeidet en plattform for samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor, og anbefaler organisasjoner og kommuner å inngå tilsvarende samarbeidsavtaler på lokalt nivå. Regjeringen vil bruke kvalitetsavtalen og konsultasjonsordningen med KS som et verktøy for å følge opp denne samarbeidsplattformen, og vil legge opp til videre dialog med kommunesektoren og frivillighets-Norge om hvordan rammevilkårene for ideell sektor kan styrkes og deres rolle som innovatører videreutvikles på vårt område.

#### 4.6.3 Juridiske rammevilkår

Offentlige kjøp av helse- og sosialtjenester er underlagt lov om offentlige anskaffelser. Denne

loven er utformet med EØS-regelverket som ramme, og skal bidra til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. Et grunnleggende prinsipp i loven er at effektiv ressursbruk sikres ved at offentlige anskaffelser skjer gjennom konkurranse, basert på gjennomsiktighet og likebehandling.

De ideelle aktørene ønsker seg bedre og mer stabile rammevilkår som leverandører av helse- og sosialtjenester. Dette finnes det juridisk handlingsrom for. Et problem som ideelle aktører har pekt på er uhensiktsmessig korte kontraktstidspersoder. Regelverket gir imidlertid adgang til å fastsette kontraktens varighet ut fra tjenestens karakter. For tjenester på helse- og omsorgsfeltet kan det være et velbegrunnet behov for kontinuitet i ytelsene, ikke minst av hensyn til brukere som har behov for trygghet og stabilitet. Lengre kontraktstidspersoder vil også i større grad gi insentiver til, og mulighet for, å bygge opp og vedlikeholde gode fagmiljøer. Med lange kontrakter er det samtidig viktig å sikre kvalitet gjennom god kontraktstidspersoder oppfølging fra oppdragsgivers side.

Kvalitetskriterier og vektlegging av disse er en annen utfordring som ideelle organisasjoner har pekt på. Effektiv ressursbruk forutsetter at oppdragsgiver i tilstrekkelig grad vektlegger kvalitet. Det betyr også at kontrakter må baseres på kvalitetskriterier som er pålitelige og dekkende for alle viktige sider ved tjenestekvalitet, ikke minst brukererfart kvalitet. Dette kan være krevende å få til bare gjennom bruk av kvalitetsindikatorer.

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) vil denne våren ferdigstille en veileder for offentlige anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Veilederen drøfter problemstillinger som brukerne av regelverket finner særlig utfordrende og skal legge til rette for gode offentlige innkjøpsprosesser, oppfølging av og samarbeid med tjenesteleverandører.

Anskaffelsesregelverket gir adgang til å reservere anbudskonkurranser innenfor helse- og sosialfeltet til ideelle organisasjoner. Dette styrker ideelle aktørers stilling. Helse Sør-øst RHF inngikk i 2012 løpende avtaler med private ideelle institusjoner som gir tilbud til rusmiddelmissbrukere. De løpende avtalene er basert på tett samarbeid mellom tjenesteyter og oppdragsgiver og har som formål å sikre forutsigbarhet for leverandørene samtidig som de gir fleksibilitet til å videreutvikle tjenestetilbudet.

Helse- og omsorgstjenestene er kanskje det tjenesteområdet der anvendelsen av anskaffelsesregelverket er mest utfordrende. Samtidig har innkjøp av helse- og omsorgstjenester et betydelig økonomisk omfang; i 2011 utgjorde offentlige inn-



kjøp godt over 100 mrd. kroner. EU-kommisjonen har nylig foreslått et nytt anskaffelsesdirektiv som også omfatter helse- og sosialtjenester. I følge forslaget må nasjonale myndigheter fastsette passende nasjonale prosedyreregler for anskaffelser. Blant annet på denne bakgrunn har Regjeringen høsten 2012 nedsatt et offentlig utredningsutvalg for å gjennomgå den særnorske delen av anskaffelsesregelverket. Utvalget skal blant annet vurdere hvilke særlige regler som skal gjelde for tjenester som helse- og sosialtjenester. Utvalgets vurderinger skal her ta hensyn til de særegne forholdene som gjelder disse tjenestene og viktigheten av at tjenesteleverandører med særlig kompetanse og integritet finner det attraktivt å levere sine tjenester til det offentlige.

#### 4.6.4 Innovatører

For regjeringen er samspillet med ideell sektor viktig i utviklingen av velferdsstaten. Ideelle organisasjoner er motivert av andre drivere enn kommersielle aktører og har en egenart som ofte skiller dem fra offentlig virksomhet. Regjeringen har forventninger til ideelle aktørers innovative tilnærming til helse- og omsorgssektoren, og ser dette samarbeidet som en av flere muligheter til å mobilisere frivillige og nærmiljøet.

EØS-regelverket legger noen rammer for hvordan offentlige myndigheter kan kjøpe tjenester av ideelle. Regjeringen er opptatt av å utnytte det handlingsrommet som i dag eksisterer ved kjøp av denne type tjenester. Egne anskaffelsesprosesser for ideelle, langsiktige avtaler og et samarbeid om utvikling og innovasjon i forkant av anskaffelsen er mulige handlingsalternativ for de kommunene som ønsker å videreutvikle et slikt samarbeid.

Ideelle leverandørers plass og høye legitimitet på helse- og omsorgsfeltet vil i framtida være nært knyttet til at de fortsatt kan være innovatører, gå nye veier, involvere frivillige og ta fatt der velferds-samfunnet svikter. Dette krever at de kan holde fast på sin verdibaserte forankring og egenart, og blir etterspurt på grunn av det. På den annen side krever det at de finner nye eierformer og driftsmodeller, som involverer brukerne og deres representanter på andre måter enn tidligere.

### 4.7 Samvirke som mulighet

I Norge utvikles stadig nye eier- og driftsformer, blant annet som samvirkeforetak. Disse kan være av både ideell og kommersiell karakter. Som regel

er samvirkeforetakene et sted mellom kommersielle og ideelle aktører ved at de ikke har profitt som mål, men at virksomheten skal fremme medlemmenes økonomiske interesser eller tilgang på tjenester.

Et samvirkeforetak er kjennetegnet ved å være brukereid, brukerstyrt og ha brukernytte som formål. En samvirkeorganisasjon er en selvstendig forening av personer som frivillig har sluttet seg sammen for å møte felles økonomiske, sosiale og kulturelle behov og ønsker, gjennom en demokratisk styrt virksomhet som de eier i fellesskap. Samvirkemodellen er basert på stor grad av likhet mellom medlemmene.

#### 4.7.1 Nye samvirkeformer og samvirkemodeller

Samvirke er som selskapsform godt egnet til å bli benyttet på velferdsområdet og i samhandling med kommunene om utvikling av omsorgstjenestene. Samvirke er en organisasjonsform som ligger godt til rette for sterkere brukerinnflytelse, eierskap og brukerstyring. Samtidig inviterer selskapsformen tjenestemottakere og innbyggerne til å være mer enn forbrukere og konsumenter, ved å utfordre til å ta ansvar og delta i utformingen og produksjonen av tjenestetilbudet.

Deltakelse i samvirke kan motvirke isolasjon og bidra til å utsette bruk av kommunalt organiserte tjenestetilbud. Dagens fellesskapsløsninger kan styrkes ved å utvide organisasjonsformene til også å omfatte ulike former for samvirkeforetak. Lokaldemokratiet i kommunene styrkes gjennom sterkere direkte brukerdemokrati.

I internasjonal sammenheng er samvirkeforetak svært utbredt. Over 1 milliard mennesker er medlem i et samvirkeforetak. I Norge er vel 2,5 millioner mennesker medlem i et eller flere samvirkeforetak. I Norge har samvirke som eier- og driftsform generelt vært lite utbredt innenfor områder der offentlig sektor har ansvaret. Dette gjelder også for omsorgstjenestene.

En undersøkelse utført av Norges Vel viser at av om lag 700 samvirkeforetak knyttet til velferdsproduksjon var de fleste barnehager. Bare fem var innenfor omsorgssektoren. I tillegg til Uloba SA, fant de to eldresenter med boliger i Narvik og Rana, et dagsenter for eldre på Stovner i Oslo og Aurora Verksted i Bærum (Breen m.fl. 2008). I andre deler av nærings- og samfunnslivet har denne eier- og driftsformen lenge hatt en helt annen dominerende plass.

I omsorgssektoren kan det være rom for helt nye typer samvirkeforetak med ulike anvendelsesområder:

- *Brukersamvirke*, der medlemmene er de som faktisk bruker tjenestene. Utøverne av tjenestene er enten ansatt i foretaket, eller tjenestene kjøpes inn fra eksterne leverandører.
- *Personalsamvirke*, der medlemmene er profesjonsutøvere (f.eks. sykepleiere og hjelpepleiere) som har etablert sin egen arbeidsplass i form av et samvirkeforetak og tilbyr tjenester til andre. Fra Sverige er denne modellen utbredt innen f.eks. hjemmetjenester og drift av bofelleskap for eldre eller personer med demens.
- *Tilbydersamvirke*, der flere selvstendig næringsdrivende går sammen for i fellesskap å tilby et større og mer variert tilbud av varer og tjenester enn det den enkelte kan framskaffe. I Sverige benyttes denne modellen blant annet i hjemmetjenester, og bidrar til ny næringsutvikling og jobbskaping for blant annet kvinner i distriktene. Et norsk eksempel er Inn på tunet-satsingen.
- *Pårørendesamvirke*, der medlemmene er pårørende som går sammen for i fellesskap å kjøpe inn f.eks. hjemmetjenester til egne foreldre.
- *Blandede samvirkeforetak*, f.eks. brukere og pårørende, der begge grupper har felles interesser i å framskaffe tjenestene, men der bare den ene er aktiv mottaker av dem. Det kan være foreldre til mennesker med nedsatt funksjonsevne som sammen med barna etablerer boliger og drifter servicetjenester.

Brukere kan f.eks. etablere et samvirkeforetak for i fellesskap å skaffe seg assistanse til rengjøring, hagearbeid, matlaging, snømåking, handling og legebesøk mv. Men et brukersamvirke kan også være større virksomheter eid og drevet av de som mottar tjenester. Uloba er et slikt samvirke som eies av 800 funksjonshemmede, har 5000 assistenter ansatt og leverer tjenester i samarbeid med 150 kommuner og bydeler.

Personalsamvirke og tilbydersamvirke vil være aktuelt for omsorgstjenester. Medlemmer i eksisterende samvirkeforetak, f.eks. innen landbruk, forbruker, bolig og fiskeri, sitter på kunnskap om samvirke som organisasjonsform som også kan mobiliseres for nye løsninger innen omsorgssektoren. Erfaringene fra slike samvirkeforetak kan overføres til omsorgsområdet dersom medlemmene motiveres til å bidra med sin kunnskap og erfaring. Personal- og tilbydersamvirke vil kunne bidra til å øke statusen i helse- og omsorgsyrkene ved at eierskap, deltakelse og medbestemmelse fører til økt stolthet, motivasjon og engasjement.

Morgendagens helse- og omsorgstjenester må utformes og utføres i et samspill mellom kommunale og ikke-kommunale aktører med fotfeste i det

#### Boks 4.9 Aurora Verksted

Aurora Verksted SA i Bærum er et av de første sosiale kooperativ i Norge. Eierne er arbeidsledere ved Aurora Verksted og Aurora Studio. Verkstedet er tilrettelagt for arbeidstakere med alvorlige psykiske lidelser, psykisk utviklingshemning og flerfunksjonshemning som arbeider innen kunst, design og håndverk. Det tilrettelegges også i kortere perioder for deltakere før, under eller etter øvrige arbeidsmarkedstiltak. Aurora selger både produkter og kompetanse. Aurora Studio driver innen tekstilproduksjon, søm og dekor av klær og interiørprodukter, og tilbyr kurs og praksisperioder for mennesker som av ulike grunner har havnet utenfor det ordinære arbeidslivet. Aurora selger tilrettelagte arbeidsplasser til Bærum, Oslo og Asker kommune og NAV, og samarbeider med arbeidsgivere og videregående skoler.

Se <http://www.aurora-verksted.no>

sivile samfunnet. Gjennom økt bruk av samvirkemodeller vil større deler av samfunnets samlede omsorgsressurser kunne tas i bruk. Samvirkeforetakets særpreg åpner for lokale løsninger på lokale behov og gir den enkelte borger rolle både som forbruker og produsent gjennom deltakelse, brukerstyring og medproduksjon av tjenestene.

#### Boks 4.10 Helsegruppen NEMUS SA

Helsegruppen NEMUS ble etablert i 2010 og er organisert som et tilbydersamvirke. Alle klinikkene er likeverdige eiere, og alle er med på å drive og forme NEMUS. NEMUS står for NERve, MUskel og Skjelett. De består av tverrfaglige klinikker i de største byene og flere tettsteder i Norge.

Samvirkemodellen og likt eierskap gjør at helsegruppen ikke blir for toppstyrt, og at hver enkelt klinikk blir like godt ivaretatt. Dette virker positivt inn på arbeidsmiljøet og skaper engasjement, som igjen gir gode resultater. NEMUS ble kåret til årets samvirkebedrift i 2012.

Se <http://www.nemus.no>

#### 4.7.2 Sosiale entreprenørskap

Sosialt entreprenørskap er entreprenørskap anvendt på sosiale eller samfunnsmessige utfordringer og problemer. Dette innebærer å løse utfordringer og problemer på nye måter, som kan skape varige forbedringer på viktige områder i samfunnet. Det primære målet er sosial verdiskaping, ikke profittmaksimering.

Det finnes mange ulike former for sosialt entreprenørskap. Sosialt entreprenørskap kan ikke kategoriseres etter valgt selskapsform eller finansieringsmodell, og faller ofte mellom to stoler, da det verken er rene kommersielle eller ideelle virksomheter. Natteravnens innsats for ro og trygghet der ungdom vanker nattetider, er et eksempel på sosialt entreprenørskap. Gatemagasinet =Norge og Asfalt, som gir rusavhengige mulighet til å jobbe og tjene penger, er andre eksempler.

Sosiale entreprenører kan på lik linje med andre entreprenører søke på de ulike ordningene i det offentlige virkemiddelapparatet. Vinneren av årets sosiale entreprenør i 2011, Noen AS, er for eksempel blant de som har fått støtte fra Innovasjon Norge. Selv om det i dag ikke planlegges en egen støtteordning for sosialt entreprenørskap, så skal virkemiddelaktører som Innovasjon Norge ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne gjøre en god vurdering av prosjektene og kunne bistå med kvalifisert rådgivning.

Nærings- og handelsdepartementet har utredet innovasjonspotensialet i sosialt entreprenørskap. Utredningen konkluderer med at potensialet i de sosiale virksomhetene særlig ligger i deres evne til å innovere og forbedre velferdstjenester. Utviklingen av nye velferdsløsninger kan bidra til å redusere offentlige utgifter samtidig med at det skapes aktivitet og vekst i næringslivet.

Ungt Entreprenørskap er en viktig samarbeidspartner for regjeringen i arbeidet for å fremme entreprenørskap i utdanningssystemet. Flere av ungdomsbedriftene og studentbedriftene som startes opp i regi av Ungt entreprenørskap er sosiale entreprenører.

### 4.8 Næringslivet som ressurs

Norsk næringsliv har mangfold og spisskompetanse som kan bidra til å utvikle omsorgssektoren. Ved å samarbeide om å utvikle tjenester og produkter kan det offentlige og private aktører skape nye løsninger til det beste for brukerne. Det lig-

#### Boks 4.11 Noen AS

Noen AS er en verdiforankret sosial entreprenør som vil bidra til å skape endring og forbedring av enkeltmenneskers og gruppers livsvilkår, finne nye løsninger på sosiale og helse-relaterte utfordringer, og spre dem for å nå flest mulig. Noen AS tilbyr aktivitets- og omsorgstjenester for personer med demens, pårørende og eldre med behov for veiledning og assistanse til bedre hverdager. I dag har bedriften 15 ansatte og leverer tjenester til privatpersoner og kommuner i hele Midt-Norge. Målet er å utvide til andre deler av landet.

Se <http://www.noen-as.no>

ger et betydelig innovasjonspotensial i offentlige anskaffelser. Anskaffelser som et strategisk virkemiddel for innovasjon vil ikke bare gi bedre utnyttelse av samfunnets ressurser, men også skape bedre og nye tjenester til det beste for brukerne. Et aktivt næringsliv som deltar i utformingen av løsningene på kommunenes utviklingsbehov vil bidra til bedre, tryggere og mer effektive tjenester, og gi positive ringvirkninger i næringslivet.

Å føre en politikk som tar i bruk næringslivet som ressurs i helse- og omsorgssektoren, vil her som i andre sektorer si å skape gode og forutsigbare rammebetingelser. Gode rammebetingelser er en viktig forutsetning for å oppnå og opprettholde en høy evne til verdiskaping og omstilling, og er avgjørende for de beslutningene som tas i bedriftene hver dag.

Regjeringen vil legge til rette for en politikk som:

- utvikler nye tilbud i grenseflaten mellom omsorgstjenesten og næringslivet
- styrker omsorgssektorens rolle som en kompetent og krevende bestiller
- utvikler omsorgstjenesten som eksportartikkel
- bidrar til utvikling av seniormarkedet

#### 4.8.1 INN-ordningen

I samhandling med andre næringer kan omsorgstjenestene finne nye svar på utfordringer og utvikle løsninger som i større grad treffer brukernes behov. Flere av omsorgstjenestenes oppgaver kan løses på andre arenaer og av andre aktører enn det offentlige selv.

Et godt eksempel på utvikling og utprøving av nye arenaer er landbrukets tilbud om velferdstjenester med gården som arena, Inn på tunet. For mange av omsorgstjenestens brukere kan gården være et godt sted for mestring. For landbruket betyr ordningen at kommunen blir en forutsigbar og naturlig kjøpegruppe for tjenester fra Inn på tunet. Dette bidrar til økt næringsutvikling i landbruket.

Innen psykisk helse og rusbehandling har man i flere år hatt arbeid og aktiviteter som en integrert del av behandlingen. Samtidig behandling og arbeid gir ofte raskere bedring og er egnet for å forebygge utvikling av psykiske og somatiske problemer. Arbeid og aktiviteter skaper tilhørighet og økt selvfølelse for den enkelte, og mulighet til å delta i et større sosialt fellesskap. Å få delta i arbeid eller være knyttet til en arbeidsplass kan være en viktig del av behandlingen for mennesker som ellers ville stått utenfor arbeidslivet.

Tjenestetilbudene i ordningen er utviklet i nært samarbeid med de ulike sektorene i kommunen. Kommunen er ansvarlig for kvalitetssikringen av tilbudene. Landbrukssektoren bidrar til utvikling og kvalitetssikring av gården som arena gjennom dialog med sektorene og ved å bidra til dokumentasjon og forskning. I den 3-årige kommunerettede satsingen gjennom Inn på tunet-løftet satser hele 20 av de 77 deltagerkommunene på aktivitetstilbud på gård til personer med demens.

#### **Boks 4.12 Inn på tunet og Ut på havet**

Kvalsund kommune har opprettet et dagaktivitetstilbud for fem personer med demens. Daglig hentes brukerne med buss og til aktiviteter på gård. Eierne av gården har helsefaglig utdanning og praktisk erfaring fra helse- og omsorgstjenesten. Brukerne deltar i fjøset og gårdens daglige gjøremål. Kvalsund kommunes innbyggere har nær tilknytning til hav og fiske. Når været tillater det får brukerne en tur på sjøen med mulighet for å fange fisk til middag eller til fiskebruket for å hjelpe til med å bøte garn. Aktivitetstilbudet har fått navnet Inn på tunet og ut på havet. Kommunen har bevisst vektlagt å benytte den enkeltes kunnskap og lokal kultur som grunnlag for aktivitetstilbudene og lagt til rette for et samarbeid med sjøsamisk museum.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med berørte departementer vurdere mulighetene for å utvide INN-ordningen til andre næringer, arbeidsplasser og virksomheter som kan gi spennende omgivelser og miljø for dagtilbud tilrettelagt for aktivitet, læring og mestring. På den måten kan den enkelte bruker finne aktiviteter som er tilpasset egen livshistorie, bakgrunn og interesser, og bedrifter og virksomheter utnytter sine spesielle omgivelser og kompetanse til å utvikle et tilleggsprodukt det er stor mangel på i dagens helse- og omsorgstjeneste.

#### **4.8.2 Innovasjon gjennom innkjøp**

I 2011 kjøpte det offentlige varer og tjenester for om lag 400 mrd. kroner, inkludert olje- og gasssektoren. Dette utgjør 14,5 prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP). Kommuneforvaltningens anskaffelser anslås til drøyt 145 mrd. kroner. Det å fremme innovasjon gjennom offentlige anskaffelser kan gi bedre oppgaveløsning i tjenestene. Kjente varer og tjenester kan tas i bruk på nye måter eller det kan utvikles nye produkter. Omsorgstjenesten som krevende kunde vil bidra til å utvikle norsk næringsliv og skape nye muligheter for små og store bedrifter.

For at anskaffelser skal bidra til bedre oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenestene må kommunene kartlegge langsiktige utviklingstrender i brukernes behov. Næringslivet må delta aktivt i utformingen av løsninger på kommunenes utviklingsbehov. En av de store utfordringene i offentlig sektor er imidlertid at innkjøpernes og virksomhetsledelsens hovedfokus er på etterlevelse av lover og regler, og i for liten grad på hvordan ny oppgaveløsning kan bidra til bedre og mer effektive tjenester. Flere undersøkelser viser dette. Statistisk sentralbyrå gjennomførte høsten 2010 en pilotundersøkelse om innovasjon i offentlig sektor, der det framgår at det er organisasjonsinnovasjon som er mest utbredt i offentlig virksomhet (Statistisk sentralbyrå 2011). Undersøkelsen viser videre at bare 16 prosent av etatene hadde gjennomført anskaffelser som medførte at det ble utviklet nye produkter eller prosesser.

Funnene bekreftes av en basisundersøkelse om innovative offentlige innkjøp, gjennomført sommeren 2010 av Nasjonalt program for leverandørutvikling, KS og Difi. Undersøkelsen viser at bare fem prosent av kommunale aktører i utvalget har søkt innovative løsninger de siste to til tre årene. To av tre kommuner gir uttrykk for at mangel på plan- og ledelsesforankring er en begrensning for evnen til å foreta innovative innkjøp. Fire

**Boks 4.13 Anskaffelser.no**

Anskaffelser.no er en kunnskapsportal rettet mot offentlige anskaffelser, enten som innkjøper, virksomhetsleder eller leverandør. Portalen skal være et møtested på nett med kvalitetssikret, erfaringsbasert kunnskap.

Anskaffelser.no gir veiledning i regelverket og oversikt over lover, forskrifter, faglige prinsipper, nyheter og verktøy. Gjennom en beskrivelse av anskaffelsesprosessen med maler, sjekkliste og standarddokumenter får oppdragsgivere og leverandører veiledning om aktiviteter, vurderinger og beslutninger som skal foretas i de ulike fasene av en innkjøpsprosess.

av fem opplever at mangel på kunnskap og opplæring begrenser innovative innkjøp.

Alle innkjøp en kommune foretar er underlagt lov om offentlige anskaffelser, som igjen korresponderer med det europeiske regelverket Norge er bundet av gjennom EØS-avtalen. Hovedformålet med det norske regelverket er å fremme god bruk av offentlige ressurser. Verken lov eller forskrift pålegger oppdragsgiver å legge vekt på innovasjon eller produktutvikling, men regelverket skal heller ikke være til hinder for dette. Forutsatt at hensynet til likebehandling ivaretas, er ikke regelverket til hinder for kontakt mellom innkjøper og aktuelle leverandører før den formelle innkjøpsprosessen.

*Fra bestilling til innovasjon*

Muligheten for dialog mellom innkjøper og leverandør i planleggingsfasen bør utnyttes for å identifisere nye alternative produkter og løsninger. Når leverandører har god kunnskap om det offentliges behov, er de i bedre stand til å tilby innovative løsninger. Når det offentlige opptrer som krevende kunde, får næringslivet noe å strekke seg etter, og bidrar til å styrke næringslivets konkurransekraft.

Ved å øke kunnskapen og forståelsen om regelverk, metodikk og måter å organisere offentlige innkjøp på, vil kommunene i større grad kunne bruke anskaffelser som et virkemiddel for å utvikle nye løsninger. Det er nødvendig at erfaringer og kunnskap fra innovative anskaffelser og pilotprosjekter formidles mellom kommuner, slik Nasjonalt program for leverandørutvikling i regi

av KS og Næringslivets Hovedorganisasjon bidrar til i dag. Kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger er også sentralt i Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi.

En offentlig forsknings- og utviklingskontrakt (OFU) er en kontrakt som gjør det mulig for kommunen å bruke innkjøpsrollen til å la næringslivet utvikle nye og skreddersydde tjenester og produkter. OFU-ordningen som forvaltes av Innovasjon Norge legger til rette for at en offentlig virksomhet kan utvikle nye løsninger sammen med en leverandør. For kommunen vil dette innebære bedre produkter og tjenester samtidig som det fungerer som en effektiv risikoavlastning for bedriftenes innovasjonsprosjekter.

**4.8.3 Strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser**

Regjeringen la i 2013 fram Strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser. Fem departementer står bak en strategi som tar fatt i tverrgående utfordringer i hvordan offentlige virksomheter arbeider med anskaffelser i for- og etterkant av sine utlysninger. Hovedtilnærmingen er bedre behovsforankring, mer effektiv markedsdialog og økt vekt på livssyklus kostnader. Økt vektlegging av disse faktorene vil være positivt for de fleste anskaffelser. Det kommunale selvstyret tilsier at kommunesektoren selv finner fram til gode løsninger, men flere av tiltakene i strategien vil også være relevante på kommunalt nivå og strategien retter seg mot hele offentlig sektor.

Offentlige virksomheter har et klart definert handlingsrom for markedskontakt, så lenge virksomheten likebehandler leverandørene. Formålet med markedskontakt før en konkurranse kunnjøres, er å øke kunnskapen hos innkjøper om hva som finnes i markedet, og hva som eventuelt kan utvikles.

Det vises også til regjeringens kommunale innovasjonsstrategi, der det planlegges en egen innovasjonsenhet som skal formidle kunnskap om nye innovative løsninger og dekke noe av behovet for konkret informasjon som trengs for at kommunene kan være en tydelig, kompetent og krevende kunde.

*Forenkling*

Regelverket for offentlige anskaffelser kan være komplisert og ressurskrevende både for bedrifter og offentlige virksomheter. Regjeringen har oppnevnt et offentlig utredningsutvalg som skal

#### Boks 4.14 Nasjonalt program for leverandørutvikling

KS og Næringslivets Hovedorganisasjon har etablert et nasjonalt program for leverandørutvikling som skal bidra til at offentlige anskaffelser i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. I programmet blir det lagt til rette for at offentlige virksomheter initierer anskaffelsesprosesser som kan utfordre og utvikle leverandørene. Programmet har fem års varighet og startet i 2010. Flere av pilotprosjektene i programmet drives av kommuner, og er knyttet til helse- og omsorgssektoren.

I pilotprosjektene samarbeider den offentlige virksomheten og leverandører på en slik måte at kommunen får tilgang til nye og framtidrettede løsninger. Leverandørene kan få fortrinn på nye markeder.

##### Eksempler:

Bergen kommune kjører et pilotprosjekt hvor målet er å prøve ut aktuell teknologi for alarmer for demente. I prosjektet har kommunen nært samarbeid med brukerorganisasjoner og andre fagmiljøer for å utarbeide en kravspesifikasjon som gir et bedre produkt for både brukerne og kommunen.

Lyngdal kommune har et pilotprosjekt der målet er at leverandørene før kravspesifikasjonen skrives skal få tilstrekkelig innsikt i brukernes behov og forventninger. Gjennom pilotprosjektet skal kommunen få tilgang til framtidrettede teknologiske løsninger innen smarthusteknologi. Kommunen har også fått støtte til et EU-prosjekt

der det skal gjennomføres et felles innovativt innkjøp sammen med Falun kommune i Sverige.

Oslo kommune har et pilotprosjekt der målet er å få tilgang på nye teknologiske løsninger i omsorgsboliger. Kommunen skal etablere mellom 1000 og 1500 boliger innen 2015. Kommunen inviterte leverandørene til åpne dialogkonferanser i forkant av utarbeidelsen av kravspesifikasjonen. Formålet med slike dialogkonferansene er å etablere tidlig dialog med markedet og få oversikt over hvilke løsninger som kan fungere framover.

Skien kommune har vedtatt bygging av et nytt framtidsrettet sykehjem. Når det står ferdig i 2014 skal Lyngbakken sykehjem være landets første som tar i bruk spesielt utviklede elektroniske overvåkings- og sikkerhetssystemer. Kommunen ønsker nye trygghetsskapende løsninger som fanger opp hjelpebehovet og aktiverer rett hjelp til rett tid, uavhengig av funksjonsnivå. De teknologiske løsningene må også kunne videreutvikles og forenkle rutiner og oppgaver for de ansatte. Skien kommune har hatt tidlig dialog med markedet for å få gode innspill til arbeidet med utviklingen av en funksjonell kravspesifikasjon. Samtidig stimuleres leverandørbedriftene til å utvikle nye løsninger. Pilotprosjektet gjennomføres i samarbeid med det regionale programmet for leverandørutvikling Telemark, Innomed og Sintef. Forprosjektet ble avsluttet i 2012.

Se <http://www.leverandorutvikling.no/>

foreta en gjennomgang av den særnorske delen av regelverket. Et viktig mål med utvalgets arbeid er å forenkle regelverket. Utvalget skal også vurdere hvilke regler som skal gjelde for bl.a. helse- og omsorgstjenester som i EU-kommisjonens forslag til nytt anskaffelsesdirektiv foreslås omfattet av et særlig anskaffelsesregime. Utvalget skal levere sin rapport til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet innen 1. mars 2014.

Forenkling av regler og administrative oppgaver knyttet til anbud vil frigjøre ressurser både i offentlige virksomheter og i bedriftene. Det vil redusere byråkratiet og bidra til mer effektiv ressursbruk i kommuner og næringslivet.

#### 4.8.4 Omsorg som eksport

Omsorgssektoren betraktes i all hovedsak som en nasjonal sektor. Samtidig krysser pasienter, personell og tjenester i økende grad nasjonalstatens grenser. Omsorgstjenestene er nok i sin natur mer stedbundne, men det er all grunn til å forvente en økende internasjonalisering også av omsorgstjenesten.

I mange land er det familien som har hovedansvaret for å yte omsorg, supplert med mindre bidrag fra andre aktører. Den nordiske modellen kjennetegnes av godt utbygde offentlige velferdsordninger, likestilling og høy yrkesaktivitet. Mange land viser interesse for den nordiske

modellen, og det ligger et potensial i å fremme den norske modellen som merkevare i utlandet. Med 50 års tradisjon på omsorg som fag og en gunstigere demografisk utvikling enn resten av Europa, bør det være grunnlag for å vurdere omsorg som et norsk eksportprodukt (NOU 2011: 11). Å betrakte helse- og omsorgstjenestene eller andre offentlige tjenester som et konsept egnet for eksport, er ikke nytt i internasjonal sammenheng. Sverige har over flere år markedsført den svenske modellen gjennom eksportstiftelsen Swecare.

Omsorgstjenesten i Norge har gode systemer som kan eksporteres. En vellykket satsing på innovasjon i omsorgstjenesten vil kunne bidra til å skape etterspørsel i andre land som står overfor beslektede utfordringer. Norge har allerede kompetansemiljøer og bedrifter som har gode forutsetninger for å utvikle konkurransekraft i større markeder.

Eksport fra norsk omsorgssektor er per i dag lavere enn i våre naboland. Dette er ikke i seg selv problematisk. Det er naturlig at de nordiske land har eksportfortrinn innenfor forskjellige næringer. Eksport på omsorg kan imidlertid stimulere til kompetanseutvikling og innovasjon i norsk omsorgssektor.

Hagen-utvalget foreslo å etablere en egen eksportstiftelse etter modell av den svenske stiftelsen Swecare og på den måten legge til rette for et nordisk samarbeid om omsorgstjenesten som eksportområde. Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet vil i samarbeid med Innovasjon Norge utrede hvordan eksport av varer og tjenester fra norsk omsorgssektor best kan organiseres, i nært samarbeid med sektoren og det næringsrettede virkemiddelapparatet. Det skal i utgangspunktet ikke opprettes nye organisasjoner for å ivareta eksportensyn. Det er også ønskelig å etablere et sterkere nordisk samarbeid på feltet.

#### 4.8.5 Seniormarkedet

Innenfor flere sektorer utvikles det i dag produkter som er tilrettelagt for spesielle grupper, for eksempel innen reiseliv, der det er spesifikke tilbud rettet mot familier og eldre og enslige. Andre eksempler finner vi i byggebransjen, der bolig pluss konsepter gir tilgang til en rekke tjenester og produkter.

#### Boks 4.14 Swecare

Eksportstiftelsen Swecare i Sverige ble etablert i 1978 av Sosialdepartementet, Utrikesdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Exporrådet og 30 svenske bedrifter innen helse- og omsorgssektoren.

I dag har stiftelsen et nettverk bestående av 350 helse- og omsorgsforetak, og har etablert et unikt samarbeid mellom bedrifter, offentlige helse- og omsorgstjenester, akademia, organisasjoner, regjering og myndigheter. Stiftelsen har i dag fem ansatte og et budsjett på om lag åtte mill. SEK.

Swecare har som arbeidsmetode å fremme samvirke og bygge bransjeoverskridende nettverk, kartlegge og identifisere markeder og prosjekter, og drive fokuserte prosjekter som fremmer tilvekst og eksport.

Swecare arbeider nå blant annet mot India, Brasil, China, Øst-Europa og Midt-Østen. Helse- og omsorg er den femte største eksportbransjen i Sverige i dag, og en av de raskest voksende bransjer som vurderes å ha et betydelig eksportpotensial i årene framover.

Se <http://www.swecare.com/>

#### Boks 4.15 Innovasjon Norge

Innovasjon Norge skal fremme bedrifts- og samfunnsøkonomisk lønnsom næringsutvikling i hele landet, ved å bidra til innovasjon, internasjonalisering og profilering. Virkemidlene er knyttet til rådgivning, stimulering til nettverksbygging, kompetansetjenester, profilering og finansielle støtteordninger.

I 2010 ble det gitt 5,3 mrd. kroner i finansieringsstøttinger (inkl. rentestøtte). Helse er en av syv prioriterte sektorer. Innovasjon Norge er representert i alle fylker med distriktskontorer og har utekontorer i over 32 land.

Innovasjon Norge eies 51 prosent av staten ved Nærings- og handelsdepartementet og 49 prosent av fylkeskommunene.

«Det er en ganske sikker gjetning om framtida at flere, kjøpekraftige eldre og deres pårørende i årene som kommer vil etterspørre bedre og mer funksjonelle boligløsninger. De vil ha stor kompetanse i å bruke teknologiske løsninger til kommunikasjon med andre og til utføring av dagliglivets gjøremål. De vil være nysgjerrige på velferdsteknologiske muligheter, men også sette store krav til funksjonalitet og driftssikkerhet». (NOU 2011: 11)

Et stort og voksende seniormarked vil utgjøre en større del av morgendagens marked, både nasjonalt og internasjonalt. En kjøpekraftig seniorgenerasjon kan påvirke alle bransjer. Framtidas seniorer vil gjennom sine ressurser og sin etterspørsel bidra til å generere et marked av varer og tjenester, og organiseringen av tilbudet av varer og tjenester vil endres. Innenfor helse- og omsorgssektoren ligger det et potensial til å utvikle skreddersydde produkter til den enkelte. Mange tjenester og produkter som tidligere ble kanalisert gjennom behovsprøvede offentlige ordninger vil bli hyllevare i framtida.

Framtidas brukere av omsorgstjenester vil ha et annet forhold til å ta i bruk nye teknologier enn dagens brukere. Vi vil få brukere som i større grad inntar rollen som bestiller eller medprodusent av tjenester og produkter. Samtidig er det også en forventning til at den enkelte vil ta et større ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom og drive fram produkter som er tilpasset deres behov, herunder individuelt tilpassede boligløsninger.

Tiltak som bidrar til å bevisstgjøre og styrke den enkelte forbruker i markedene for tilrettede boliger, er sentralt. Den nylig fremlagte boligmeldingen ivaretar dette (Meld. St. 17 (2012–2013)), blant annet gjennom å utvikle og spre kunnskap til boligeiere om tiltak for bedre tilgjengelighet og bruk av velferdsteknologi.

#### *En ny arbeidsdeling*

Private aktører har i alle år samarbeidet med det offentlige om å løse samfunnsoppgaver. Samtidig som det offentlige beholder ansvaret for helse- og omsorgstjenestene, dekkes etter hvert deler av servicetjenester som catering, renhold og vaktmestertjenester av andre. Det vokser fram private botilbud med hotellservice. En del av det som tidligere var offentlig tildelte hjelpemidler og produkter blir også hyllevare i butikkene, rett og slett fordi teknologien utvikler seg, etterspørselen vokser og kostnadene reduseres.

Regjeringen er opptatt av at dette ikke skal føre til økt skjevfordeling i befolkningens tilgang til helse- og velferdstjenester. Helse- og velferdstjenester skal være et offentlig ansvar, men en økende levestandard og økning i tilgjengelig teknologi og servicetilbud vil gjøre at enkeltpersoner på eget initiativ kan tilpasse boligen sin, kjøpe teknologiske løsninger og i noen tilfeller kjøpe seg inn i bofellesskap der en gjennom boligen får dekket en rekke servicefunksjoner. Dette må ikke føre til at velferdsstatens ansvar for gode helse- og omsorgstjenester finansiert av fellesskapet fortrenges, men at en finner den gode balansen mellom individets ansvar for tilrettelegging i eget liv og samfunnets ansvar for at de som har behov får gode tjenester. Kommunene vil også i ulik grad benytte seg av kommersielle eller ideelle underleverandører for å anskaffe blant annet bygningsmasse, teknologi og boliger.

Regjeringen ønsker at driften av helse- og omsorgstjenester i kommunene primært skal skje i regi av kommunen selv eller av ideelle. Etter regjeringens syn er dette den modellen som best ivaretar brukere, mangfold, samarbeid om innovative løsninger og gode lønns- og arbeidsvilkår for de ansatte. Hvorvidt kommersielle driftere skal ha en plass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er et spørsmål der ulike politiske flertall i ulike kommuner vil ha forskjellig oppfatning. Kommunene skal også i framtida ha ansvaret for helse- og omsorgstjenestene, og må selv velge om de vil legge sine tjenester ut på anbud der også kommersielle aktører kan konkurrere om driften av tjenestene.

## **4.9 Omsorgsfellesskapet**

I de fleste land er familien fortsatt den viktigste del av omsorgssystemet. Overgangen fra familieomsorg til andre omsorgsaktører er samtidig uttrykk for en historisk utvikling der kirke og frivillige organisasjoner la grunnlaget for det som etter hvert er blitt en del av velferdsstatens ansvar i vår del av Europa (Sivesind 2007; Daatland og Veenstra 2012).

Det norske omsorgsfeltet er kjennetegnet av en arbeidsdeling og et tett samspill mellom det offentlige og det uformelle omsorgssystemet, der i hovedsak familien og de kommunale omsorgstjenestene i stor grad utfyller og forsterker hverandre. I tillegg er det noen få kommuner som kjøper tjenester eller inngår avtaler med ideelle organisasjoner eller private bedrifter om drift av sykehjem, hjemmetjenester eller dagtilbud (Sivesind 2008).



Den ubetalte frivillige og hovedsakelig familiebaserte omsorgsinnsatsen har holdt seg på om lag samme nivå de siste tiårene. Det er den kommunale omsorgstjenesten som har vært i sterk vekst og tatt av for økningen i behovet for omsorgstjenester som demografiske og samfunnsmessige endringer har skapt. Samtidig har arbeidsdelingen mellom familie og offentlig omsorg endret seg og samspeilet blitt tettere etter hvert som hjemmetjenestene er bygd ut. Det ser også ut som omsorgsoppgavene i noen grad er omfordelt i det uformelle omsorgssystemet, ettersom menn i økende grad tar over for kvinnene, venner trekkes inn og omsorgssystemet dekker flere generasjoner.

I møte med morgendagens omsorgsutfordringer blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, og se nærmere på blandingsforholdet mellom omsorgsaktørene. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettlegging av egen bolig og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner.

Om familieomsorgen fortsatt skal opprettholdes på dagens nivå, kreves det en ny pårørendepo-

litikk som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg, som bygger på likestilling mellom kjønn, som anerkjenner og verdsetter pårørendes kompetanse og innsats, og støttes faglig gjennom opplæring og veiledning.

Det ligger videre gode muligheter i å engasjere flere i frivillig omsorgsarbeid. Dette kommer imidlertid ikke av seg selv, men krever nitidig arbeid og systematisk oppfølging med rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Dersom de kommunale tjenestene setter av fagpersonell eller samarbeider med ideelle og frivillige organisasjoner om dette, viser erfaring at slik investering gir mangfold igjen.

På omsorgssektorens område ligger det også et stort potensial i å utfordre de ideelle organisasjonene til fortsatt å gå foran og finne nye veier, aktivt involvere nye generasjoner frivillige og utvikle nye former for ideelle tiltak og samvirkeløsninger der brukerne og deres organisasjoner er mer aktivt inne på eiersiden.

Samtidig vil næringslivet stå for en rekke underleveranser til kommunene. Dette kan for eksempel gjelde både boliger, teknologi og bygningsmasse.

Slik vil omsorgsoppgavene kunne fordeles på flere aktører i framtida innenfor rammen av velferdsstatens fellesskapsløsninger.

# KAPITTEL



# 5

Figur 5.1

## 5 Ressursorienterte arbeidsmetoder og faglig tilnærming

*«Vanskeligheten ligger ikke i å få nye idéer, men i å unnsnippe de gamle, som forgrener seg til hver krok av sinnet.»*

John Maynard Keynes

### 5.1 Liv og helse

---

Det handler om liv og død i omsorgstjenesten. Det viktigste målet er ikke bare god helse, men også selve livet. De som arbeider her må kjenne de fleste av livets sider, og vil møte de fleste grunnleggende menneskelige behov. De må være i stand til å lage rammer som ivaretar disse behovene på en helhetlig måte, enten de er av fysisk, psykisk, sosial, kulturell eller eksistensiell art. God helse er en av de viktigste forutsetninger for livsutfoldelse. Derfor er helse- og omsorgstjenestene knyttet sammen. Meningsfull utfoldelse av selve livet vil stå sentralt i omsorgstjenestene, der mange oppholder seg hele døgnet over flere måneder og år, eller trenger assistanse gjennom et helt liv. Å sørge for at livet kan leves ut innenfor slike rammer til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse, er derfor en av omsorgstjenestenes viktigste oppgaver. Det er forskjell på å få tjenester for å overleve, og få assistanse til å leve et liv.

I noen sammenhenger har omsorgstjenesten brukere som er livsavhengige av hjelp til de fleste av hverdagslivets funksjoner, og med stort behov for bistand og pleie. I andre sammenhenger skal omsorgstjenestene bidra til at folk kan bli i stand til å klare hverdagslivet på egen hånd gjennom opp trening og rehabilitering. I begge tilfeller er målet selve livet.

Helse- og omsorgstjenestene er gjennomgående gode på grunnleggende behandling og pleie, men svakere på forebygging og rehabilitering og fysisk, sosial og kulturell aktivitet. Morgendagens omsorgstjeneste må derfor foredle videre det den er god på i dag, og styrke de områder den er svak på. Den må ikke forlate pleie og medisinsk behandling om den legger større vekt på rehabilitering. For i framtida skal den gjøre begge deler.

Det er ikke alle som kan eller skal rehabiliteres, selv om det kan ligge et rehabiliterende element i all god behandling. Når det nærmer seg slutten på livet er som oftest god pleie det aller viktigste. Da handler det om å lindre smerte, bli sett og hørt, vasket og stelt og få hjelp til å møte livets siste dager. Omsorgstjenesten skal drive gjenopptrening og rehabilitering der den kan, og gi lindring og god omsorg og pleie der den må, ut fra den enkeltes behov og muligheter.

I denne meldingen har regjeringen valgt å konsentrere seg om tre områder som representerer noen av omsorgstjenestens viktigste utfordringer:

- Aktiv omsorg
- Hverdagsrehabilitering
- Omsorg og død

Større oppmerksomhet om disse områdene vil medføre faglig omstilling, endret kompetansebehov og bringe fram nye måter å organisere tjenesten på.

### 5.2 Aktiv omsorg

---

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. I Omsorgsplan 2015 er aktiv omsorg en av regjeringens fem strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området og i forhold til hverdagsliv, mat og måltider, opplevelser og fellesskap, at 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. En framtidsrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

Dagaktivitetstilbud blir ofte kalt det manglende mellomleddet i omsorgstjenestene. Det er de senere årene utviklet aktivitetstilbud på dagtid for flere ulike brukergrupper med nedsatt funk-

### Boks 5.1 Åtte prinsipper for gode omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet sammen med Pensjonistforbundet, Kirkens Bymisjon, KS, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere åtte prinsipper for gode omsorgstjenester våren 2012. Prinsippene ble oversendt kommunene med oppfordring om å arbeide videre med å konkretisere hva de betyr i den enkelte kommune og hvordan de kan komme til uttrykk i det daglige arbeidet.

Disse åtte prinsippene legges også til grunn for arbeidet med denne meldingen:

1. Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn. Dette oppnår vi ved å:
  - bygge opp flerfaglig kompetanse som sikrer brukerens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov
  - styrke det tverrfaglige samarbeidet
2. Omsorgstjenesten er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet. Dette oppnår vi ved å:
  - fremme brukernes rett til å ta selvstendige avgjørelser
  - involvere brukere i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet
  - styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenesten
3. Omsorgstjenesten er tilpasset brukernes individuelle behov. Dette oppnår vi ved å:
  - kjenne den enkeltes interesser og bakgrunn
  - bemanne tjenestene med en kompetanse som tar utgangspunkt i brukernes situasjon og behov
4. Omsorgstjenesten viser respekt og omsorg for pårørende. Dette oppnår vi ved å:
  - utvikle tiltak for å veilede og støtte pårørende
  - involvere pårørende gjennom et tett samarbeid
5. Omsorgstjenesten består av kompetente ledere og ansatte. Dette oppnår vi ved å:
  - kontinuerlig utvikle ledere og ansattes kompetanse
  - bygge opp et robust fagmiljø med tilstrekkelig og kompetent personell, samt utvikle et inkluderende arbeidsmiljø
  - fremme kunnskapsbasert praksis, forskning og utvikling i omsorgstjenestene i kommunen i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer
6. Omsorgstjenesten vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak. Dette oppnår vi ved å:
  - styrke kompetansen i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid
  - bidra til at brukerne i størst mulig grad ivaretar egen helse og livsmestring
  - legge til rette for at brukere kan oppleve meningsfulle hverdager på tross av sykdom og funksjonssvikt
7. Omsorgstjenesten er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester. Dette oppnår vi ved å:
  - organisere og utøve tjenesten på en effektiv og faglig forsvarlig måte
  - samarbeide aktivt med de øvrige kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og NAV
  - utvikle og tilby gode og helhetlige pasient- og brukerforløp
8. Omsorgstjenesten er lærende, innovativ og nyskapende. Dette oppnår vi ved å:
  - skape kultur for utvikling og iverksetting av nye idéer og kreative løsninger
  - arbeide systematisk med erfaringsdeling, og ta i bruk ny fagkunnskap og teknologi
  - samarbeide med frivillig sektor, og bidra til økt frivillig arbeid

sjonsevne eller psykiske og sosiale problemer. Regjeringen har startet en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud for personer med demens, og har et mål om å lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagtilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det ble i 2012 etablert en

egen øremerket tilskuddsordning til utbygging av dagtilbud til denne brukergruppen. Dagaktivitetstilbud gir meningsfulle hverdager og gode opplevelser for den enkelte bruker, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Det er behov for å utvikle nye aktivitetstilbud gjennom et tettere samspill med aktører som kan introdusere nye arenaer og nye arbeidsformer for aktivitet og sosiale og kulturelle opplevelser. Eksempler på dette er samarbeidet mellom landbruket og kommunene om Inn på tunet, der gården brukes som arena for dagtilbud til ulike brukergrupper. Et slikt samarbeid kan også utvikles på andre næringsområder med utgangspunkt i den enkelte brukers ønsker og behov.

For å styrke den aktive omsorgen og sette sosiale og kulturelle behov i sentrum, ønsker regjeringen å iverksette en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Formålet er at landets sykehjem skal få tilbud om å bli livsgledesykehjem gjennom å etablere og iverksette individuelle tiltak for å møte den enkelte brukers sosiale, kulturelle og åndelige behov.

### 5.2.1 Kultur og omsorg

Bruk av kunst og kultur i omsorgstjenesten kan tjene mange ulike formål. Kunst og kultur har sin egen verdi som kilde til opplevelser og til å finne språk og uttrykksformer som kan formidle reaksjoner, inntrykk, tanker og erfaringer som det ellers kan være vanskelig å sette ord på. Videre kan sang, musikk, bevegelse og dans være en del av den gode omsorgen, og skape meningsfulle fellesskapsopplevelser i hverdagen. Sist, men ikke minst, kan bruk av kulturuttrykk ha behandlende og terapeutisk effekt.

Kunst og kultur bør derfor i større grad brukes innovativt til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger i omsorgstjenestene. Kultur og omsorg må spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som både stimulerer kropp og sjel og aktiverer tanke og følelsesliv.

Omsorgstjenesten har de senere årene utviklet tiltak som gir omsorgstjenestens brukere del i gode kulturopplevelser. Den kulturelle spaserstokken ble etablert som en del av Omsorgsplan 2015. Målet var å legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren om utvikling av gode kunst- og kulturprosjekter lokalt, og bidra til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg i dagliglivet. I 2012 var det 321 kommuner som fikk tildelt midler. Regjeringen ønsker å videreutvikle og styrke det samarbeidet som er etablert mellom kultursektoren og omsorgstjenestene gjennom Den kulturelle spaserstokken.

Tjenesten har i mindre grad benyttet kulturuttrykk som metode for å formidle reaksjoner, følel-

ser og erfaringer eller som behandling eller terapeutisk tilnærming i den daglige pleien. Tjenestemottakerne i omsorgstjenesten er selv kulturbærere, og kan være aktive i kulturformidling. Dette kan det legges til rette for gjennom erindringsgrupper, skriveprosjekter, dansekvelder og musikkgrupper eller gjennom kunst- og kulturprosjekter som bygger på den enkeltes evner, interesser og livshistorie.

Det er etter hvert utviklet ulike miljøtiltak og måter å møte pasientgrupper på, som har vist seg å ha effekt på behandling, trivsel, medikamentbruk og personellressurser. Nyere studier viser at når ansatte får mulighet til å bruke sang og musikk terapeutisk, fungerer det mot uro og depresjon ved demens eller mot utagering ved stell og daglige aktiviteter (Myskja 2011 og Sandell 2013). Ved systematisk bruk av musikk i daglige aktiviteter ble brukerne roligere og mindre utagerende, bruk av psykofarmaka ble kraftig redusert, pårørende ble mer tilfredse, sykefraværet gikk ned og pasienter man før var tre om å stelle, kunne nå stelles av én person.

Slike modeller er det viktig å spre gjennom ulike nettverk, så vel som gjennom fagkonferanser og kompetansemiljøer. Regjeringen er opptatt av at kunnskapsbaserte metoder som viser gode resultater, må tas i bruk i tjenesten og vurderes av ledere på ulike nivå når de gjennom sitt internkontrollansvar skal vurdere hva som er faglig godt og forsvarlig. Omsorgssektoren må utvikle systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk dersom forskning bekrefter dens berettigelse.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2013 er det formulert som et av de overordnede mål, at det innenfor psykisk helsevern skal «legges til rette for legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det». Slike behandlingstilbud bør vurderes og prøves ut også i de kommunale omsorgstjenestene.

For å bidra til at metoder spres og i større grad benyttes i behandling og pleie, skal det etableres et kompetansemiljø som kan ha ansvar for utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Levanger kommune har siden 1997 vært en toneangivende kultur- og helsekommune, og har tidligere vært et nasjonalt knutepunkt på dette området. Det foreslås at Levanger kommune blir tildelt ansvaret for å være et nasjonalt kompetansesenter innen kultur, helse og omsorg, i samarbeid med de forsknings- og kompetansenettverk som er etablert. Videre forutsettes det at senteret samarbeider med andre sentrale fag- og forskningsmiljøer på området. Regjeringen vil videre vurdere å ta i bruk konsensuskonferanser

### Boks 5.2 Prosjekt Stimuli

Ved Sør-Tromsøya sykehjem i Tromsø er det utviklet et faglig utviklingsprogram for bedre demensomsorg, som tar mål av seg å endre eldreomsorgen i norske sykehjem. Prosjekt Stimuli kom i stand etter initiativ fra pårørende. Prosjektet tar systematisk i bruk musikk, berøring og bevegelse som virkemidler i miljøbehandlingen, og har egen klovn og aktivitetsvogn med sosiale stimuleringshjelpemidler. Institusjonen har eget brukerråd med plass til pårørende, en velorganisert besøkstjeneste, og et ungdomsprosjekt som inviterer ungdomsskoleelever til å jobbe på sykehjemmet. Sykehjemmet har egen internTV-kanal for beboere og pårørende, som også brukes til internopplæring i virksomheten.

Se <http://www.facebook.com/ProsjektStimuli/>

som vurderer nye metoder og behandlingsformer, og legge ut kvalitetssikrede resultater målt opp mot kvalitet og økonomi på eksisterende nettpor-taler.

## 5.3 Hverdagsrehabilitering

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for. Stortinget har i sin behandling av Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pekt på at (re)habilitering må ha et livsløpsperspektiv, at brukermedvirkning må være grunnleggende, og den enkeltes mål må være styrende for innholdet i prosessen.

Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling.

Ressursbruken i omsorgssektoren er i stor grad rettet mot pleie av alvorlig syke og tiltak som kompensere for funksjonstap. Det er fortsatt sentralt å ta vare på og verdsette den omsorgen som vedlikeholder funksjonsnivå, lindrer smerte og står for grunnleggende stell og pleie. Samtidig må vi åpne for nye tilnærminger, med et mer aktivt fokus på brukernes egne ressurser. Regjeringen vil derfor bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats.

I rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (Ness m.fl. 2012) beskrives hverdagsmestring som et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt, slik det også gjør i mer tradisjonell rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Som metode og faglig tilnærming tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål er utgangspunktet for tjenesten som leveres. I større grad enn i de tradisjonelle tjenestene er brukerne med på å beskrive og definere hva som er vesentlig for å kunne oppnå mestring i eget liv.

Hverdagsrehabilitering medfører en dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen. Hverdagsrehabiliteringen skal bidra til å bevare og vedlikeholde brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne.

En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir omsorgstjenestene flere verktøy å arbeide med. For kommunene kan hverdagsrehabilitering bli viktig for utviklingen av nye forebyggende tjenester. Erfaringer viser at tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige. Som metode har hverdagsrehabilitering vært prøvd ut i Sverige siden 1999 (Månsson 2007).

I Danmark er nesten alle kommuner i gang med å innføre en modell for hverdagsrehabilitering. Det mest kjente danske eksempelet er pro-

sjektet i Fredericia kommune. Dansk Sundhetsinstitutt har fulgt prosjektet i Fredericia helt fra oppstarten i 2008, og beskriver det som et paradigmeskifte i hvordan man yter kommunale tjenester. Fredericia kommune gikk fra å planlegge for hvordan leve lengst mulig i eget hjem, til å legge til rette for at flere i større grad kunne leve lengst mulig i eget liv. Flere kommuner i Danmark har overført rehabiliteringstankegangen til andre velferdsområder.

Hverdagsrehabilitering innebærer at de ansatte må arbeide tverrfaglig sammen med brukeren på nye måter. En undersøkelse om rehabilitering i kommunene viser at både brukerne som mottar rehabiliteringstilbud i hjemmet og ansatte som er involvert i rehabilitering i hjemmet er svært tilfreds med denne arbeidsformen (Rambøll 2012).

Ved innføring av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene opprettes det vanligvis et tverrfaglig team bestående av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Teamet går inn og vurderer rehabiliteringsmuligheter hos den enkelte, og samarbeider om å lære opp og veilede ansatte i hjemmetjenestene slik at de kan stå for oppfølging og opptrening på brukerens naturlige arenaer, i hjemmet og i nærmiljøet.

Prosjektevalueringer som er gjort i både svenske og danske kommuner viser gjennomgående mer fornøyde brukere som mestrer mer og bor lenger hjemme, fornøyde ansatte som ikke ønsker seg tilbake til tradisjonelle hjemmehjelpsoppgaver og i de fleste tilfeller lavere utgifter for kommunene (Månsson 2007, Kjellberg og Ibsen 2012).

Norske kommuner har et litt annet utgangspunkt for arbeidet med hverdagsrehabilitering enn danske og svenske. Innslaget av personell med rehabiliteringskompetanse er mindre i norske kommuner. Det innebærer et større behov for kompetanseutvikling og oppbygging av tverrfaglige teamfunksjoner (Ness m.fl. 2012). Samtidig viser undersøkelser at kommuner som er i gang med hverdagsrehabilitering gjennomfører arbeidet på ulike måter (Rambøll 2012). Enkelte kommuner har etablert tverrfaglige rehabiliteringsteam som er inne i brukerens hjem for å utføre rehabiliteringen. I andre kommuner benyttes hjemmetrenere ansatt i kommunens hjemmetjeneste, som er involvert i rehabiliteringen under veiledning fra fagpersonell i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Andre kommuner har valgt en organisering hvor det primært er ansatte i hjemmetjenesten som utfører rehabilite-

### **Boks 5.3 Samarbeidsprosjekt om hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering i Norge er et samarbeidsprosjekt etablert våren 2011 med deltakere fra Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund. I tillegg deltar KS i styringsgruppen.

Samarbeidsprosjektet har publisert rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (Ness m.fl 2012). Rapporten gir kunnskapsgrunnlag for kommuner som planlegger oppstart av hverdagsrehabilitering, blant annet med en oversikt over relevant litteratur fra Sverige, Danmark og Norge. Et felles, tverrfaglig ståsted er beskrevet og det overordnede tankesettet hverdagsmestring og arbeidsformen hverdagsrehabilitering forklares. I rapporten er det skissert noen klare suksesskriterier for innføring av hverdagsrehabilitering:

- Hverdagsrehabilitering må ta utgangspunkt i brukernes ønsker og behov.
- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare mål.
- Kommunen må ha planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse.
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende.

Se <http://www.netf.no>.

ringen, men hvor fysioterapi og ergoterapi inngår i tilbudet.

Regjeringen har fra 2013 etablert en satsing på hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Formålet er å legge til rette for utvikling og utprøving av modeller som er tilpasset omsorgstjenesten med hensyn til ansvar, organisering og kompetansesammensetning.

De erfaringene som er gjort med hverdagsrehabilitering i Danmark, og så langt i Norge, viser hvor viktig det er at kommunene tenker nytt rundt sine hjemmetjenester. Regjeringen vil anbefale alle landets kommuner å vurdere ulike modeller og varianter av hverdagsrehabilitering tilpasset egen kommune.

Regjeringen tar sikte på å etablere en ytterligere satsing med fokus på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål, som skal stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller

#### Boks 5.4 Eksempler på hverdagsrehabilitering i Norge

Arendal kommune gjennomførte i 2011–2012 pilotprosjektet Hjemmebasert rehabilitering, der 19 av 21 mottakere av hjemmetjenester fikk redusert behov for hjemmetjenester etter intensiv rehabilitering i hjemmet sammen med ergoterapeut, fysioterapeut og hjelpepleier. Arendal kommune har i etterkant vedtatt en større omlegging av helse- og omsorgstjenesten og opprettet en egen tjeneste for hverdagsrehabilitering. Tjenesten er bemannet med ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleier, vernepleier, sosionom og helsefagarbeidere som hjemmetrenere.

Bodø kommune har et hverdagsrehabiliteringsteam med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, hjemmetrenere og saksbehandler fra tildelingskontor. Bodø kommune har også god erfaring med å samarbeide med frivillige. I løpet av de første sju månedene har 11 av 16 mottakere fått redusert sitt behov for hjemmetjenester.

I Nome kommune består satsingen av et tett samarbeid mellom hverdagsrehabiliteringsteamet, hjemmetjenesten og sykehjemmet, blant annet ved å tilby hverdagsrehabilitering for personer som er innlagt på kortere avlastning ved sykehjemmet. Hverdagsrehabiliteringsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrenere fra hjemmetjenesten, og sykepleier trekkes inn ved behov.

Norsk Ergoterapeutforbund

for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering. Satsingen skal følgeevalueres for å dokumentere effekter for brukerne og for kommunene. Erfaringene skal deretter spres videre til andre kommuner.

Det er behov for videre kunnskapsformidling, veiledning og kompetanseoppbygging i kommuner som vil innføre hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som arbeidsmetode og tankesett.

## 5.4 Omsorg og død

Noen av omsorgstjenestens brukere vil ha behov for behandling og pleie i kortere perioder, mens

andre trenger assistanse og bistand gjennom hele livsløpet. Alvorlig eller uhelbredelig syke og døende, og brukere med stort behov for omsorg og pleie, skal ha tilgang til sikre og gode tjenester. Å utøve god pleie og omsorg er komplekst og sammensatt, og krever bruk av ulike kunnskaper i ulike situasjoner, og et bredt spekter av faglige tilnærminger og metoder.

Vi må fortsatt ta vare på og verdsette den omsorgen og pleien som opprettholder brukerens funksjonsnivå og forebygger videre forverring. Det tradisjonelle pleiefaget vil være sentralt i framtidens omsorgstjenester, og det er behov for å styrke og videreutvikle denne kompetansen. Faglig forsvarlig pleie krever kunnskap om hvordan sykdom og funksjonssvikt innvirker på mennesket og dens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Kontinuitet i hjelpen, god omsorg og observasjon av pasienten er sentralt i all grunnleggende pleie.

Ansatte i helse- og omsorgstjenestene er gjennomgående gode på grunnleggende behandling, omsorg og pleie, og morgendagens omsorgstjeneste må videreforedle den gode og omsorgsfulle pleien. Tjenestene må ikke forlate pleie og medisinsk behandling, selv om den i framtida skal legge større vekt på rehabilitering. Når det nærmer seg slutten på livet er som oftest god pleie det aller viktigste. Målet er at uhelbredelig syke og døende skal oppleve livets slutfase så trygg og meningsfull som mulig. Da handler det om å bli behandlet med verdighet og respekt, lindre smerte og få ivaretatt både fysiske, psykiske og sosiale og åndelige og eksistensielle behov. Tjenestene skal være preget av trygghet, fleksibilitet og forutsigbarhet.

I 2010 døde 35 prosent i sykehus, 44 prosent i sykehjem og 15 prosent hjemme (Husebø og Husebø 2012). For hundre år siden døde det store flertallet hjemme. Nå har døden flyttet inn på institusjon. Mange ønsker imidlertid å dø i sitt eget hjem. En god generalistkompetanse, kombinert med tilstrekkelig bistand fra spesialisthelsetjenesten, er noen av forutsetningene for å kunne ivareta døende pasienter og deres pårørende.

Forholdene rundt dødsfallet har sterke følger for den døende og for de pårørendes sorgarbeid. Omsorgstjenestene bør innrettes slik at den døendes og de pårørendes behov blir ivaretatt og at den enkelte blir møtt med empati, omsorg og respekt.

Både kulturell og religiøs tilhørighet bestemmer våre holdninger til viktige livsbegivenheter. Pårørende kan oppleve at de har liten innflytelse på hva som skjer rundt den døende før og etter



dødsfallet. Dette kan skape usikkerhet og frustrasjon. Denne spenningen og usikkerheten kan reduseres hvis ansatte har et åpent og reflektert forhold til døden. Det er behov for å skape nye kulturelle uttrykk for opplevelsene og fellesskapet rundt dødsleiet og utvikle de ansattes etiske skjønn i møtet med mennesker i denne sårbare fasen i livet.

For å skape den gode pleien er det også behov for å lete fram og ta i bruk brukeres, pårørendes og frivilliges erfaringer og kunnskap, og utfordre våre forestillinger om hva som er god omsorg og pleie ved livets slutt:

«Etter hvert får vi også hjemmesykepleie, to ganger om dagen. [...] Det jeg ser gjør dypt inntrykk på meg. Jeg leter etter ord. Rolige bevegelser. Berøringen. Kroppsligheten. Tålmodigheten. Nærheten. Tilstedeværelsen. Det ser ut som en dans. Et ord fester seg i mine tanker «skånsomhet». [...] Dette er sykepleie fra øverste hylle. Når de er ferdige takker de for at de fikk lov til å komme inn i vårt hjem!» (Ger Wackers 2012)

#### 5.4.1 Sted for død

Norge er av de land i verden hvor færrest dør i eget hjem. Ulike studier viser at flertallet av døende pasienter ønsker å dø hjemme (Bostrøm og Disch 2012, Landmark og Raunkiær 2012). Grunnen til at ønskene ikke blir oppfylt er blant annet begrensede ressurser i hjemmetjenestene og manglende trygghet blant pårørende.

Å legge til rette for at mennesker kan dø hjemme, kan hjelpe oss til å få et mer naturlig forhold til døden. Å få dø i eget hjem kan forsterke tilhørighet til og samarbeid med familien og lokalsamfunnet, gi bedre forutsetninger for å beholde regien enn på et sykehus og bidra til at døden ikke bare blir noe som profesjonene skal ta seg av.

En undersøkelse viser at de kommuner som har satset på at flere får dø hjemme også har satset aktivt på hjemmebasert omsorg. Ansatte i disse kommunene er også mest fornøyd med samarbeidet med fastlege, pasient og pårørende (Agenda Kaupang 2012). Forutsetningen for å få til en planlagt hjemmedød er trygge pårørende som har støtte i et godt faglig nettverk bygd opp rundt fastlege og hjemmetjeneste. Der død i eget hjem kan planlegges, må ansvarsforholdene være klare. Både fastlege og hjemmesykepleie må være tilgjengelig for de pårørende for å skape nødvendig trygghet. Hjemmedød kan i noen tilfeller også forutsette et utvidet tverrfaglig samarbeid og en

spesialisthelsetjeneste som støtter de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I de siste årene har det vært en økning i antall dødsfall som skjer i sykehjem. Med bakgrunn i forventede demografiske endringer er det trolig at antall og andel eldre som dør på sykehjem vil øke også i framtida. Pasientgruppen på sykehjem er svært sammensatt. For at tilbudet på sykehjem skal kunne dekke behovet for alvorlig syke og døende pasienter, må kvalitet og omfang av behandling og pleie styrkes og sykehjemmene må legges til rette for døende og deres pårørende.

Vi har i dag begrenset kunnskap om hvordan pleie og omsorg i livets slutfase foregår i norske sykehjem. Studier fra andre land har dokumentert manglende kvalitet på pleie og omsorg for døende pasienter i denne type institusjoner (Gjerberg m.fl. 2009). Det er behov for økt kunnskap om god lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

#### 5.4.2 Lindrende behandling til barn

Omsorg for døende barn er en av de mest krevende oppgavene i helse- og omsorgstjenesten. Over 600 barn dør hvert år, og et ukjent antall barn vil ha behov for lindrende behandling. Det er behov for å styrke lindrende behandling og gi bedre omsorg til barn og deres pårørende ved livets slutt.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å utarbeide en diagnoseuavhengig nasjonal faglig retningslinje om lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov. Retningslinjene skal blant annet angi hvordan lindrende behandling kan gis på best mulig måte til barn med livsbegrensende sykdommer og hvordan man bør organisere lindrende behandling for barn i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og sikre et godt samarbeid mellom tjenestenivåene.

De regionale kompetansesentrene for lindrende behandling i helseregionen har utstrakt utadrettet virksomhet mot kommuner når det gjelder kompetansebygging og rådgivning om enkelt-pasienter. Det er viktig at sentrene har kompetanse på lindrende behandling av barn. Gjennom tilskudd til kompetansehevede tiltak innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, er det etablert prosjekter i samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner som har særlig kompetanse på lindrende behandling for barn.

#### 5.4.3 Kommunikasjon i møte med døden

Kommunikasjon med pasienter og pårørende i livskrise er vanskelig, men viktig. I et arbeid hvor

så mye av vår egen personlighet, verbale uttrykksform og kroppsspråk blottlegges, finnes ingen klart definert mal, men det er viktig at pasienter og pårørende opplever tilstedeværelse og empati fra ansatte.

Både den døende og de nære pårørende gjennomlever tapsprosesser som har store konsekvenser for den enkelte. De fleste trenger mye støtte gjennom angst og sorg. God lindrende behandling skal innebære et tilbud til pårørende i sorgfasene både før og etter pasientens død. Barn som pårørende må vies ekstra oppmerksomhet. Symboler, ritualer og ulike kulturers normer er ofte av stor betydning for sorgarbeidet. Kunnskap om ulike skikker og ritualer ved død, sorg og begravelse er nødvendig om en skal møte alle pasienter og pårørende med respekt.

Å arbeide med døende mennesker er å bli stilt overfor eksistensielle spørsmål og det må finnes et rom for å bearbeide og møte egne følelser og reaksjoner. KS gjennomfører læringsseminar for ledere og ansatte i hjemmetjeneste og sykehjem for å styrke deres kommunikative ferdigheter i møte med døden. Gjennom et videre arbeid med prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal ansatte få rom for bearbeiding og refleksjon relatert til etiske utfordringer knyttet til død og omsorg ved livets slutt.

Pårørende skal få støtte og veiledning gjennom pårørendeskoler og samtalegrupper. I utviklingen av en helhetlig pårørendepolitikk og som del av en nasjonal frivillighetsstrategi, skal det utvikles tilbud som gir støtte, kunnskap og veiledning. Både profesjonelle, pårørende og andre frivillige omsorgsyttere deltar i omsorgsarbeid ved livets slutt. Frivillig besøkstjeneste og sorg- og samtalegrupper kan være av avgjørende betydning for både pasienter og pårørende. Som del av den nasjonale frivillighetsstrategien skal det utvikles en systematikk for rekruttering og oppfølging av frivillige, blant annet gjennom nettverks- og nærmiljøarbeid. En viktig oppgave vil være oppfølging, støtte og veiledning til frivillige omsorgsyttere på dette området.

## 5.5 Faglig omstilling og bredere kompetanse

For å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste i framtida er det nødvendig med en faglig omstilling i omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabili-

### Boks 5.5 Nettverk for lindrende behandling

I Helseregion Vest er det etablert nettverk i alle de fire foretaksområdene, med deltakelse fra alle sykehus og kommuner. 22 lokale nettverksgrupper møtes tre til fire ganger årlig. Formålet er å bidra til kompetanseheving og bedre samhandling på alle nivå i helsetjenesten, slik at kreftpasienter i alle faser av sykdommen, pasienter med behov for lindrende behandling og deres pårørende opplever trygghet og mottar helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Evaluering viser at nettverket har gitt økt kompetanse, bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten og økt trygghet for pasienter og pårørende.

tering, tidlig innsats, aktivisering, miljøbehandling, nettverksarbeid og veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal det legges til rette for å videreutvikle kompetansen på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Regjeringen har en kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015, som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning i omsorgssektoren.

For å bidra til faglig omstilling i omsorgstjenesten vil regjeringen i denne meldingen ha fokus på følgende målsettinger:

- heve det faglige nivået i omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning
- skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid
- styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskaps-spredning

#### 5.5.1 Heve faglig nivå

I tråd med den langsiktige strategien fastsatt i St.meld. nr. 25 (2005–2006) om framtidens omsorgstjenester vil regjeringen fastholde målet om å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene gjennom å legge til rette for at andelen personell med høyere utdanning økes. Dette kan bidra til å:

- møte framtidsutfordringene med sterkere vekt på habilitering/rehabilitering, aktivisering, veiledning og sosialt nettverksarbeid, slik denne meldingen legger opp til
- løse behovet for kompetanseheving som følge av samhandlingsreformens intensjoner om å gi

brukere med langvarige og sammensatte behov et like kompetent tjenestetilbud på kommunalt nivå

- kompensere for manglende rekruttering av helsefagarbeidere og fagpersonell med helse- og sosialfag på videregående nivå
- forberede en framtid med behov for rask kapasitetsvekst

Det tar mange år å utdanne personell med høyere utdanning i helse- og sosialfag. De neste ti årene må derfor benyttes til å bygge opp en kompetanse som kan møte en situasjon med rask vekst. Rekrutteringsutfordringen for denne sektoren krever noenlunde jevn utdanningskapasitet som fanger opp de som ønsker å ta slik utdanning hvert år. Når behovet for rask kapasitetsvekst oppstår om ti år, må den grunnleggende fagkompetansen være sikret i utgangspunktet. Deretter kan en eventuelt løse de raske endringer ved å rekruttere personell med annen bakgrunn.

Med dagens nivå på utdanningskapasiteten innenfor høyskoler og universitet vil det i perioden 2011–2020 være mulig å øke andelen personell med høyere utdanning i brukerrettet omsorgstjeneste med 5 prosentpoeng til nesten 40 prosent i 2020, slik at nesten tre fjerdedeler av personellet i brukerrettede omsorgstjenester i 2020 innehar helse- og sosialfaglig utdanning. Det er også gode erfaringer med å stimulere kommunene til å heve kompetansen hos sine ansatte gjennom desentralisert høyskoleutdanning og videre- og etterutdanning. Dette er studietilbud som er særlig godt tilpasset erfarne ansatte med videregående opplæring innenfor helse- og sosialfag, og bidrar både til en mer stabil dekning av høyskoleutdannet personell og til å tilføre sektoren nødvendig kompetanse.

#### **Boks 5.6 PraksisVEL**

Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene (PraksisVEL) er et nytt forskningsprogram i Norges forskningsråd som vil bidra til å øke forskningsforankringen i fagmiljøene som gir helse- og sosialfaglig utdanning jf. Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Programmet skal styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse, for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning.

Regjeringen vil fortsatt prioritere slike utdanningstilbud med spesiell vekt på rehabilitering, habilitering, miljøterapi, geriatri, gerontologi, palliasjon og demens. Satsingen vil i første omgang bli knyttet til de tiltak som allerede ligger i Kompetanseløftet 2015. Regjeringen ønsker i tillegg å heve kompetansen på innovasjon og utvikling og på innføring og bruk av velferdsteknologi.

Tidligere undersøkelser viser at det er svakhet i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenesten. Dette gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene. Det har de senere årene vært en positiv utvikling i legedekningen i sykehjem, som kan bety at forutsetningene for å gi nødvendig og forsvarlig medisinsk hjelp er bedret. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til den helsefaglige oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere, blant annet på legemiddelområdet. Regjeringen har etablert et fem-årig nasjonalt program for pasientsikkerhet, der målet er å redusere antall pasientskader og sikre trygge tjenester. Et av innsatsområdene er riktig legemiddelbruk.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere, gjennomføre og evaluere en forsøksordning med etablering av formelt kompetanseområde for leger i palliativ medisin. Piloten skal utformes og gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene, KS og aktuelle yrkesorganisasjoner. Det skal vurderes om dette arbeidet skal utvides til å omfatte også andre yrkesgrupper. Økt spesialisert kompetanse skal bidra til å styrke den samlede kompetansen og støtte ansatte i omsorgssektoren.

For å styrke kunnskapen og kompetansen innen lindrende behandling, vil regjeringen utvikle et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenesten som skal gi grunnleggende kompetanse i lindrende behandling. Målet er god omsorg og behandling av den enkelte og deres pårørende.

#### **5.5.2 Større faglig bredde**

For å kunne ivareta pasienters og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene og en helsetjeneste som støtter omsorgstjenesten. Regjeringen vil bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom blant annet en sterkere vektlegging av rehabilitering, forebygging og tidlig innsatts. Det vil sikre tidlig innsatts, effektiv oppfølging av de store kronikergruppene og

styrke den helsefaglige kompetansen inn mot omsorgstjenesten. En slik omlegging vil være i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og har betydning for både innholdet i utdanningene, kompetansesammensetningen i sektoren, saksbehandling og arbeidsmetoder.

En faglig omlegging av omsorgstjenestene forutsetter at det utvikles nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger i omsorgssektoren. Innføring av hverdagsrehabiliterende metoder, velferdsteknologiske løsninger og ulike miljøterapeutiske metoder stiller personellet i omsorgssektoren overfor nye utfordringer.

Omleggingen vil kreve større faglig bredde, sterkere vekt på tverrfaglig samarbeid og mer personell med rehabilitering og forebygging som fagfelt: ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere, helsesøstre, sykepleiere med spesialutdanning mv. Samtidig vil et styrket samarbeid med frivillige og pårørende kreve et større innslag av sosialfaglig personell og kompetanse på nettverksarbeid.

En faglig omstilling i omsorgstjenestene må ses i sammenheng med oppfølgingen av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis. For å sikre brede grunnutdanninger som gir kandidatene en solid velferdsmessig kunnskapsplattform og forbereder dem på den tverrprofesjonelle yrkesutøvelsen i tjenestene, arbeider Kunnskapsdepartementet med å utarbeide et nytt felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Formålet er å sikre at kandidatene har nødvendige kunnskaper om helheten i helse- og velferdstjenestene, lov- og regelverk og viktige samfunnsutfordringer, samt generell kompetanse som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk og etisk refleksjon. Studentene skal forbedres på å arbeide brukerrettet og lære prosesser som legger til rette for å styrke mestring, egenomsorg og funksjonsevne hos dem de senere vil møte i arbeidet. Ikke minst skal det felles innholdet i utdanningene bidra til å nå målet om en dobbel identitet der kandidatene ser på seg selv ikke bare som utøvere av sin egen profesjon, men som del av et større velferdssystem der ulike profesjoner til sammen besitter nødvendig kompetanse.

For å innrette tjenestene slik at de bidrar til en nødvendig faglig omstilling og utnytter det potensialet som finnes i økt samarbeid med andre omsorgsyttere, kan det være behov for å vurdere endringer i dagens regelverk slik at den reflekterer en ønsket og framtidsrettet utvikling.

Mange av forskriftene etter gammel kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov er videre-

ført i sin opprinnelige form. Det er behov for å gjennomgå dagens forskriftsverk med tanke på å styrke oppmerksomheten på aktiv omsorg, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

### 5.5.3 Styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag

Uten ny kunnskap vil endrings- og forbedringsarbeid stagnere. Tradisjonelt har det meste av fag- og kunnskapsutviklingen foregått gjennom forskning ved universitet, høyskoler og sykehus. Det har de senere årene vært en opptrapping av praksisnær forskning innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er fortsatt et stort behov for å styrke den forskningsbaserte kunnskapen i omsorgstjenestene.

Omsorgssektoren må få sitt eget kunnskapsgrunnlag for å sikre disse tjenestenes kompleksitet og egenart. Det er behov for kunnskap både om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, ledelse og styring av tjenestene, arbeidsformer og faglige tilnærminger og samspill med brukere og andre omsorgsressurser. Ny forskning og dokumentert kunnskap er viktige bidrag til å endre praksis. Implementering av ny kunnskap er en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Det er en lang vei fra forskning til planlegging og kunnskapsbasert praksis. Dette gjelder i stor grad implementering av nye arbeidsmetoder og utradisjonelle faglige tilnærminger.

For å sikre spredning og implementering av ny kunnskap, er det behov for å videreutvikle arenaer og miljøer for kunnskapsdeling. Det finnes i dag noen organisatoriske infrastrukturer for erfaringsutveksling og læring. Eksempler på dette er fem regionale sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler eller universitet som utdanner helse- og sosialpersonell, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og de fire allmenntilleggsforskningsenhetene tilknyttet universiteter. Forskningssentrene skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling på feltet og drive forskningsformidling og kompetanseheving overfor kommunene.

Omsorgsforskningssentrene har en egen nettside der forskningsprosjekter og ny kunnskap samles og videreformidles. For å bidra til implementering av ny viten, nye løsninger og nye innovasjoner ønsker regjeringen å bygge videre på denne infrastrukturen for fag- og kompetanseutvikling, og forsterke omsorgstjenestens regionale forsknings- og utviklingsstruktur som en del av et helhetlig innovasjonsprogram.

## 5.6 Organisering av omsorgstjenestene

En faglig omlegging vil også ha konsekvenser for tjenestenes organisering, samarbeidsrelasjoner og åpning ut mot samfunnet. Om tjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og styrke den forebyggende og rehabiliterende innsatsen, må den spille på lag med samfunnets samlede ressurser. Omsorgstjenesten må ut og møte brukerne og deres nettverk. Derfor er nærhet og desentraliserte tjenester en avgjørende faktor. Omsorgstjenesten må være en integrert del av lokalsamfunnet, og ikke flyttes vekk fra de sammenhenger der den profesjonelle og uformelle omsorgen fortsatt kan spille sammen.

Nytt innhold og nye faglige tilnærminger til tjenesten vil også kreve at kommunene må vurdere innretning og organisering av tjenestene sine, både internt i helse- og omsorgstjenestene og i relasjon til andre kommunale tjenester som NAV, barnevern, kultur og skole. Det må tenkes nye måter å organisere og arbeide på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunene.

For å bidra til at den enkelte bruker skal oppleve kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet, må tjenestene organisere seg tett opp mot hverandre. Nye arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene, vil også kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene. Det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for pasientforløp, kompetanseutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid.

### 5.6.1 Individuelt tilrettelagte tjenester

For å ivareta det enkelte menneskets individuelle behov, er det en forutsetning å kjenne til brukeres kulturbakgrunn, livshistorie og preferanser, og ha kunnskap om den enkeltes interesser og hobbyer. Det er ikke nok å vite at en person liker musikk eller er sportsinteressert, det er også nødvendig å vite hvilken type musikk eller idrettsgren personen er opptatt av. Tilsvarende vil det for eksempel i ernæringsarbeidet være viktig å tilpasse råd og veiledning til den enkeltes mattradisjoner og kultur. Det kreves systematikk, nysgjerrighet og empati for å bli kjent med den enkelte brukers livsfortelling, ønsker og behov. Individuell tilrettelegging er også det vik-

tigste svaret på de særskilte behov innvandrerbefolkningen og mennesker med minoritetsbakgrunn har i møte med helse- og omsorgstjenesten (Ingebretsen 2011).

I mange kommuner er det etablert en systematikk for inntakssamtaler og jevne samtaler med pårørende og brukere for å avdekke de behov og ønsker den enkelte har. Dette danner grunnlag for å kunne tilpasse tjenestene til den enkelte.

Å ha et åpent og nysgjerrig blikk for den enkeltes unikheter handler også om holdninger og etisk kompetanse. Det handler om å møte den enkelte med verdighet, respekt og innlevelse. En forutsetning for det gode møtet, er at tjenestutøverne er bevisst egne holdninger og verdier. I prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving utvikler mer enn 200 kommuner møteplasser for etisk refleksjon. Et av formålene er å få økt kunnskap om egne ubevisste verdier og utvikle en felles plattform for virksomhetens verdier.

Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan. Resultatet av en individuell planprosess skal være at tjenestemottakeren får et individuelt tilpasset tjenestetilbud som de selv har vært med på å utforme.

### Boks 5.7 Dette er mitt liv

Kirkens Bymisjon driver åpne sykehjem der det er naturlig å søke kontakt og samarbeid med mennesker og organisasjoner i nærmiljøet. I prosjektet Dette er mitt liv samarbeider St. Halvardshjemmet med Gamlebyen barne- og ungdomsskole i Oslo. Sjettede- og sjuendeklassinger utvikler i samarbeid med beboere, pårørende og ansatte på sykehjemmet en minnebok som omhandler den enkelte beboers liv. Sentrale temaer vil være familie, venner, arbeid, fritid, interesser og det som måtte dukke opp i prosessen som aktuelt og relevant. Boken skal inneholde mange bilder med korte tekster. Minneboka vil være tilgjengelig på beboerens rom. Prosjektet vil kunne bidra til spennende, meningsfull og utviklende kontakt mellom generasjoner og styrke beboerne i deres forståelse av eget liv og identitet.

Se <http://www.bymisjon.no/sthalvardshjemmet>

### 5.6.2 Åpne tjenestene opp for lokalsamfunnet

Det åpne sykehjemmet bygger på et helhetlig menneskesyn som forutsetter at individet har fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, og tar konsekvensen av dette i drift og tilrettelegging. Modellen er bygd på grunnpilarene frivillig arbeid, kulturarbeid, nærmiljøarbeid, nettverksarbeid og pårørendearbeid.

Elementene i modellen bidrar hver for seg til å skape relasjoner mellom mennesker og forsterker hverandre gjensidig i et dynamisk samspill. Dette bidrar til å gi mening, fellesskap og engasjement, og gir mulighet til innflytelse og påvirkning.

Sykehjemmene og andre deler av omsorgstjenestene bør bli enda mer åpne for et tettere samspill med pårørende, venner og andre frivillige. Åpne sykehjem kan sikre kontinuiteten i kontakten med pårørende og bidra til aktivitet og trivsel. Forholdene bør legges bedre til rette i sykehjemmene, slik at familie både føler seg hjemme og kan ta del i meningsfulle aktiviteter og samvær med beboerne. Samtidig bør sykehjemmene i større grad åpne sine lokaler og serveringssteder for lokalsamfunnet og bli brukt som arena for sosiale og kulturelle aktiviteter.

Det åpne sykehjemmet forebygger at livet på institusjonen blir en lukket verden avsondret fra det øvrige livet i lokalsamfunnet. Ved å åpne sykehjemmene og andre institusjoner for omverdenen, kan den enkelte bruker få økt tilgang til meningsfulle opplevelser i fellesskap med andre, og pårørende kan bli bedre ivaretatt. Samtidig vil det forsterke og muliggjøre et levende og livskraftig frivillig arbeid.

### 5.6.3 Den nye hjemmetjenesten

De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling og funksjonssvikt, og kan bidra til at brukere kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre.

Det er fortsatt et stort gap mellom det tjenestetilbudet som gis i eget hjem og det som tilbys i institusjon, spesielt for de eldste aldersgruppene. En undersøkelse i Trondheim kommune viste at 800 av 1100 tjenestemottakere mottok mindre enn fem timer hjemmetjeneste per uke på det tidspunktet de ble innlagt på sykehjem. I sykehjemmet var ressursbruken per beboer 30 timer eller seks ganger så høy (Døhl 2011).

En undersøkelse utført for Statens helsetilsyn viste at:

«De som bor i egen opprinnelig bolig og er totalt og sterkt hjelpeavhengige, får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger.» (Statens helsetilsyn 2003)

Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensiale i en enda sterkere satsing på utbygging av hjemmetjenester. Økt satsing på hjemmetjenesten og tidlig innsats, kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse og gi den enkelte et bedre liv.

Studier viser at pårørende tar mer aktivt del i omsorgsarbeid i omsorgsboliger enn i sykehjem og institusjonstilbud (Bogen og Høyland 2006), og at nye boligløsninger gir flere muligheter og er bedre tilrettelagt for samarbeid mellom kommunale tjenester og brukerens nettverk. Utvikling av hjemmetjenester gir grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten og den frivillige og familiebaserte omsorgen. Det er først og fremst hjemmetjenestene som er organisert slik at de er i daglig samspill med familie og nettverk.

### 5.6.4 Kontinuitet og fleksibilitet i tjenestene

For å bidra til større kontinuitet i tjenestene, har kommunene gjennom ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fått plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Mange kommuner har i tillegg etablert primærkontakter eller fastkontakter for brukere av omsorgstjenestene. Videre har flere kommuner etablerte systemer for arbeidsdeling, som sikrer at noen ansatte til enhver tid har et særlig ansvar for miljøarbeid og aktiviteter.

Forutsigbarhet, kjennskap og kontinuitet er noen av de viktigste trekkene ved opplevd kvalitet i tjenesten. Undersøkelser viser at dette kan ha en sammenheng med stillingsstørrelsen i omsorgstjenestene. Små stillinger kan lettere skape uro og utrygghet hos mange brukere. Den enkelte bruker får mange ulike ansatte å forholde seg til og lavere forutsigbarhet i hverdagen. Med tradisjonell turnus ser en at det blir stort behov for små stillinger, særlig knyttet til helg.

Det er gjennomført en rekke forsøk med ulike former for turnus, herunder langturnus og ønsketurnus. Nyere undersøkelser (Moland og Bråthen 2012) viser at langturnus kan ha stor effekt på brukeres funksjonsnivå, trygghet og trivsel, gi en mer effektiv tjeneste med kompetente og stabile medarbeidere, og et arbeidsmiljø med lite fravær. En forutsetning for å lykkes er imidlertid medarbeiderinvolvering og et nært partssamarbeid. Erfaring med bruk av ønsketurnus viser at dette også kan føre til reduksjon av sykefravær og mer effektiv ressursbruk.

Regjeringen har nylig varslet at deltidsansatte skal få en lovfestet rett til en stillingsandel som står i stil med hvor mye de faktisk jobber. Det innebærer rett til utvidet stillingsprosent som samsvarer med den reelle arbeidstiden, og er et viktig tiltak i kampen mot ufrivillig deltid. Regjeringen fremmer nå flere lovforslag som skal bidra til at de som ønsker det skal få arbeide mer.

De som mottar omsorgstjenester må ofte forholde seg til et stort antall ansatte som de ikke kjenner, men som kommer tett på livet og den enkeltes private sfære. Dette gjelder særlig når en bruker bor hjemme og mottar hjemmetjenester. Regjeringen er opptatt av å utvikle en omsorgstjeneste med den nødvendige respekt for brukeres privatliv og integritet. Det bør være et mål for kommunene at de som har bruk for omsorgstjenester har en kontaktperson, at tjenestene er koordinerte og at de søker å begrense antall forskjellige personer så langt det er mulig innenfor lov- og avtaleverk og brukerens behov. Regjeringen vil gå i dialog med KS og de ansattes organisasjoner for å se på mulighetene for å utvikle modeller for omsorgstjenester der brukeren så langt det er mulig bevarer kontrollen over eget liv.

### 5.6.5 Samarbeid på tvers

I utviklingen av en mer differensiert omsorgstjeneste, som både er aktiv og som ivaretar mennesker i livets mest sårbare faser, er det behov for å se nærmere på den samlede innretning av de kommunale tjenestene.

Endringer i tjenesteinnhold, arbeidsformer og faglige tilnærminger vil kreve et tettere samspill og samarbeid mellom alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og mellom ulike tjenesteområder. Det er behov for at de kommunale tjenestene integreres bedre i hverandre for å oppnå mer tverrfaglighet, rask og effektiv forebyggende helsehjelp, bredere og mer kompetent

oppfølging av kronikergrupper, samt bedre utnyttelse av personell og kompetanse i tjenesten.

I tråd med samhandlingsreformens intensjoner skal det legges til rette for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene integreres bedre i hverandre. For å sikre kompetanseutveksling, gjensidig ressursutnyttelse og et helhetlig tjenestetilbud er det behov for å vurdere samlokalisering og eller samorganisering av tjenestene. Et eksempel på dette er opprettelse av aktivitetshus, helse- og omsorgshus eller lokalmedisinske sentra, der flere kommunale tjenestetilbud lokaliseres. Samlokalisering av tjenester er imidlertid i seg selv ingen garanti for økt samarbeid. For å bidra til økt tverrfaglig samarbeid, må det etableres faste møteplasser og rutiner for kunnskaps- og informasjonsutveksling, refleksjon og veiledning.

Fra 2016 innføres det en plikt til å gi døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen. Omsorgstjenestens brukere vil i stor grad være de som benytter seg av dette tilbudet og tjenesten må derfor etableres i tett samarbeid med omsorgstjenesten i kommunen. Tjenesten skal, i tråd med Samhandlingsreformens intensjon, bidra til bedre pasientforløp og gi tjenester nærmere der pasienten bor. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp skal bli til ved et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Fastlegene har en viktig rolle i arbeidet med å styrke det forebyggende arbeidet og sikre bedre koordinert og tettere oppfølging av kronikere. Ny fastlegeforskrift inneholder kvalitets- og funksjonskrav som presiserer forventningene til fastlegene og deres ansvar. Blant annet er plikten til å ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle for pasienter på egen liste tydeliggjort. Rehabiliteringsfasen er inkludert i dette. Fastlegen skal også gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen, når dette er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp eller når pasienter på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne, ikke er i stand til å møte på legekontoret. Eksempel på det siste kan være medisinsk tilsyn av terminale pasienter som ønsker å dø hjemme.

Menneskers liv og helse er avhengig av en rekke faktorer. Det er derfor viktig å se organisering og innretning av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med det helhetlige kommuneplanarbeidet og de tiltak som iverksettes som en del av folkehelsearbeidet. Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått et tydeligere ansvar for og større innflytelse over det samlede helsetilbudet til innbyg-

gerne. Reformen er en retningsreform og det må arbeides videre med å legge til rette for bedre kompetanseutveksling og hensiktsmessig oppgavedeling mellom profesjoner og deltjenester for å sikre kvaliteten også på den helsefaglige delen i omsorgstjenestene.

#### **5.6.6 Samhandling med spesialisthelsetjenestene**

For å bidra til systematisk kvalitetsheving, faglig oppdatering og bygge opp robuste faglige miljøer, er det nødvendig med tettere og bedre samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene.

Gjennom den lovpålagte plikten til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, er det etablert et verktøy for samarbeid om utviklingsoppgaver og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom forvaltningsnivåene.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal ansatte i spesialisthelsetjenesten gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Dette gjelder blant annet områder som forebygging, rehabilitering og lindrende behandling. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra til kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere. Kommunene har på sin side rett til å rekvirere veiledning fra spesialisthelsetjenestene. Dette er imidlertid lite kjent, og Helse- og omsorgsdepartementet vil utvikle en veileder om innholdet i denne veiledningsplikten.

Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stiller krav om å utvikle pasientrettede samhandlingstiltak, som eksempelvis ambulante team. Formålet med teamene er kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelse, og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehus.

De ambulante teamene er i praksis poliklinisk spesialisthelsetjenestep praksis som utføres der brukeren er. I noen tilfeller vil målet med de ambulante teamene være kunnskapsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, slik at kommunehelsetjenesten selv etter hvert rustes til å håndtere problemstillingen, jf. ambulante sårteam og opplæring i sårstell og intravenøs behandling. ACT-team (Assertive community treatment team) er et annet godt eksempel på hvordan nytenkning om samarbeid og arbeidsdeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste kan arte seg. ACT-teamene er et tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Her arbeider kommuner og spesialisthelsetjeneste i et forpliktende og likeverdig samarbeid for å gi pasienter med alvorlige psykiske lidelser et individuelt tilpasset, oppsøkende behandlingstilbud.

De regionale sentre for palliasjon i spesialisthelsetjenesten skal bygge opp og spre kompetanse i lindrende behandling i regionen. Sammen med de palliative sentrene på sykehus i regionen har de også ansvar for tverrfaglige kompetansenettverk innenfor lindrende behandling i sitt opptaksområde, og skal ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til palliative pasienter og spre kompetanse i kommunene.





# KAPITTEL



# 6

Figur 6.1

## 6 Boligressurser og omgivelser

*«Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste – 'access to society'».*

NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg

De fleste boliger og institusjoner vi skal bo og motta helse- og omsorgstjenester i de neste tiårene er allerede bygd. Dette gjelder først og fremst den ordinære boligmassen av eneboliger, rekkehus og leiligheter som i Norge i svært stor grad eies og disponeres av de som bor i dem. Der nest gjelder det også 40 000 alders- og sykehjemsplasser og om lag 50 000 boliger til pleie- og omsorgsformål, som i hovedsak eies av kommunene og leies ut til beboere med behov for assistanse. Et viktig fokus de nærmeste årene vil være fornyelse og ombygging, slik at eksisterende boligmasse er godt tilrettelagt og kan fungere optimalt i møte med morgendagens behov.

Hagen-utvalget estimerer fornyelsesbehovet for den kommunale boligmassen til å gjelde halvparten av omsorgstjenestens 90 000 boenheter. Med bakgrunn i veksten i antallet eldre vil behovet for kapasitetsvekst og flere plasser slå sterkere inn i årene fram mot 2030. Dette vil kreve en gradvis utbygging, men erfaringen med Handlingsplan for eldreomsorgen og Omsorgsplan 2015 tilsier at det er nødvendig allerede nå å sette kapasitetsvekst på dagsorden i kommunenes planarbeid.

Det investeres store beløp til utbedring og nybygging hvert eneste år i alle landets kommuner, og boligmassen er under kontinuerlig endring og utvikling. Disse endringene må skje som følge av en bevisst planstrategi som tar hensyn til framtidens befolkningsutvikling og nye generasjoners behov. Det som bygges i dag vil prege innhold og organisering i omsorgssektoren i lang tid framover. Nye boligløsninger for omsorgsformål må ta utgangspunkt i hvem som i framtida vil ha behov for et slikt botilbud, og i større grad enn før være tilpasset individuelle behov og ønsker. Noen vil bo i tette bofellesskap og ha mye sosial kontakt med andre. Andre er mer individuelt orientert og ønsker primært å ha omgang med familie og ven-

ner som de kjenner fra før (Bogen og Høyland 2006, Brevik og Høyland 2007). Dette krever variasjon i boligmassen, valgfrihet og et tilfang av ulike boligløsninger, som for eksempel bygging av trykghetsboliger.

### 6.1 Modernisering av eksisterende boliger og omgivelser

Universell utforming innebærer at flest mulig kan benytte bygninger og anlegg uavhengig av funksjonsevne. Det meste av dagens bygningsmasse er ikke tilgjengelig eller tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Regjeringen har derfor satt i verk tiltak for å gjøre byggene tilgjengelige for alle. Norge universelt utformet 2025 er regjeringens sektorovergripende handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet for perioden 2009–2013. Planen omfatter en rekke tiltak for nye og eksisterende bygg og anlegg rettet mot allmennheten.

Med plan- og bygningsloven av 2010 ble reglene om tilgjengelighet skjerpet. Loven setter blant annet krav til universell utforming av publikums- og arbeidsbygninger og uteareal rettet mot allmennheten samt brukbarhet og tilgjengelighet for boliger. De byggtekniske kravene til tilgjengelighet i boliger ble skjerpet med plan- og bygningsloven. Regjeringen presenterte i Meld. St. 28 (2011–2012) Gode bygg for eit betre samfunn en rekke tiltak for å sikre universell utforming både av eksisterende og nye bygg. Regjeringen vil også utrede hvordan velferdsteknologi eventuelt kan integreres i framtidige byggtekniske krav, og utvikle et indikatorsystem for å måle tilgjengelighet og universell utforming i bygninger, anlegg og uteområder.

Det viser seg at tilgjengeligheten i eksisterende boliger er lav. Bare ti prosent av dagens boliger er f eks tilgjengelige for rullestolbrukere. En særlig utfordring er de vel 240 000 boligene i blokker som ikke har tilgang til heis. Få tilgjengelige boliger gir personer med nedsatt funksjonsevne dårlige vilkår på boligmarkedet. Vi trenger flere boliger med god tilgjengelighet slik at flest

mulig som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig. Universell utforming er et førende prinsipp i plan- og bygningsloven, og vil heve kvaliteten og tilgjengeligheten ved bygging av nye boliger.

Bedre tilgjengelighet i boliger kan ikke løses ved bygging av nye boliger alene. Boliger vil i løpet av sin levetid bli utbedret og oppgradert flere ganger. Potensialet er derfor stort ved rehabilitering, oppgradering og tilpasning. Det er av nasjonal interesse å øke tilgjengeligheten i eksisterende boliger. Målet kan bare nås gjennom en bred tilnærming som involverer boligeiere, borettslag, boligsameier, kommuner, statlige instanser, byggebransjen og interesseorganisasjoner. I bygningsmeldingen varsler regjeringen flere tiltak for å øke tilgjengeligheten i eksisterende boliger. Det vil bli vurdert en styrking av tilskuddet for tilpasning av bolig. Samordningen mellom Husbankens og folketrygdens ordninger for boligtilpasning skal bedres for å oppnå mer varige og formålstjenlige boligløsninger for den enkelte bruker. Regjeringen varsler også at den vil medvirke til at det bygges flere heiser i eksisterende lavblokker, og at det skjer en styrking av informasjonen til boligeiere om hvordan tilgjengeligheten i eksisterende boliger kan bedres.

Også Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve, tar opp behovet for økt tilgjengelighet i eksisterende boliger og bomiljøer. Det legges opp til en strategi for økt tilgjengelighet som dels er rettet inn mot personer med vesentlig eller varig nedsatt funksjonsevne, og dels mot boligeiere. Virkemidlene omfatter tilskudd og lån gjennom Husbanken, stønad fra folketrygden inkludert hjelpemiddelordningen, boligrådgivning i kommunene og informasjon om mulig tiltak for bedre tilgjengelighet.

Meldingen varsler en vurdering av å legge om finansieringen av hjelpemidler for tilrettelegging av fellesareal i boligblokker fra folketrygden til Husbankens tilskuddsordninger. Individuelle løsninger for tilrettelegging av fellesareal i flerboligehus, som trappeheis, er ofte lite hensiktsmessig for andre som bor i oppgangen. Målet med en omlegging vil være å styrke Husbankens ordninger, for å stimulere til flere permanente personheiser i boligblokker istedenfor trappeheiser.

Husbanken og Arbeids- og velferdsetaten har samarbeidet om prøveprosjektet Prosjekt boligtilpasning, hvor et av målene har vært å prøve ut en mer fleksibel bruk av virkemidler for de som har spesielle behov for tilrettelegging. Hjelpemiddelcentralene prøver ut en ordning der det gis tilskudd til tilrettelegging av boligen som alternativ

til trappeheis, løfteplattform og rampe. Regjeringen tar sikte på å gjøre dette til en permanent ordning.

Å tilpasse boliger krever ulike fagkompetanse, og ofte må flere etater medvirke for å oppnå gode resultat. Prosjekt boligtilpasning har synliggjort at boligrådgivningen kan bedres. Det er opp til hver kommune å finne sin måte å organisere boligrådgivningen på, men staten gjennom Husbanken og NAVs hjelpemiddelsentraler legger til rette for å styrke den tverretatlige boligrådgivningen for tilpasning av boliger. I boligmeldingen varsles det at det vil bli utarbeidet en eksempelsamling om hvordan boligrådgivningen kan organiseres i kommunene.

Potensialet for økt tilgjengelighet ved rehabilitering, oppgradering og tilpasning av boliger er stort. Vel 80 prosent av husholdningene eier sin egen bolig. Ansvaret for å bedre tilgjengeligheten ligger derfor i hovedsak hos den enkelte boligeier og i det enkelte borettslag eller boligsameie. I 2011 brukte husholdningene vel 60 mrd. kroner på oppussing av boliger. Selv om viljen til å investere i boligen er stor, er det usikkert hvor mye midler folk bruker på å øke tilgjengeligheten eller gjøre boligen aldersvennlig. Regjeringen varsler i boligmeldingen at den vil utvikle og spre kunnskap og kompetanse til boligeiere og byggebransjen om tiltak for bedre tilgjengelighet.

Regjeringen har i Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve varslet en ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid. Å gi folk hjelp til å skaffe seg en bolig og å yte ulike tjenester sorterer under flere sektorer, både i den kommunale og den statlige forvaltningen. Strategien skal samle og målrette den offentlige innsatsen, og regjeringen tar sikte på at strategien skal gjelde fra 2014.

## 6.2 Nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger

---

De gamle aldershjemmene er i stor grad faset ut. Det samme skjer med gamle sykehjemsinstitusjoner med flersengsrom, felles bad og lange korridorer. Det nye som vokser fram har lagt mer inn i det private boarealet, og er i større grad tilpasset den enkelte beboer eller beboergruppes behov og funksjonsnivå, enten det handler om eldre med en demenslidelse eller yngre med alvorlig nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar omfatter nå ulike pasient- og brukergrupper i alle aldre og dekker hele livsløpet fra barneboliger til sykehjem.

Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner sykehjemsrommene å ligne fullverdige boliger og på den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjonsløsninger når vi skal finne svar på framtidens utfordringer.

Regjeringen ønsker å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene og bygge morgendagens løsninger på noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenestearreal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

Slik kan vi få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem.

### 6.2.1 «Smått er godt»

En av de største brukergruppene som vil ha behov for bolig tilrettelagt for omsorgsformål, vil være mennesker med demens. I dag har nesten 80 prosent av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse. Prognosene tilsier at tallet på personer med demens vil fordobles de neste 30 år. Det er bred støtte i fagmiljøene om at de store sykehjemmene er svært dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens (Høyland 2001, Selbæk 2008). En kunnskapsoppsummering foretatt av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten konkluderer med at små, tilrettelagte enheter med lavere beboertetthet har gunstig effekt på

personer med demens. Beboere med demens har roligere adferd i mindre, oversiktlige enheter med hjemlig miljø. Smått er godt er derfor blitt et begrep innen demensomsorgen (Landmark m.fl. 2009).

I og med at de fleste beboerne i sykehjem har en demenslidelse bør derfor små enheter og lav beboertetthet være normalen og ikke unntaket. Samtidig vet vi at slike boligløsninger er gunstige også for andre brukergrupper. Om en slik målsetting skal realiseres, kan den ikke bare gjelde det nye som bygges, men innebærer en omfattende ombygging av dagens sykehjem. Regjeringen stiller derfor krav om at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres med tilskudd fra Husbanken skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt.

En nylig fremlagt rapport (Hansen og Grødem 2012) kan tyde på at enkelte kommuner fortsatt bygger større bofellesskap eller samlokaliserte boliger for ulike personer med tjenestebehov på uheldige måter. I regelverkene for tilskudd til utleieboliger og investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser har Husbanken tydeliggjort viktigheten av integrering og normalisering, og understreket at boenhetene ikke skal ha et institusjonsliknende preg. Det er flere faktorer som avgjør om bofellesskap eller samlokaliserte boliger vil fungere som gode løsninger for de som bor der. Elementer som spiller inn er størrelse på bofellesskapene, antallet samlokaliserte boliger, sammensetningen av de som bor der, valgfriheten til den enkelte bruker, mulighet for arbeid og aktivitet på dagtid, lokalisering og utforming av bygningene, samt størrelsen på boenhetene.

Uavhengig av brukergrupper skal derfor ikke tallet på boenheter som lokaliseres sammen være for stort, og boligene bør plasseres i ordinære bomiljøer slik at prinsippene om normalisering og integrering oppfylles. Ulike brukergrupper skal heller ikke samlokaliseres på en uheldig måte. Ved tildeling av tilskudd fra Husbanken forutsettes det videre at et prosjekt har funksjonell og god standard, slik at det blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og sykehjem kan fungere som gode hjem og gi rammen om et verdig og meningsfullt liv.

### 6.2.2 Skillet mellom boform og tjenestetilbud

Det er ikke boformen, men den enkeltes individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang. Retten til forsvarlig helse- og

omsorgstjenester gjelder uavhengig av om en bor i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. Etter at tjenestetilbudet er fastlagt, bør spørsmålet om flytting til omsorgsbolig eller innleggelse i sykehjem derfor vurderes for seg, og ha en selvstendig begrunnelse knyttet til behovet for å endre bosituasjon og få andre omgivelser.

### 6.2.3 Skillet mellom bolig og korttidsopphold

Samhandlingsreformen legger opp til utbygging av lokalmedisinske sentra der desentraliserte spesialisthelsetjenester blir samlokalisert med ulike kommunale helsetjenester. Her kan det også mange steder være aktuelt med sengeplasser for behandling og rehabilitering, kombinert med plasser for mer øyeblikkelig hjelp lokalt.

Hagen-utvalget foreslår at det gjøres et tydeligere skille på bofunksjonene til de som skal bo over lang tid og de som er inne på korttidsopphold, og at en benytter den anledningen samhandlingsreformen gir for å lokalisere og organisere korttidsplassene sammen med de behandlingsrettede tilbudene som planlegges etablert.

Samhandlingsreformen kan på denne måten få som bieffekt at flere av de eksisterende sykehjemmene bygges om til å tilby korttidstilbud for behandling og opptrening, mens langtidsbeboerne, som i hovedsak har nedsatt funksjonsevne og et sammensatt sykdomsbilde, ofte med demens som hoveddiagnose, etter hvert får sitt tilbud i mindre bofellesskap, med større privatareal, fellesrom og gode opplevelsels- og aktivitetsmuligheter både ute og inne.

### 6.2.4 Skillet mellom privat og offentlig areal

De uklare grensene som i dag er mellom privat areal og offentlig areal, hva som er arbeidsplass og hva som er boareal, skaper usikkerhet både hos beboere og pårørende i sykehjem. Hagen-utvalget foreslår å trekke tydeligere grenser mellom hva som er privat, felles for en gruppe og hva som er offentlig areal, slik at beboeren og de nærmeste vet hva de disponerer over og hva de ansatte disponerer over. Slike grenser bør understrekes i arkitekturen og klargjøres i de avtaler som inngås mellom utleier og leietaker. En arkitektur som fremmer slike skiller vil kunne bidra til at pårørende blir en mer aktiv deltaker, og til å respektere privatlivet. Omsorgsboligen har løst begge deler gjennom en husleieavtale regulert i husleieloven, og en boform der de fleste funksjoner ligger i leiligheten.

### 6.2.5 En del av nærmiljøet

Tidligere ble institusjoner ofte lagt utenfor annen bebyggelse, gjerne i rolige og naturskjønne omgivelser med vakker utsikt. Etter hvert er en kommet til at sykehjem og omsorgsboliger må ligge midt i det pulserende liv og være en selvsagt del av et lokalsamfunn.

Det gir muligheten til å dele på fellesarealer, slik at de kan utnyttes til mange formål, bli et møtepunkt for alle som bor i området og fungere som arena for lokale kulturaktiviteter. Kort avstand gjør det lettere for familie og venner å stikke innom når de er i sentrum for å handle, og beboerne kan følge med og ta del i det som skjer i nærmiljøet. Kafe og kantine, aktivitetsrom, scene og treningsrom bør derfor være åpne for flere, og fungere som velferdssenter i lokalmiljøet.

Sammensatte bomiljøer hvor eldre bor tett ved barn og barnebarn i stedet for bomiljøer som skiller ordinære boliger og boliger for eldre og omsorgsboliger, vil gjøre det enklere å styrke pårørendes bidrag i omsorgsarbeidet. Mange vil også trives bedre i slike sammensatte bomiljøer. Det gjelder også yngre mennesker med omsorgsbehov.

Å unngå segregering har vært sentralt i den kampen mennesker med funksjonsnedsettelse har ført for likestilling og deltakelse. I møte med et aldrende samfunn vil en av de viktigste strategiene på samme måte være å hindre alderssegregering. En slik strategi må komme klart til uttrykk i arkitekturen og lokaliseringen av boliger og institusjoner med helse- og omsorgsformål.

## 6.3 Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger

Regjeringen etablerte i 2008 et nytt investeringstilskudd til bygging og fornying av kommunale sykehjem og omsorgsboliger med en ramme på 12 000 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming.

I dagens investeringsordning ytes det tilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger med ulike tilskuddssatser.

Investeringsstilskuddet er tilrettelagt slik at kommunene, i tillegg til å øke antallet heldøgns omsorgsplasser ved netto tilvekst, også skal få anledning til å renovere og oppgradere den alle-

rede eksisterende bygningsmassen. Utbyggingstakt og kommunenes planer tyder på at de vil nytte hele rammen på 12 000 plasser innen utgangen av 2015 (KS 2013).

### 6.3.1 Fornyelse og kapasitetsvekst

Halvparten av landets omsorgsboliger og sykehjem ble enten nybygd eller totalrenovert under Handlingsplan for eldreomsorgen i perioden 1998–2007. Den andre halvparten av de om lag 40 000 institusjonsplassene og de om lag 50 000 boligene til pleie- og omsorgsformål er nå snart moden for fornyelse og utskifting. Kommunene bør i første omgang erstatte de plassene som i dag er gamle og nedslitte før behovet for sterkere kapasitetsvekst inntreffer om ti år. Basert på nøkterne forutsetninger antyder nye framskrivninger at det i tillegg er et behov for om lag 15 000 nye plasser fram mot 2030 (jf. kapittel 3). Samlet innebærer det et potensielt behov for utskifting, renoivering og kapasitetsvekst av til sammen 60 000 plasser i tråd med tidligere anslag i St.meld. nr. 25 (2005–2006) om framtidens omsorgsutfordringer. Med fradrag for de 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger som ligger inne i Omsorgsplan 2015, vil det som illustrasjon være behov for om lag 3000 enheter per år ved en mest mulig jevn utbyggingstakt fram mot 2030.

Pleie- og omsorgsbyggene benyttes svært intensivt. Levetiden for slike bygg er derfor gjerne kortere enn mye annen kommunal bygningsmasse. I tillegg er omsorgssektoren gjenstand for en kontinuerlig endring i hvordan tjenestene ytes, både gjennom økte kompetansekrav, økte brukerforventninger og gjennom teknologisk utvikling. Dette påvirker også bygningsmassen. Når investeringskostnaden for en ny sykehjemsplass ikke tilsvarer mer enn om lag tre års drift, er det av stor betydning for kvalitet og effektivitet å ha moderne utstyr og bygningsmasse.

Legger man til grunn en levetid på pleie- og omsorgsbygg på 30 år, og tar i betraktning at det ofte tar flere år å initiere og fullføre slike byggeprosjekter, er det nå kort tid igjen før den delen av bygningsmassen som ikke er fornyet og erstattet, blir utdatert og lite egnet for tjenesteyting. Om vi ønsker en mest mulig jevn utbyggingstakt, bør denne fornyelsen være fullført før kapasitetsbehovet melder seg for alvor når vi nærmer oss 2025. Slik kan også noe av kostnadsveksten kommunene vil få om ti til femten år som følge av raske demografiske endringer kunne fordeles over flere år. Erstatning av allerede eksisterende plasser medfører ikke nødvendigvis økte driftskostnader,

og kan i mange tilfeller også effektivisere driften. Langsiktighet og forutsigbare investeringsrammer vil være viktig for kapasitetsvekst og fornyelse, og de raske demografiske endringene krever planlegging og tilrettelegging på nasjonalt nivå. Regjeringen ønsker derfor å videreføre dagens ordning i Husbanken også etter 2015.

I tillegg til en videreføring av ordningen, skal det utredes om det også skal gis rom for utbygging av trygghetsboliger. Dette vil ikke innebære en nedprioritering av de som har behov for heldøgntjenester, men en inkludering av de som står i fare for å utvikle slike behov i framtida.

### 6.3.2 Trygghetsboliger

Dagens ordning er forbeholdt personer med behov for heldøgns omsorgstjenester. Mange har imidlertid behov for et tilrettelagt botilbud uten å trenge tjenester hele døgnet. Trygghetsboliger kan fylle dette behovet, og gi beboerne trygghet, fellesskap, praktisk hjelp og ulike aktivitetstilbud. Utbygging av trygghetsboliger vil være i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om tidlig innsats og forebygging, og kan bidra til å utsette eller forebygge innleggelse i sykehjem.

Trygghetsboliger er boliger med smarthusteknologi, resepsjon og hotellservice, der beboerne kan få dekket ulike behov for praktisk tilrettelegging, slik som vask av bolig, vask av klær, vaktmestertjenester, tilbud om matservering og annet som avhjelper beboernes hverdag. Slike boliger kan gjerne bygges i tilknytning til dagaktivitetssenter, kulturhus, nærmiljøsentere, velferdsentere eller liknende med lett tilgang til aktivitet og sosialt samvær. Det bør stilles samme krav til utforming av boenhetene som i dagens ordning for omsorgsboliger.

I Sverige utvidet man fra 2010 den allerede etablerte investeringsordningen for «särskilda boenden» til også å omfatte «trygghetsbostäder». Erfaringene fra Sverige tyder på at dette er blitt en suksess. Tilskuddet har samtidig vendt oppmerksomheten bort fra en ensidig debatt om de tradisjonelle institusjonsløsningene. En svensk studie viser samtidig at sannsynligheten for å flytte til bolig med heldøgns omsorg er mer enn dobbelt så høy for eldre som bor hjemme i sin ordinære bolig, enn for eldre som bor i boliger med tilrettede servicetilbud (SOU 2008:113).

Formålet med å bygge trygghetsboliger vil først og fremst være å forebygge ved å gi beboeren en følelse av trygghet, og tilrettelegge for mer aktivitet og sosialt fellesskap. Både for den enkelte og for samfunnsøkonomien vil det beste

være at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom og funksjonstap unngås, utsettes eller reduseres. Dette gir både tjenestemottakerne en helsegevinst, og kommunene en økonomisk gevinst ved redusert behov for mer tjenester senere i livet. En forventet økning av kronisk syke og en forestående økning i antall eldre, forsterker incentivet til å bygge botilbud som kan bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgstjenester.

Etablering av trygghetsboliger kan samtidig legge forholdene bedre til rette for effektiv tjenesteyting fra helse- og omsorgstjenesten ved at personer med et begynnende tjenestebehov kommer tidlig inn i tilrettelagte boliger, der oppfølging og tilbud skreddersys etter behov og utvikling. Det er også viktig at botilbudet er tilrettelagt slik at beboerne ikke trenger å flytte om de får behov for et mer omfattende tjenestetilbud. Trygghetsboligene bør derfor være innrettet og tilrettelagt slik at det tas høyde for flere nivåer av tjenesteytelse. Dette innebærer blant annet universell utforming av boligen og omgivelsene, og opplegg for å kunne ta i bruk ulike former for velferdsteknologi. I tilknytning til trygghetsboligene må det bygges fellesareal med mulighet for måltider, sosialt samvær og fritidsaktiviteter.

Det er lettere å etablere og drive slike trygghetsboliger enn å ta ansvar for heldøgns omsorgstilbud. Dette kan medføre at både boligbyggelag, ideelle organisasjoner og private utbyggere i større grad kan stimuleres til å delta i utbygging og drift av trygghetsboliger og inviteres til å legge trygghetsboliger inn som en del av sine utbyggingsprosjekter.

Det skal derfor utredes om heldøgnskravet i dagens ordning kan tilpasses, slik at investeringsordningen i Husbanken eventuelt kan gi rom for trygghetsboliger.

### 6.3.3 Morgendagens sykehjem

Institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen i omsorgssektoren er i ferd med å forenes, og det er etter hvert blitt vanskelig å se forskjell på nye sykehjem med små avdelinger og tun med omsorgsboliger og lokaler for hjemmetjenestene. Hagen-utvalget anbefaler i sin utredning at en tar skrittet fullt ut og fusjonerer disse ulike formene. Slik kan vi få omsorgsboliger i sykehjem og sykehjem i omsorgsboliger, når morgendagens omsorgsbygg skal utformes.

Det er imidlertid lite forskning på det nye som skjer. Det er stort behov for å dokumentere og mer systematisk evaluere erfaringer med tidligere

utbyggingsprosjekter, for eksempel de som ble bygget under Handlingsplan for eldreomsorgen, for å kunne vurdere hvilke grunnleggende krav som må stilles til nye prosjekter. Hagen-utvalget foreslår å etablere testboliger for mer systematisk utprøving av ny teknologi, fallvennlige materialer og omgivelser, baderomsløsninger og innredning, og mener det bør stimuleres til forsøksprosjekter som følges opp av dokumentasjon og forskning. Regjeringen vil utrede en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon, med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger.

## 6.4 Finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer

I 2012 var kommunenes brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgsformål om lag 90 mrd. kroner. Inntektene fra brukerbetaling både i institusjon og for tjenester i eget hjem var samlet på om lag 6 mrd. kroner. Vel 13 prosent eller 5,4 mrd. kroner av kommunenes brutto driftsutgifter for institusjoner ble dekket av brukerbetaling. For praktisk bistand i eget hjem utgjorde brukerbetalingen 550 mill. kroner. Dette tilsvarer om lag 1,3 prosent av kommunenes samlede brutto driftsutgifter for hjemmetjenester.

### 6.4.1 Dagens regelverk

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-2 kan kommunen kreve egenandel eller vederlag av bruker når dette følger av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester.

Staten regulerer i dag kommunenes adgang til å ta betalt for omsorgstjenester gjennom to ulike bestemmelser i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, et for tjenester i eget hjem og et for tilbud i institusjon. Boliger til pleie- og omsorgsformål der man betaler husleie, som i omsorgsboliger, regnes som eget hjem. Kommunene har hovedansvaret for finansiering av tjenestetilbudet uansett hvor tjenesten ytes. Alle som bor i eget hjem dekker egne boutgifter og betaler egenandeler for helsetjenester (legehjelp, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept, og reiser i forbindelse med behandling) inntil beløpsgrensen for frikort i tak 1-ordningen (2040 kroner i 2013). Når beløpsgrensen er nådd, utstedes et frikort som gir full dekning av



utgifter ut over beløpsgrensen resten av året. I tak 2-ordningen er beløpsgrensen for 2013 satt til 2620 kroner. Tak 2-ordningen omfatter fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet. Innbyggere med lav inntekt kan søke statlig bostøtte til å dekke en del av boutgiftene.

Hjemmesykepleie og personrettet praktisk bistand er fritatt for brukerbetaling, det samme er støttekontakt og avlastningstiltak. Som personrettet praktisk bistand regnes personlig stell og egenomsorg, som nødvendig hjelp til å stå opp, toalettbesøk, personlig hygiene, hjelp til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov. Kommunen kan kreve brukerbetaling for praktisk bistand, som f.eks. rengjøring, innkjøp og matlaging.

Kommunen står i utgangspunktet fritt til å fastsette nivået på brukerbetalingen. Brukerbetalingen må imidlertid ikke være høyere enn det tjenesten koster å produsere (selvkost). Brukerbetalingen fra den enkelte kan heller ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig midler til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. Det er gitt særlige skjeringsregler for husstander med en samlet skattbar nettoinntekt før særfradrag under 2G. For denne gruppen skal samlet vederlag for tjenester som nevnt over ikke overstige 175 kroner i måneden i 2013. Brukerbetaling for blant annet trygghetsalarm og/eller matombringning inngår som en del av 2G skjermingen når tjenesten skal oppfylle et hjelpebehov som gir krav på tjenester etter loven. Det er ikke brukerbetaling for folketrygdens eller kommunens utlån av hjelpemidler i eget hjem.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester skiller mellom langtids- og korttidsopphold i institusjon. Beboere med langtidsopphold betaler for et samlet bolig- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som mottas. Langtidsbeboeren betaler blant annet for kost, losji, medisiner, praktisk bistand, sykepleie og andre helsetjenester gjennom et vederlag beregnet ut fra brukerens inntekt. Regelverket innebærer at brukeren kan pålegges å betale 75 pst. av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp (G) fratrukket et fribeløp (7000 kroner i 2013). Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 pst. av inntekten. Vederlaget skal ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene, og betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 pst. av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelene av fribeløpet. For korttids-

opphold betaler alle en fast dag-, natt- og døgnpris fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. I 2013 er disse takstene fastsatt til henholdsvis 137 kroner per døgn, og 72 kroner per dag/natt. For beboere i institusjon dekker folketrygden kostnadene til individuelt tilpasset rullestol, ganghjelpemidler eller rullator til personlig bruk, kommunikasjonshjelpemidler til personlig bruk og personlig syns- eller hørselshjelpemidler. Det er ingen egenandel for disse hjelpemidlene. Alle andre hjelpemidler er et kommunalt ansvar i institusjonene.

#### 6.4.2 Tidligere behandling

Ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen, ba Stortinget «Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem» (Romertallsvedtak VII, Innst. S. nr. 294 (1996–1997)). Et eget utvalg hadde da lagt fram en utredning (NOU 1997: 17), som la opp til et nytt finansieringssystem der finansierings- og egenbetalingsordninger skulle være nøytrale i forhold til kommunal organisering og prioritering.

Sosialdepartement sendte i 2004 en sak på høring for å innhente berørte parter vurderinger av hvordan likere betaling kunne oppnås. I høringsnotatet ble det forutsatt at kommunene skulle ha ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene, og at tjenestene i all hovedsak skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Det ble drøftet hvordan like ordninger uavhengig av boform kunne oppnås

Det ble i høringsnotatet konkludert med at en tjenestebasert betaling både i institusjon og eget hjem i stor grad ivaretok de hensyn som bør gjelde for et framtidig egenbetalingssystem. En slik modell ble sett på som nødvendig for at kommunene lettere kunne tilpasse tjenestetilbudet ut fra den enkeltes behov. Videre bidrar denne betalingsformen til å tydeliggjøre brukerens ansvar for egen bolig, og det offentliges ansvar for å yte tjenester. Et flertall av kommuner og statlige etater ønsket endringer i dagens ordninger, samtidig som mange var bekymret for økte administrative oppgaver for kommunen knyttet til å endre dagens ordninger. På den annen side gikk flere av de ansattes og brukernes organisasjoner imot å gjøre endringer.

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgsutfordringer fant regjeringen at ulempene ved dagens ordninger samlet sett ikke forsvarte å gjennomføre

en omfattende reform. Hensynet til at brukerne ikke skulle komme svekket ut etter en omlegging, tilsa at dagens ordninger inntil videre burde opprettholdes. Regjeringen varslet at den skulle følge utviklingen i kommunene, og vurdere behovet for tiltak løpende.

#### 6.4.3 Behov for ny utredning

Brukere av kommunens omsorgstjenester betaler i dag for tjenester de mottar etter to ulike bestemmelser, avhengig av om de mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Ulikhetene i regelverket kan dermed føre til at brukere betaler ulikt for de samme tjenestene avhengig av om kommunen tilbyr plass i institusjon, eller om personen bor i eid eller leid bolig.

Antallet plasser kommunene disponerer i institusjoner har de siste 20 årene holdt seg ganske stabilt på om lag 40 000 plasser. Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse medførte en betydelig utbygging av omsorgsboliger som supplement til, og delvis som erstatning for, den tradisjonelle institusjonsomsorgen. Dette er boliger som regnes som beboerens eget hjem.

I Hagen-utvalgets utredning beskrives de siste tiårenes endringer i bygningsmassen de kommunale omsorgstjenestene forvalter, og måten den blir brukt på. Mens den på 1960-tallet i hovedsak besto av aldershjem med to- eller flersengsrom, felles kjøkken og bad i korridoren, består den nå

av moderne sykehjem med enerom, kjøkkenkrok og eget bad, og omsorgsboliger ofte i form av leiligheter bygd sammen i tun eller blokkbebyggelse med base for hjemmetjenesten og andre servicefunksjoner. Samtidig har det vært en nedbygging av institusjonstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Blant annet la Ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemning (HVPU-reformen) på 1990-tallet opp til boformer som skulle være integrert i det normale bomiljøet, og som inviterte til deltakelse i lokalsamfunnet. Fortsetter utviklingen blir resultatet at vi får omsorgsboliger i sykehjem og sykehjem i omsorgsboliger, og det blir etter hvert vanskelig å se forskjell på nye sykehjem og omsorgsboliger med lokaler for hjemmetjenester. Flere kommuner kaller også omsorgsanleggene sine for sykehjem med bedre bostandard, mens andre kommuner avhjemler sykehjemsplassene sine og kaller dem omsorgsboliger, bo- og servicesenter eller lignende.

Rammebetingelsene for kommunene og brukerne må i størst mulig grad utformes slik at tjenestetilbudet vurderes ut fra den enkeltes behov, og ut fra hva som er samfunnsøkonomisk mest effektivt.

Regjeringen vil sette i gang et utredningsarbeid om finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer. Formålet med utredningen er å legge til rette for et rettferdig og forutsigbart betalingssystem for brukerne, og avklare ansvarsforhold mellom staten og kommunesektoren.



# KAPITTEL



# 7

Figur 7.1

## 7 Velferdsteknologi – en ny ressurs

*«Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker.»*

Nils Peter Nissen

Bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene åpner et mulighetsrom på flere måter. Det gir først og fremst mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidrar til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsett funksjonsevne. Velferdsteknologi kan bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Teknologi som skaper større trygghet hos brukeren kan også avlaste pårørende for unødvendig bekymring.

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Omsorgstjenestene vil både i dag og i framtida være arbeidsintensive og avhengige av det konkrete møtet mellom mennesker. Velferdsteknologien kan imidlertid understøtte en ny utvikling og være ett av flere tiltak for å endre disse tjenestenes innretning, med større vekt på hjelp til selvhjelp, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering.

På samme måte som for tankegangen bak hverdagsrehabilitering, kan velferdsteknologi sette brukerne bedre i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og opprettholde relasjonene til andre mennesker i det daglige. Teknologien kan også bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteanvarlige, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre tid og ressurser i omsorgstjenesten, som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

Velferdsteknologi kan være en av driverne som skaper innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Den åpner for nye måter å organisere omsorg på, og kan legge til rette for nye arenaer for samvirke med brukeren selv, nærmiljøet, pårørende, frivillige, ideelle aktører og næringslivet.

Økt bruk av velferdsteknologi kan også bidra til økt verdiskaping i næringslivet. Det er naturlig at omsorgssektoren framover blir en stadig viktigere kunde etter hvert som næringslivet utvikler velferdsteknologiske produkter, tjenester og konsepter som er interessante for kommunene.

### *Utnytte mulighetsrommet*

For å utnytte det mulighetsrommet velferdsteknologi gir, må det legges til rette for at kommunene i større grad kan ta velferdsteknologiske løsninger i bruk. Derfor settes det i gang et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Programmet bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der folk bor.

Vi skal utnytte de muligheter velferdsteknologien gir. Samtidig vil den ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å møte framtida. En ny og framtidsrettet omsorgstjeneste vil også kreve større faglig bredde med sterkere vekt på aktivisering, rehabilitering og gruppe- og nettverksarbeid.

Flere av de som arbeider på dette feltet sier at innføring av velferdsteknologi handler mest om organisering og mindre om teknologi. Utviklingen av velferdsteknologi må derfor settes inn i en ramme, og ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og behov. Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene bør derfor skje parallelt med endringer i organiseringen og innretningen av tjenestene.

Innføring og bruk av velferdsteknologi er høyt på dagsorden i mange europeiske land. Utvikling og utprøving av velferdsteknologi spiller en sentral rolle i EUs European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Videre legger EUs nye rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020, til rette for at europeisk forskning, teknologisk utvikling og innovasjon skal trekke i samme retning, og bidra til gode løsninger på samfunnsutfordringer som demografi og helse, klima og miljø, transport og sikkerhet.

### **7.1 Velferdsteknologi**

I denne meldingen legges definisjonen av velferdsteknologi fra Hagen-utvalget til grunn:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»

Helsedirektoratet har i sin fagrapport om implementering av velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2012) også brukt denne definisjonen. Velferdsteknologi har grenseflater mot, og kan være overlappende med IKT i helse og kommuneforvaltningen og hjelpemiddelområdet. I denne meldingen omhandles velferdsteknologi med sikte på at dette skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenesten.

IKT i helse er en samlebetegnelse som omfatter utvikling og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å registrere og utveksle helserelaterte data, informasjon og kunnskap hos pasienter, helsepersonell, helseadministratorer og politikere. I den grad velferdsteknologiske løsninger overfører informasjon med betydning både for en persons helse- eller livssituasjon og for den tjeneste vedkommende skal motta, omfattes dette av begrepet IKT i helse. Da vil også personopplysningsloven og helseregisterloven gjelde. Telemedisin inngår i IKT i helse, og er

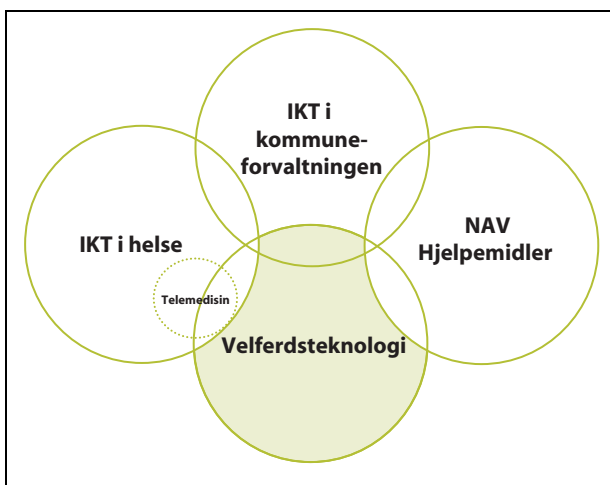
særlig brukt i behandlinger der helsehjelp blir understøttet av helsepersonell som befinner seg på andre steder enn pasienten.

I helse- og omsorgssektoren er IKT et verktøy for å skape bedre tjenester, og teknologien skal støtte arbeidsprosessene i hele bruker- og pasientforløpet. IKT-systemene skal også forenkle innbyggernes tilgang til informasjon og tjenester, bl.a. slik at det legges til rette for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom brukerne og kommuneforvaltningen.

Folketrygdloven regulerer stønad til hjelpemidler i arbeids- og dagliglivet. Hjelpemidler i folketrygdens forstand innbefatter også velferdsteknologi. Rettighetene i folketrygdloven er rettet mot enkeltbrukere, og tiltak må knyttes opp mot å avhjelpe et praktisk problem som funksjonsnedsettelsen forårsaker. Det er en forutsetning at personen som gis stønad har en vesentlig og varig nedsatt funksjonsevne. Kommunene har ansvar for hjelpemidler som skal dekke midlertidige behov, det vil si behov av en varighet på under to år. Innføring og bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene endrer ikke oppgave- og ansvarsfordelingen mellom stat og kommunene.

NOU 2010: 5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud la vekt på at tilrettelegging og hjelpemiddelområdet er et tverrfaglig fagfelt som krever innsats på en rekke områder i helse- og velferdsfeltet. Utvalget vektla behovet for å utforme en langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging på dette området. Arbeidsdepartementet og Arbeids- og velferdsetaten har begynt dette arbeidet, og har slått sammen flere av sine kompetansesentre på området.

NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltagelse er en ny ressurs i arbeids- og velferdsforvaltningen, og skal ha et særlig fokus på tilrettelegging og deltagelse i utdanning og arbeid. Kompetansesenteret har ansvar for kunnskapsutvikling innenfor velferdsteknologiområdet rettet mot hjelpemiddelsentralene. Et sentralt område er å utvikle og formidle kunnskap knyttet til forbruksteknologi som bidrar til aktivitet og deltagelse for personer med nedsatt funksjonsevne. Kommunene og hjelpemiddelsentralene har et bredt samarbeid om tilrettelegging og formidling av hjelpemidler. Hjelpemiddelsentralens rolle som ressurs- og kompetansesenter avgrenses ikke av hva som finansieres gjennom folketrygdloven. Det er derfor naturlig at hjelpemiddelsentralene og kommunene samarbeider om velferdsteknologi.



Figur 7.2 Illustrasjon av forholdet mellom begrepene IKT i helse, telemedisin, velferdsteknologi, NAV Hjelpemidler og IKT i kommuneforvaltningen

### Boks 7.1 Bildetolking for inkludering i arbeid og utdanning

Bildetolketjeneste er et eksempel på hjelpemidler tilrettelagt og formidlet av NAV Hjelpemiddelsentralene. Tjenesten skal gi brukerne lettere tilgang til tolketjenester og dermed større mulighet for likestilling og deltakelse i arbeidslivet. Bildetolketjenesten er fjerntolking for hørselshemmede og døvblinde med tegnspråk eller skrivetolking via bildetelefon. En bildetelefon består av skjerm, kamera og programvare. Tjenesten øker den sosiale deltakelsen på arbeidsplassen ved at lunsjpauser, samtaler mellom kolleger og lignende kan tolkes gjennom bildetolketjenesten. Tjenesten gjør det også enklere for hørselshemmede og døvblinde i arbeid å ta direkte kontakt med hørende på telefon.

Tilrettelegging og formidling av hjelpemidler etter folketrygden er knyttet til enkeltpersoner med varige funksjonsnedsettelse. For den kommunale omsorgstjenesten vil bruk av velferdsteknologi være en integrert del av tjenestene, og brukes som alternativ til andre omsorgstjenester eller som ledd i tjenesteytingen.

Etter forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kan kommunen kreve vederlag for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, med unntak av tjenester til personlig stell og egenomsorg. Utgifter til investering, installering og bruk av velferdsteknologi vil falle inn under disse egenandelsbestemmelser så lenge teknologien tildeles for å oppfylle kommunens plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er ikke egenandeler på hjelpemidler etter folketrygden og behandlingshjelpemidler tildelt av spesialisthelsetjenesten.

#### 7.1.1 Ulike typer velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan deles inn i fire hovedkategorier ut fra hvilket behov de møter, og hvordan de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og tjenesteutøvere:

*Trygghets- og sikkerhetsteknologi* skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides

med varslings- og lokaliseringsteknologi og ulike former for sensorer.

*Kompensasjons- og velværeteknologi* bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme.

*Teknologi for sosial kontakt* bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi.

*Teknologi for behandling og pleie* bidrar til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler.

## 7.2 utfordringer ved bruk av velferdsteknologi i kommunene

En undersøkelse foretatt av KS i 2011 viste at velferdsteknologi i svært liten grad var tatt i bruk i norske kommuner (Hoen og Tangen 2011). Så godt som alle kommuner har tilbud om trygghetsalarm, men bare et fåtall har utvidede funksjoner koblet til trygghetsalarmen. Svært få kommuner har teknologi for sosial kontakt integrert i tjenestene. Bruk av PDAer (personlig digital assistent) er mer utbredt, men dette er teknologi som bru-

### Boks 7.2 Fonden for Velfærdsteknologi

I Danmark ble Fonden for Anvendt Borgernær Teknologi (ABT-fonden) etablert i 2009 med en kapital på tre mrd. danske kroner. Fondet finansierer prosjekter som systematisk prøver ut nye digitale og velferdsteknologiske løsninger som skal bidra til bedre tjenester med færre ressurser. I 2012 endret fondet navn til Fonden for Velfærdsteknologi.

Fram til 2012 ble det gitt midler til demonstrasjonsprosjekter for utprøving av teknologi og til større implementeringsprosjekter. Fra og med 2012 er hovedaktiviteten å spre de velferdsteknologiske løsningene som har vist størst potensial, og der teknologien er tilpasset brukernes behov. Fonden for Velfærdsteknologi skal fram til 2016 videreføre igangsatte prosjekter for å dokumentere hvordan velferdsteknologi kan gi bedre tjenester til brukerne, og fornye og effektivisere det offentlige tjenestetilbudet.

### **Boks 7.3 Det midtnorske velferdsteknologiprojektet**

Fylkesmennene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal samarbeider med KS om utprøving av velferdsteknologi i flere av regionens kommuner. Flere mindre prosjekt inngår i et koordinert fellesprosjekt. Kommunene som deltar samarbeider med flere eksterne aktører, som ulike FoU-miljøer, Næringslivets hovedorganisasjon, Leverandørutviklingsprogrammet, næringslivsaktører og/eller med aktører som piloterer ulike programmer som skal fremme innovasjonskraft og innovasjonsevne i kommunene.

Etter halvgått løp i prosjektet ser man konturene av hvilke kriterier som må være på plass når kommuner skal teste og ta i bruk velferdsteknologi: Ressurser til gjennomføring og medarbeidere som faktisk og reelt har avsatt tid til arbeidet. Langsiktig finansiering er viktig. Det samme er forankring i ledelsen og i de delene av organisasjonen som skal gjennomføre prosjektet. Deltakerkommunene har erfart at det tar tid å gjennomføre endringer som på sikt vil kunne rokkere ved etablerte kulturer og arbeidsmåter. Det er avgjørende med en grundig tilnærming til nye tjenesteforløp, som sikrer nødvendig trygghet for brukerne, pårørende og tjenesteyterne.

kes av de ansatte og ikke av brukeren selv. Flertallet av kommunene som deltok i KS-undersøkelsen etterlyser informasjon om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi, og de etterlyser også økt satsing på rådgivning om implementering og integrering i tjenestene. Samtidig så et flertall av kommunene på velferdsteknologiske løsninger som et rekrutteringsfortrinn framover, og uttrykte stor tro på at ulike former for velferdsteknologi kan benyttes i forebyggende tiltak.

Funnene fra KS-undersøkelsen bekreftes i en undersøkelse Norsk Sykepleierforbund gjorde blant landets ordførere og rådmenn i 2012 (Norges Barometeret 2012). Flertallet av ordførerne og rådmennene i undersøkelsen svarte bekræftende på at det er ønskelig å bruke mer midler enn de gjør i dag på teknologi og innovasjonsarbeid, men at de samtidig kjenner for dårlig til mulighetene som finnes.

Ansvar for innføring og bruk av velferdsteknologi må ligge i den enkelte kommune. Statens rolle er å legge til rette for at det kan utvikles gode

velferdsteknologiske løsninger i et samarbeid mellom kommuner, næringslivet og kompetansemiljøer. Staten kan også bidra til å møte noen av de utfordringene som er felles for alle kommunene, som for eksempel etiske, personvernmessige og juridiske utfordringer, og tekniske rammebetingelser for utvikling og innføring av velferdsteknologi slik som standardisering og valg av felles løsninger.

#### **7.2.1 Etiske og personvernmessige utfordringer**

Bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenesten supplerer den tradisjonelle måten å gi omsorgstjenester på. Velferdsteknologien kan bidra til å skape bedre løsninger, men kan også utfordre grunnleggende verdier.

##### *Etiske utfordringer*

Samtidig som velferdsteknologi kan bidra til trygghet og at flere kan bo hjemme i egen bolig lengre, kan den også utfordre den enkeltes privatliv og personvern. Eksempelvis kan overvåking medføre at brukeren får innskrenket sitt handlingsrom. Personvernet er avgjørende for å ivareta den individuelle friheten.

Å få bestemme over sitt eget liv er en av de viktigste forutsetningene for en positiv utvikling og identitet. Derfor må vi sikre at den enkelte i størst mulig grad beholder selvbestemmelsesretten. For de som ikke har samtykkekompetanse må tjenesten ha nær kontakt med pårørende eller verge som bistår brukeren.

Velferdsteknologi kan generere til dels store mengder sensitiv informasjon. Teknologien må derfor være minst mulig integritetskrenkende, og brukeren må ha et klart definert formål og vurderes å være forsvarlig. Krav til faglig forsvarlighet er et grunnleggende krav i helse- og omsorgstjenestene. I prinsippet om faglig forsvarlighet inngår også krav om etisk forsvarlighet. Etisk forsvarlighet betyr at tiltakene må prøves mot alminnelige etiske prinsipper.

##### *Personopplysningsvern og velferdsteknologi*

Helse- og omsorgssektoren håndterer store mengder helseopplysninger, som er blant de mest sensitive personopplysningene som finnes. Det er dermed et stort behov for et godt rettslig rammeverk for håndteringen av slike opplysninger. Omfattende elektronisk innsamling av helseopplysninger og andre personopplysninger kan øke risikoen for spredning og misbruk, og skadepotensialet kan være stort. Det er viktig at befolkning



gen har tillit til at helse- og omsorgssektoren behandler personopplysninger på en slik måte at personopplysningsvernet er ivaretatt.

Når helse- og omsorgstjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi må de ha et rettsgrunnlag for å håndtere helseopplysninger og andre personopplysninger. Hovedregelen og utgangspunktet i helseregisterloven og personopplysningsloven er at slik behandling skal basere seg på samtykke fra den enkelte. I tillegg må all behandling av personopplysninger være i samsvar med kravene etter gjeldende personvernlovgivning, og oppfylle kravene til tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

#### *Behov for endringer i lov og regelverk*

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester, vil kunne innebære inngrep overfor den enkelte. Dette krever rettslig grunnlag, enten i form av samtykke eller særskilt lovhjemmel (legalitetsprinsippet). Mange av dagens pasienter og brukere mangler samtykkekompetanse helt eller delvis. Særlig gjelder dette en økende andel personer med demens og andre med kognitiv svikt som trenger helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det nødvendig med annet rettslig grunnlag enn samtykke, dvs. lovhjemmel.

Dagens regelverk er fragmentert og til dels uklart og mangelfullt, når det gjelder bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten til myndige pasienter eller brukere som mangler samtykkekompetanse. En stor andel av kommunene oppfatter også helselovgivningen som et hinder for å ta i bruk velferdsteknologi.

For å skape rettslig klarhet og for å legge bedre til rette for ny teknologi som kan gi den enkelte større mulighet til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet, har departementet hatt på høring forslag til lovendringer, som gir helse- og omsorgstjenesten adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringssystemer som ledd i helse- og omsorgstjenester til myndige pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse. Prop. 90 L (2012–2013) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi) er oversendt Stortinget.

#### **7.2.2 Behov for standardisering på velferdsteknologiområdet**

Felles åpne standarder for velferdsteknologi, som er uavhengig av hvem som yter tjenestene og hvilke leverandører disse har valgt, gjør at brukerne får en god, koordinert og forutsigbar tjeneste. Standarder gjør det mulig å utveksle og for-

#### **Boks 7.4 unIKT**

Programmet unIKT skal styrke arbeidet med digital deltakelse, og medvirke til at flere digitale satsinger kan bli til nytte for hele befolkningen. unIKT Brukerforum skal arbeide for at IKT-løsninger i det offentlige rom skal bli universelt utformet. Forumet skal fungere som kontaktskaper og pådriver når det gjelder bevisstgjøring, mobilisering, informasjons- og kunnskapsspredning.

Se <http://www.bufetat.no/bufdir/deltasenteret/>

stå informasjon som benyttes mellom ulike enheter. Utstyr eller enheter fra en produsent kan byttes ut med utstyr fra en annen produsent. Felles åpne standarder er også et viktig skritt mot at velferdsteknologier fungerer sammen med, og kan kommunisere med teknologi og hjelpemidler levert av Arbeids- og velferdsetaten, spesialisthelsetjenesten eller private aktører.

For små og mellomstore bedrifter vil standarder være viktig for å kunne levere tilpassede produkter i et større internasjonalt marked. Innflytelse på standarder gjør det mulig for norske bedrifter å utvikle produkter som kan være internasjonalt konkurransedyktige.

#### **7.2.3 Samarbeid mellom kommuner og næringsliv**

Utvikling og innføring av velferdsteknologi i kommunene vil kreve gode og tette samarbeidsrelasjoner mellom kommunene og næringslivet. Næringslivet må delta aktivt i utformingen av løsninger på bakgrunn av kommunenes behov.

For at anskaffelser skal bidra til bedre oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenestene må kommunene kartlegge langsiktige utviklingstrender i brukernes behov og ha innsikt i den teknologiske utviklingen som muliggjør nye løsninger. Derfor må omsorgstjenesten og innkjøpsmiljøer i den enkelte kommune samarbeide tett ut fra felles målsettinger og kartlagte brukerbehov, slik at bestillingen til næringslivet dekker de behovene brukerne har.

Kommunene kan bidra til næringsutvikling gjennom rollen som krevende kunder. Velferdsteknologi kan bidra til å utvikle norsk næringsliv og skape nye muligheter både for små og store bedrifter. I en rapport danske Damvad utarbeidet

til Næringslivets hovedorganisasjon i 2011 ble det påpekt at det ligger et stort markedspotensial innenfor velferdsteknologiområdet, både i Norge og internasjonalt (Damvad 2011a).

Regjeringen har lagt fram en strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser. Strategien tar særlig fatt i tverrgående utfordringer i hvordan offentlige virksomheter arbeider med anskaffelser i for- og etterkant av sine utlysninger. Der det er rasjonelt og riktig vil regjeringen legge til rette for at anskaffelser blir et strategisk virkemiddel i offentlige virksomheters utviklingsarbeid. Offentlige virksomheter skal ha god dialog med markedet om sine utviklingsbehov, og ha redskaper og kompetanse for å planlegge og gjennomføre innovasjonsfremmende anskaffelser.

#### 7.2.4 Tjenesteinnovasjon og organisasjonsendringer

Velferdsteknologi og IKT er først og fremst verktøy for å kunne levere bedre, mer individuelt tilpassede og effektive tjenester. Potensialet er stort, men innføring av ny teknologi vil i de fleste tilfeller også medføre endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling.

For å hente ut gevinster av velferdsteknologien viser erfaringer fra Danmark at det må organisatoriske endringer til, og at ansatte og brukere må få tilstrekkelig kompetanse og veiledning til å kunne gjøre velferdsteknologi til et virkningsfullt verktøy i helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra de kommunene som er i gang med å innføre velferdsteknologi viser at behovskartlegging sammen med brukeren, og tett oppfølging av leverandører, er viktig for å finne rett teknologi til rett person.

Et nasjonalt program for velferdsteknologi må også lære av erfaringene med å innføre smarthusteknologi på 1990-tallet. Et doktorgradsarbeid om hvorfor smarthusteknologien ikke ble tatt i bruk (Thygesen 2009) peker på noen sentrale faktorer: Ustabil og sårbar teknologi, lite fleksibel og brukervennlig teknologi, mangel på planlegging og tverrfaglig organisering for å utnytte teknologien, utstyr med ulike grensesnitt og mangel på standardisering, kompetanse, og uklart regelverk med hensyn til varsling.

### 7.3 Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi

Det skal etableres et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdstekno-

logi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet skal medvirke til at det utvikles og innføres velferdsteknologiske løsninger som styrker brukernes selvstendighet, egenmestring og sosiale deltakelse, og skaper større trygghet for brukere og pårørende.

I tråd med samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetjenesten og næringslivet.

Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- 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

Helsedirektoratet vil få hovedansvaret for å gjennomføre teknologiprogrammet som en del av Omsorgsplan 2020. Det forutsettes at Helsedirektoratet i gjennomføringen av programmet samarbeider med InnoMed og det kompetansesenteret som skal etableres som en del av den helhetlige kommunale innovasjonsstrategien.

Programmet vil bestå av følgende innsatsområder:

#### *Etablering av åpne standarder for velferdsteknologi*

Regjeringen har i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, signalisert sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen. Standardiseringsarbeidet på velferdsteknologiområdet skal bidra til at standarder legger til rette for integrerte og leverandøruavhengige velferdsteknologiske løsninger på tvers av offentlig og privat sektor. Helsedirektoratet gis ansvaret for et overordnet standardiseringsarbeid på velferdsteknologiområdet. Det forutsettes et nært samarbeid med KS-programmet KommIT (Program for IKT-samordning i kommunesektoren), Standard Norge, leverandør- og bransjeforeninger og Norsk Helsenett SF. Arbeidet skal sees i sammenheng med standardiseringsarbeidet på IKT i helseområdet. Standardisering på vel-

ferdsteknologiområdet skal gis prioritet i de nasjonale strategier for standardisering. Standardene skal blant annet bidra til at personopplysninger ivaretas i tråd med lovkravene til personopplysningsvern.

#### *Utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene*

Utvikling og utprøving av nye velferdsteknologiske løsninger må ses i sammenheng med utvikling av nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og framtidige institusjons- og boligløsninger gjennom innovasjonsprogrammet for morgendagens omsorg (jf. kapittel 8).

Det er behov for å utvikle flere ulike velferdsteknologiske løsninger for å møte framtidens utfordringer og behov. Økt opplevd trygghet muliggjør at mennesker kan bo hjemme lenger og stimulere til sosial og fysisk aktivitet. I første omgang vil utvikling av trygghetspakker ha høy prioritet. En trygghetspakke er en videreutvikling av tryggsalarmen som i tillegg kan inkludere blant annet selvutløsende alarm, fallsensor, røykdetektor, elektronisk døråpner, mobiltelefon, sporingsløsning (GPS) mv. For å bidra til å etablere en robust trygghetspakkemodell som kan brukes av alle kommuner, vil regjeringen støtte deltakerkommunene i prosjektene Trygge spor og Trygghetspakken.

#### *Kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger*

Programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis. For å dokumentere effekter og gevinster ved bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger skal kunnskapsgenerering og spredning av gode velferdsteknologiske løsninger til kommunene prioriteres. Følgeforskning og etablering av kunnskapsbasert praksis prioriteres først. Det er behov for kunnskap om effekter av velferdsteknologiske løsninger, men også om arbeidsorganisering og integrering av velferdsteknologi som et virkemiddel i helse- og omsorgstjenestene. En felles kunnskapsbase er nødvendig for å sikre enhetlig kunnskapsutvikling og en hensiktsmessig og rasjonell kunnskapsdeling. De regionale sentrene for omsorgsforskning vil få en sentral oppgave som dokumentasjonssenter med følgeforskning og formidling (jf. kapittel 8).

Regjeringen vil ta initiativ til en årlig samling der forskere, næringsliv, kommuner og utdanningsinstitusjoner kan møtes for å utvikle samarbeidet om framtidens omsorg.

### **Boks 7.5 Trygge spor og Trygghetspakken**

Prosjektet Trygge spor er et offentlig innovasjonsprosjekt finansiert av Oslofordfondet. Prosjektet er et samarbeid mellom forskningspartnerne Sintef, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Universitetet i Agder og Drammen, og Bærum, Trondheim, Bjugn og Åfjord kommune. Målsettingen i prosjektet har vært å bidra til å gi personer med kognitiv svikt en tryggere og mer aktiv hverdag, samt bidra til større trygghet for pårørende og ansatte i helse- og omsorgssektoren. Gjennom praksisnær forskning er det forsøkt å gi svar på hvordan en GPS-løsning med støttesystemer kan utvikles for å møte behovene til målgruppene. Erfaringene fra kommunene som har deltatt viser at etiske vurderinger, kartlegging av individuelle behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av velferdsteknologi og tjenester er viktige forutsetninger for forsvarlig og vellykket bruk av varslings- og lokaliseringssteknologi. Prosjektet videreføres i Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor Trygge spor 2.

Trygghetspakken er et tilsvarende offentlig innovasjonsprosjekt, der forskningspartnerne Sintef, Universitetet i Oslo og Høgskolen i Vestfold samarbeider med flere kommuner om å utvikle teknologi og tjenester som gjør det mulig for personer med nedsatt funksjonsnivå å bo lenger hjemme. Prosjektet startet opp i 2012 og pågår ut 2014.

#### *Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi*

En vellykket innføring og bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene krever en omlegging av ansvar, arbeidsoppgaver og arbeidsprosesser i omsorgstjenestene.

Erfaringer fra Danmark er at innføring av velferdsteknologi ofte må virke sammen med en faglig omstilling fra passiv hjelp til mer aktiv hjelp av brukerne i hverdagen. Brukeren må ofte gjennomgå en opptrening for å kunne benytte et velferdsteknologisk produkt. Innføring av velferdsteknologi må derfor ses i sammenheng med den faglige omstillingen som omtales i kapittel 5.

En ny og bedre oppgaveløsning krever samtidig at helse- og omsorgstjenestene i større grad målrettes etter den enkelte brukers behov. Kartlegging av behov er avgjørende for å sikre at teknologien dekker de behov den er ment å dekke, og er i tråd med det som er praktisk og organisatorisk mulig i kommunen. En grundig behovskartlegging blant aktuelle brukere, og planlegging av organisatoriske endringer, vil være avgjørende for at bruken av velferdsteknologi skal få effekt.

Velferdsteknologi må integreres i tjenesten og ikke bare anvendes som enkeltstående løsninger. For å utvikle gode modeller for en vellykket innføring og bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger og systemer, ønsker regjeringen å involvere eksisterende institusjoner og fagmiljøer, og styrke virkemidlene de disponerer. InnoMed skal bygges ut, slik at de i tillegg til spesialisthelsetjenesten også kan dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenesten. Videre skal ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) gjennom Innovasjon Norge gjøres lettere tilgjengelig og tilpasset innovasjonsbehovet i helse- og omsorgssektoren, særlig med tanke på velferdsteknologi.

For å stimulere til økt innovasjon i kommunene vil det også bli etablert et eget kompetansesenter som en del av regjeringens kommunale innovasjonsstrategi.

#### *Kompetanseheving*

For å få effekt av velferdsteknologiske løsninger må opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. I

hovedsak må opplæringen foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljøer. En del av den praktiske opplæringen må knyttes til den konkrete innføringen av velferdsteknologi.

Regjeringen vil som del av Kompetanseløftet 2015 utvikle en virksomhetsintern opplæringspakke som gir de ansatte grunnkompetanse i velferdsteknologi, Velferdsteknologiens ABC. Opplæringspakken skal ivareta at brukere og pårørende gis tilstrekkelig opplæring i bruk av velferdsteknologiske løsninger. Opplæringspakken skal ha fokus på brukerbehov, arbeidsmiljø, arbeidsprosesser, teknologi mv.

Helse- og omsorgspersonell må videre gis kunnskap om velferdsteknologi gjennom utdanningene. Endringer i helse- og sosialutdanningene bør vurderes i lys av de behov programmet skaper, særlig for fysio- og ergoterapiutdanningene. Disse gruppene har en metodisk tilnærming med vekt på aktivisering og rehabilitering som vil være sentral i utvikling, utprøving, innføring og bruk av velferdsteknologiske løsninger. I tillegg er de viktige brobyggere mellom hjelpemiddelsentralene og helse- og omsorgstjenestene, og mellom helse- og sosialpersonell og teknologimiljøer.

Programmet skal også bidra til at kommunene tilføres nødvendig kompetanse innen innovasjon og innovasjonsledelse. Kunnskap om endringsprosesser og implementering er avgjørende for å sikre en vellykket innføring og bruk av velferdsteknologiske løsninger. Som del av regjeringens kommunale innovasjonsstrategi skal det utvikles et utdanningstilbud i kommunalt innovasjonsarbeid for kommunale ledere og fagfolk i sektoren. Gjennom studiet skal ansatte, ledere og folkevalgte lære om innovasjonsprosesser og hvordan planlegge og gjennomføre et innovasjonsprosjekt.



# KAPITTEL



# 8

Figur 8.1

## 8 Innovasjon i omsorgsfeltet

*«Det er bedre å innovere selv, enn å bli innovert.»*

Rolf Rønning

Innovasjon er å skape nytt. Da handler det om å åpne framtida og utvide handlingsrommet gjennom å identifisere flere utveier, vise fram alternativer og finne nye spor og løsninger.

Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen.

I regjeringens innovasjonsmelding St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, ble helse- og omsorgssektoren trukket fram som et prioritert område med stort innovasjonspotensial. Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver framover. Befolkningens alderssammensetning endres. Kompleksiteten i oppgaveløsningen har økt, og befolkningen har forventninger om mer sammensatte og differensierte tilbud.

Regjeringens hovedstrategi for å møte framtidens omsorgsutfordringer har vært å utnytte de nærmeste årene med små demografiske endringer til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å forberede den raske veksten i omsorgsbehov som vil komme om 10–15 år gjennom å investere i utdanning av fagpersonell og fornyelse av bygningsmasse (St. meld. nr. 25 (2005–2006)). Med denne meldingen settes det også fokus på å finne nye løsninger ved å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, ta i bruk ny teknologi og nye faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid i kommunene.

Det er først og fremst i kommunene innovasjonsarbeidet må foregå. Det viktigste statlige myndigheter kan bidra med, er å støtte kommunenes egen innovasjonsevne og muligheter, enten ved å fjerne barrierer eller innrette lovgivning og finansieringsordninger slik at de aktivt understøtter nødvendig innovasjons- og endringsarbeid.

Enhver framtidsrettet virksomhet har satt av ressurser og fagpersonell til å drive innovasjon og produktutvikling.

Mange av innovasjonsmulighetene denne meldingen peker på vil oppstå i et samarbeid mellom kommuner, kunnskaps- og forskningsmiljøer og sivilsamfunnet, organisasjoner eller næringslivet. Næringslivsinnovasjon støttes gjennom Innovasjon Norge, forprosjekter gjennom InnoMed, og mer forskningsbasert innovasjon gjennom Norges forskningsråd. Det er imidlertid få ordninger som er rettet mot omsorgssektoren og kommunene. Derfor er det behov for et rammeverk og virkemidler som legitimerer innovasjon i kommunene, og som gjør at de i større grad kan prøve ut nye løsninger når de står overfor komplekse utfordringer.

I en undersøkelse Østlandsforskning har gjort for KS dokumenteres det at innovasjonsvirkemidlene i Innovasjon Norge og Norges forskningsråd bare i begrenset grad blir tatt i bruk i kommunene (Teigen m.fl. 2010). Majoriteten av kommunene som har svart oppfatter fylkesmannen og regional statsforvaltning som den viktigste samarbeidspartner for innovasjon og utvikling. På omsorgssektorens område har fylkesmennene hatt en sentral rolle i arbeidet med gjennomføring av ulike reformer og handlingsplaner de siste 25 årene.

Det vil derfor være naturlig å satse videre på fylkesmannen som en av kommunenes statlige samarbeidspartnere i innovasjonsarbeidet, med støtte fra ulike fagmiljøer og instanser på nasjonalt og regionalt nivå. På noen områder er det også nødvendig å ta nasjonale grep, blant annet for å sikre dokumentasjon og spredning av nye felles løsninger, gi innovasjonsarbeidet tydelig retning og skape felles bevegelse på områder av nytte for hele landet.

### 8.1 Nytt, nyttig og nyttiggjort

Det finnes mange definisjoner på innovasjon, og det er ikke alle som er like godt tilpasset offentlig sektor og den virksomheten som foregår i helse- og omsorgstjenestene. Men innovasjon betegner i hvert fall noe som både er nytt, nyttig og nyttig-

gjort. Det nyskapte skal ikke bare være nyttig, men også være tatt i bruk.

En måte å beskrive begrepet på kan være å si at innovasjon er (Jensen m.fl. 2008):

- kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng
- ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi
- driftig, dristig og eksperimenterende i formen
- en måte å forholde seg til oppgaver på – en kultur
- en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd

Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hele tiden lete etter det som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring, men bare forandring som skaper merverdi ut fra det virksomheten har som formål. Innovasjon er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og en systematisk tilnærming for å være med på å skape morgendagens løsninger. Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Dette er nok en av de største barrierene for den kommunale omsorgssektoren. En viktig oppgave for staten er å bidra til å legitimere innovasjonsprosesser i omsorgstjenestene og ta grep som fungerer koordinerende og gir retning til det lokale arbeidet.

### 8.1.1 I mellomrommene

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har brede vekslingsfelt både med spesialisthelsetjenesten, øvrige kommunale virksomhetsområder (skole, barnehage, kultur, teknisk, bolig, arbeids- og velferdsforvaltningen mv.) og med familier, lokalsamfunnet, organisasjoner og næringslivet. Hagen-utvalget påpeker at det er i mellomrommene vi bør lete etter de nye løsningene:

«Det er i disse mellomrommene mye av det nye vil skje, det er her innovasjonene vil komme.»

Det mange oppfatter som gråsoner, uklare grenseområder og ingenmannsland, ses som interessante leteområder for nye løsninger når det kommer til innovasjon. Da gjelder det å ha fokus på samspillet i vekslingsfeltene, på overgangene mellom ansvarsområdene til ulike organisasjonsenheter, og mellom de formelle og uformelle systemene. Da gjelder det å finne løsninger på tvers av resultatenheter og etatsgrenser, og på tvers av

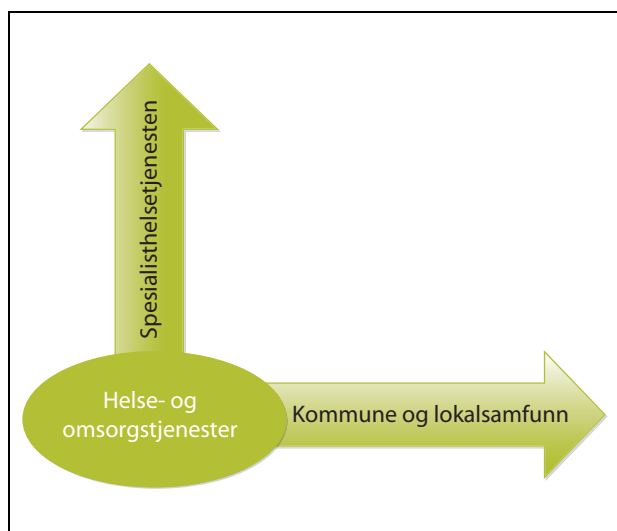
faglige skillelinjer. Det gjelder å tenke nytt om oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenestene, og om hvilke aktører som skal være involvert.

Samhandlingsreformen har satt søkelyset på å finne nye løsninger i mellomrommet mellom forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenestene. Hagen-utvalget har i sin utredning fokusert på mellomrommene mellom omsorgstjenestene og øvrige kommunale sektorer, og mellom kommunen og sivilsamfunnet. Hagen-utvalget mener omsorgstjenestene er strategisk godt plassert i kommunen, og i større grad bør utnytte det potensialet som ligger rett foran dem til innovasjoner på tvers:

- Omsorgstjenestene har behov for teknisk basiskompetanse for å kunne ta i bruk velferdsteknologi og utvikle boligløsningene. Da trenger de ikke å gå så langt. Kommunen har en egen teknisk sektor der de kan hente inn ingeniører, arkitekter og personell med teknisk bakgrunn.
- Omsorgstjenestene trenger mer pedagogisk kompetanse til å utvikle opplærings- og veiledningsprogram for brukere, pårørende og ansatte i arbeidet med rehabilitering. Da trenger de ikke å gå så langt. Kommunen har en egen undervisningssektor, der de kan hente lærere, barnehagelærere og andre med pedagogisk bakgrunn.
- Omsorgstjenestene trenger mer kulturell kompetanse. Da trenger de ikke å gå så langt. De har en egen kultursektor. Gjennom å styrke den og stille omsorgstjenestens organisasjon og bygninger til disposisjon som kulturarena, kan kultursektoren bli en kultursektor for alle.
- Omsorgstjenestene trenger flere frivillige. Da trenger de heller ikke å gå så langt. De er selv en del av nærmiljøet og samarbeider tett med brukere, familie og lokalsamfunnet. Dette arbeidet må imidlertid settes mer i system, og stadig finne nye former tilpasset nye generasjoner.

Omsorgstjenestene utgjør nesten en tredel av kommunens samlede virksomhet, og må ses i sammenheng med behov og ressurser i hele kommunesektoren. Innovasjonsarbeidet i omsorgssektoren bør derfor skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing, der en finner løsninger i mellomrommene mellom helse- og omsorgstjenestene og de øvrige kommunale sektorene, mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn, mellom kommuner og helseforetak, og mellom kommuner, næringsliv, forsknings- og utdanningsmiljøer.





Figur 8.2 Innovasjon langs to akser

### 8.1.2 Innovasjon langs to akser

Den kommunale helse- og omsorgssektoren må arbeide med innovasjon langs to akser: Vertikalt må det skje på tvers av forvaltningsnivåer mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik vi ser det i samhandlingsreformen. Horisontalt må det foregå i mellomrommene mellom kommunale virksomhetsområder, og mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn.

### 8.1.3 Vertikal innovasjon i helse og omsorg

Vertikal innovasjon beskriver det innovasjonsarbeidet som foregår innenfor fagområdet, på tvers av forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenesten, og i samarbeid med forskningsmiljøer og næringslivet. Helse- og omsorgsdepartementets og Nærings- og handelsdepartementets felles satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren ble lansert i 2007 og er utvidet til 2017. Helsedirektoratet, InnoMed, de regionale helseforetakene, Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge har vært sentrale aktører fra oppstarten i 2007. Satsingen er nå utvidet til å gjelde hele helse- og omsorgstjenesten og inkludere forskningsdrivet innovasjon og innovasjon i offentlige anskaffelser. KS er en ny partner inn i samarbeidet. Partene skal sammen bidra til betydelig økt fokus og satsing på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren, og utnytte offentlige ressurser best mulig.

For å skape en bred arena for dialog mellom helse- og omsorgstjenestene, akademia, nærings-

#### Boks 8.1 InnoMed

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren etablert av Helsedirektoratet.

InnoMeds visjon er helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet. Målet er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helsesektoren gjennom utvikling av nye løsninger og tjenester. Disse skal være forankret i nasjonale behov og ha internasjonale markedsmuligheter. Løsningene utvikles i tett samarbeid mellom brukerne i helsesektoren, norske bedrifter, anerkjente fagmiljøer og virkemiddelapparatet.

InnoMeds virksomhet omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og er rettet inn mot tre hovedoppgaver i innovasjonsprosessen:

- Stimulering og forankring av behovsdrivet innovasjon i helsesektoren.
- Identifisering og iverksetting av behovsdrivne utviklingsprosjekter gjennom møteplasser, forstudier og forprosjekter i tidlig fase.
- Bli et kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren gjennom utprøving av metoder og utvikling av verktøy, kompetanseoppbygging, nettverksbygging og kunnskapsformidling.

Se <http://www.innomed.no>

livet og profesjonsforeningene vil Helse- og omsorgsdepartementet etablere et dialogforum, HelseOmsorg21. Målet er å skape en helhetlig tenkning rundt satsingen på helse- og omsorgskunnskap og teknologi. Forumet skal koble myndigheter, tjenestene, næringslivet og forskningsmiljøer nærmere sammen, og foreslå tiltak til utviklingen av en bred og samlet strategi for forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgsfeltet.

Samhandlingsreformen er i stor grad uttrykk for det som kan kalles innovasjonsarbeid langs den vertikale akse, ettersom hovedfokus har vært å finne sømløse overganger og god flyt mellom forvaltningsnivåer og virksomheter innenfor helse- og omsorgssystemet. Samhandlingsreformen har satt søkelyset på å finne nye løsninger i mellomrommet mellom forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenestene.

Samtidig forutsetter samhandlingsreformen at de kommunale helse- og omsorgstjenestene beveger seg ut langs den horisontale akse mot andre sektorer og lokalsamfunnet, der siktemålet er å komme tidligere inn og drive forebygging og rehabilitering. Slik sett kan denne meldingen forstås som en videreføring og konkretisering av samhandlingsreformens mål og intensjoner på lokalt nivå.

#### 8.1.4 Horisontal innovasjon i kommunene

Kommunesektoren har ansvaret for å yte en rekke velferdstjenester. Kommunene er derfor helt sentrale aktører i et innovasjonssystem som skal gå på tvers av alle velferdssamfunnets formelle og uformelle aktører. Historisk sett har kommunene vært innovative. Siden Formannskapslovene av 1837 har kommunene hatt anledning til å initiere og utvikle tjenester på områder som ikke er tillagt andre offentlige organer, og brukt dette handlingsrommet de til enhver tid har hatt til å finne løsninger på lokale problemer og behov. Slike lokale initiativ ble forløperne til nasjonale løsninger som for eksempel sparebanker og forsikringsselskap.

Utfordringer i lokalsamfunnet har også vært forløperne til mange av tilbudene som etter hvert er blitt velferdskommunens kjerneområder. Rommet for entreprenørskap og innovasjon har imidlertid blitt mindre på de områdene der kommunene nå mer er iverksettere av regulerte og lovpålagte tjenester (Teigen m.fl. 2010, NOU 2003: 19). Dette er samtidig blitt en større og større andel av den kommunale virksomhet. Behovet for å sikre innbyggerne i alle landets kommuner likeverdige velferdsordninger gjennom rettighetsfesting, forskrifter, retningslinjer og veiledere, kan derfor på den annen side oppleves som barrierer for lokal kreativitet og nyskaping.

Rammefinansiering og rammelovgivning skal sikre lokalt selvstyre slik at kommunene kan løse sine velferdsoppgaver tilpasset lokale forhold og behov, og slippe løs de demokratiske krefter som må til for å utforme morgendagens løsninger. Ledere og medarbeidere i samspill med brukerne er de beste til å vurdere hvilken innsats og metode som trengs for å løse oppgavene.

#### Boks 8.2 Nye vegar til framtidens velferd

Nye vegar til framtidens velferd er tittelen på regjeringa sin nye strategi for innovasjon i kommunesektoren. Med denne strategien ynskjer regjeringa å medverke til nytenking, å fremje ein innovasjonskultur og å motivere til innovasjonsarbeid i kommunesektoren. Kommunane skal i større grad nytte innovasjon og utvikle nye løysingar for å sikre gode tenester for innbyggjarane sine i tiåra som kjem.

I strategien presenterer regjeringa desse tiltaka:

- Kommunevise framskrivingar som viser tydeleg korleis demografien og arbeidskraftbehovet til den einskilde kommunen er forventa å utvikle seg. Informasjonen skal gjerast tilgjengeleg på regjeringa.no.
- Støtte til innovasjonsprosjekt i kommunane gjennom skjønsmidlar frå fylkesmannen.
- Etablering av eit kompetansesenter for kommunal innovasjon, som skal kunne drive kommuneretta rådgjeving, knytte kommunane til relevante innovasjons- og forskingsmiljø og spreie gode døme.
- Bilateral samarbeidsavtale mellom regjeringa og KS om innovasjon i kommunesektoren.
- Støtte til utvikling av eit innovasjonsstudium for tilsette i kommunesektoren. Regjeringa kjem til å omtale dette i kommuneproposisjonen for 2014.
- Auke innovasjonseffekten av offentlege innkjøp, blant anna ved å støtte Nasjonalt program for leverandørutvikling.
- Vidareutvikle IKT-tiltak og forenklingstiltak retta mot kommunane, og støtte opp under kommunane sitt arbeid for å samordne og utvikle felles IKT-løysingar for kommunane.
- Etablere ein innovasjonspris som kan gå til det beste kommunale innovasjonsprosjektet, slik at ein spreier gode erfaringar og inspirerer kommunane til å satse på innovasjon.

Kommunal- og regionaldepartementet

**Boks 8.3 MindLab**

Danske MindLab er en tverrdepartemental utviklingsenhet, som involverer innbyggere og virksomheter i å skape nye løsninger som gir merverdi for samfunnet. MindLab skal eksperimentere og inspirere til kreativitet, nytenkning og samarbeid, og utfordre vane-tenkning og byråkrati. Sekretariat, styret, medarbeidere og et vidt forgrenet nettverk sikrer en solid forankring i både offentlig sektor, privat næringsliv og forskningsverdenen.

MindLab eies av Beskæftigelsesministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet og Ministeriet for Børn og Undervisning.

Se <http://www.mind-lab.dk/>

**8.1.5 Innovasjonskultur og kultur for innovasjon**

En åpen og anerkjennende organisasjonskultur er viktig for å fremme refleksjon, nytenking og innovasjon. Det å utvikle en innovativ organisasjonskultur er et langsiktig og kontinuerlig arbeid. Det sterkeste virkemiddelet er å framelske og premiere den atferden som ønskes. Dette gjelder både gode forbedringsaktiviteter og nytenkning, samt rapportering om feil og mangler ved tjenestene.

Virksomheter som lykkes i å endre tjenesten kjennetegnes ved stor grad av åpenhet. De deler med andre og lærer av andres erfaringer. De er tydelige på mål og visjoner, stimulerer til kreativ tenkning og involverer medarbeidere og brukere aktivt i innovasjonsarbeidet. Skal ledere oppnå forbedring og endring av virksomheten, må de i tillegg til fokus på strukturer og prosesser, arbeide systematisk for å skape en kultur som bidrar til nytenkning og innovasjon. Å arbeide med endring av kulturelle mønstre krever kompetanse og vilje til å kartlegge og endre handlingsmønstre og verdier i organisasjonen. Kommunikasjons- og relasjonskompetanse er viktig for å lede kulturendringsarbeid.

En kultur preget av regelstyring og profesjonstenkning kan hindre utvikling av en innovasjonskultur. Innovasjon har en driftig, dristig og eksperimenterende form, og kan lett oppfattes som et lite egnet virkemiddel i en kommune som først og fremst fokuserer på forvaltning og myndighetsutøvelse. Å skape en kultur som gir rom for prøving og feiling kan være en utfordring for enhver orga-

nisasjon, og oppleves som særlig risikabelt når oppgavene er å gi sikre helse- og omsorgstjenester med dokumenterbar kvalitet.

For å iverksette og lykkes med innovasjonsarbeid er det helt sentralt at kommunen har en politisk og administrativ ledelse som vet at kreativitet og innovasjon ikke kan detaljstyres, og som tør å bruke tid på å omsette nye idéer til praksis.

**8.2 Drivere for innovasjon i kommunene**

Flere studier viser at ledere og de ansatte er de viktigste pådriverne for innovasjon i offentlig sektor. En svensk studie (Hovlin 2011) viser at særlig viktige forutsetninger for offentlig innovasjon er lederskap, medarbeiderskap og god organisering av innovasjonsarbeidet.

En undersøkelse av innovasjonsprosesser i sju norske kommuner avdekker tilsvarende interne faktorer som viktige for å lykkes med kommunale innovasjoner (Ringholm m.fl. 2011). Blant de faktorene som trekkes spesielt fram er at organisasjonen er åpen for nye idéer, at ledere på ulike nivå støtter opp under innovasjonsprosessene, at det er risikovilje til stede, og at det er høy grad av tillit mellom kollegaer.

Betydningen av lederskap trer tydelig fram. Administrativt er både mellomledere og toppledere viktige initiativtakere, og særlig framheves mellomledernes nærhet til brukerne. Nærhet til brukeren gjør at mellomlederne både ser problemer og har klare oppfatninger om mulige løsninger.

**8.2.1 Ledelse for innovasjon**

Ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i omsorgstjenesten. Lederskap innebærer å gå foran, lede an og vise vei. Ledere må være bevisst sin rolle i organisasjonen, både som fanebærer for nye idéer og utvikling av dem, og som den som gir mandat for at organisasjonen arbeider systematisk med innovasjon (Gjeldsvik 2007). Lederskap er slik sett noe annet enn å administrere og organisere en virksomhet. Lederskap innebærer å ha en overordnet idé med det man gjør, og å kunne formidle denne på måter som skaper motivasjon og entusiasme for å gjøre en god jobb og oppnå overordnede mål. Det kan være behov for nye typer ledere i omsorgstjenesten, med økt oppmerksomhet på innovasjonsledelse.

En ledelse som viser interesse, anerkjenner og ser ansatte betyr mye for kvaliteten på tjenestene

og ansattes engasjement for å delta i innovasjonsprosesser. Innovasjons- og forbedringsarbeid handler om å utvise og skape klima for tillit og trygghet. God innovasjonsledelse og innovasjonskompetanse vil ikke bare kunne redusere motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner, men bidra til at de ansatte er med på å utforme nye løsninger.

De kommunale omsorgstjenestene har få ledere sammenlignet med annen virksomhet. I gjennomsnitt kan det være mer enn 30 årsverk per leder i omsorgstjenesten. I enkelte kommuner kan det være over 50 ansatte per leder på grunn av mange deltidsstillinger. Til sammenligning er ledertettheten for eksempel fire ganger høyere i skoleverket (RO 2004). I følge opplysninger fra fylkesmennene har denne utviklingen akselerert de senere årene. Lav ledertetthet kan by på utfordringer i utøvelsen av ledelse, følge opp ansatte og drive et systematisk fornyings- og innovasjonsarbeid.

Innovationsrådet i Danmark har utarbeidet kjennetegn for god politisk innovasjonsledelse og sier at godt politisk lederskap:

- skaper dialog og er lydhør overfor synspunkter fra innbyggere og andre interessenter
- avklarer samspillet og rollefordelingen mellom politikere og administrasjon
- utviser risikovillighet og sikrer at innovasjon i det offentlige sees som en lærende prosess
- kan vurdere på hvilke områder det er hensiktsmessig å prøve ut nye metoder
- påtar seg ansvaret for å utvikle sterke visjoner og visjonære politiske mål
- sikrer optimale rammer for innovasjon politisk og administrativt
- utviser innovativt og personlig lederskap, har mot og evne til å tenke annerledes, innovativt og ut av boksen

### 8.2.2 Lokaldemokrati som innovasjonsdriver

Lokaldemokratiet har historisk sett vært en viktig innovasjonsdriver. Kommunene har lang tradisjon for å finne nye løsninger på lokale behov og etablerte i sin tid sparebanker, forsikringsselskap, energiselskap, bygde veier, drev fergetrafikk, sikret vannforsyning og tok ansvaret for den lokale samfunnsutviklingen. Kommunene har en lang historie på å drive både næringsutvikling og lokalsamfunnsutvikling ved hjelp av innovative prosesser (Rønning og Teigen 2007).

Kommunene har også spilt en helt sentral rolle i utbyggingen av dagens velferdsordninger, som knapt kunne tenkes uten kommuneinstitu-

sjonen. En av de største samfunnsmessige innovasjoner i nyere tid er nettopp den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NOU 2011: 11). Velferdsstaten ville ikke eksistert uten velferdskommunen, som har sin styrke i lokaldemokrati og fellesskapsløsninger, og som på sitt beste fortsatt mobiliserer lokalsamfunnet og skaper samspill mellom offentlige tjenestetilbud, familie og lokalmiljøet.

Lokal tilhørighet, fellesskapsfølelse og medansvar blir ofte undervurdert i diskusjonen om den moderne kommune som effektiv og kompetent velferdsprodusent. Når morgendagens tjenestetilbud skal utformes, berører det ikke bare kommunen som forvaltning, men også kommunen som lokalsamfunn.

Et slikt perspektiv kan også innebære en fornyelse av lokaldemokratiet, der kommunalpolitikk ikke bare handler om å lede kommuneforvaltningen og få budsjettene for de kommunale virksomhetsområdene til å gå i hop, men om å være samfunnsbyggere, drive nyskaping og involvere hele lokalsamfunnet i prosesser for å møte framtid utfordringene.

«Dette kan vi ikke spare oss ut av – dette må vi utvikle oss ut av», var det politiske startsignalet for den omstillings- og innovasjonsprosessen Fredericia kommune i Danmark ga seg i kast med for noen år siden.

### 8.2.3 Etikk for innovasjon

Etikk i helse- og omsorgstjenesten handler blant annet om å reflektere over egen praksis, og systematisk lete etter andre og bedre handlingsalternativer – sammen med kolleger, samarbeidspartnere, brukere og pårørende. Etisk refleksjon kan derfor inngå som en delmetode i innovasjonsarbeidet og bidra til at helse- og omsorgstjenesten finner nye og bedre løsninger. Det ser også ut til at denne type refleksjon gjør de ansatte mer innovative (Børslett m.fl. 2011). Systematisk etikkarbeid er med andre ord kanskje mest effektivt nettopp når mange føler at de ikke har tid til å reflektere sammen. I møte med framtidens omsorgsutfordringer blir det viktig å identifisere nye og smartere måter å arbeide på.

Samarbeid for etisk kompetanseheving er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS, arbeidstakerorganisasjonene og Helsedirektoratet som en del av Omsorgsplan 2015. Hovedmålet er å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i

#### **Boks 8.4 NESTA – britisk innovasjonspådriver**

Den britiske regjeringen opprettet i 1998 Nesta, et nasjonalt miljø som skulle drive fram innovasjonsprosesser og være et rådgivende og finansierende miljø for næringslivet og utvalgte offentlige sektorer. På midten av 2000-tallet ble innovasjonspådriverrollen og investeringsrollen skilt, og Nesta begynte i større grad å jobbe med ikke-kommersielle innovasjoner og tjenesteutvikling.

Nesta ble også gradvis mer rettet inn mot offentlig sektor, ikke minst gjennom opprettelsen av programmene Public Services Lab og Creative Councils for lokale og regionale myndigheter. Nesta har en organisering og tilnærming til innovasjon som er relevant for en kommunal innovasjonspådriver. De arbeider med ulike former for innovasjon, store og små prosesser og har en rik metodisk portefølje.

I april 2012 ble Nesta fristilt og fikk status som veldedig organisasjon, helfinansiert av overskuddet fra National Lottery Fund.

Se <http://www.nesta.org.uk>

#### **Boks 8.5 Helse og omsorg i plan**

Helse og omsorg i plan er et studium som ble etablert i oppfølgingen av Samhandlingsreformen. Det er nå inngått avtale med fem utdanningssteder: Høgskolene i Lillehammer, Vestfold og Volda og universitetene i Tromsø og Agder. Høsten 2012 var det til sammen 139 studenter som startet opp på studiet, som går over to semestre. 109 av studentene hadde sitt arbeid i kommunene. Innovasjon og utvikling i helse- og omsorgssektoren er ett av fire hovedtema for utdanningen, som drives i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging.

må løses, som prioriterer, og som angir retning for innovasjonsarbeidet.

I kommuneplanens samfunnsdel skal det beskrives i hvilken retning kommunen skal gå, hvilke områder det skal satses på, hvilke problemområder som er kritiske for kommunen og det skal utarbeides strategier for kommunens langsiktige arbeid. Plan- og bygningsloven pålegger kommunene å involvere innbyggere, frivillige organisasjoner, sivilsamfunnet og næringslivet i kommuneplanarbeidet. Kommuneplanen skal etterfølges av kommunedelplaner, temaplaner og handlingsprogram. En konkretisering av områder som egner seg for innovasjon bør legges inn i disse planene. Slik kan kommuneplanlegging bli et viktig verktøy både i arbeidet med å kartlegge og analysere framtidsutfordringene og utvikle nye løsninger på kommunale oppgaver.

#### **8.2.5 Brukere og sivilsamfunnet som drivkraft for innovasjon**

Brukerdrevet innovasjon handler om å ta utgangspunkt i brukernes behov og utfordringer når nye løsninger skal utvikles. Som metode bidrar brukerdrevet innovasjon til bedre forståelse av brukerbehov og en mer systematisk involvering av brukerne i utformingen av tjenestene. I kommunal forvaltning vil dette handle om å både få innsikt i den enkeltes behov og gi ledere og ansatte redskaper til å forholde seg til brukerens ønsker og ambisjoner. InnoMed er helse- og omsorgssektorens pådrivermiljø og kompetansenettverk på brukerdrevet innovasjon. InnoMeds hovedaktiviteter er utprøving av metoder og utvikling av verk-

helse-, sosial- og omsorgstjenestene og gjennomfører systematisk etisk refleksjon i tjenestene. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo er tildelt et spesielt ansvar for å sikre langsiktig oppbygging og forankring av kompetanse blant annet gjennom veiledning, undervisning, utvikling av læremateriell, forskning og formidling. Prosjektet startet opp i 2007, og fra januar 2013 har prosjektet 208 deltakerkommuner fra hele landet.

Etisk refleksjon og gjennomtenkning er en nødvendig del av arbeidet med utvikling og utprøving av nye arbeidsmetoder og teknologiske løsninger.

#### **8.2.4 Planlegging for innovasjon**

Kommunenes arbeid med kommunebudsjettet og kommuneplanen kan være egnede verktøy for politisk og administrativ forankring av gode innovasjonsprosesser. Innovasjon i kommunen må bygges på systematisk arbeid, og det er en fordel om det utarbeides en overordnet strategi for kommunen som identifiserer problemer og behov som

### Boks 8.6 Plattform for plandata

Fylkesmennene i Nord- og Sør-Trøndelag leder arbeidet med å utvikle en plattform for presentasjon og veiledning i analyse av tilgjengelige styringsdata, til bruk i kommunenes plan- og utviklingsarbeid. Styringsdata er blant annet hentet fra Kostra, Iplos, folkehelsestatistikk, statistikk fra Statistisk sentralbyrå og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har som overordnet mål å utvikle en felles inngang eller portal hvor kommunene lett kan finne alle relevante styringsdata. I denne portalen skal den enkelte kommune kunne sammenligne egne driftsdata med andre kommuner og søke dypere inn i datatilfanget for å kunne få tilstrekkelig forklaring på eget driftsbilde. Den andre hensikten med prosjektet, er å utvikle en enkel veiledning for hvordan kommunene kan analysere de data som finnes tilgjengelig i portalen. En åpen analyse av disse dataene vil kunne gi et brukbart kunnskapsgrunnlag for eget planarbeid, som tillegg til lokal driftsinnsikt.

Åtte kommuner i Trøndelagsfylkene er med i utvikling av dette prosjektet: Lierne, Høylandet, Namsskogan, Verdal, Levanger, Hitra, Rennebu og Orkdal. I tillegg er det opprettet kontakt med andre samarbeidspartnere: KS, Helseforetak, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Fylkeskommunene i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, Helsedirektoratet og enkelte FOU-miljøer.

tøy, kompetanseoppbygging, nettverksbygging og kunnskapsformidling.

Samskaping med brukeren og andre aktører i sivilsamfunnet vil være en viktig kilde til utvikling og innovasjon i omsorgstjenestene. Tradisjonelt har kommunene dekket brukernes behov ved å utnytte ressurser innenfor egen organisasjon. Framtidige løsninger skapes ved å bringe sammen helt nye grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer, og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. Komplekse problemer kan møtes ved å involvere grupper som blir direkte berørt av tiltakene i utformingen og implementeringen av tjenestene.

En innovasjonsprosess kan være drevet av og involvere mange ulike aktører. Medarbeiderdrevet innovasjon defineres som innovasjoner

som er frembrakt gjennom en åpen og inkluderende prosess, basert på systematisk bruk av medarbeideres erfaring, idéer og kunnskap (Moland m.fl. 2012). Medarbeiderdrevet innovasjon handler både om å utvikle en innovasjonskultur, der ansatte deltar i samtaler og refleksjonsgrupper om utvikling av tjenestene i sin alminnelighet, og om å trekke de ansatte med i konkrete innovasjonsprosesser.

Ansatte har unik kunnskap om tjenestenes utfordringer og aktuelle problemstillinger, og vil sammen med brukere være viktige informanter og drivere i innovasjonsarbeidet. Bruker- og medarbeiderdrevet innovasjon fordrer god ledelse som involverer, lytter og skaper rom for nytenking og kreativitet. Denne tilnærmingen til innovasjon utvider innovasjonsevnen og innovasjonsmulighetene, og er i tråd med sentrale verdier i den norske fellesskapsmodellen.

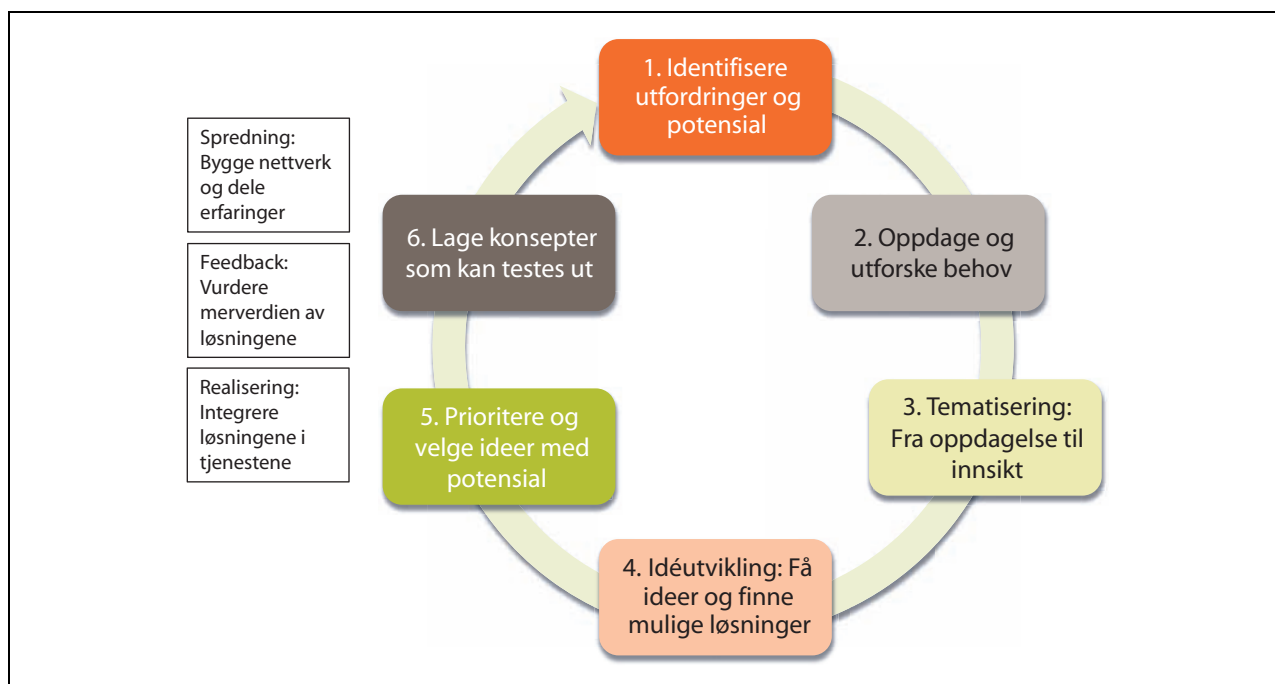
#### *Forskjellen som gjør en forskjell*

All offentlig tjenesteyting handler om å skape verdi for brukerne (Bason m.fl. 2009). Ved å involvere brukerne systematisk i utformingen av nye løsninger får kommunene innsikt i hvordan brukerne selv oppfatter omsorgstjenestene, og om de dekker deres faktiske behov. Offentlig sektor har tradisjonelt vært gode på å gjennomføre brukerundersøkelser eller meningsmålinger for å få tilbakemeldinger på eksisterende tjenester, men spør sjeldnere brukerne om i hvilken grad tjenestene løser de utfordringer de har. Slike undersøkelser kan gi viktige innspill til innovasjonsprosesser, men de gir få svar på hvordan tjenestene kan endres eller gjøres annerledes.

Systematisk brukerinvolvering og samskaping gir ansatte i helse- og omsorgssektoren mulighet til å se utover sitt eget faglige perspektiv. Når nye løsninger skal utformes og det er behov for å endre tradisjonelle oppfatninger, er det nødvendig å la seg forstyrre av andre. Vi trenger kunnskap om noe vi ikke har sett eller kan fra før. Det er forskjellen som gjør en forskjell.

Danske KL (tilsvarende KS) har utviklet en kommunal modell for bruker- og medarbeiderdrevet innovasjon. Den ble laget i samarbeid med tre kommuner i Danmark og er siden testet ut i ulike kommuner og på tvers av sektorer.

I noen tilfeller vil det være slik at brukerne selv driver fram innovasjonsprosesser, og tar eierskap og ansvar for videre utforming og drift av tjenestetilbudet. Brukerstyrt personlig assistanse er et godt eksempel på det. Brukerdrevet innovasjon i kommunal kontekst vil alltid måtte ses i sam-



Figur 8.3 En kommunal modell for bruker- og medarbeiderdrevet innovasjon

Kilde: <http://www.klk.kl.dk/innovationsmodel>

menheng med lokaldemokratiske prosesser og de folkevalgtes beslutningsansvar. Før ledere og ansatte i omsorgstjenestene går i gang med å involvere brukere i utformingen og eventuelt leveransen av tjenestene, må det avklares hvilken rolle henholdsvis politikere, ledere og de ansatte skal ha i de brukerdrevne innovasjonsprosessene.

### 8.2.6 Hverdagsinnovasjoner

Innovasjon trenger ikke være nye og gjennomgripende løsninger på omfattende og store spørsmål. Det kan også være nye og viktige endringer som skjer i den daglige virksomhet, som radikalt endrer tidligere praksis. Hverdagsinnovasjon finner oftest sted i det personlige møtet mellom offentlig sektor og brukerne, der de i fellesskap oppdager nye måter å løse oppgaver på. Typisk for slike hverdagsinnovasjoner er at de har et lokalt preg med utspring nedenfra i organisasjonen eller virksomheten, og at de vanligvis ikke brer seg som politikk, men som praksis (Haarr og Folkman 2013; Digmann et al 2012).

## 8.3 Kunnskap og forskning for innovasjon

Kunnskap og kompetanse bidrar til å opprettholde en god og omstillingsdyktig offentlig sektor. I

forskningsmeldingen (Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter) vektlegges utdanning, kompetansetiltak, forskning og utvikling som hovedvirkemiddel i regjeringens politikk for utvikling av framtidens offentlige sektor. Forskning skaper ny kunnskap som kan utvikle praksis. Forskning på innovasjonsprosesser i omsorgstjenestene er nødvendig for å lete fram, støtte opp under og kvalitetssikre nye løsninger framover. I årene som kommer må det tenkes nytt om oppgaveløsning og arbeids- og samarbeidsformer, og legges til rette for at tjenestene i større grad kan inngå i samspill med brukernes familie og annet sosialt nettverk, ideelle virksomheter og frivillige organisasjoner. Omsorgstjenestene må styrke sitt eget kunnskapsgrunnlag og utvikle kunnskap basert på tjenestenes egenart. For at kommunene selv skal være en sentral aktør i utviklingen av tjenestene, er de avhengig av mer kunnskap om hvilke effekter ulike løsninger, tiltak og virkemidler har.

Forskermedvirkning kan gi kommunene verdifull drahjelp i innovasjonsprosessene, men det krever at kommunene utvikler sin rolle som deltaker i og eier av forskningsprosjekter, og som kompetent bestiller og bruker av både nasjonal og internasjonal forskning.

### Boks 8.7 Regionale forskningsfond

De regionale forskningsfondene ble opprettet i 2009 for å støtte opp under regionens prioriterte FoU-områder. De regionale forskningsfondene skal bidra til langsiktig, grunnleggende kompetansebygging i relevante forskningsmiljøer innenfor konkrete innsatsområder.

Regionale forskningsfond har som formål å:

- styrke forskning for regional innovasjon og regional utvikling
- mobilisere til økt FoU-innsats i regionene
- bidra til økt forskningskvalitet og utvikling av gode og konkurransedyktige FoU-miljøer i regionene
- skape utviklings- og læringsarenaer der regionale erfaringer kan drøftes i relasjon til nasjonal og internasjonal kunnskap og aktiviteter
- sørge for tett samspill mellom aktiviteter i regionene og deres relasjoner til andre nasjonale og internasjonale programmer og aktiviteter

### Boks 8.8 OPI

Norges Forskningsråd har etablert et virkemiddel som også kan knyttes til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor (OPI). Målet er å øke potensialet for innovasjon hos søkere og partnere i offentlig sektor og deres målgrupper. Det omfatter både teknologi-innovasjon og nye måter å organisere tjenestene på. OPI kan søkes av enheter i offentlig sektor, sammenslutninger av slike og organisasjoner som representerer offentlig sektor eller deres brukere.

kning og utvikling (FoU). Mer brukernær FoU gjør utdanningen mer relevant, og gode løsninger fra innovativ praksis spres. (Meld. St. 18 (2012–2013)).

Framtidige omsorgsutfordringer vil kreve et tett samarbeid mellom kommuner og FoU-miljøer, der sektoren selv er med både før, under og etter forskningsprosessen. Følgforskning og evaluering av prosessene kan danne grunnlaget for forskningsbasert kunnskap som senere får følger for beslutninger og praksis.

#### 8.3.1 Forskermedvirkning

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om innovasjon i kommunal sektor, og behovet for praksisnær forskning er stort. Norges forskningsråd skriver i sin Policy for innovasjon i offentlig sektor, at forskningen bør spille en sentral rolle i offentlige innovasjonsprosesser. Forskningen må «fange opp og kvalitetssikre eksternt kunnskap og idéer, løse problemer og støtte beslutninger, dokumentere effekter og risiko, spre kunnskap, utnytte internasjonale nettverk og kompetanse for å endre». Norges forskningsråd kaller dette innovasjon med forskermedvirkning.

Forskermedvirkning i innovasjonsprosessene kan også bidra til at ny kunnskap utvikles i samarbeid med sektoren. Som det pekes på i forskningsmeldingen er det særlig viktig med et godt samspill mellom forskning, utdanning og praksis. Ved å koble forskningsmiljøene tett på innovasjonsprosessene i kommunene gjøres viktig kunnskap tilgjengelig for ansatte og sluttbrukere underveis. Samtidig gjøres kunnskapsbehov i offentlige sektor til mer aktuelle temaer for fors-

#### 8.3.2 Utfordringer for forskningsmiljøer og kommunene

Forskning og kunnskapsutvikling på kommunale innovasjonsprosesser bidrar til at det genereres ny og relevant kunnskap som kan gi bedre beslutningsgrunnlag for både nasjonale og lokale myndigheter. Når forskningen danner grunnlag for ny praksis eller forbedrer kvaliteten på de endringene som skjer så kalles det forskningsdrevet innovasjon. Både forskningsdrevet innovasjon og innovasjon med forskermedvirkning kan bli viktige drivere for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene framover.

Utfordringene ved innovasjonsprosesser i kommunal sektor er at forskningsressursene er knappe og at insentivsystemet ikke legger til rette for praksisnær forskning. Norges forskningsråd skriver i sin Policy for innovasjon i offentlig sektor at dagens meritteringssystemer ikke stimulerer godt nok til anvendt forskning. Systemet fører til en viss grad forskerne vekk fra praksis, og forskerne er i liten grad med på å utvikle nye løsninger på problemer kommunene



**Boks 8.9 Program for helse- og omsorgstjenester**

Program for helse- og omsorgstjenester, Helseomsorg, administreres av Norges forskningsråd. Programperioden er fra 2011 til 2015 med et totalbudsjett på om lag 370 mill. kroner. Programmets overordnede mål er å identifisere de mest effektive målene for:

- å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet
- å redusere uønskede hendelser og ulik tilgang til helsetjenester
- å gi bedre sikkerhet for den enkelte pasient og bruker

Programmet skal særlig bidra til utvikling av gode og effektive helse- og omsorgstjenester på lokalt plan, og gi økt kunnskap om hvordan de kommunale tjenestene kan styrkes i samhandling med familie, lokalsamfunnet og spesialisthelsetjenestene. Programmet skal også bidra til forskning på finansiering, organisering og ledelse, og til prioriteringer innad i spesialisthelsetjenesten. Gjennom dette skal programmet gi bedre kunnskapsgrunnlag og forutsetninger for planlegging, prioritering, organisering, styring, finansiering og utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

står overfor. Utfordringen framover blir å knytte forskningen tett opp mot innovasjonsprosessene som foregår i kommunene, og finne gode metoder som bidrar til spredning, anvendelse og implementering av forskningsresultatene i praksis. Det er behov for virkemidler og tiltak som kan styrke omsorgstjenestenes kunnskapsgrunnlag. Andre forskningssatsinger må ses mer i sammenheng med omsorgssektoren, og det må utvikles tiltak som kan styrke omsorgsfaglige forskningsmiljøer.

Mange av utfordringene omsorgssektoren står overfor er globale og må løses internasjonalt. Det er derfor behov for å styrke det internasjonale forskningssamarbeidet. Forskningsmiljøene ved høyskoler, universiteter og institutter må tenke både lokalt og internasjonalt.

**Boks 8.10 Senter for omsorgsforskning**

Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2006 det første regionale senteret for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik. I juni 2008 ble ytterligere fire sentre etablert ved Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Høgskolen i Bergen, og Universitetet i Agder i samarbeid med Høgskolen i Telemark. Hvert av sentrene har ansvar for sin region, henholdsvis Nord-Norge, Midt-Norge, Vest-, Sør- og Østlandet. Sentrene danner et nasjonalt nettverk som koordineres av Senter for omsorgsforskning Østlandet, ved Høgskolen i Gjøvik.

Sentrene skal drive praksisnær forskning som er særlig relevant for omsorgstjenestene i kommunene, deres tjenestemottakere og pårørende. Sentrene skal også drive forskningsformidling overfor kommunene, bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren og bistå utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester med forskningskompetanse. De skal med andre ord drive kunnskapsutvikling, kunnskapsforvaltning og kunnskapsformidling med kommunenes helse- og omsorgstjenester som målgruppe.

De fem sentrene for omsorgsforskning danner et nasjonalt nettverk. De har bygd opp et felles panel av omsorgsforskningsskommuner og gir forskningsfaglig bistand til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Sentrene for omsorgsforskning er noe ulikt organisert og bemannet. Hver for seg er de foreløpig relativt små, men sammen utgjør de et tyngdepunkt for omsorgsforskning og omsorgskunnskap i Norge.

Se <http://www.omsorgsforskning.no>

## 8.4 Morgendagens omsorg – Et innovasjonsprogram for 2013–2020

Denne meldingen peker på behovet for å utforme en ny politikk som kan bidra til å forebygge og redusere den forventede framtidige veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester. Framtidige utfordringer krever at vi tar i bruk samfun-

### Boks 8.11 Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter

Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) skal bidra til å modernisere offentlig sektor. En offentlig forsknings- og utviklingskontrakt er en kontrakt mellom en offentlig virksomhet og en privat aktør, der formålet er å utvikle et nytt produkt eller en ny tjeneste. Et OFU-prosjekt skal være et målrettet og forpliktende samarbeid mellom en offentlig krevende kunde og en leverandørbedrift. Ordningen skal stimulere til et tett forsknings- og utviklingssamarbeid mellom den offentlige virksomheten og en eller flere leverandørbedrifter. OFU-ordningen bidrar til å utløse behovsdrevne og innovative samarbeidsprosjekter, samtidig som den økonomiske risikoen reduseres for den offentlige og private aktøren. Innovasjon Norge kan også bidra med kompetanse i forretningsutvikling og internasjonalt markedsarbeid.

### Boks 8.12 Arena Ny Omsorg

Arena Ny Omsorg (ANO) er et nasjonalt samarbeidsforum for ulike nettverk og klynger som arbeider med innovasjon i helse- og omsorgsfeltet. ANO skal fremme kunnskapsflyt og være en effektiv koblingssentral for deling av relevant kunnskap om pågående og nye prosjekter, tiltak, arrangementer, FoU-resultater, kompetanse og utdanningstilbud. Forumet selv skal bidra til at enkeltmedlemmer kan inngå samarbeid og danne konsortier i forbindelse med søknader. Gjennom å bruke denne kunnskapen strategisk, samt støtte opp under hverandres arbeid og samhandle om satsinger som krever innsats fra mange aktører, er det forumets hensikt å bidra til å styrke medlemmene og deres samarbeidspartnere, og derigjennom bidra til innovasjon på helse- og omsorgsfeltet.

Se <http://www.arenanyomsorg.no>

nets samlede omsorgsressurser på nye måter og utvikler nye arbeidsmetoder og tjenesteformer. Dette er en nasjonal oppgave, der det viktigste arbeidet likevel må skje i den enkelte av landets 428 kommuner, i samarbeid mellom lokale folkevalgte, 270 000 brukere, over 170 000 ansatte, pårørende, lokalsamfunn, organisasjoner og næringslivet. Men da kreves det også at det tas grep på nasjonalt nivå, som gir retning til, understøtter, koordinerer og stimulerer det lokale arbeidet, og som samtidig kan bidra til kompetansebygging, forskning og kunnskapsutvikling, formidling, motivering, rådgivning, dokumentasjon og spredning av nye utprøvde løsninger.

Regjeringen har utformet en innovasjonsstrategi for kommunal sektor som gir bedre rammebetingelser for innovasjonsarbeid gjennom utdanning og prosjektstøtte. Tilbakemeldinger fra kommunene er at de først og fremst har behov for enkel tilgang til generell innovasjonskompetanse gjennom rådgivning, veiledning, kunnskap og erfaring, samt finansiell risikoavlastning til støtte for innovasjonsprosesser (Hoen og Tangen 2011). For å legge til rette for innovasjon i kommunal sektor er det viktig at det bygges opp et sterkt kompetansemiljø og målrettede virkemidler som kan bidra til nyskaping og innovasjon. På helse- og omsorgsfeltet må dette kombineres med tiltak som går på tvers av forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg, sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen. Det forutsettes at programmet legger grunnlag for statlig og kommunal planlegging på helse- og omsorgsområdet med særskilte virkemidler for perioden fram til 2020. En samlet innovasjonsordning skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet med følgende elementer:

1. Forsterke den regionale forsknings- og utviklingsstrukturen for omsorgstjenesten.
2. Involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner på nasjonalt nivå.
3. Styrke innsatsen for forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene, og relevante programmer i Norges Forskningsråd.

#### 8.4.1 Grep 1: Forsterke omsorgstjenestenes regionale forsknings- og utviklingsstruktur

Regionalt bør det bygges videre på en struktur som allerede er etablert. De siste årene er én kommune i hvert fylke blitt utpekt til å ta ansvar for henholdsvis Utviklingssenter for sykehjem og Utviklingssenter for hjemmetjenester. Samtidig er det etablert fem regionale Senter for omsorgsforskning, som geografisk dekker de tidligere helseregionene. Disse sentrene er etablert ved høyskoler og universiteter som utdanner helse- og sosialpersonell, og er knyttet sammen i nettverk. De vil sammen med regional statsforvaltning og KS regionalt være viktige og kommunenære samarbeidspartnere i et forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren. Sentrene er imidlertid fortsatt små og lite robuste. Konkrete forslag for å styrke kunnskapstriangelet er:

- Forsterke utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og de fem regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene er knyttet sammen i nettverk, der Senter for omsorgsforskning Øst er tillagt koordineringsfunksjonen, og vil få en sentral oppgave som dokumentasjonssenter med følgeforskning, formidling og spredning. Dette vil samtidig bidra til å styrke helse- og sosialutdanningene ved de høyskoler eller universitet der omsorgsforskningssentrene er lokalisert.
- Knytte omsorgsforskningssentrene og utviklingssentrene opp mot de fagmiljøer som blir tillagt ansvaret for å gi utdanning i, og være kompetansesenter for, kommunalt innovasjonsarbeid, jf. regjeringens kommunale innovasjonsstrategi.
- Bygge videre på og benytte, den kompetanse som er bygd opp i fylkesmennes forvaltning for å gjennomføre Handlingsplan for eldreomsorgen, Omsorgsplan 2015 og andre utviklingsorienterte statlige satsinger på helse- og omsorgsfeltet.

#### 8.4.2 Grep 2: Involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner

Det er av stor betydning å involvere eksisterende institusjoner og fagmiljøer, styrke noen av de virkemidlene de disponerer, og sørge for at de får en innretning som fremmer de kommunale helse- og omsorgstjenestenes innovasjonsevne og innovasjonskraft. Det legges derfor opp til:

- å bygge ut InnoMed, slik at de i tillegg til spesialisthelsetjenesten også kan dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten
- å benytte ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) gjennom Innovasjon Norge, og gjøre den lettere tilgjengelig og tilpasset innovasjonsbehovet i helse- og omsorgssektoren i både små og store kommuner. Dette er spesielt viktig der det er behov for næringslivssatsing, for eksempel når det gjelder utvikling av velferdsteknologiske løsninger og framtidige boligløsninger
- å utrede en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger
- å styrke helse- og omsorgsforskningen gjennom Forskningsrådets programmer, med spesiell vekt på kunnskapsgrunnlaget for kommunal planlegging og utforming av framtidens omsorgsløsninger
- å benytte utdanningstilbudet i kommunalt innovasjonsarbeid som blir etablert som en del av regjeringens kommunale innovasjonsstrategi.
- å tilføre samhandlingsreformens utdanningstiltak Helse og omsorg i plan et klart innovasjonsperspektiv i samarbeid med KS og Samplan

InnoMed er etablert av Helsedirektoratet, som et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren, og finansieres av Helsedirektoratet og Innovasjon Norge. InnoMed har spesiell kompetanse på å ivareta innovasjonsarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten (vertikal innovasjon).

Innovasjonsarbeidet i den horisontale akse, mellom alle kommunale virksomhetsområder og mellom kommunen som forvaltning og lokalsamfunn, må knyttes til den innovasjonssatsingen og de virkemidler som blir etablert i tråd med regjeringens kommunale innovasjonsstrategi. Samlet gir dette en helhetlig og målrettet innovasjonssatsing langs begge akser, med en nasjonal overbygning som må samordnes best mulig.

#### 8.4.3 Grep 3: Styrke innsatsen til forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene

Hagen-utvalget påpeker at det er uforsvarlig å drive en offentlig omsorgssektor på 84 mrd. kroner og bare benytte promiller av budsjettet til forskning, utvikling og innovasjon. For å drive

planlegging, organisering, tjenesteutøvelse, metodeutvikling og innovasjon har de kommunale helse- og omsorgstjenestene behov for et mer solid kunnskapsgrunnlag. Regjeringen foreslår på denne bakgrunn en satsing fram mot 2020 på forskning, utvikling og innovasjon (FUI) på omsorgsfeltet.

En samlet innovasjonssatsing for utforming av morgendagens omsorg bør i tillegg til å styrke regionale og nasjonale institusjoner og eksisterende virkemidler, styrke innsatsen på forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene:

- ved utprøving av nye løsninger (faglige metoder, velferdsteknologi, boformer, organisasjon mv.) i trepartssamarbeid mellom kommune, forskningsmiljøer og næringslivet, eller mellom kommune, forskningsmiljøer og ideelle virksomheter, pårørende og frivillige
- ved å sikre kompetanse, dokumentasjon og forskning som grunnlag for spredning og implementering
- ved å forbedre kunnskapsgrunnlaget for planlegging, utvikling og innovasjon gjennom relevante programmer i Norges Forskningsråd

Forvaltningen av midler til den kommunale helse- og omsorgssektoren følger, som en del av omsorgsplanen, de vanlige kanaler ut til kommunene via Helsedirektorat og regional statsforvaltning. Det er først og fremst behov for å styrke kommunenes egen innovasjonsevne og innovasjonskraft på helse- og omsorgstjenestenes område. Omsorgstjenestene utgjør om lag en tredel av den kommunale virksomhet og er i hovedsak finansiert gjennom det kommunale inntektsystemet. De økonomiske virkemidlene må derfor ses i nær sammenheng med regjeringens innovasjonsstrategi for kommunene, der fylkesmannen også er satt til å forvalte statlige midler til formålet. Kommunal innovasjon bør foregå på tvers av sektorer og fagområder. I tråd med St. meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge starter regjeringen med helse- og omsorgssektoren og målretter i første omgang virkemidlene mot dette feltet.



# KAPITTEL



# 9

Figur 9.1

## 9 Økonomiske og administrative konsekvenser

*«Dette kan vi ikke spare oss ut av. Dette må vi utvikle oss ut av.»*

Fredericia kommune

For å sikre gode og bærekraftige omsorgstjenester i framtida legger denne meldingen vekt på å skape nye løsninger på helse- og omsorgsoppgavene, ved å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter, ta i bruk ny teknologi, nye faglige metoder, endre organisatoriske og fysiske rammer og støtte kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid.

Samfunnet står overfor store omsorgsutfordringer de nærmeste tiårene. Det er allerede nå nødvendig å planlegge og sette i verk tiltak for å redusere det raske behovet for vekst i omsorgstjenestene som venter oss om 10–15 år. Dette kan blant annet gjøres ved å utnytte den rolige demografiske perioden vi nå er i, til å modernisere eksisterende bygningsmasse og investere i kompetanseoppbygging. Ved å fordele investeringskostnadene over hele perioden er målet å få til en jevnere utbyggingstakt fram mot 2030.

Meldingen inneholder på denne bakgrunn et innovasjonsprogram for morgendagens omsorg, som sammen med en rekke programmer og tiltak skal innarbeides i dagens omsorgsplan med et tidsperspektiv fram til 2020. Tiltakene gjennomføres som en samlet plan både for å utnytte felles administrative ressurser og møte kommunene på en helhetlig og koordinert måte.

Regjeringen kommer tilbake til de ulike programmer og tiltak i det enkelte års statsbudsjett, og det tas forbehold om at de vil bli gjennomført når det er budsjettmessig dekning.

Det presiseres at det ikke legges opp til tiltak som vil endre ansvarsdelingen mellom stat og kommune.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 19. april 2013 om morgendagens omsorg blir sendt Stortinget.

## Litteratur

- Abrahamsen, Jenny Foss (2009): Undersøkelse om frivillige tjenester på norske sykehjem. Omsorg 1/2010, s. 31–32. Bergen: Fagbokforlaget.
- Agenda Kaupang (2012): En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Sluttrapport 31. oktober 2012 på oppdrag fra KS. Oslo: Agenda Kaupang.
- Andersen, Lotte Bøgh, Carsten Greve, Kurt Klaudi Klausen og Jacob Torfing (red.) (2012): En innovativ offentlig sektor, der skaber kvalitet og fælles ansvar. Et debatoplæg om en ny dansk forvaltningspolitikk. <http://www.forvaltningspolitik.dk>.
- Andersen, Torbjørn Herlof (2011): Det er slik livet er. Perspektiver fra et forskningsprosjekt om menn som primære omsorgspersoner for partner/ektefelle med betydelig omsorgsbehov. Senter for omsorgsforskning Østlandet, rapportserie 1/2011. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Bakken, Runar (2009): Englevakt. Rekruttering til en eldreomsorg i krise. Oslo: Manifest forlag.
- Barstad, Steinar (2006): Seniorland – Omsorgsscenarioer for de nye gamle. Hovedfagsoppgave i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer og Universitetet i Tromsø.
- Barstad, Steinar (2007): Fra gentryfisering til gerontofisering. Artikkel i Aldring og livsløp nr 4/2007. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Bason, Christian, Sune Knudsen og Søren Toft (2009): Sæt borgeren i spil. København: Gyldendal Public.
- Batt-Rawden, Kari Bjerke og Liv Johanne Solheim (2011): Sosiale årsaker til sykefravær. En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge. ØF-rapport nr 03/2011. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Bogen, Hanne og Karin Høyland (2006): Egen bolig – også når helsa svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrengende eldre. Trondheim: SINTEF byggforsk.
- Borgan, Jens-Kristian (2012): Pleie- og omsorgsstatistikk 1962–2010. SSB-rapport 10/2012. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Borge, Lars Erik og Marianne Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Trondheim: Senter for økonomisk forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Bostrøm, Vibeke og Per Gunnar Disch (2012): Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av kompetanseutviklingsprogram i Vestfold. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2-2012. Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
- Breen, Tor, Arild Løvik og Geir Moe (2008): Samvirke innen offentlige tjenester. Pleie og omsorg. Det Kgl. Selskap for Norges Vel, FoU-prosjekt nr. 074024.
- Brevik, I. og K. Høyland (2007): Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon ti år etter HVPU-reformen. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007. NIBR-rapport 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Børslett, Edel Johanne Austli, Gerhard Heilmann, Lillian Lillemoen og Reidar Pedersen (2011): La etikken blomstre i praksis – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen. <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/litteratur/pdf/etikkbok-refleksjon2011.pdf>. Bærum og Oslo.
- Copenhagen co'creation (2009): Designing for change. Manifesto 09. København: copenhagen-cocreation.com.
- Council of Europe (2009): Code of Good Practice for Civil Participation in the Decision-Making Process. Adopted by the Conference of INGOs at its meeting on 1st October 2009. Conf/Ple(2009)Code1. Strasbourg: Council of Europe.
- Damvad (2011a): Velferdsteknologi i fremtiden. Rapport 14. juni 2011 utarbeidet til NHO og Tekna.
- Damvad (2011b): Behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Evaluering utarbeidet av Damvad og Oslo Economics.



- Digmann, Annemette, Kirsten E. Jensen og Jens P. Jensen (2012): Vi er på vej. Offentlig innovasjon 2.0. København: Gyldendal Business.
- Disch, Per Gunnar og Einar Vetvik (2009): Framtidas omsorgsbilde. Senter for omsorgsforskning Sør, rapportserie nr. 1-2009. Kristiansand: Høgskolen i Agder.
- Døhl, Øystein (2011): Data fra undersøkelse i Trondheim kommune gjengitt i artikkelen: Den moderne velferdsstaten. Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen. Mandag Morgen nr. 14, 11. april 2011 s. 6–9. Oslo: Mandag Morgen.
- Daatland, Svein Olav, M. Veenstra og I. A. Lima (2009): Helse, familie og omsorg over livsløpet. NOVA-rapport nr 9/09. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Daatland, Svein Olav og Marijke Veenstra (red.) (2009): Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen. NOVA-rapport nr 2/2012. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Finnvold, J. E. (2011): Yrkesdeltaking og erfaringar med kommunale støtteordningar og hjelpetilbod hos mødrer med funksjonshemma barn. Oppdrag for Kaasa-utvalet. Vedlegg 2 i NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendesorg. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Frivilligrådet (2010): Et sterkt velfærdssamfund skal skabes sammen med borgerne! Reformoplæg fra Frivilligrådet. Danmark: Frivilligrådet.
- Gjeldsvik, Martin (2007): Innovasjonsledelse. Ledelse av innovasjon og internt entreprenørskap. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjerberg, Elisabeth, Arlid Bjørndal og Louise Forsetlund (2009): Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? Kunnskapsoppsummering. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Gjertsen, Hege, Gisle Solvoll og Trude Gjernes (2012): Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene. En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF-rapport nr. 12/2012. Bodø: Nordlandsforskning.
- Gulbrandsen, Trygve og Guro Ødegård (2011): Frivillige organisasjoner i en ny tid. Utfordringer og endringsprosesser. ISF-rapport 2011:1. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Hagestad, Gunhild (2006): Besteforeldre og barns oppvekstvilkår: Et tregenerasjonsperspektiv. Forskningsprosjekt 2002–2005. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Hansen, Inger Lise Skog og Anne Skevik Grødem (2012): Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene. Oslo: Fafo.
- Hansen, Thomas (2012): Å gi omsorg – hvor belastende er det? Nova-artikkel 30. november 2012, <http://www.nova.no/id/26177.0>. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Hansen, T., B. Slagsvold og R. Ingebretsen (2012): Å gi personlig pleie til foreldre: Går det ut over psykisk velvære? Tidsskrift for velferdsforskning, 15(3), s. 176–192. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Hanssen, Gro Sandkjær og Marit K. Helgesen (2012): Hvordan påvirker juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringen i den kommunale omsorgssektoren? NIBR-rapport 2012:26. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Harkin, James og Julia Huber (2004): Eternal Youths: How the baby boomers are having their time again. London: Demos.
- Helsedirektoratet (2010): Hva kan offentlig statistikk si oss om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten? Rapport IS-1863.
- Helsedirektoratet (2011a): Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Rapport IS-1924.
- Helsedirektoratet (2011b): Prosjekt Familieveiviser. Rapport IS-0341.
- Helsedirektoratet (2012): Velferdsteknologi. En fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030. Rapport IS-1990.
- Hoen, Hallvard og Une Tangen (2011): Velferdsteknologiundersøkelse. Oslo: KS, Innovasjon og utvikling.
- Holmøy, Erling, Julie Kjevik og Birger Strøm (2013): Utviklingen i arbeidskraftbehovet i helse- og omsorgssektoren fremover. SSB-notat. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Hovlin, Karin; Sofie Arvidsson, Mikael Hjorth og Anders Ljung (2011): Tjänsteinnovationer i offentlig sektor - Behov av forskningsbasert kunnskap och kompetens, Governo AB, Vinnova Rapport 2011:12. Stockholm.
- Husebø, Bettina S. og Stein Husebø (2012): Behandling ved livets slutt- legen har nøkkelposisjonen. Nordisk tidsskrift for pallativ medisin. Nr. 3/2012. Fagbokforlaget.

- Hvinden, Bjørn og H. Johansson (red.) (2007). *Citizenship in Nordic Welfare States. Dynamics of choice, duties and participation in a changing Europe*. London & New York: Routledge.
- Høyland, Karin (2001): *Ny sykehjemsmo­dell, et bedre tilbud. Erfaringer fra tre nye sykehjem*. Trondheim: SINTEF Bygg og miljø, Arkitektur og byggteknikk.
- Haarr, Kjersti Helene og Anne Katrine Folkman (2013): *Samhandling, folkehelse og frivillighet. Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren? Rapport 1/2013*. Oslo/Sandnes: Diakonhjemmets Høgskole.
- Ingebretsen, Reidun (2011): *Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. En kartlegging i norske kommuner. NOVA-rapport 28/2011*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Integrations- og jämställdhetsdepartementet (2008): *Överenskommelse mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Lands­ting. Utdrag fra protokoll vid regeringssammanträde 2008-10-23, IJ2008/2110/UF (delvis)*. Stockholm: Integrations- och jämställdhetsdepartementet.
- Jensen, Kirsten E, Jens P. Jensen, Annemette Digmann og Henrik W. Bendix (2008): *Prinsipper for offentlig innovasjon. Fra best practice til next practice*. Danmark: Børsen Forlag.
- Johansen, Vegard og Anne Lofthus (2011): *Kommunenes rekruttering til og oppfølging av frivillig omsorg. ØF-notat nr. 11/2011*. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Karlsen, Hilde (2012): *Not so unconventional after all? A quantitative study of men in care-oriented study programmes and professional occupations in Norway*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Kjellberg, Jakob og Rikke Ibsen (2012): *Træning som hjælp. Økonomievaluering. Notat/Projekt 3378 april 2012*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Knudsen, Knud (2012): *European grandparents' solicitude: Why older men can be relatively good grandfathers*. Acta Sociologica nr. 3/2012 s. 231–250. USA: Sage publications.
- KMD Analyse (2010): *Digitalisering af ældreplejen – Potentialer og holdninger*. Danmark: KMD.
- KS (2005): *På sporet av en lokal frivillighetspolitikk?*
- KS (2008): *Sammen om det gode liv*.
- KS (2010): *Frivillighetsundersøkelse gjennomført av KS november 2010*.
- KS (2012): *Innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med Melding til Stortinget om innovasjon i omsorgstjenestene*.
- KS (2013): *Budsjettundersøkelsen for 2013*.
- Kuhnle, Stein (2001): *Den skandinaviske velferdsstat i det globale konkurransesamfunn*. I A.-H. Bay, B. Hvinden, C. Koren (red.) *Virker velferdsstaten? Kristiansand: Høyskoleforlaget*.
- Landmark, B. F, I. Kirkehei, K. G. Brurberg og L. M. Reinart (2009): *Botilbud til mennesker med demens. Rapport nr. 11-2009*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Landmark, Bjørg Th. og Mette Raunkiær (red.) (2012): *Å dø hjemme. Omsorg – Nordisk tidskrift for palliative medisin nr 3/2012*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lasky, Elisabeth Victoria (2011): *A European Framework Agreement with Civil Society for a Less Distant European Union? Rapport fra ECAS*. Brussel: European Citizen Action Service.
- Lingsom, Susan (1997): *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA-rapport 97:6. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Lorentzen, Håkon (2012): *Frivilligsentralen i nærmiljøet: Konkurrent eller katalysator? Rapport 2012:4*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 28 (2011–2012) *Gode bygg for eit betre samfunn*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester*. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 17 (2012–2013) *Byggje – bu –leve. Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Meld. St. 18 (2012–2013) *Lange linjer – kunnskap gir muligheter*. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 23 (2012–2013) *Digital agenda for Norge*. Fornyings-, administrasjons- og kirke­departementet.
- Moland, Leif E. og Ketil Bråthen (2012): *Langturus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede*

- og psykisk syke. Fafo-rapport 2012:60. Oslo: Fafo.
- Myskja, Audun (2011): Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Månsson, Maritha (2007): Hemrehabilitering: vad, hur och för hvem? Stockholm: Fortbildning AB.
- Nergård, Trude Brita (2009): Mangfoldig omsorg. Tre innvandregrupper forteller om sine forventninger til alderdommen. Nova-rapport 16/2009. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ness, Nils Erik, Toril Laberg, Malene Haneborg, Eline Rygh, Randi Granbo, Lise Færevaa og Hege Butli (2012): Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund. Rapport 28. september 2012.
- NorgesBarometeret (2012): Kommunebarometeret. Undersøkelse blant Norges ordførere og rådmenn på oppdrag fra NSF. september 2012. Rapport 4:2012. Oslo: NorgesBarometeret AS.
- NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2001: 03 Velgere, valgordning, valgte. Kommunal- og regionaldepartementet.
- NOU 2003: 19 Makt og demokrati. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2010: 5 Aktiv deltakelse, likeverd og innkludring – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud. Arbeidsdepartementet.
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012. OECD/European Commission.
- Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 90 L (2012–2013) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll (2012): Undersøkelse om rehabilitering i kommunene. Erfaringer med tilbud gitt i brukers hjem/vante miljø. På oppdrag for Helsedirektoratet. Rapport IS-365.
- Respons Analyse (2013): Frivillig innsats for idrettslag eller andre områder. Oslo: Kulturdepartementet.
- Ringholm, Toril, Nils Aarsæther, Peter Bogason og May-Britt Ellingsen (2011): Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse. NORUT Rapport nr. 2/2011. Tromsø: Northern Research Institute.
- RO (2004): Bestiller-utførermodellen i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler. Stjørdal: Ressurscenter for omstilling i kommunene.
- Roksvaag, Kristian og Inger Texmon (2012): Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. SSB-rapport 14/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Romøren, Tor Inge (2006): Yngre personer som mottar hjemmetjenester : hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt? Rapportserie 2006:8. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, Tor Inge (2007): Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg? Artikkel i tidsskriftet Aldring og livsløp nr 1/2007 (NOVA). Oslo: Fagbokforlaget.
- Rønning, Rolf, Tuva Schanke og Vegard Johansen (2009): Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen. ØF-rapport nr 11/2009, kapittel 3.2. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Rønning, Rolf (2011): Frivillige og lønnede på samme lag. ØF-rapport nr: 18:2011. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Rønning, Rolf og Håvard Teigen (2007): En innovativ forvaltning. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rådet for den europeiske union (2012): Rådets erklæring om det europæiske år for aktiv aldring og solidaritet mellom generasjonene (2012): vejen frem. Dok. nr. 17468/12 SOC 992 SAN 322. Brussel 7. desember 2012.
- Salomon, Joshua A., Haidong Wang, Michael K. Freeman, Theo Vos, Abraham D. Flaxman, Alan D. Lopez og Christopher J. L. Murray (2012): Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet 2012, Volume 380, s. 2144–2162. Boston, USA: Harvard University.
- Sandell, Anci (2013): Musik för kropp och själ. Modell för interaktiv musikerapi. Göteborg: Nordic School of Public Health NHV.
- Selbæk, Geir (2008): Psykososiale tiltak, pleiekultur og omgivelsenes betydning for å motvirke

- adferdsforandringer ved demens. Prøveforelesning 9. juni 2008 til doktorgrad. Oslo: Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Selle, Per og Karl Henrik Sivesind (2009): Does Public Spending «Crowd Out» Nonprofit Welfare? *Civil Society in Comparative Perspective*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Selle, Per og Dag Wollebæk (2012): Sivilsamfunn og tillit. Artikkel i antologien Helge Skirbekk og Kari Steen-Johnsen: *Tillit i Norge*. Oslo: Res Publica forlag.
- Sivesind, Karl Henrik (2007): *Frivillig sektor i Norge 1997–2004*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Sivesind, Karl Henrik (2008): *Halvveis til Soria Moria. Ikke-kommersielle velferdstjenester – politikkenes blinde flekk?* Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Slagsvold, Britt og Per Erik Solem (red.) (2005): *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Gode løsninger – hva er det? – hvor finnes de?* Rapport IS-1318.
- SOU 2008:113 *Bo bra hela livet*. Socialdepartementet, Sverige.
- St.meld. nr. 39 (2006–2007) *Frivillighet for alle*. Kultur- og kirkedepartementet.
- St.meld. nr 7 (2008–2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Nærings- og handelsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statens helsetilsyn (2003): *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport nr. 10/2003.
- Statens helsetilsyn (2009): *Omsorgslønnsordningen – en kunnskapsoppsummering*. Internserien 7/2009.
- Statens helsetilsyn (2011): *Krevende oppgaver med svak styring*. Rapport nr. 5/2011.
- Statens Seniorråd (2012): *Innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med Melding til Stortinget om innovasjon i omsorgstjenestene*.
- Statistisk sentralbyrå (2010): *Satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner*. SSBmagasinet 11. januar 2010.
- Statistisk sentralbyrå (2011): *Innovasjon i offentlig sektor*. SSB-rapport 25/2011.
- Statistisk sentralbyrå (2012): *Statistikkbanken. Kostra-statistikk, Iplos-statistikk og befolkningsstatistikk*.
- Sware, Helge (2009): *Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, Eva og Jacob Torfing (2012): *Offentlig ledelse av frivilliges samproduksjon av velfærdsservice*. Danmark: Roskilde universitet.
- Teigen, Håvard, Terje Skjeggedal og Asgeir Skålholt (2010): *Kommunesektorens innovasjonsarbeid – en analyse av verkemiddel og verkemiddelaktører*. ØF-rapport 2010/11. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Thorslund, Mats og Marti G. Parker (2005): *Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försämrad hälsa*. *Läkartidningen* nr. 43 2005, Vol. 102, s. 3119–3124. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Thygesen, Hilde (2009): *Technology and good dementia care: A study of technology and ethics in everyday care practice*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.
- Unece (2012): *Ensuring a society for all ages: Promoting quality of life and active ageing*. Vienna Ministerial Declaration, Wien 20. september 2012. Geneve: United Nations Economic Commission for Europe.
- United Nations (2001): *World Population Ageing: 1950–2050*. ST/ESA/SERA/207. Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York: United Nations Publications.
- Wackers, Ger (2012): *– Har du akseptert at jeg skal dø?* Artikkel i *Morgenbladet* 21.–27. september 2012. Oslo.
- Wollebæk, Dag og Karl Henrik Sivesind (2010): *Fra folkebevegelse til filantropi. Frivillig sektor i Norge 1997–2004*. Rapport 2010:3. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Aase, Per, Karin Johansson, Anders Kottorp og Lena Rosenberg (2012): *Projektredovisning Äldreboende för HBT-personer*. Sverige: Per Aase Arkitektkontor AB og Karolinska Institutet.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:  
Departementenes servicesenter  
Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:  
Fagbokforlaget  
Postboks 6050, Postterminalen  
5892 Bergen  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)  
Telefon: 55 38 66 00  
Faks: 55 38 66 01  
[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

Publikasjonen er også tilgjengelig på [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Omslagsillustrasjon:  
Trude Tjensvold, Illustratørene

Trykk: 07 Xpress AS 04/2013

