

Tjenestens innhold og fordeling

Evaluering av omsorgsplan 2015

Laila Tingvold og Tor Inge Romøren

Ferdig tekst – før grafisk ombrekking



Sammendrag:

Som et ledd i evaluering av Omsorgsplan 2015 (Stortingsmelding nr 25, Mestring, muligheter og mening), gjennomførte Senter for omsorgsforskning Østlandet ved årsskiftet 2013-2014 en intervjuundersøkelse i 76 av landets kommuner. Hensikten var å studere omsorgstjenestens innhold, fordeling og kvalitet i planperioden 2008-2015. Første del av denne rapporten presenterer resultater om kommunens utførte og planlagte bygging av boliger til heldøgns pleie- og omsorgsformål med investeringstilskudd. Andre del av rapporten presenterer resultater om tjenestens innhold (øremerking av plasser og faglige satsningsområder) samt fordeling mellom ulike brukergrupper i sykehjem og hjemmetjeneste.

De største kommunene i vårt utvalg (kommuner med flere enn 60.000 innbyggere) søker og mottar i størst grad investeringstilskudd til sykehjem. Også når det gjelder omsorgsboliger, søker og mottar de største kommunene investeringstilskudd i større grad enn de mindre kommunene.

Under Omsorgsplan 2015, bygger flest kommuner i vårt utvalg plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem. Omsorgsboliger hevdes å være et alternativ som passer godt for personer i ulike alders- og brukergrupper. Her ble spesielt yngre brukere nevnt. Personer med psykisk utviklingshemming, unge funksjonshemmede og multifunksjonshemmede brukere samt yngre personer med sammensatte lidelser ble nevnt som viktige brukergrupper i omsorgsboliger. I flere kommuner ble det også påpekt at økonomiske avveininger er en viktig årsak til å satse på bygging av omsorgsboliger. Det ble hevdet at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjems plasser med heldøgnsbemanning.

Det er også de største kommunene som har mest konkrete planer (vedtatt plan, søkt tilskudd) for å bygge sykehjems plasser og omsorgsboliger de neste fem årene.

Denne undersøkelsen dokumenterer hvordan også sykehjemmene gradvis er blitt et tilbud til yngre grupper av ulike kategorier: Mennesker som mottar palliativ omsorg, som har psykiske lidelser, alvorlige nevrologiske lidelser, er rusmisbrukere, eller har andre kroniske eller akutte helseproblemer. Vi kan i dag ikke si hvor stor del av sykehjemskapasiteten som brukes til slike formål. Dersom IPLOS-registeret (som forutsatt) hadde inneholdt diagnoseopplysninger, hadde det vært mulig å følge denne utviklingen.

Sykehjemmenes nye funksjoner får konsekvenser for fordeling av denne ressursen. Problemstillingen kommer bl.a. til syne når kommunene beskriver hvilke grupper som har mottatt ny sykehjemskapasitet de senere årene, og hvem som er målgruppene for den videre utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger. Antallet sykehjems plasser (eller omsorgsboliger) er ikke lenger et godt mål på hvor mye institusjonskapasitet kommunene har til rådighet for å dekke eldres behov for denne typen omsorg.

Undersøkelsen dokumenterer også hvordan differensierings- og spesialiseringsprosessene har nådd hjemmetjenestene. Rehabilitering, palliativ omsorg, differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, nevrologiske lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer - er blitt en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommuner. Gjennom økningen av yngre brukergrupper i hjemmetjenesten har denne utviklingen indirekte vært kjent i snart ti år. Undersøkelsen her utdyper bildet ved å vise hvordan

hjemmetjenestene også faglig differensieres og spesialiseres, med de følger det kan få for målforskyvning og ressursfordeling mellom tjenestemottakere.

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

Spesialisering krever volum. Omsorgstjenestene er i denne henseende bundet av et sentralt premiss: bosettingsmønsteret i landet. Det er ikke mulig å utvikle en permanent spesialisering i omsorgstjenesten når bosettingen i en kommune-enhet er spredt og befolkningen liten. Ikke en gang kommunesammenslåinger kan endre dette. Sammenslåtte, større kommunale enheter kan bare tilby permanent spesialisering om befolkningen også sentraliseres, eller i det minste om tjenestemottakerne flyttes inn til større sentra, med de ulemper en redusert kontakt med nærmiljø og familie innebærer.

Om vi ser på videre planer for bygg med søknad om investeringstilskudd i kommunene, finner vi at kommunene også i tiden fremover ønsker å bygge omsorgsboliger fremfor sykehjem. På spørsmål om hvilke brukergrupper det bygges for, nevnes psykisk utviklingshemmede, multifunksjonshemmede eller personer som har spesielle behov. Personer med demens og somatikk nevnes også. Det bygges også boliger for psykisk syke, personer med rusproblemer og økonomisk vanskeligstilte.

Informantene i undersøkelsen mener at beboere i sykehjem er mer pleietrengende enn tidligere, og at arbeidet i hjemmetjenesten er mer krevende. En betydelig andel mottagere av hjemmetjenester har store pleiebehov, og dette stiller tilsvarende store krav til tjenesteyters kompetanse. En annen utfordring er at omsorgstjenesten har brukere i alle aldersgrupper og med mange ulike diagnoser og årsaker til hjelpebehov. Dette fordrer at tjenesteytere må ha stor innsikt og kunnskap på mange fagfelt. Dette stiller store krav til kommuner med tanke på kompetanseoppbygging for sine ansatte i omsorgstjenesten.

I intervjuene kom det tydelig frem at kommunene er i en fase der de trenger å tenke nytt om hvordan de organiserer og innretter tjenestene sine. Noen ønsker, og ser seg nødt til, å samarbeide mer med andre nærliggende kommuner for å sikre seg riktig kompetanse og behandlingstilbud for tjenestemottakere. Dette handler også om økonomi til å håndtere stadig flere oppgaver og økende etterspørsel etter tjenester fra brukere i alle aldre og diagnosegrupper. Det handler også om å bygge tilstrekkelig og høyere kompetanse for å kunne betjene forespørsler og personer med behov for mer avansert pleie og stell enn det kommunene tidligere har vært vant til.

Forord

Hvilken utvikling har det vært av nybygg og restaureringer i sykehjem og omsorgsboliger i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015? Hvilket innhold og faglige innretninger har den kommunale pleie- og omsorgstjenesten under Omsorgsplan 2015, og hvordan er tilbudene fordelt mellom ulike bruker- og aldersgrupper?

Målsettingen med evaluering av Omsorgsplan 2015 er gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet: *"...å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015"* (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2006). Omsorgsplan 2015 strekker seg over perioden 2008-2015. Rapporten dekker de første seks årene av åtteårsperioden.

Resultatevalueringen omfatter tre delprosjekter der en studerer Omsorgsplan 2015 sine effekter på:

- Kommunale omsorgsplaner. Delprosjekt A, gjennomføres av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Kommuners drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene. Delprosjekt B, gjennomføres av Senter for helseledelse og helseøkonomi (HELED), ved Universitetet i Oslo.
- Tjenestens innhold, fordeling og kvalitet. Delprosjekt C, gjennomføres av Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Denne rapporten er den første fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik som beskriver resultater fra Delprosjekt C. Målsettingen er å studere variasjoner i (1) tjenestens innhold, herunder differensiering av tilbudet i sykehjemmene, og innretning og omfang av hjemmetjenestene og (2) tjenestens fordeling, blant annet om det skjer endringer i tjenestemottakers alder og de helseproblemer som prioriteres. Det vil bli utarbeidet en egen rapport om kvalitet av Senter for omsorgsforskning innen utgangen av 2015.

Denne rapporten er basert på intervjueskjema og personlige intervju med ledelsen i pleie- og omsorgssektoren i 76 av landets kommuner, og gir noen foreløpige resultater om tjenestens innhold og fordeling. I neste fase av arbeidet vil dataene fra kommuneundersøkelsen bli betraktet sammen med data fra IPLOS og KOSTRA. Sluttrapport for evalueringen skal leveres i desember 2015.

Vi ønsker å takke representantene fra kommunene i vårt utvalg som har møtt oss med stor velvilje og hjelpsomhet i å samle inn de data som denne rapporten bygger på!

Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, april 2015

Laila Tingvold

Tor Inge Romøren

Tjenestens innhold og fordeling

Tjenestens innhold

Pleie- og omsorgssektoren i kommunene får stadig nye oppgaver og nytt innhold. Det har vært en stor utvikling siden opprettelsen av aldershjem, pleiehjem og videre til opprettelsen av sykehjem på 1970- tallet. De siste ti-femten årene har vi sett en økt intern differensiering i sykehjem som omfatter tilbud innen rehabilitering, palliasjon, demens (skjermet og forsterket skjermet avdelinger), psykiatri/rus samt utvikling av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud som i noen tilfeller er lokalisert på sykehjem. Noen av endringene som skjer i pleie- og omsorgssektoren er knyttet til Omsorgsplan 2015. Andre endringer følger av andre statlige stimuleringsiltak (for eksempel palliativ omsorg), statlige handlingsplaner (psykiatri, rus) eller ny lovgivning, for eksempel Samhandlingsreformen (St. meld nr. 47). Dette gjør at tjenestetilbudet er i utvikling, nye tilbud får plass, og nye brukergrupper mottar tjenester. Under handlingsplanen for eldreomsorgen og videre inn i Omsorgsplan 2015, ser vi også fremveksten av en ny sektor: bygging av omsorgsboliger. Et slikt boligalternativ er tilrettelagt for eldre, men også flere grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og psykiatriske langtidspasienter. Ofte omtales sykehjem og omsorgsboliger sammen under betegnelsen «omsorgsplasser» eller «omsorgsplasser med heldøgns- pleie og omsorg». Det hevdes at boliggingjøringen av omsorgstjenestene er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært igjennom i nyere tid (Brevik, 2010).

Viktige problemstillinger for oss er:

- Hvilket innhold har de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i perioden tilhørende omsorgsplan 2015 (2008-2015)?
- Hvilke oppgaver prioriteres, og hvordan tilrettelegger kommuner i ulike kommunale kontekster innholdet?

Tjenestens fordeling

Endringer i innholdet i kommuners pleie- og omsorgstjeneste, kan bety nye prioriteringer mellom ulike nye og gamle brukergrupper. Tidligere forskninger viser også at fordelingen mellom yngre og eldre mottagere av tjenester er i endring. For perioden 1992 – 2005, ble det vist at antall mottagere av hjemmetjenester under 67 år var blitt fordoblet, fra 24 900 (18 %) av alle til 50 200 (30 %) av tjenestemottagerne (Romøren, 2007). Denne veksten har fortsatt, og i dag er andelen 40% (Mørk, Sundby, Otnes, & Wahlgren, 2014).

Hjemmebaserte tjenestene har opplevd en nesten fem ganger så høy vekst i årsverksinnsatsen som den institusjonsbaserte omsorgen. De rundt 30.000 nye årsverkene som har blitt tilført de hjemmebaserte tjenestene har i all hovedsak tilfalt nye grupper av yngre brukere under 67 år (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2006).

Når årsverksinnsatsen fordeles på de ulike brukergrupper under 67 år, fremkommer det at det er tjenestemottagere med somatiske vansker samt tjenestemottagere med psykiatriske sykdommer som legger beslag på de voksende andeler av årsverkene innen de hjemmebaserte tjenester (Brevik, 2010).

I en studie av yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten viser forskerne Hamran og Moe at personalgrupper fra hjemmetjenesten anser yngre tjenestemottageres behov for bistand som større enn eldres, selv når funksjonsnivået er sammenlignbart (Hamran & Moe, 2012). Grunnen er at en ønsker at yngre hjemmetjeneste mottakere skal ha et hverdagsliv så likt sine jevnaldrende som mulig. Her er det prinsipper om «normalisering» og «integrering» som gjelder. Tilsvarende målsetting har en ikke for eldre (Hamran & Moe, 2012).

I en kvantitativ analyse fra 2012 viser Romøren hvordan både alder, funksjonsnivå og ulike helseproblemer som gir opphav til hjelpebehov er assosiert med hvordan praktisk bistand fordeles mellom tjenestemottagere. Når det gjelder praktisk bistand, har den helsemessige årsaken til tjenestemottakerens hjelpebehov isolert sett størst betydning for fordelingen. Når andre faktorer holdes konstant, viser det seg at mennesker med psykisk utviklingshemming får langt mer hjelp enn tjenestemottakere med psykiske problemer, somatisk sykdom eller personer med aldersdemens. (Romøren, 2012).

Forskning som primært fokuserer på hjelpebehov, alder og kjønn viser at fordeling av tjenester er knyttet til tjenestemottagernes ulike hjelpebehov. Hjelpebehov (IADL) stiger gradvis fra 15 % blant 60 åringene til 35 % blant åttiåringene. Kvinner melder om flere om tidligere helseproblemer enn menn, og sammenlignet med høyt utdannede, oppstår hjelpebehov tidligere blant dem med lav utdanning (Veenstra & Daatland, 2012).

Forskyvninger i fordelinger mellom ulike brukergrupper kan ha mange årsaker. Vi vil se nærmere på dette, og spesielt betydningen av endringer i sykehjemsdriften, der vi har mindre kjennskap til hvordan plasser fordeles mellom ulike bruker- og aldersgrupper. At sykehjem delvis får og dels påtar seg nye oppgaver, får konsekvenser for fordeling. Vi ønsker spesielt å belyse hvordan slike prosesser utvikler seg i ulike typer kommuner. Våre problemstillinger omfatter:

- Hvilken fordeling av tjenestetilbud ser vi det er mellom tjenestemottagere i ulike brukergrupper i planperioden?
- Hvilken fordeling av tjenestetilbud ser vi mellom yngre og eldre brukere?

Kommunal kontekst for innhold, fordeling og kvalitet

I vår undersøkelse er vi opptatt av kommunal kontekst, likheter og forskjeller basert på kommunestørrelse (innbyggertall).

Dagens kommuner lever i et spenningsfelt mellom statlig styring og et mandat fra innbyggerne lokalt. Kommuneinstitusjonen er et uttrykk for det lokale folkestyret, og kommunene skal kunne ha frihet til å ta hensyn til lokale behov og gjøre prioriteringer ut i fra dette. Samtidig er kommunene en integrert del av nasjonalstaten. Det beskrives at integrasjonen mellom stat og kommune har økt i takt med utbyggingen av velferdssamfunnet og samtidig har den statlige detaljstyringen økt (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012). Flere individuelle rettigheter, flere plikter for kommunene og strengere krav til å dokumentere hva kommune gjør, og hva de oppnår stiller kommunen overfor utfordringer når det gjelder kapasitet og kompetanse til å kunne overholde lovpålagte plikter.

I dag har vi 428 kommuner som beskrives å være «generalistkommuner» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Med det menes at alle har det samme og brede oppgave-

ansvaret og skal ivareta funksjonene som tjenesteleverandør, samfunnsutvikler, myndighetsutøver og demokratisk arena. Kommunene er svært forskjellige med hensyn til folketall, folketallsutvikling, avstander og sentralitet, og slik sett vil alle ha ulike forutsetninger for å fylle disse funksjonene. Noen av oppgavene er blitt løst gjennom interkommunalt samarbeid. Dette har vært en strategi i noen kommuner for å være rustet til å ivareta lovpålagte tjenester med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Fra tidligere forskning er det beskrevet at store kommuner bruker mindre penger på eldreomsorg enn små kommuner. Forskerne Huseby og Paulsen (2009) viser at en kommune med 2000-5000 innbyggere bruker i gjennomsnitt 76.000 kroner per eldre innbygger, mens en kommune i størrelsesorden 10 000 og 20 000 innbyggere bruker i underkant av 60.000 kroner per eldre innbygger. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere bruker i gjennomsnitt knappe 58.000 kroner per innbygger, men dette gjelder ikke for de fem største byene i Norge. Oslo, Bergen Stavanger, Trondheim og Tromsø bruker i gjennomsnitt rundt 18.000 kroner mer per eldre innbygger på eldreomsorg enn kommuner med 2-5000 innbyggere (Huseby & Paulsen, 2009).

Vi ser også forskjeller mellom kommuner knyttet til frie disponible inntekter. Kommuner med høyt nivå av frie disponible inntekter bruker i gjennomsnitt 25.000 kroner mer på eldreomsorg per eldre innbygger enn kommuner uten høyt nivå av frie disponible inntekter. Definisjonen av høye frie disponible inntekter tar utgangspunkt i definisjonen av kommunegrupper i KOSTRA og inkluderer totalt 113 kommuner (Huseby & Paulsen, 2009).

I Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) påpekes det at det er stor variasjon mellom kommunene i hvordan de har innrettet sine pleie- og omsorgstjenester. Noen kommuner har en svært lav dekning av institusjonsplasser, men kompenserer for dette gjennom et bedre tilbud av hjemmetjenester. Tidligere undersøkelser viser at de små kommunene tilbyr nesten dobbelt så ofte institusjonsplass til sine gamle sammenlignet med større kommuner (Romøren, 2008). Større kommuner tilbyr oftere en høyere grad av hjemmetjenester, men dette varierer også med for eksempel strukturelle forhold som geografisk avstand og framkommelighet i kommunen. Tidligere studier av kommuneprofiler i eldreomsorgen viser også at noen kommuner har et høyt nivå av både hjemmetjenester og institusjonsplasser, mens andre kommuner har et dårligere tilbud av begge deler sammenlignet med andre kommuner (Brevik & Nygård, 2013).

Alderssammensetningen i kommunene har også betydning for organisering og utvikling av tjenestene. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger på eldreomsorg enn kommuner med lav prosentandel eldre (Brevik & Nygård, 2013).

Det er med andre ord mange forhold som er kan virke inn på kommuners organisering og innretning av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Vi har allerede nevnt topografi (avstander, kommunikasjoner, antall grendelag, tidligere kommunegrenser). I tillegg kommer bygningshistorie, det vil si antall institusjoner og deres alder, lokalisering og utforming. Lokalpolitiske spenninger samt ideologier og ledelse i de forskjellige kommunene både skaper, opprettholder og endrer trekkene i eldreomsorgen i kommunene (Romøren, 2008).

Materiale og metode

Til delprosjekt C bruker vi fire datakilder: registerdata fra KOSTRA, registerdata fra IPLOS, originaldata fra et kommuneutvalg samt data fra Husbanken.

Resultatene i denne rapporten baserer seg i hovedsak på data fra vårt kommuneutvalg. I kommuneutvalget har vi hatt til hensikt å belyse mer detaljerte sider av tjenestenes innhold og kvalitet. I sum og over tid endrer ulike prosesser omsorgstjenestens innhold. Utviklingen kommer bare i begrenset grad frem i gjeldene statistikk- og rapporteringssystemer. Vi har i kommuneundersøkelsen kartlagt endringene i sykehjemmenes og hjemmetjenestens innhold og analysert når de har inntrådt.

Utvalget

Utvalget består av 76 kommuner. Av disse er 49 «omsorgsforskningkommuner». Utvalget med «omsorgsforskningkommuner» ble etablert i 2009. Hver av de fem Sentrene for omsorgsforskning valgte ut 9-11 kommuner i sin region stratifisert etter størrelse. Det hadde vært ønskelig om utvalget med omsorgsforskningkommuner hadde vært noe større, og inkludert totalt 70-80 kommuner i landet. Det er imidlertid utfordrende og tidkrevende å rekruttere kommuner til forskningssamarbeid.

For å øke utvalget i antall kommuner i denne studien, forespurte vi derfor de kommuner som har funksjon som utviklingscenter for hjemmetjenester (UHT), utviklingscenter for sykehjem (UST) eller utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT) om deltagelse i kommuneundersøkelsen. Vår henvendelse ble positivt tatt i mot, og i utvalget vårt utgjør dette tilsammen 28 kommuner (hvorav syv av disse kommunene også er omsorgsforskningkommune). Oslo kommune har utviklingscenter for hjemmetjenester i Bjerke bydel, og utviklingscenter for sykehjem i Østensjø bydel, så de regnes som én kommune representert med to bydeler. Utviklingssentrene er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Satsingen er finansiert med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet og er en videreutvikling av satsingen "Undervisningssykehjem" som startet i 1999. Utviklingssentrene er pådrivere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjeneste. I deres mandat er det også beskrevet at de skal legge til rette for og bidra til forskning (Utvikling gjennom kunnskap, 2010).

Når vi ser omsorgsforskningkommuner og kommuner med utviklingscenterfunksjon under ett (N=76) og sammenligner dem med alle kommuner i landet (N=428), ser vi at vi i vårt utvalg har en overrepresentasjon av større kommuner. Mens 2,3 % av norske kommuner har mer enn 60 000 innbyggere, representerer denne kommunestørrelsen 11,8 % av vårt utvalg. Dette utgjør en tydelig skjevhet. Når vi analyser data og benytter bivariate analyser slik vi ofte gjør i denne rapporten, utgjør ikke denne skjevheten noe problem. Da er det likheter og forskjeller kommunegrupper i mellom som er i fokus. Men når vi summerer opp egenskaper ved tjenestene på tvers av alle kommune-enhetene i utvalget, vil skjevheten påvirke resultatet. Forholdene i større kommuner får en større vekt enn de ville hatt i et mer representativt materiale. Slike problemer kan imidlertid løses ved vekting i beregningene.

For de andre kommunegruppene er det i større grad samsvar mellom utvalget vårt og landet for øvrig. Vi vil legge til at vårt utvalg på 76 kommuner dekker rundt 80 % av befolkningen i Norge. Dette skyldes at mange befolkningsrike kommuner er representert i utvalget.

Tabell 1. Utvalget i kommuneundersøkelsen sammenlignet med norske kommuner samlet.

Kommunestørrelse (innbyggertall)	< 7000	7001- 19999	20000- 60000	60000 eller flere	Totalt
Norske kommuner (N=428) %	65,2	22,2	10,3	2,3	100
Befolkning pr 2014 (Gj.snitt)	3074	11939	31961	172007	11958
Kommuneutvalget (N=76) %	35,5	26,3	26,3	11,8	100
Befolkning pr 2014 (Gj.snitt)	2711	11303	33700	183130	34493

En annen mulig skjevhet ved utvalget gjelder om kommuner med utviklingscenterfunksjon skiller seg fra andre kommuner på grunn av at de har en rolle der de skal drive med fag- og kunnskapsutvikling. Påvirker funksjonen som utviklingscenter kommunens tjenester i positiv retning med tanke på at det foregår mye utviklings- og prosjektarbeid i disse kommunene? Vi tror at dette ikke har påvirket svarene, siden spørsmålene i kommuneundersøkelsen er av overordnet karakter med type og antall plasser, innretning, tilrettelegging, etc. Dersom vi hadde inkludert spørsmål om fagutvikling, prosjektarbeid og ulike former for kurs og kompetansearbeid, ville det sannsynligvis vært forskjeller mellom kommuner med og uten utviklingscenterfunksjon.

Datsett fra Husbanken

I analysene av investeringstilskudd, har vi også benyttet et datsett fra Husbanken som ble klargjort og stilt til disposisjon for oss av våre forskerkolleger ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Universitetet i Oslo. Dette datamaterialet gir informasjon om investeringstilskuddet for alle landets kommuner og gir bl.a. opplysninger om antall søkte tilskudd, søkt beløp, antall plasser, brukergrupper og aldersgrupper. I tillegg har filen informasjon om byggetekniske løsninger. Vi har benyttet tall fra dette datasettet om investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger i tidsrommet 2008-2012. Vi har også benyttet data fra Husbanken når det gjelder brukergrupper og typer plasser for tidsrommet 2008 og frem til juni 2014. Vi har i våre analyser sett spesielt på Husbankens data for antall plasser forbeholdt ulike brukergrupper (personer med demens, personer med psykisk utviklingshemming, personer med annen utviklingshemming, personer med psykiske lidelser, personer med rus- og psykiatriproblematikk og andre personer over 67 år som ikke faller inn under kategoriene nevnt foran) og aldersinndeling (under 25 år, fra 25-67 år, over 67 år).

Utarbeidelse av intervjuguiden

Det ble våren 2013 utarbeidet en strukturert intervjuguide om innhold, fordeling og kvalitet. Vi som utarbeidet guiden har på ulike måter bidratt med våre fagområder. I gruppen inngikk fagpersonell som har forsket på pleie- og omsorgssektoren, både hjemmetjenesten og sykehjem. Deltagerne i gruppen har erfaring med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming til pleie- og omsorgsforskning.

Prosjektet ble i en tidlig fase presentert og diskutert på fagseminar for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste, region Øst. På samling med utviklingscenterne fikk vi mange innspill og synspunkter fra praksisfeltet om tema som vi har belyst i resultatevalueringen. Vår tilnærming til kommuneundersøkelsen har også vært delt og diskutert med våre samarbeidspartnere i HELED og NOVA.

Intervjuguiden inneholder en kombinasjon av kvantitative spørsmål med svarkategorier og åpne spørsmål der respondentene kan gi beskrivelser av kommunens innretninger i pleie- og omsorgstjenesten. Ved å kombinere disse to tilnærmingene ønsket vi å få både tall og konkrete angivelser på antall og typer plasser, hvem som får ulike typer tjenester samt gode beskrivelser av hva som ligger bak tallene. Data fra kommuneundersøkelsen gir svar på hvor mange kommuner i utvalget som har søkt og mottatt investeringstilskudd i planperioden, hva som er blitt bygget for tilskuddet (nye bygg, ny fløy, restaurering), type plasser (langtids- eller korttidsplasser) og hvilke brukergrupper investeringstilskuddet er tiltenkt. Vi har også samlet data om kommuners konkrete planer om å søke investeringstilskudd til sykehjem eller omsorgsboliger de neste fem årene, med tilleggsdata om hvilke brukergrupper disse er tiltenkt. Vi også spurt om faglige innretninger i både sykehjem og hjemmetjeneste. Intervjuskjemaet som ble brukt er lagt ved bakerst i denne rapporten.

Det ble foretatt strategiske intervjuer med nøkkelinformanter, og gjennomført pilotintervjuer i to omganger for å sikre at spørsmålene i guiden var godt forståelig og svaralternativene var foreslått på en god måte. Pilotintervjuer ble gjennomført i kommuner av ulik størrelse med hensyn til at skjemaet skulle testes for å kunne passe i både store og små kommuner. Etter pilotintervjuene, ble det fortatt noen ytterligere justeringer av intervjuguiden.

Intervjuene startet opp i august 2013 og ble avsluttet mars 2014. Arbeidet med intervjuene ble gjennomført av fem forskere. Før forskerne dro ut i kommunene, ble det avholdt planleggingsmøter der alle spørsmål ble gjennomgått for å sikre at disse ble forstått på samme måte.

Fremgangsmåte

Høsten 2013 gjennomførte Sentrene for omsorgsforskning et dialogseminar på Gardermoen. På seminaret var det representanter både fra omsorgsforskningskommunene og kommunene med utviklingsentre til stede, og vi fikk der anledning til å informere om den forestående kommuneundersøkelsen. Representanter fra kommunene fikk mulighet til å stille spørsmål og gi uttrykk for oppfatninger om evalueringen.

Vi henvendte oss til kontaktpersonene i de utvalgte omsorgsforskningskommunene. De satte oss i kontakt med en eller flere personer i sin kommune som kunne møte til intervju. Vi ønsket å møte personer som hadde nær kontakt med utøvelsen av tjenestene. Ofte var det pleie- og omsorgssjefen som ble valgt ut, gjerne sammen med leder for institusjonstjenesten og leder for hjemmetjenesten. I noen mindre kommuner traff vi kommunalsjefer. I de minste kommunene gjennomførte vi intervju med leder for pleie- og omsorgstjenesten som alene hadde god oversikt over tjenestetilbudet i sin kommune. I mellomstore og store kommuner møtte gjerne også en rådgiver, eller en person i stab, en representant fra koordinerende enhet eller fra et tildelingskontor. Kommunene fikk dermed være med på å velge selv hvem de ønsket inn i intervjuet. I mange kommuner ble det i tillegg hentet inn supplerende informasjon i etterkant av intervjuet for å få kvalitetssikre informasjon og for å få en dypere forståelse av tjenestens organisering og innhold.

Av 76 kommuner, var det bare tre kommuner som det av praktiske og økonomiske årsaker ikke lot seg gjennomføre direkte besøk hos. Det ble derfor gjennomført telefonintervjuer i disse kommunene. Telefonintervjuene var med én person fra hver kommune, og intervjuguiden ble oversendt på forhånd slik at informantene kunne gjøre forberedelser. Vi betrakter kvaliteten på telefonintervjuene som svært gode, men legger allikevel til at personlig intervju med mulighet for

befaring, og å møte flere fagpersoner på sine arbeidsplasser i kommunen samtidig, gir et godt helhetsinntrykk og et ekstra datatilfang.

Når det gjelder Oslo kommune, har vi her opplysninger om hjemmetjenesten i to bydeler, henholdsvis Østensjø og Bjerke bydel. Dette forklarer at i noen analyser er N=77, der de to bydelene da inngår. I Oslo er sykehjem organisert under Sykehjemsetaten (SYE), og plasser er ikke opprettet på bydelsnivå, men for kommunen som helhet. Fra SYE fikk vi derfor opplysninger om øremerking av plasser, innhold og årstall for opprettelse av ulike tilbud for sykehjem i Oslo kommune. Det var utfordrende å få opplysninger om investeringstilskudd for sykehjem i Oslo kommune, og vi opplevde at det var vanskelig å skaffe en full oversikt her fra kommunen. Opplysninger om investeringstilskudd til omsorgsboliger finnes på bydelsnivå, men det også her var det vanskelig å få frem gode opplysninger. I denne sammenheng er Oslo en spesiell kommune i utvalget, siden noen av tjenestene er organisert på bydelsnivå, mens andre ligger sentralt i kommunen.

Gjennomføring

Intervjuskjemaet var delt inn i to deler, én del om bygg og institusjonstjenesten og en om hjemmetjenesten. Intervjuet varte i fra én til to timer avhengig av hvor mange som deltok i intervjuet, og hvor mye diskusjon som var nødvendig før informantene hadde samstemt seg på hva de skulle svare. Det var særlig vanskelig å få årstall for når de ulike tilbudene i sykehjem og hjemmetjeneste ble opprettet. Dette skyldes delvis at de personene vi intervjuet ikke hadde disse opplysningene der og da, samt at det ikke alltid var en klar tidfesting av tilbud som kommunen hadde hatt i lang tid. Et eksempel på dette er hvor lenge kommunen har hatt plasser i skjermet enhet, eller hvor lenge hjemmetjenesten har hatt et tilbud til mennesker med behov for palliasjon. Vi skal komme nærmere tilbake til dette underveis i resultatdelen.

Respondenter

I undersøkelsen kunne flere personer møte til intervju. I møtet med hver kommune ble opptil tre informanter registret av intervjuer med bakgrunnsinformasjon om kjønn, utdanning og ansettelsestid i kommunene. Tilsammen er 144 personer blitt registret som informanter. Av disse er 38 % pleie og omsorgssjef (PLO-sjef), 21 % er enhetsleder, 17 % er leder for hjemmetjenester, 17 % er kommunalsjefer og 38 % «annet» (det vil si rådgiver, konsulenter o.l.).

Det er til sammen 30 kommuner som har hatt PLO-sjefer med i intervjuene. I 13 kommuner har kommunalsjefer deltatt. Institusjonsleder har vært med i 12 kommuner, hjemmetjenesteleder i 13 kommuner, og enhetsleder har vært med i 16 kommuner.

PLO-sjef er i større grad representert i de små kommunene ($p=0.025$). Sammenlignet med de minste kommuner er stillinger klassifisert som «annet» mer representert i kommunekategoriene 2 (kommuner i størrelsesorden fra 7001-19.999 innbygger) og kategori 4 (mer enn 60.000 innbyggere).

Av de 144 informantene, er 105 kvinner (73 %). I intervjuene ble det valgt en hovedinformant. Om vi ser på gjennomsnittlig ansettelsestid i kommune, er dette 14,8 år for hovedinformantene i de 76 kommunene.

Hovedinformantene hadde i gjennomsnitt vært i sin nåværende stilling i kommunen i 5,7 år. Variasjonen her strakte seg fra mindre enn ett år som korteste ansettelsestid til 19 år som lengste ansettelsestid i stillingen.

Hovedinformantene i de minste kommunene har i gjennomsnitt vært ansatt 12,9 år i kommunen. Tilsvarende tall for hovedinformantene i den største kommunegruppen er 17,4 år.

I kommunegruppe 2 (med innbyggere mellom 7001 og 19.999) har hovedinformanten i gjennomsnitt vært ansatt i kommunen i 19 år.

Lang ansettelsestid i kommunen i kommunene er med andre ord uavhengig av kommunestørrelse. Det er ikke tydelig sammenhenger med hvor mange år de har jobbet i kommunen og kommunestørrelse.

Sitater

I denne rapporten er det gjengitt en rekke sitater fra intervjuene. Sitatene er hentet fra de åpne spørsmålene i intervjuundersøkelsen der forskerne noterte svarene for hånd. Senere ble svarene systematisert i en tekstfil. Sitatene er tatt med for å bedre kunne illustrere variasjon og sammenheng mellom de ulike tjenestetilbud. Sitatene er anonymisert slik at det ikke er mulig å tilbakeføre sitatet til den kommunen det er hentet fra. Imidlertid har vi valgt å la det komme frem hvilken størrelse det er på kommunen, og inndelt dette i fire kommunestørrelser, jfr. befolkning i kommunene i tabell 1 over, der:

Kommunegruppe 1 = kommuner med mindre enn 7000 innbyggere

Kommunegruppe 2= kommuner med 7001-19.999 innbyggere

Kommunegruppe 3= kommuner med 20.000-59.999 innbyggere

Kommunegruppe 4= kommuner med flere enn 60.000 innbyggere

Statistiske analyser

Vi bruker beskrivende statistikk for å gjengi omsorgstjenestens innhold og fordeling, og chi-kvadrat-test og variansanalyse (ANOVA) for å beskrive variasjoner på tvers av kommunestørrelse. Analysene ble gjennomført i SPSS versjon 22.

1. Bruk av investeringstilskuddene i Omsorgsplan 2015

Investeringsstilskuddet

Stortingsmelding 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening», beskriver de langsiktige utfordringene for framtidens kommunale omsorgstjenester og angir både strategier og konkrete tiltak fram mot 2015. Omsorgsplan 2015 oppsummerer tiltakene, der ett av dem er investeringstilskuddet administrert av Husbanken på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. På Husbankens hjemmesider er formålet med ordningen beskrevet slik: *«Tilskuddene skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming»* (www.husbanken.no).

Investeringsstilskuddet er samtidig et ledd i en langsiktig plan for å sikre at kommunene er godt forberedt på den forventede økte veksten i antall eldre i årene mot 2020 (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2006).

Det nye investeringstilskuddet for sykehjem og omsorgsboliger til heldøgns omsorgstjenester erstattet en ordning med særskilte investeringstilskudd som ble etablert i forbindelse med Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE) og Opptappingsplanen for psykisk helse. Den nye ordningen har som målsetning å gi investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser i omsorgsboliger med en samlet kostnad over statsbudsjettet på 6 mrd. kroner i perioden 2008-2015. Ved oppstart i 2008 var ordningen slik:

- Sykehjemsplass ble gitt tilskudd på 30 % av anleggskostnad, maksimalt 600.000 kroner per boenhet. For renovering ble taket satt noe lavere.
- Omsorgsbolig med fellesareal ble ytt et tilskudd på 20 % av anleggskostnad, maksimalt 400.000 kroner per boenhet. For renovering ble taket satt noe lavere.
- Fellesareal nødvendig for å yte heldøgns tjeneste i eksisterende boliger skulle finansieres som utredningsprosjekter med inntil 30 % av anleggskostnad.

I juli 2014 ble tilskuddssatsene betydelig økt. Fra 2014 har gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel pr. boenhet økt fra 35 prosent til 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent pr. omsorgsbolig og 55 prosent pr. sykehjemsplass (www.husbanken.no)

Tilskudd til fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger har økt til 55 prosent av godkjente anleggskostnader når kommunene skal gi heldøgns tjenester.

Det gis også 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud. Dagaktivitetstilbudet gjelder ulike grupper hjemmeboende som har behov for et slikt tilbud. Det er ikke knyttet krav til heldøgnstjenester i disse tilfellene.

I noen områder definert som pressområder, ble anleggskostnaden pr. boenhet i omsorgsbolig og sykehjem økt i 2014 fra 2 885 000 kroner til 3 300 000 kroner for å avhjelpe kommuner med særskilt høyt kostnadsnivå. Maksimale tilskuddssatser til en omsorgsbolig i pressområder er 1 485 000 kroner og for en sykehjemsplass 1 815 000 kroner. I landet for øvrig er satsene 1 298 250 kroner for en omsorgsbolig og 1 586 750 kroner for en sykehjemsplass (www.husbanken.no).

Investeringsstilskudd til sykehjem

Hva er blitt bygget i tidsrommet tilhørende Omsorgsplan 2015? Hvordan blir de nye byggene brukt og fordelt mellom ulike tjenestemottakere? Data om mottatt investeringsstilskudd er tilgjengelig fra Husbanken. Vi inkluderte allikevel spørsmål om mottatt investeringsstilskudd i kommuneundersøkelsen for å få innsikt i de vurderinger og perspektiver ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har når det gjelder nybygg. Hensikten med dette var å få beskrivelser og utdypelser av hvilke bygningsmessige utførelser som investeringsstilskuddet har skullet dekke under Omsorgsplan 2015. Ved å spørre om dette fikk vi også informasjon om hvilke vurderinger ansatte i de ulike kommunene hadde gjort i forbindelse med utvikling av bygningsmassen, om de ønsket sykehjem eller omsorgsboliger, hvilke brukergrupper de ønsket å bygge for og hvilken bemanningsordning plasser med investeringsstilskudd er tiltenkt. I intervjuguiden ble informantene også bedt om å oppgi om investeringsstilskuddet hadde ført til flere plasser eller ikke, og eventuelt hvor mange nye plasser eller opplysninger om hvorfor det ikke hadde ført til flere plasser.

Mottatt investeringsstilskudd for sykehjem i vårt utvalg

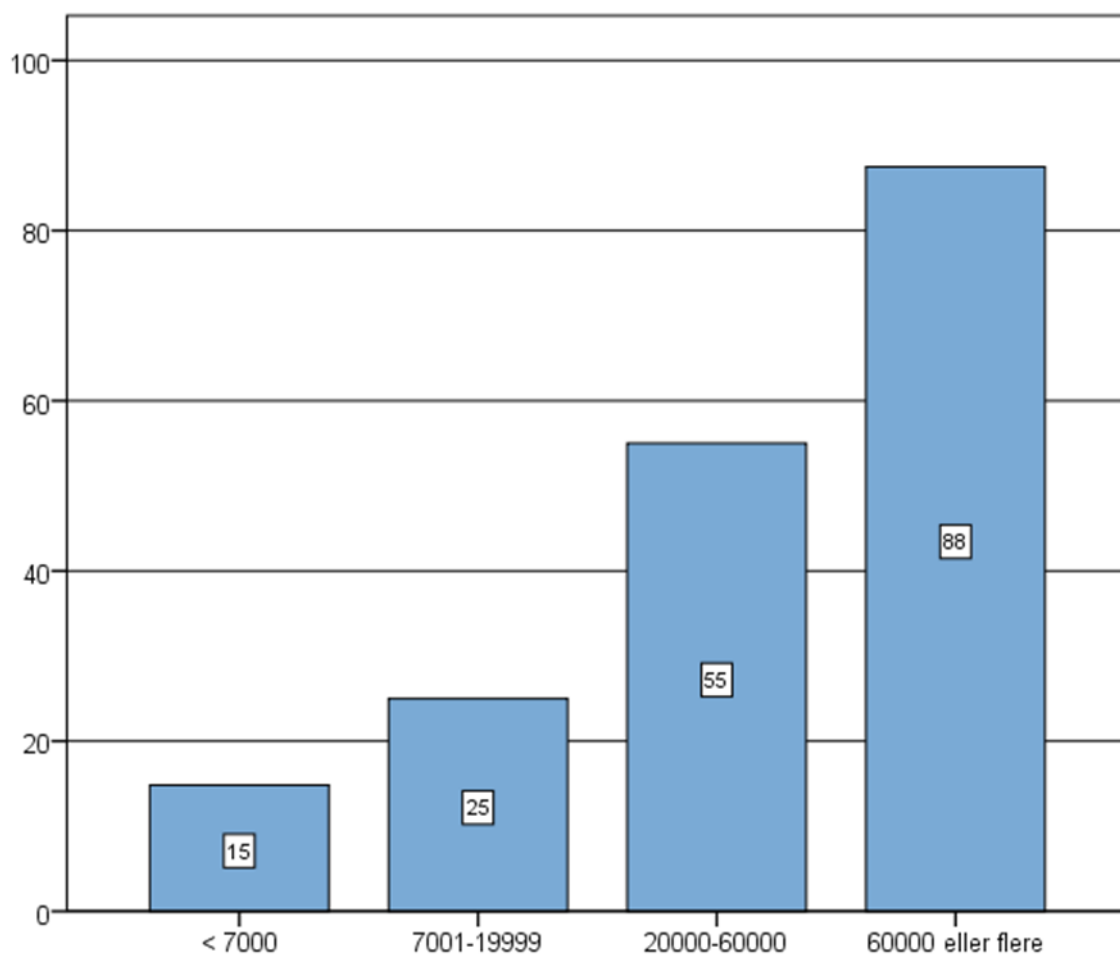
I vårt utvalg på 76 kommuner, er det 27 kommuner som har mottatt investeringsstilskudd til sykehjem i perioden fra 2008-2014. Det er 20 kommuner har mottatt investeringsstilskudd til ett formål. Av disse har seks kommuner svart at de har utført et påbygg med ny fløy, åtte kommuner har reist nytt bygg, mens det i seks kommuner er mottatt investeringsstilskudd for å restaurere eksisterende bygg.

Hvilke kommuner i vårt utvalg mottar investeringsstilskudd til sykehjem?

Om man ser på mottatt investeringsstilskudd i forhold til kommunestørrelser, kan man se noe mønster? Vi analyserte investeringsstilskudd opp mot kommunestørrelser i fire kategorier som beskrevet over.

Figur 1 viser at de største kommunegruppene i større grad søker om og mottar investeringsstilskudd. Det er en lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og å motta tilskudd. Sannsynligheten for å motta investeringsstilskudd øker med kommunestørrelse og er signifikant med en P-verdi på mindre enn 0.001.

Figur 1: Andel kommuner som har mottatt investeringsstilskudd sykehjem siden 2008 etter størrelse (innbyggertall). N=75.



Datakilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Hva kan det bety at sjansen for å søke om og motta investeringstilskudd til sykehjem øker med kommunestørrelsen? En grunn kan være at de største kommunene har størst behov for plasser, og at det er her det nå foretas nødvendige utbygginger. Når vi justerer for antall sykehjemsplasser per innbygger over 80 år (dekningsgrad sykehjem) i 2012 for kommuner i vårt utvalg, finner vi at dekningsgrad imidlertid ikke kan forklare dette i vårt materiale. Forskjellene i investeringstilskudd mht. kommunestørrelse er vedlikeholdt ($p=0.004$). Heller ikke dekningsgraden i en tidligere fase av Omsorgsplan 2015 (KOSTRA data fra 2009) kan forklare forskjellene i investeringstilskudd etter kommunestørrelse ($p=0.015$).

Vi har også analysert data fra Husbanken som har opplysninger om investeringstilskudd for alle landets kommuner. Her ser vi at større kommuner ikke får tilskudd til flere plasser i forhold til antall innbyggere over 80 år enn mindre kommuner. Når vi ser på kommunene i vårt utvalg ($N=76$), ser vi at dekningsgraden (antall plasser per person over 80 år) er bedre i de mindre kommunene. Tabell 2 nedenfor viser dekningsgrad i de ulike kommunegruppene i vår undersøkelse.

Tabell 2. Dekningsgrad i sykehjem i ulike kommunestørrelser (N=75)

Kommunestørrelse	Antall i utvalget	Dekningsgrad*)
Mindre enn 7000 innbyggere	27	0.24 plasser per innbygger 80+
Fra 7001-19.999	20	0.18
20.000-60.000	19	0.17
60.001 eller flere	9	0.20

*)p= 0.001

Datakilde: Husbanken

Tall vi har fra Husbanken om kommuners søkning om investeringstilskudd i perioden tilhørende Omsorgsplan 2015, endrer ikke bildet vi har beskrevet over om dekningsgrad i ulike kommunestørrelser.

Har investeringstilskuddet ført til flere plasser?

På spørsmål om investeringstilskuddet har ført til flere sykehjems plasser i kommunene, har 18 kommuner svart bekræftende på dette mens ni svarer at tilskuddet ikke har ført til nye plasser. Der tilskuddet ikke har ført til en økning i antall plasser, har dette sin årsak i at eldre utrangerte bygg er blitt erstatt med nye. I noen kommuner har eksisterende sykehjem blitt restaurert, eller dobbeltrom er blitt omgjort til enkeltrom.

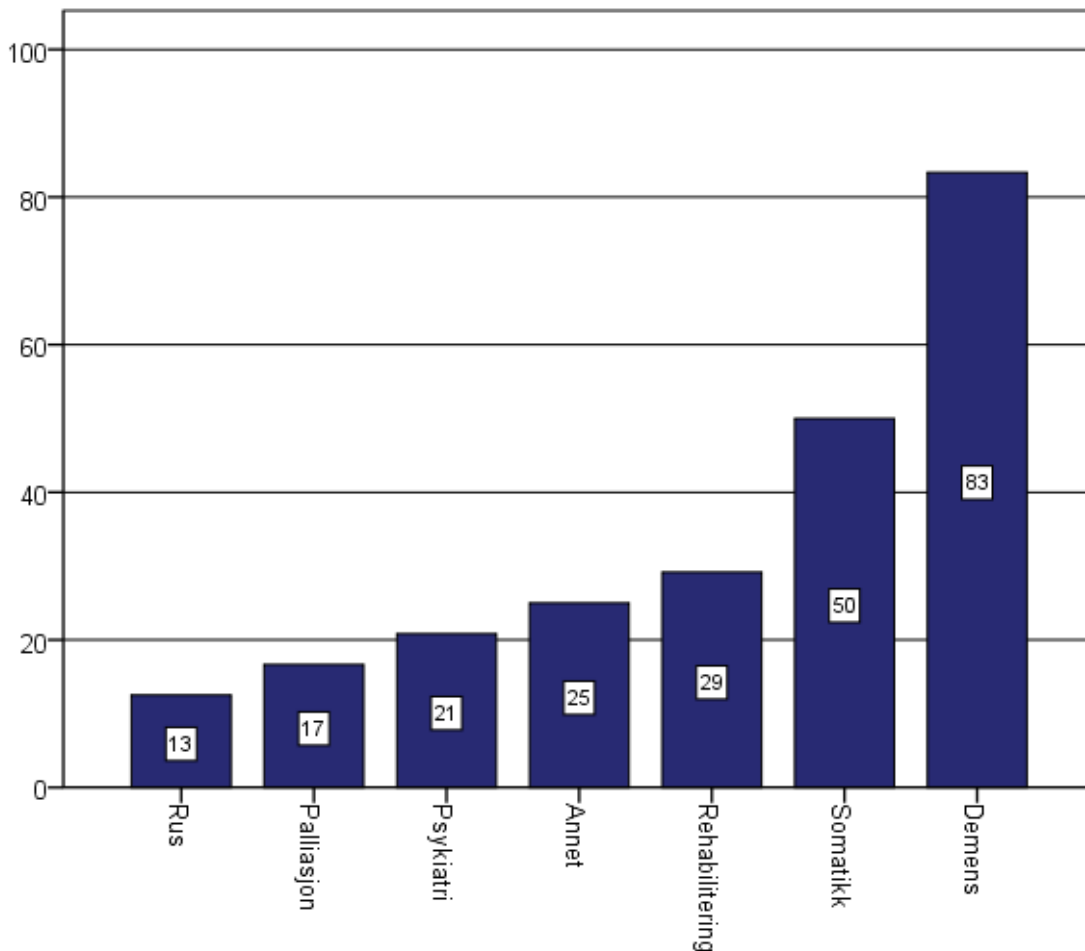
De nye plassene i sykehjemmene er både lang- og korttidsplasser. I vårt utvalg har 16 kommuner svart at nye plassene er både korttids- og langtids plasser. Syv kommuner har svart at de bare har bygget langtids plasser, mens én kun har bygd korttids plasser med investeringstilskuddet.

Tjenestens fordeling: Hvilke grupper har fått tilbud om de nye plassene?

På Husbankens hjemmesider, beskrives målgrupper for tilskuddet som «*personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester uavhengig av alder og diagnose. Herunder gjelder eldre, personer med langvarige somatiske sykdommer, personer med utviklingshemming og andre med nedsatt funksjonsevne, personer med psykiske og sosiale problemer, personer med rusproblemer samt personer som har behov for øyeblikkelig hjelp*» (www.husbanken.no).

I kommuneundersøkelsen spurte vi om hvilke tjenestemottakere som har fått tilbud om de nye plassene i kommuner som hadde mottatt investeringstilskudd. Det var 24 kommuner som besvarte spørsmålet, og det var mulig å sette flere kryss. Figur 2 under gir en oversikt over svarene.

Figur 2: Brukergrupper som har fått tilbud om de nye sykehjems plassene. Andel av kommunene (%) for hvert enkelt tilbud. Prosent. (N=24).



Datakilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Denne figuren viser at kommunene i stor grad bygger og tilrettelegger for brukere med demens i nye plasser i sykehjem. Satsningen i Demensplan 2015 beskriver at investeringstilskuddet «*legger til rette for at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres med tilskudd, blir universelt utformet og tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. I perioden 2008-2015 er det et mål å gi tilsagn om tilskudd til 12.000 boenheter. Dette vil bidra til å styrke kapasiteten og kvaliteten i demensomsorgen*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Svarene viser at dette er satt ut i praksis i vårt utvalg.

Vi ser også at «somatikk» er oppført som en brukergruppe det er bygget for ute i kommunene. Vi antar at dette i stor grad er skrøpelige eldre som ikke lenger kan bo hjemme, men som ikke har vesentlig kognitiv svikt. Det er godt beskrevet at eldre personer de siste årene av levetiden trenger plass i sykehjem når skrøpeligheiene blir for store (Hjort, 2002). Omsorgsboliger sees på som et godt alternativ inntil beboeren blir alvorlig pleietrengende. Mot slutten blir pleien ofte tung, og den eneste gode løsningen blir plass på sykehjem (Romøren, 2001).

Det kommer også frem at brukergrupper med behov for «rehabilitering» har mottatt nye plasser i sykehjem. En stor del av dette kan være utvikling av nye korttidsplasser og satsning på aktiv innsats for å forebygge langtidsopphold hos personer etter sykdom eller skade. Behovet for slike plasser har

økt etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft og personer nå blir utskrevet tidligere fra sykehus enn før reformen. Pasienter som ansees som ferdigbehandlet i sykehus kan være for svake til å komme rett tilbake til eget hjem, og får derfor et opphold i sykehjem før de er sterke nok til å klare seg i egne hjem.

Informanter i en del kommuner har svart «annet». I dette blir det spesifisert at dette er tilrettelagt for alle typer brukere som har behov for sykehjems plass uavhengig av alder og diagnose. Noen av brukerne i denne kategorien vil vi anta er pasienter som er innom sykehjemmet som en «mellomstasjon» mellom sykehus og egne hjem.

Vi ser også at plasser er tildelt brukere med rus og psykiatri-problematikk. Dette kommer som et resultat av at institusjonsplasser til denne gruppen er redusert, og at kommunene må ta brukere i denne gruppen og gi et tilbud der de har mulighet. Selv om helseforetakene er pålagt ansvaret for behandlingstiltak, involverer mye behandling også den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kommunen har derfor samlet sett fått et økt ansvar for oppfølging av brukeren i disse gruppene (Romøren, 2007).

Plasser til palliasjon må sees i sammenheng med at regjeringen vil øke kompetansen for omsorg ved livets slutt. Sosial- og helsedirektoratet har gjennom tilskuddsordninger gjort det mulig for kommunene å søke om midler for å stryke tilbudet innenfor omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus. Tiltakene som beskrives gjennom tilskuddsordningen sees også i sammenheng med ny nasjonal kreftstrategi hvor kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i den kommunale omsorgstjenesten står sentralt (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2006).

Hva sier tallene fra Husbanken om brukergrupper?

Datasettet fra Husbanken viser at det totalt ble søkt om 733 sykehjems plasser og 270 omsorgsboliger i vårt kommuneutvalg i tidsrommet fra 2008-2012. Samlet sett er det da søkt om 1003 plasser til sykehjem og omsorgsboliger. Tabell 3 viser distribusjonen av plassene på de ulike brukergruppene:

Tabell 3: Utbetalt investeringstilskudd fra Husbanken til plasser for ulike brukergrupper i vårt kommuneutvalg i tidsrommet 2008-juni 2014.

Målgruppe	Antall plasser	Prosent
Demente	425	45 %
Psykisk utviklingshemmede	90	9 %
Personer med annen funksjonshemming	117	12 %
Personer med psykiske lidelser	26	3 %

Andre**	318	32 %
Plasser totalt	1003	100 %

** Med «andre» definerer Husbanken stort sett utelukkende eldre over 67 år som ikke kommer inn under noen av de øvrige gruppene.

Datakilde: Husbanken

Flest plasser med investeringstilskudd er tilpasset personer med demens samt kategorien «annen» (eldre som ikke faller inn under øvrige nevnte brukergrupper). Plasser til personer med psykisk utviklingshemming og funksjonshemmede utgjør til sammen de to neste gruppene og opptar til sammen 21 % av plassene.

Vi har også sammenlignet tallene om fordeling av plasser på ulike brukergrupper fra vårt utvalg med nyere data fra Husbanken der alle kommuner som har mottatt investeringstilskudd til sykehjem eller omsorgsboliger inngår. Dette viser den samme tendensen som for resultatene fra vårt kommuneutvalg. Tabellen under oppsummerer denne fordelingen av 8193 plasser til sammenligning med tallene for vårt kommuneutvalg i tabellen over.

Tabell 4 : Utbetalt investeringstilskudd fra Husbanken til ulike brukergrupper fordelt på 235 kommuner i tidsrommet 2008-juni 2012.

Målgruppe	Antall plasser	Prosent
Demente	2833	35 %
Psykisk utviklingshemmede	1169	14 %
Personer med annen funksjonshemming	821	10 %
Personer med psykiske lidelser	317	4 %
Personer med rus- og psykiatriproblematikk	50	1 %
Andre**	3003	36 %
Plasser totalt	8193	100 %

** Med «andre» definerer Husbanken stort sett utelukkende eldre over 67 år som ikke kommer inn under noen av de øvrige gruppene.

Datakilde: Husbanken

Så langt kan vi oppsummere at sannsynligheten for å søke og motta investeringstilskudd til sykehjem øker med kommunestørrelsen. De fleste av plassene som det søkes om investeringstilskudd til er nye plasser, mens et mindretall er oppussing av utrangerte bygg og omgjøring til enerom for beboerne. Vi ser av egne data og data fra Husbanken at det bygges nye sykehjemsplasser for flere grupper, men i hovedsak er satsning på plasser til personer med demens og somatikk fremtredende. Kommuner

nevner også at de bygger plasser med investeringstilskuddet til rehabilitering, psykiatri og palliasjon i sykehjem. Tabellene over som viser fordeling av plasser til heldøgns pleie- og omsorg (der også plasser i omsorgsbolig er inkludert) vil bli diskutert videre nedenfor. Vi skal nå se på investeringstilskudd til omsorgsboliger.

Investeringstilskudd- omsorgsboliger

Omsorgsboliger ble lansert i 1994 som et tiltak for å gi flere en mulighet til å få en god bolig tilrettelagt for omfattende pleie. Selv om det i dagens regelverk er et formelt skille mellom sykehjem og omsorgsboliger, kan det noen ganger være vanskelig å se hva som skiller disse fra hverandre innholdsmessig og bygningsmessig.

En omsorgsbolig er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. Beboerne får i hovedsak tildelt hjemmetjenester etter en individuell vurdering, på samme vis som andre hjemmeboende.

Mange kommuner tilbyr også omsorgsboliger til personer med store hjelpebehov, bl.a. til personer med demens. I slike tilfeller er det som oftest personale til stede hele døgnet. Etter 2008 kom det krav fra myndighetene om at omsorgsboliger skulle bygges med fire til åtte samlokaliserte enheter med fellesareal samt mulighet for vaktrom.

Beboere i omsorgsboliger betaler husleie og får bostøtte etter vanlige regler. De betaler for kost, medisiner, helsetjenester m.v. som andre hjemmeboende. Kommunenes adgang til å kreve egenbetaling for tjenester i hjemmet er regulert i Lov om kommunale- helse og omsorgstjenester. Betalingsmodeller og satser for hjemmetjenester varierer fra kommune til kommune. Det er ikke betaling for hjemmesykepleie.

Det er også kommunen som avgjør hvem som får tilbud om omsorgsbolig. Det kan eksistere flere eierformer, men kommunale utleieboliger er det vanligste. Beboeren er beskyttet av husleieloven.

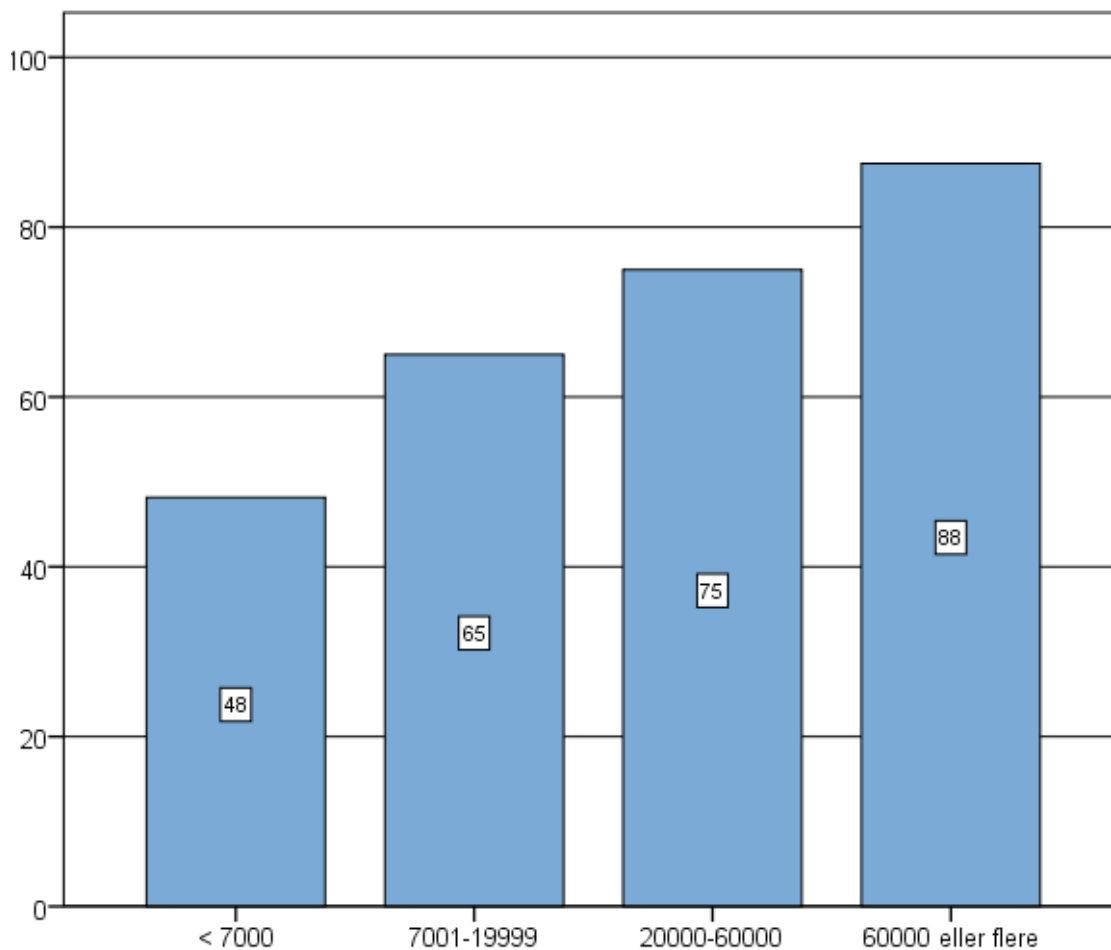
Fra 2008 og i starten av perioden tilhørende Omsorgsplan 2015 var det en overvekt av tilskudd til omsorgsboliger fremfor sykehjem. Dette har trolig sammenheng med at kommunene frem til 2002 hadde stor frihet med hensyn til prioriteringen mellom omsorgsboliger og sykehjems plasser (Borge & Haraldsvik, 2005), og at det for kommunen er mest fordelaktig å legge til rette for utbygging av omsorgsboliger, fremfor sykehjems plasser (Hagen, McArthur, & Tjerbo, 2013). For omsorgsboliger er det en betydelig økning i antallet mellom 1998 og 2001 og en moderat vekst i perioden 2008-2012 (Hagen et al., 2013).

Mottatt investeringstilskudd i vårt utvalg

På spørsmål om det er mottatt investeringstilskudd for bygging av omsorgsboliger, har 48 av 75 kommuner svart bekreftende på dette. I 28 kommuner har det blitt bygget nye bygg, mens det i fire kommuner er laget påbygg eller ny fløy på eksisterende bygg. Restaurering av eksisterende omsorgsboliger samt omgjøring av sykehjems plasser til omsorgsboliger er også notert i seks kommuner.

I figur 3 under ser vi at de største kommunegruppene i større grad søker om og mottar investeringstilskudd også til omsorgsboliger.

Figur 3: Andel kommuner med investeringstilskudd til omsorgsboligformål fra 2008 etter størrelse (innbyggertall). Prosent. (N=48).



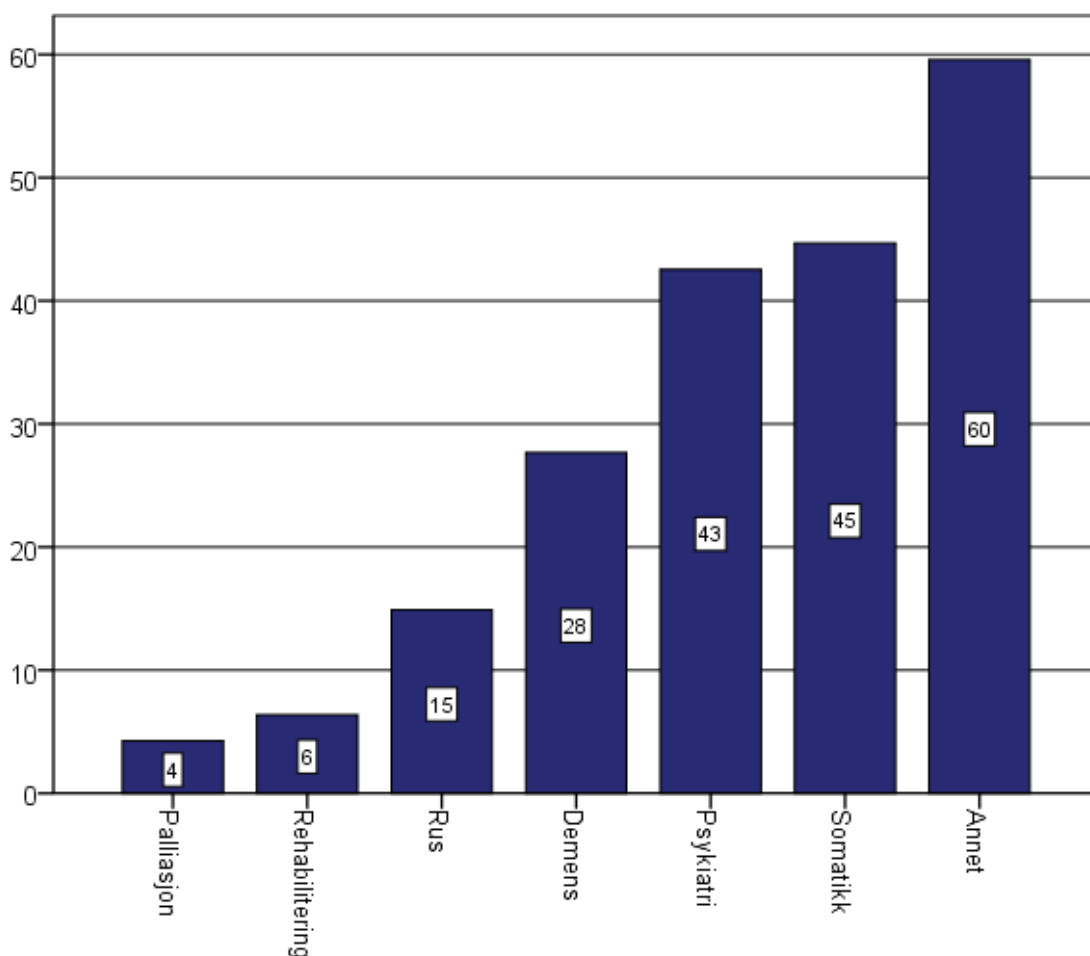
Datakilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

På spørsmål om investeringstilskuddet har ført til flere plasser, har 45 av 48 kommuner svart bekreftende til dette. To kommuner har svart at tilskuddet er blitt brukt til restaureringer og at det totale antall plasser ikke har økt. Én kommune har ikke svart på spørsmålet.

Hvilke grupper har fått tilbud om de nye plassene?

På dette spørsmålet kunne informantene gi flere svar dersom flere brukergrupper hadde fått tilbud om de nye plassene i omsorgsboliger. I alt har 19 kommuner svart at én brukergruppe har fått tilbud, 16 kommuner har svart at to brukergrupper har fått tilbud, ni kommuner har svart at tre brukergrupper har fått tilbud, mens tre kommuner har brukt investeringstilskudd for omsorgsbolig til mer enn tre brukergrupper.

Figur 4. Grupper/pasienter som har fått tilbud om nye plasser i omsorgsbolig. Prosent. N=47.



Datakilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Når det gjelder brukergrupper til de nye omsorgsboligene og at så mange som 60 % svarer «annet», spesifiserte informantene at dette er til personer med psykisk utviklingshemming, barneboliger, plasser til funksjonshemmede og multifunksjonshemmede. Det ble under «annet» også nevnt yngre funksjonshemmede, yngre ressurskrevende brukere og økonomisk vanskeligstilte.

Som beskrevet over ble det fra 1994 ytt tilskudd fra Husbanken der omsorgsboligen ble definert som en «bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelsehemmede og er fysisk tilrettelagt slik at beboerne skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg». Daatland og Brevik viser imidlertid at i følge oppgaver fra kommunene, hadde bare 24 % av de kommunale boligene til pleie- omsorgsmål for eldre i 2005 et tilbud om tjenester som gjorde det rimelig å karakterisere dem som «boliger med heldøgns pleie- og omsorg» (Brevik & Daatland, 2007). I vår kommuneundersøkelse, uttalte mange informanter at de forsøker så godt det lar seg gjøre å holde unge personer unna sykehjem. Løsningen er da ofte å tilby disse plasser i omsorgsboliger.

Etter HVPU-reformen tilbys personer med utviklingshemming ofte plasser i omsorgsboliger. Et slikt boligtilbud ansees som ideelt og muligheten for «hjemligjøring» er stor. Det er kontinuerlig behov for tilpassede og egnede boliger til personer med psykisk utviklingshemming. Ute i kommunene der det tidligere hadde vært sentralinstitusjoner, har mange beboere ønsket å bli værende i kommunen etter

at sentralinstitusjonen er nedlagt. Dette har medført at disse kommunene har hatt en større oppgave ved å legge til rette boliger for relativt mange brukere.

Vi ser videre at andelen omsorgsboliger til personer med somatiske plager og psykiske lidelser (figuren foran) er nesten like store. Vi vil anta at en stor del av brukene her med somatikk, er eldre som klarer seg godt i omsorgsbolig, og som ikke er så pleietrengende at de er i behov for sykehjemsplass. Flere informanter i kommunene trakk frem at omsorgsboliger til eldre er et nødvendig og viktig trinn i omsorgstrappen. Når det gjelder personer med psykiatriske diagnoser, ble omsorgsboliger omtalt som en god og verdig løsning for denne gruppen der brukerne får de riktige rammene rundt seg.

Noen kommuner har svart at omsorgsboligene er bygget for demente. Det foregår samtidig en diskusjon om omsorgsboliger er et tilfredsstillende botilbud for demente. Her er det utstrakt bruk av velferdsteknologi i mange bygg, og inntrykkene fra kommunene er at denne teknologien muliggjør at brukere blir godt ivarettatt. Ellers ser vi at omsorgsboliger er tiltenkt alle grupper og kategorier, inkludert tilrettelegging for rehabilitering og palliasjon.

Vi legger til at våre data sier ikke noe om volum og antall plasser for de ulike brukergruppene, men gir en indikasjon på hvilke grupper kommunene bygger boliger for innen omsorgsplan 2015.

Hvilke aldersgrupper får tilbud om de nye plassene i heldøgns pleie og omsorg?

I en samlet analyse av Husbankdataene fra for både plasser fordelt etter alder i omsorgsboliger og sykehjem, ser vi at det er flest plasser til brukere i aldersgruppen eldre enn 67 år. Her har vi ikke samlet inn tilsvarende data i vår kommuneundersøkelse, men Husbanken har data for alle landets kommuner. Vi har tatt ut de kommunene som inngår i vårt utvalg og sett nærmere på aldersfordeling i disse kommunene. Tabellen under viser aldersfordelingen på de 1001 heldøgns plassene i kommuneutvalget:

Tabell 5: Aldersfordeling mellom 1001 heldøgns plasser i kommuneutvalget

Aldersgrupper	Antall plasser	Antall plasser i prosent
Under 25 år	59	6 %
Fra 25-67	108	11 %
Over 67 år	836	83 %
Plasser totalt	1003	100

Datakilde: Husbanken

Det er altså flest eldre i kategorien over 67 år som mottar plasser med investeringstilskudd, med 836 plasser (83 %). Dette er ikke overraskende, siden det i denne perioden er blitt bygget flest sykehjemsplasser, og disse bygges nesten utelukkende for eldre. En videre analyse her kunne studere aldersfordelingen fra 67 år og oppover til personer som er 90 år og eldre. Videre analyser kunne også gi svar om hoveddelen av plasser i omsorgsboliger bygges primært for yngre brukere. Vi har dessverre ikke opplysninger om andre alderskategorier utover 67 år og eldre, og slike tall har heller

ikke Husbanken i sin statistikk. Det kunne også ha vært interessant å analysere videre om det er diskrepans mellom de brukergruppene som boligene opprinnelig er bygget for og hvem som faktisk bebor dem i dag. I kommuneundersøkelsen hevdet flere informanter at de bygde boliger tilrettelagt for demente og i henhold til norske standarder, men at boligene nokså ofte var bebodd av andre brukergrupper.

Er det langtids- eller korttidsplasser?

Når vi ser på hvordan plasser med investeringstilskudd fordeler seg på langtids- og korttidsplasser i vårt utvalg på 76 kommuner, ser vi at i tidsrommet 2008-2012 er 805 plasser (80 %) er langtids boenheter. Korttids boenheter for samme periode utgjør 199 plasser (20 %).

Vi har også sett på fordelingen av plassene i ulike aldersgrupper for de kommunene i landet som har mottatt investeringstilskudd i tidsrommet 2008-juni 2014. Vi ser at 23 % av plassene opptas av personer under 67 år.

Tabell 6: Plasser med investeringstilskudd i kommuneutvalget fra Husbanken fordelt på brukere i ulike aldersgrupper i tidsrommet 2008-juni 2014.

Aldersgrupper	Antall plasser	Antall plasser i prosent
Under 25 år	714	9 %
Fra 25-67	1165	14 %
Over 67 år	6314	77 %
Plasser totalt	8193	100

Datakilde: Husbanken

Vi kan oppsummere at det er noe økt sannsynlighet for at de største kommunene søker og mottar investeringstilskudd til omsorgsboliger, men dette er ikke statistisk signifikant på samme måte som for i sykehjem. Når det gjelder brukergrupper, ser vi fra kommuneundersøkelsen at det i stor grad søkes om boliger til personer med psykisk utviklingshemming, multifunksjonshemmede og funksjonshemmede. I kommunene nevnes disse gruppene oftest, men vi har ikke opplysninger om volum og antall plasser til sammenligning med andre brukergrupper, for eksempel plasser tilrettelagt for personer med demens. Yngre ressurskrevende brukere ble også nevnt som en gruppe det er behov for boliger til. Når Husbanken har lagt sammen data for brukere i aldersgrupper for både sykehjem og omsorgsboliger, ser vi at 77 % av plassene er bygd for personer over 67 år. Vi skal nå videre se på hvordan omsorgsboliger er tilrettelagt i kommunene, før vi oppsummerer og diskuterer våre funn knyttet til investeringstilskudd for sykehjem og omsorgsboliger.

Er boligene organisert som en del av hjemmetjenesten, institusjonstjenesten eller annet?

I retningslinjene for å søke tilskuddsmidler er det beskrevet at omsorgsboliger skal bygges med 4-8 boenheter med fellesrom og vaktrom under ordningen fra 2008 og fremover. Under Handlingsplanen for Eldreomsorgen var det ikke noe krav om fellesrom og det ble i tidsrommet frem til 2005 bygget frittstående omsorgsboliger. Det er kun i helt spesielle tilfeller Husbanken og Fylkesmenn har gitt tillatelse til at det reises frittstående omsorgsboliger under Omsorgsplan 2015 (personlig

kommunikasjon med Husbanken). I tilfellene det er det gitt dispensasjon, gjelder dette for brukere som trenger skjerming eller som ikke kan bo nær mange andre mennesker. På Husbankens hjemmesider beskrives det samtidig at det er kommet til nye brukergrupper. Boliger til personer med rusproblemer eller psykiatriske vansker ønskes oftere oppført som frittstående omsorgsboliger. Det beskrives også at boligene som bygges for personer med rusproblemer ofte blir definert som utleieboliger – og at dette er personer som først og fremst trenger tak over hodet og ikke tilgang til heldøgns pleie- og omsorgstjenester med fellesarealer.

Når det gjelder hvordan de nye omsorgsboligene er organisert, er det 25 kommuner som svarer at de er organisert under hjemmetjenesten, 1 sier de er organisert under institusjonstjenesten, mens 17 kommuner svarer at det er annen organisering. Siden mange av disse plassene i nye omsorgsboliger er tiltenkt personer med utviklingshemming, funksjonshemmede og personer med psykiatriske lidelser, er det i en del kommuner opprettet egne avdelinger med egne tjenester for disse brukergruppene. I kommunene kan disse ha ulike navn som «tilrettelagte tjenester» eller «boveiledertjeneste», eller «tjenesten for funksjonshemmede». Egne avdelinger for «tilrettelagte tjenester» kan også være tilrettelagt bredt for personer med rusavhengighet, personer med psykiatriske problemer og personer med utviklingshemming. Som beskrevet over, har Husbanken formulert krav om at det bygges fellesareal med tilgang til vaktrom.

Hvordan er de nye omsorgsboligene med investeringstilskudd bemannet?

Når det gjelder bemanning, er det per i dag ingen regulering av bemanningen i omsorgsboliger som sådan. Det er den enkelte beboers behov som skal styre behovet for personell. Tidligere ble det beskrevet at omsorgsboligene skulle bemannes av hjemmetjenesten på bakgrunn av vedtak fattet i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011). Vedtaket om tildeling av omsorgsbolig skulle fattes separat fra vedtak om omsorgs- og pleietjenester. Beboerne i omsorgsboligene kan derfor søke om 'nødvendig helsehjelp' og velge fastlege og behandlere slik som fysioterapeut og tannlege på samme grunnlag og premisser som beboere i den ordinære boligmassen. Noen kommuner har valgt å ansette personale i noen av omsorgsboligene sine. Noen boliger har fast ansatt personale, noen har heldøgnsbemanning, noen har bemanning deler av døgnet og andre har en fast nattevakt. Disse ordningene er et resultat av kommunenes mer praktiske tilnærming til beboernes behov. Det kan være kostnadsbesparende og mer hensiktsmessig å oppfylle flere beboeres behov for tilsyn på natt ved å ansette en person, i stedet for at hver enkelt bruker skulle hatt separate hjelpere. Dette er derfor et resultat av formålstjenlige hensyn og kommunenes valgfrihet i å oppfylle forpliktelsen om å tilby nødvendige helsetjenester, ikke et resultat av hva som med nødvendighet følger av lovverket.

Av de 48 kommunene som har mottatt investeringstilskudd til omsorgsboliger, har 18 kommuner (38 %) svart at de har fast heldøgns bemanning tilsvarende sykehjem, 12 kommuner (25 %) svarer fast heldøgns bemanning tilgjengelig via ringevakt, 11 kommuner (23 %) svarer at de har noen boliger med fast heldøgnsbemanning og noen uten fast heldøgnsbemanning, mens fem kommuner (10 %) har svart at omsorgsboligene bygget med investeringstilskuddet ikke har fast heldøgnsbemanning. To kommuner (4 %) har ikke svart på spørsmålet.

Når vi spurte om hvilken bemanning som er knyttet til omsorgsboliger og hvilke brukergrupper omsorgsboligene i de ulike kommunene har, fikk vi tilbakemelding om at dette var vanskelige

spørsmål å gi en konkret beskrivelse og klare tall på. For eksempel kunne omsorgsboliger være samlokalisert med sykehjem, eller være i samme nærområde som sykehjem. Da kunne hjemmetjenesten betjene omsorgsboligene på dagtid, mens det var ansatte på sykehjemmet som betjente omsorgsboligene på kveld og natt. Noen av omsorgsboligene kunne ha personell til å hjelpe brukere gjennom dagtid, men de var ubetjent på natt, og med ringevakt til hjemmetjenesten.

Når det gjelder bemanning, er ikke omsorgsboliger i utgangspunktet bemannet. Men mange kommuner har valgt å bemanne disse fordi det kan være flere personer i omsorgsboligene med noenlunde samme behov for hjelp, og at det da er mer lønnsom å bemanne enn at hjemmetjenesten drar ut flere ganger i døgnet. Omsorgsboliger som bebos av personer med psykisk utviklingshemming, er ofte bemannet gjennom hele døgnet.

At såpass mange av de nye omsorgsboligene er heldøgnbemannet med nivå på sykehjem er derfor interessant i forhold til utgangspunktet for omsorgsboliger der altså det ikke var intensjonen å bemanne disse på nivå med sykehjem.

Diskusjon: Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem

Vi har sett at de største kommunene i større grad søker om og mottar investeringstilskudd til sykehjem. Dette kan bety at det er de største kommunene som har størst behov for plasser som søker og mottar investeringstilskudd, og at det er her det nå foretas nødvendige utbygginger – altså kompensasjon for etterslep. En kan også reise spørsmålet om hvorfor de mindre kommunene i mindre grad søker og mottar investeringstilskudd for sykehjem. Fra tidligere forskning er det beskrevet at mindre kommuner oftere har de plassene de trenger til institusjonsomsorg (Romøren, 2008) og det kan være dette som kommer til uttrykk i vårt materiale. I forlengelsen av dette, vises det til at mindre kommuner i stedet bygger omsorgsboliger fremfor sykehjems plasser. Det kan være et slikt mønster vi ser i vårt utvalg.

I et intervju vi gjennomførte med fagdirektør og prosjektledere i Husbanken, ble det understreket at det er endringer i betingelsene for å søke investeringstilskudd under Omsorgsplan 2015. Under Handlingsplanen for Eldreomsorgen (HPE) kunne boligbyggelag, stiftelser og frivillige søke om tilskudd, og her var Veidekke, OBOS og boligbyggelag vanlige søkere. Under Omsorgsplan 2015 er det kun kommuner som kan søke. Dette kan gjøre det vanskeligere, spesielt for de små kommunene, som ikke alltid har nok kompetanse på bygg til å søke effektivt og planlegge. Dette kan bidra til at små kommuner kanskje ikke søker. Husbanken opplever at mindre kommuner også setter i gang med bygging, men at disse er «prisgitt» entreprenøren. Prosjekter kan også bli unødvendig dyre. Husbanken opplever at mindre kommuner har mye større behov for den kompetansen som Husbanken forvalter, enn de største kommunene som har et stort apparat til å prosjektere sykehjem og omsorgsboliger (personlig kommunikasjon med Roar Sand i Husbanken). Vi vil understreke at dette er subjektive inntrykk og ikke sikre funn som er bekreftet ved systematiske undersøkelser.

Også når det gjelder omsorgsboliger, er det de største kommunene som søker om og mottar investeringstilskudd i større grad enn de mindre kommunene. Dette er imidlertid ikke statistisk signifikant på samme måte som for investeringstilskudd for sykehjem.

Våre funn harmonerer godt med andre analyser av bruk av investeringstilskudd for landets kommuner. Det bygges relativt lite sykehjem og omsorgsboliger i norske kommuner. Hagen og

kollegaer har analysert antall plasser det er gitt tilskudd til gjennom Husbanken i perioden 1998-2012 (Hagen et al., 2013). I denne analyseperioden gjaldt dette 22 173 omsorgsboliger og 21 678 sykehjemsplasser, totalt 43 851 plasser. Omsorgsplan 2015 fikk effekt fra 2007. I perioden frem til 2012, er det tildelt tilskudd til 6756 plasser fordelt på 3051 omsorgsboliger og 3705 institusjoner (Hagen et al., 2013).

Med tilsvarende frekvens i tildelingen ut 2015, vil det være gitt tilskudd til 10774 omsorgsplasser (konfidensintervall 10069-11480) (Hagen et al., 2013). Dette er noe under målet på 12 000 plasser.

Fra 2001 ble det innført andre prioriteringsregler for investeringstilskuddet (Hagen et al., 2013). Hagen og kollegaer har vist at det er et klart fall i antall plasser det gis tilskudd til etter 2002. Fallet kommer i sammenheng med avslutningen av Handlingsplan for Eldreomsorgen (HPE). HPE hadde flere elementer, blant annet investerings- og driftstilskudd. Driftstilskuddene i HPE ble i hovedsak fordelt etter objektive kriterier fra 2002 og lagt inn i inntektssystemet og fordelt som ordinære rammetilskudd (Borge & Haraldsvik, 2005).

I starten av perioden av HPE var det en overvekt av tilskudd til omsorgsboliger. Dette har trolig sammenheng med at kommunene frem til 2002 hadde stor frihet med hensyn til prioriteringen mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser (Borge & Haraldsvik, 2005), og at det for kommunen er mest fordelaktig å legge til rette for utbygging av omsorgsboliger, fremfor sykehjemsplasser (Hagen, Amayu, Iversen, & Øien, 2011).

Tilskuddene falt da HPE gikk mot slutten og har tatt seg noe opp igjen med Omsorgsplan 2015, men de har allikevel ikke kommet opp på det samme nivået som vi så under HPE (Hagen et al., 2013).

På tross av de statlige investeringstilskuddene, viser tall fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo at det er en svak nedgang i det samlede antallet sykehjemsplasser i perioden 1997-2012. Forklaringen er at mye av tilskuddene er kanalisert til ombyggingsprosjekter av eksisterende boliger, blant annet for å øke antall enerom. HELED viser at i 1997 var 83,1 % av rommene i institusjon enkeltrom. I 2012 var prosentandelen økt til 96,9 (Hagen et al., 2013).

Hagen og kollegaer har også undersøkt hva som kjennetegner de kommunene som har søkt om og fått innvilget tilsagn for hele analyseperioden som omfatter både HPE og Omsorgsplan 2015. De finner at kommuner som har større behov for tjenester også søker og får innvilget tilskudd til flere plasser. De finner også at folketallet i kommunen har en negativ og signifikant effekt. Det betyr at mindre kommuner har fått tilsagn om tilskudd til flere plasser per 1000 innbyggere enn større kommuner, også etter at det er kontrollert for behov og nivå på frie inntekter (Hagen et al., 2013). Det betyr at selv om større kommuner hyppigere har søkt og fått investeringstilskudd de senere årene, så er den samlede utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger de siste 20 årene – sett i forhold til folketallet – altså størst i de minste kommunene.

Omsorgsboliger eller sykehjem?

I forarbeidene til den nye loven om helse- og omsorgstjenester står det at *«Regjeringen vil sikre full sykehjems dekning innen 2015 ved at alle som trenger sykehjemsplass eller omsorgsbolig skal få*

dette. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011). Dette viser at det fra politisk og juridisk hold er ansett at sykehjem og omsorgsboliger begge er adekvate tilbud og likestilt. Hvem som skal få plass hvor (sykehjem eller omsorgsbolig) er avveininger som tas på kommunalt nivå der behovene til brukerne, yngre som eldre i ulike brukergrupper, vurderes.

I vår undersøkelse bygger flest kommuner i planperioden plasser i omsorgsboliger fremfor sykehjem. På åpent spørsmål om hvorfor kommunene prioriterer som de gjør, kom det frem mange argumenter. I noen kommuner ble valget av omsorgsboliger fremstilt som en prinsippsak og et verdispørsmål:

*«Det er et verdispørsmål. Det er for å unngå institusjonalisering. Omsorgsboliger gir et tilnærmet likt tilbud som i sykehjem, og gir større individualitet. Der er også for å unngå passivisering. I omsorgsboliger kan vi tilrettelegge for en **aktiv hverdag** på en helt annen måte enn i sykehjem, der beboerne blir passive brukere av tjenester» (Kommunegruppe 2)*

Noen fremhevet også at det er behov for å skaffe botilbud til yngre grupper, og at man så langt det er mulig, unngår å tilby yngre plass i sykehjem. Målgruppene her er som vi har sett over psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede, personer med psykiatriske problemer og/eller rusproblematikk, samt personer med dårlig boevne:

«Vi har allerede bygget tre nye bygg (omsorgsboliger), disse er forbeholdt psykisk helse, og i tillegg kommer fire til som er under oppføring. Disse er til psykisk utviklingshemmede, og de er bygget med en base og med fast bemanning. Vi har planer om ytterligere seks boenheter, og vedtatt plan for dette går igjennom innen utgangen av året. Vi bygger omsorgsboliger fordi dette er for yngre brukere...» (Kommunegruppe 1)

I noen intervjuer ble også spørsmål om myndiggjøring trukket inn:

«Folk skal bo hjemme. Det er et prinsipp. Vederlagsforskriften for sykehjem umyndiggjør personen, mens i omsorgsbolig beholder pasienten sin myndighet. Pasientene skal kunne bestemme over eget liv og dette er mer ivaretatt i omsorgsbolig. I utgangspunktet er og det også billigere å drifte omsorgsboliger med hjemmesykepleien enn med fast bemanning» (kommunegruppe 2)

I noen kommuner beskrives det at pleie- og omsorgstjenesten tidligere har levert tjenester på for høyt nivå og at de har gitt tilbud om institusjonsplass for tidlig. Det er derfor i noen kommuner et uttalt ønske om å gi tjenester på et lavere nivå og forsøke å holde personer lengst mulig i eget hjem:

«Det er politisk vedtatt og har en omsorgsfilosofisk grunn. Brukeren skal kunne klare seg hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Omsorgsboliger er definert som egen bolig. Dette har også et økonomisk aspekt: en sykepleier i hjemmetjenesten serverer mange flere klienter enn en sykepleier i et sykehjem» (Kommunegruppe 3)

I dette sitatet ser vi at informanten forutsetter at pleietyngden hos brukeren er av en mindre grad. Dersom pasientene krever omfattende pleie og tilsyn, vil en sykepleier på institusjon kunne betjene flere enn i hjemmetjenesten der det inngår transport over avstander.

Som vi har sett over, påpekte flere informanter i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten også at valget på omsorgsboliger hadde et økonomisk aspekt. Samtidig skjer det en dreining av tjenesten i retning av hjemmetjenester:

«Hvis du tenker på omsorgstrappen, så har vi behov for begge deler i vår kommune. Vi trenger langtidsplasser. Det har ikke vært bygget omsorgsboliger på årevis i et omfang som monner, og dette har gått hardt utover hjemmetjenesten som leverer tjenester på institusjonsnivå i hjemmene. Også har dette medført at det er rimelig sirkulasjon på institusjonsplassene, fordi terskelen for å bli innlagt er så høy. Vi ser heller ikke at det er noe poeng at folk skal tilbringe så mange år i en sykehjemsavdeling eller institusjon hvis vi kan gi annet tilbud. Det er de siste plassene vi ønsker å etablere folk i. Vi vil holde oss lengst mulig i eget liv, vi vil holde oss friske og være aktive. Vi ønsker oss mer omsorgsboliger og fokus på hverdagsrehabilitering vi! Den nye regjeringen sier at alle skal ha lovfestet rett til sykehjemsplass, da tenker jeg herregud, åssen skal det bli». (kommunegruppe 3)

I flere kommuner fremhevet mange informanter at omsorgsboliger ansees å være en god mellomløsning mellom hjemmetjeneste og institusjonsplass, og at en på denne måten har mulighet for å utsette institusjonsplass så lenge som mulig. I noen kommuner ble det uttrykt at omsorgsboliger ble sett på som et ekstra trinn i omsorgstrappen:

«Vi har et hull i omsorgstrappen, ikke nivå mellom hjem og sykehjem. Pasienter er for friske til sykehjem men for dårlige til å bo hjemme. Ønsker oss flere bemannet boliger, sykehjemmet skal brukes mer til akutte ting, de aller sykeste, rehabilitering og korttid. Vi ønsker at hjemmetjenesten skal betjene flere omsorgsboliger». (kommunegruppe 2)

I noen kommuner ble det fremhevet at det skjer en dreining av tjenester mot hjemmetjenesten og omsorgsboliger, men at det er en viss bekymring om de eldste brukere og demente passer godt til dette tjenestetilbudet:

«Politisk har det tidligere vært fokus på sykehjemsplasser, men nå er det en vridning mot hjemmebasert. Valget på institusjonsbaserte tjenester (sykehjem) har vært begrunnet i demens og demensproblematikk. Hele sykehjemmet (unntatt korttidsavdelingen) er bygd over en lest som er tilpasset demenspasienter. Det er problematisk å ivareta pasienter med langt fremskreden demens utenfor sykehjem. Vi bygger også omsorgsboliger til de som fungerer godt nok hjemme» (kommunegruppe 2)

Følgelig er det også noen kommuner som har valgt å satse på utbygging av sykehjemsplasser nettopp med begrunnelse i at personer med demens trenger dette sammen med de eldste brukerne i pleie- og omsorgstjenesten:

«Vi satser på sykehjem fordi vi ser at den største gruppa som trenger mye hjelp fra kommunen er demente. Det er utfordrende å få til gode tjenester til denne gruppen utenfor sykehjem» (Kommunegruppe 3).

Som vi har sett av våre data, er mange nye plasser planlagte for yngre og personer med psykisk utviklingshemming. For disse gruppene blir omsorgsboliger vurdert til å være et bedre alternativ. Som vi har sett, bygger mange kommuner omsorgsboliger til yngre brukere, og her nevnes særlig psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede som viktige målgrupper for disse boligene:

«Vi bygger omsorgsboliger på grunn av at dette passer best for brukergruppen (i vårt tilfelle psykisk utviklingshemmede)»

I noen kommuner ble det også fremhevet at tilgang til tomter kunne være avgjørende i valget mellom å bygge omsorgsboliger eller sykehjemsplasser:

«Bygging av omsorgsboliger blir ofte bygget av plasshensyn. Vi bygger ofte bofellesskap på mindre tomter. Hvis vi river et gammelt sykehjem, er det ikke plass til å bygge et stort sykehjem på samme tomt. Da bygges det omsorgsboliger på plassen». (Kommunegruppe 4)

Også økonomiske motiver ble nevnt som en grunn til å bygge omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser. Det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjemsplasser med heldøgns bemanning. Det ble argumentert for at en sykepleier i hjemmetjenesten kan betjene mange flere brukere enn i et sykehjem. Dette forutsetter imidlertid at tjenestemottageren ikke trenger omfattende heldøgns pleie. Satsningen på omsorgsboliger fremfor sykehjem er i enkelte kommuner forklart med at det er mindre kostnader for kommunen. Men dette gjelder ikke uavhengig av tjenestemottakernes hjelpebehov. Dette er et viktig poeng som ofte overses.

«Vi har mye sykehjemsplasser her, høy sykehjemsdekning. Vi har en profil som er forskjellig fra andre kommuner. Rundt 55 % av våre utgifter brukes til sykehjem mens noen og førti prosent brukes til hjemmetjenester. I andre kommuner er det motsatt. Vi har en strategi på at vi må snu tjenesteinnretningen vår slik at vi i det videre vil styrke omsorgsboliger og hjemmetjenesten. Det ligger mye historikk og politikk her. Det snakkes om at det skal være lovfestet rett til sykehjem, men folk vil jo ikke i sykehjem, det er jo det siste stedet de vil være i. Hvis vi skal kunne møte veksten i hjemmetjenesten på en skikkelig måte, må vi møte det på et lavere nivå enn det vi gjør i dag». (Kommunegruppe 3).

Kort oppsummert ser vi at mange ønsker å bygge omsorgsboliger fremfor sykehjem på grunn av at dette er en mer fleksibel boform som passer flere ulike brukergrupper, yngre som eldre. I mange kommuner betraktes omsorgsboliger som et ekstra trinn i omsorgstrappen. Vi ser også at mange kommuner ønsker å spare penger, og at bygging av omsorgsboliger derfor – med rette eller urette – betraktes som mest økonomisk. Det er en klar tendens til at kommuner ønsker å styrke hjemmetjenesten, og at kommunens innbyggere skal kunne bo lengst mulig i egne hjem. I dette betraktes satsning på omsorgsboliger som den beste løsningen.

2. Innholdet av tilbudet i sykehjem og omsorgsboliger

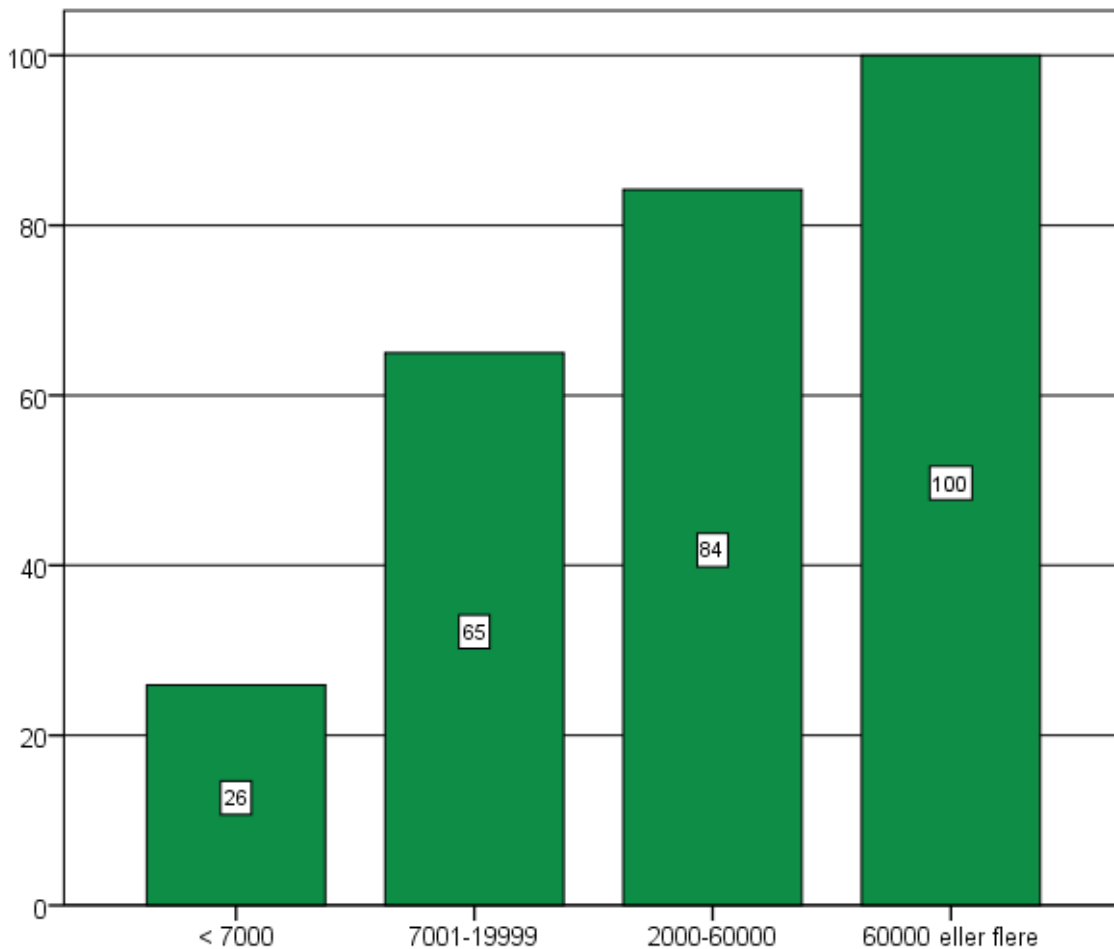
Sykehjemmene har utviklet seg over tid til å romme flere grupper enn eldre som trenger pleie og omsorg. Den moderne kommunale helse- og sosialtjenesten vokste frem på 1970 tallet, og har blitt tilført nye og store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980 og 1990-årene. I denne utviklingen står kommunehelsetjenesteloven, tilbakeføringen av sykehjemmene til kommunal forvaltning og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming sentralt. Dette har bidratt til å legge grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå til alle innbyggere i kommunen uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2006). Senere har statlig initierte planer for ulike pasientgrupper og fagområder (palliativ omsorg, demens, psykiatri, rus, rehabilitering m.v.) påskyndet denne utviklingen ytterligere. Institusjoner og omsorgsboliger i kommunene gir – som vi har sett – i dag tilbud til mange ulike grupper. I dette kapitlet skal vi tegne et bilde av innholdet av tjenestene i sykehjem og omsorgsboliger slik det ser ut nå, når hvordan dette innholdet er utviklet, og hvordan det virker. Vi står overfor en prosess som innebærer økende grad av differensiering og spesialisering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Palliasjon: øremerkede plasser eller ikke?

Nasjonal kreftstrategi for 2014-2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) overfører mer av ansvaret for kreftpasienter til kommunene. Det er derfor blitt nødvendig å tilrettelegge et tilbud til denne gruppen. Lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke og døende i kommunene ble for alvor satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan for 1999-2003 (Sosial- og helsedepartementet, 1997b). Det ble i planperioden opprettet kompetansesentre for lindrende behandling i alle landets helseregioner. Fra 2002 har det vært en tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Det ble også utviklet en Standard for palliasjon i 2004 som setter rammer for hvordan tilbudet til personer med behov for palliasjon skal tilrettelegges (Norsk forening for palliativ medisin, 2004)

I vårt utvalg har 46 av 76 kommuner (61 %) øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem. Figuren under viser forekomst av øremerkede plasser til palliasjon etter kommunestørrelse (innbyggertall).

Figur 5: Har kommunen forbeholdt plasser til palliasjon i sykehjem? Prosentandel som svarer ja etter antall innbyggere i kommunen (N=76).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Som vi ser fra figuren, er det færre kommuner i den minste og mellomstore kommunekategorien som har øremerkede senger til palliasjon ($P < 0.001$). For kommuner med færre enn 7000 innbyggere, er det syv av 27 kommuner (26 %), som har øremerkede senger. På utfyllende spørsmål forklarte mange ledere i de mindre kommunene som ikke øremerker senger til palliasjon at det ikke er forsvarlig å øremerke egne senger til dette formålet alene. Det kan gå noe tid mellom hver gang det er en slik pasient med dette behovet, og en kan derfor ikke «låse» senger til enkelte brukergrupper. Disse kommunene svarer at de tilrettelegger et tilbud så godt de kan når de får en pasient i denne kategorien inn i sykehjemmet, og at de finner løsninger når behovet melder seg. Det ble også påpekt i flere intervjuer at det er variasjon i hva personen med behov for palliativ pleie ønsker seg. Noen vil være på sykehjemmet, mens andre ønsker å få dø hjemme. Ønsker omkring dette kan også endre seg underveis i sykdomsforløpet hos den enkelte. Så langt det er mulig og forsvarlig, bestreber de fleste kommunene seg på å innfri og tilrettelegge de ønsker den enkelte har.

Variasjoner i innholdet til de øremerkede plassene

Selv om mange kommuner øremerker plasser til palliasjonsformål, er det variasjoner i hvilket innhold dette tilbudet har i de ulike kommunene. I de 46 kommunene som svarer at de har øremerkede senger til palliasjon, finner vi at det er et gjennomsnitt på 4,3 plasser i hver kommune (varierer fra én plass til ni plasser). I større kommuner der det typisk er flest øremerkede plasser ser vi at det

opprettet lindrende enheter. Ofte opprettes også lindrende enheter gjennom interkommunalt samarbeid.

Mange kommuner har egne rom til palliasjon. Rommene er oftest tilrettelagt med nødvendig ekstrautstyr og gode fasiliteter for pårørende, slik at de kan være mye tilstede. Det er ofte gjort en god innsats for å gjøre rommene hyggelige. Mange kommuner har fått midler til å utsmykke rommene med kunst, og det brukes innredning ellers som kan være vanlig i norske hjem. De fleste kommunene har ansatt fast personale med ekstra kompetanse på palliasjon som betjener de øremerkede rommene. Her ser vi en spissing av kompetanse inn mot den betjeningen som er ansatt til å jobbe med palliasjon.

Andre kommuner har ikke egne rom til palliasjon, men øremerkede senger til dette formålet. Sengene kan være lokalisert på ordinær avdeling eller på korttidsavdeling. Det er variasjoner i hvordan kommuner som øremerker senger bemanner og betjener gruppen som har behov for palliasjon. Noen har knyttet til seg fagpersoner som inngår i palliasjonsteam, der de har opprettet samarbeid med flere aktører som for eksempel fastlege, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten, prest, sosionom og andre fagpersoner. I tillegg kan kommunene ha ansatte som deltar i fagnettverk der det jobbes med spredning av kompetanse. Deltagerne i nettverket deler erfaringer og diskuterer fagspørsmål. Noen kommuner har kreftsykepleier som ressursperson knyttet til øremerkede senger til palliasjon. Kreftsykepleier, utover å ha den nødvendige kompetansen pasientene trenger, underviser og veileder personalet også ved sykehjemmet slik at flere bygger kompetanse omkring øremerkede plasser.

Kommuner som ikke har øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem

De 30 kommunene som ikke har egne øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem, svarer at de allikevel gir et tilbud ved behov til palliative pasienter i sykehjem.

Flere tilrettelegger et tilbud til palliative pasienter i det ordinære tilbudet. Dette begrunnes med at det ikke er nok etterspørsel etter tilbudet til at det er økonomisk forsvarlig å øremerke det. Det kan gå både uker og måneder mellom hver gang de minste kommunene har behov for å tilrettelegge et tilbud for palliasjon i sykehjemmet. De minste kommunene påpeker også at det er ikke selvsagt at personer med behov for lindrende behandling ønsker å være i sykehjem, men heller vil tilbringe den siste tiden i eget hjem. Dette gjør at det tilrettelegges individuelt:

«Vi har fire sykestueplasser som benyttes, men de er ikke øremerket palliasjon, de er individuelt tilrettelagt i små kommuner som hos oss. Noen ønsker å være hjemme, andre i sykehjemmet, vi tilpasser og tilrettelegger avhengig av brukeren og dens pårørendes ønsker». (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner bruker ordinære pasientrom og vanlig bemanning for personer med behov for palliasjon. Når pasienter i denne gruppen kommer inn i sykehjem, gir ofte tilsynslegen dem ekstra oppmerksomhet. Det er ofte tilfeldig hvilket rom som benyttes. Personen med behov for palliasjon blir da betraktet som en vanlig pasient:

«Dersom pleien ikke kan eller skal gjøres i hjemmet, tilrettelegger vi for behandling i sykehjemmet. Hvilke plasser som brukes til dette arbeidet, er tilfeldig. Hvis det er en ledig plass, så brukes den. Tilbudet bemannes innenfor den ordinære bemanningen». (Kommunegruppe 1)

Noen fremhever at det stort sett går greit å organisere et slikt tilbud, men at det kan være utfordringer i helgene. Dersom sykehjemslegen har vakt til kvelden og det ikke er legedekning på natt, kan det bli utfordringer:

«Vi har utstyr... og skaffer øvrig utstyr og medisiner og annet dersom det trengs. Vi har en lege her hver 14. dag, ellers ringer vi. Hvis kommunelegen ikke er tilgjengelig, må vi bruke legevakt. Det er problematisk for eksempel i ferier når det er mange uerfarne eller unge leger på legevakten. Pasienter som trenger palliativ behandling mottar dette på det rommet de er på. Vi tilrettelegger der de er». (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner opplyser at de bruker omsorgsbolig når de gir et tilbud til pasienter med behov for palliasjon. Omsorgsboligen fremstår med en god utforming for palliative pasienter, der det også er gode arealer slik at pårørende kan være til stede.

I flere kommuner benyttes korttidsavdelingen dersom det skal gis tilbud til en person som har behov for palliasjon:

«Vi har egen korttidsavdeling hvorav noen plasser til enhver tid brukes til palliasjon. Her ligger det til rette med kompetanse og utstyr». (Kommunegruppe 3)

På korttidsavdelingen er det lettere å legge til rette for smertelindring. Mange beskriver at de har god kompetanse der og mulighet til å sette inn mer bemanning ved behov. Noen skiller på yngre og eldre brukere av korttidsplassene og til rette legger etter dette:

«Vi har korttidssenger, nærmere bestemt syv plasser. Vi har som målsetting å være gode på dette med palliasjon... Alle skal være gode på dette! Vi har et eget rom for yngre, og mange ansatte med god kompetanse. Bemanningen er forsterket på korttidsavdelingen. Utover dette blir det satt inn ekstra bemanning ved behov». (Kommunegruppe 2)

Noen kommuner er opptatt av at de viser fleksibilitet, og tilpasser et opplegg for beboere med behov for palliasjon fra gang til gang. De lytter til pasientene og pårørendes behov, og det er derfor ikke faste prosedyrer eller fremgangsmåter. Det argumenteres for at det er slik på grunn av den spesielle situasjonen den palliative pasienten har. Pasientens øvrige livssituasjon, nettverk og familieforhold avgjør også hvordan tjenestetilbudet blir utformet.

Noen kommuner trekker inn kompetansen etter behov. Flere henviser spesielt til nødvendig kompetanse fra sykehus, nabokommuner og fra kreftkoordinatorer:

«Vi prøver å ha en plass til korttids avlastning. Vi må i så fall bruke den plassen. Den brukes hvis legen mener det er ok. Ellers har vi avtale med nabokommunen om å kjøpe plass eller tjeneste av dem på deres intermediæravdeling ved behov...»(Kommunegruppe 1)

Flere sier at de har en tilnærming til palliasjon der ansatte får mye undervisning. Dette har medvirket til at de mener de er blitt gode på palliasjon. I dette har tilskuddsordningen for kompetanseheving innen palliasjon og lindrende behandling vært viktig. Som tidligere beskrevet har det eksistert en

tilskuddsordning i Helsedirektoratet for kompetansehevende tiltak innen palliasjon og lindrende omsorg siden 2002. Noen kommuner legger vekt på at flest mulig av de ansatte skal tilegne seg kompetanse, og tilbyr derfor opplæring, veiledning og videreutdanning bredt:

«De ansatte får opplæring. Vi satser mye på dette. Vi har valgt å styrke kompetansen på alle sykehjemmene generelt fremfor å ha egne plasser avsatt til palliasjon». (Kommunegruppe 3)

Andre kommuner legger vekt på at de utdanner og spisser kompetansen til utvalgte fagpersoner, og at disse får et spesialansvar for denne pasientgruppen. Dette gjelder i særlig grad litt større kommuner der det er større volum av pasientgruppen:

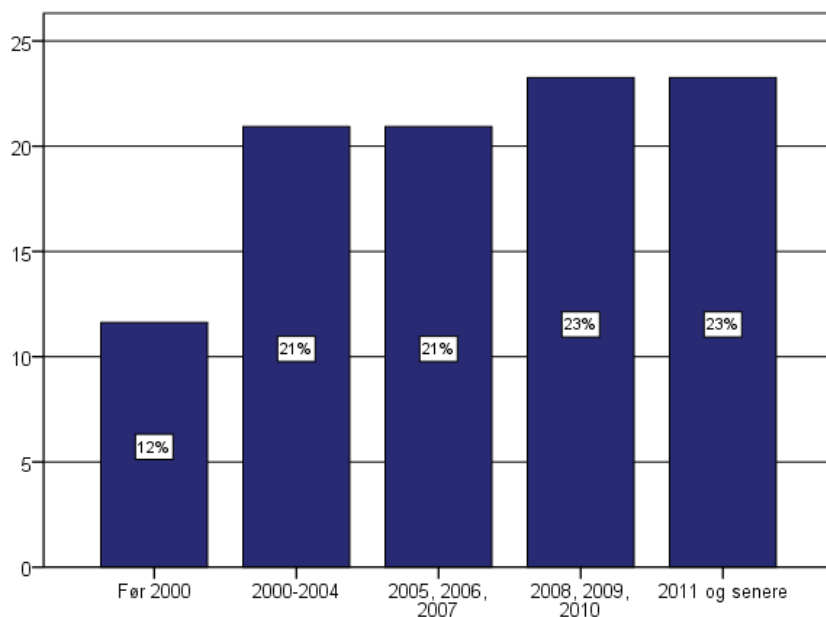
«Våre ansatte har kompetanse på palliasjon. Vi tar imot pasienter både fra hjemmet og fra sykehuset hvis det er behov for palliasjon i sykehjem. Vi har en kreftsykepleier og ansatte i sykehjemmet som har spesialkompetanse på kreft. Vi har også helsefagarbeidere med videreutdanning». (Kommunegruppe 2)

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

Når ble det opprettet et tilbud om palliasjon i sykehjem i kommunene?

I figuren under ser vi når tilbudet om palliasjon i sykehjem er blitt startet opp i de ulike kommunene.

Figur 6: Når ble tilbud om palliasjon i sykehjem startet opp? Andel kommuner (%) etter årstall. (N=43).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Av de 46 kommunene som har øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem, har 43 kunnet tidfeste når dette tilbudet ble opprettet. Figuren viser at det har vært en jevn utvikling av palliasjonstilbudet i sykehjem fra år 2000 og fremover. Dette sammenfaller med at lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke ble satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan for 1999-2003, (Sosial- og helsedepartementet, 1997b). I planperioden ble det etablert kompetansesentra for lindrende behandling i alle landets helseregioner. Fra 2002 og inn i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015 har det vært en egen tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Mange kommuner har benyttet seg av ordningen.

Diskusjon: Øremerking av plasser til palliasjon i sykehjem

Så langt har vi sett at det i vårt utvalg er 46 av 76 kommuner (61 %) som har øremerkede plasser til palliasjon i sykehjem. Det forekommer oftere øremerking av plasser i de største kommunene. Blant de kommunene som har øremerkede plasser, kan det være variasjon i hva tilbudet består av, og hvordan dette er tilrettelagt. Dette betyr også at det er variasjoner i enhetskostnader mellom de ulike kommunene som har øremerkede plasser. Noen kommuner har satset på egne palliative rom, mens andre øremerker ordinære senger i sykehjemmet. Kompetansen omkring de palliative plassene kan spenne fra høy kompetanse, spesialisering og konkrete fagteam til å bemanne de øremerkede plassene på den ene siden. På den andre siden ser vi at i noen kommuner får alle ansatte i omsorgstjenesten tilbud om kurs og kompetanse innen palliasjon, og betjener denne pasientgruppen på nærmest lik linje som generalister. I en slik fremgangsmåte satses det på en generell kompetanseheving både for ansatte i sykehjemmet og hjemmetjenesten som helhet. I flere

kommuner får ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten delta i faggrupper. De mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten når de har behov for dette.

Informanter i flere kommuner, spesielt småkommuner, legger til at de i sykehjem alltid har vært vant til å gi tilbud til palliative pasienter, og at dette ikke er en ny gruppe eller et nytt faglig område i sykehjem. Flere informanter i små kommuner mente selv de hadde et svært godt tilbud til palliative pasienter på sykehjem, selv om de ikke har øremerkede senger og plasser til denne gruppen. En informant uttrykte dette slik:

«Sykehjemsopphold er palliasjon! Man er kort tid i sykehjemmet».

Andre kommuner fremhevet i motsetning til dette at det er noe nytt over gruppen med palliative pasienter i sykehjem i dag. Pasientene med behov for palliasjon i dag, er ofte yngre personer som er rammet av kreft eller andre uhelbredelige sykdommer. Tidligere var disse pasientene ofte innlagt i sykehus. Over de senere årene er disse pasientene gradvis blitt overført til kommunene der de er bosatt. De trenger mer spesialisert behandling og avanserte former for smertelindring enn den «vanlige sykehjemsbeboer» som har høy alder og er i livets slutfase.

Uavhengig av om kommuner øremerker plasser til palliasjon i sykehjem eller ikke, fremkommer det i intervjuene at samarbeidet mellom sykehjemmene og hjemmetjenestene er svært viktig. Kvaliteten på dette samarbeidet er avgjørende for hvordan den palliative pasienten opplever tilbudet den får. Det legges ofte til rette for at tilbud om palliasjon skal gis i hjemmet, i kombinasjon med opphold i sykehjemmet dersom det trengs. Et eksempel på slikt samarbeid er at pasienten får opphold i sykehjem dersom det har vært en forverring eller alvorlig endring i tilstanden, mens pasienten blir tilbakeført til hjemmetjenesten så snart det er stabilitet.

At kommuner øremerker plasser til palliasjon i sykehjem, trenger ikke nødvendigvis å bety at de har et kvalitativt bedre tilbud enn kommuner som ikke øremerker plasser. Her er det flere faktorer som spiller inn. Noen av disse handler om hvilken kompetanse som er nødvendig og tilgjengelig i de ulike pasientforløp. Det er tidligere godt beskrevet at pasienter i denne gruppen ofte trenger et bredt og tverrfaglig tilbud bestående av samarbeid med fastlege, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten, sosionom og prest (Kaasa, 2008). Øremerking av plass, er derfor bare et forhold av flere som har innvirkning på tjenesten til personer med behov for palliasjon.

Vi ser allikevel at større kommuner har en tendens til å spesialisere tjenesteinnretningen, mens mindre kommuner i større grad arbeider som generalister. I forbindelse med øremerking av plasser til palliasjon, viser dette seg i hva slags strategi kommunene har for kompetanseoppbygging. Noen velger her å spisse kompetansen til faglige team og for personale med spesialist- eller videreutdanning i palliasjon, mens mindre kommuner har jobbet mer med generell kompetanseheving for kommunale helsearbeidere i sykehjem og i hjemmetjenesten som en helhet. Mindre kommuner legger i stor grad vekt på at kompetanseheving om palliasjon bør nå frem til flest mulig ansatte i den kommunale omsorgssektoren, og at de ansatte bør motta kurs og opplæring på noenlunde samme tid. Tidligere studier av erfaringer med tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak om omsorg ved livets slutt viser også stor variasjon i hva kommuners tilbud består av, og hvilke instanser som samarbeider (Tingvold & Sogstad, 2012).

Av de kommunene som ikke har øremerkede senger, men som allikevel gir et tilbud til denne gruppen, svarer mange at de tilrettelegger dette på korttidsavdeling, eller innenfor det ordinære tilbudet. De minste kommunene organiserer gjerne fra «sak» til «sak» og beskriver at det gjerne går en stund i mellom hver palliativ pasient de mottar i sykehjemmet. Noen har utviklet et godt samarbeid med hjemmetjenesten eller spesialisthelsetjenesten for å tilrettelegge et godt tilbud for denne pasientgruppen når de trenger det. Kreftsykepleiere og tilgang til deres faglige nettverk nevnes ofte som svært viktig i det palliative tilbudet som gis, uavhengig av om kommunen har øremerkede plasser til palliasjon eller ei.

Demens – plasser i skjermet enhet i sykehjem

Sosialdepartementet anbefalte opprettelsen av egne enheter for personer med demens i «skjermede enheter» i et rundskriv i 1982. Rundskrivet var skrevet med henblikk på fylkene som den gang var eiere av de somatiske sykehjemmene. I rundskrivet ble det fremhevet flere fordeler ved å opprette skjermede enheter. Blant annet kunne man unngå at pasienter med demens måtte flyttes til en annen institusjon. Bedring av miljøet for både demente og åndsfriske, samt større frihet for demente ble også påpekt. Fra både forskning og klinikk er det tidligere godt beskrevet at etterhvert som en demenssykdom utvikler seg, så økes pasientens sårbarhet ovenfor komplekse situasjoner. Det blir vanskeligere å forholde seg til mange personer og større miljø. Mye og sammensatt stimulering blir vanskelig å tolke og bearbeide, og opplevelsen av forvirring og kaos opptrer hos den som er rammet. Økende grad av demens gir også sviktende orienteringsevne og problemer med å finne frem i et miljø (Selnes, 2003). Skjermet enhet er tuftet på prinsippet «smått er godt» og ble i etterkant av anbefalingen innført som en prøveordning ved enkelte sykehjem i Nordland og i Oslo. Etterhvert begynte utbyggingen over hele landet fra slutten av 1980- årene (Ruths, 2005). Hensikten var da å tilby et tilrettelagt behandlings- og aktivitetstilbud slik at pasientene kunne fungere best mulig. I 1988 kom forskrift for sykehjem. I forskriften foreligger det en anbefaling om hvilken størrelse de skjermede enhetene skal ha, samt at beboerne ved disse enhetene skal ha fått diagnosen demens. Det ble imidlertid ikke laget noen spesifikke føringer for utforming, bemanning og kompetanse eller målsetting for enhetene utover dette (Ruths, 2005).

Under Handlingsplan for eldreomsorgen (Sosial- og helsedepartementet, 1997a) administrerte Husbanken et drifts- og investeringstilskudd for å bygge ut sykehjem og omsorgsboliger (Sosial- og helsedepartementet, 1997a). Noen forskere hevder at det i meldingen vies liten plass til personer med demens til tross for at de utgjør nærmere tre firedeler av beboerne i sykehjem (Eek & Nygård, 2003). I meldingen anbefales det å ta hensyn til at pasienter med demens er spesielt sårbare. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, er pasientene ikke i stand til å se konsekvenser av egne beslutninger, gi samtykke til behandling, eller styre sin egen hverdag i eget hjem. I meldingen fremhevetes det at pleie og omsorg til personer med alvorlig grad av demens bør foregå i lovregulerte boliger, fortrinnsvis i bokollektiver, eller i skjermede enheter i sykehjem.

I Omsorgsplan 2015 er satsningen på demensomsorgen beskrevet i en egen delplan: Demensplan 2015. I planen legges det opp til at personer med demens skal få et bedre tilpasset botilbud. Det foreligger krav om at nye bygg (både sykehjem og omsorgsboliger) med investeringstilskudd blir utformet universelt og lagt til rette for denne gruppen. Demensplan 2015 legger også vekt på at

dagaktivitetstilbudet til personer med demens skal styrkes. Videre beskrives det i planen at det skal arbeides for økt kunnskap og kompetanse inn mot ansatte i pleie- og omsorg, pårørende og allmenheten.

I kommuneundersøkelsen spesifiserte vi spørsmålet om skjermet enhet til å gjelde avdelinger med fire til 12 beboere med diagnosen langtkommen demens.

Plasser øremerket for personer med demens i skjermet enhet i vårt utvalg

Det er 72 av 76 kommuner (95 %) i vårt utvalg som oppgir at de har plasser øremerket for personer med demens i skjermet enhet. Dette viser at nesten alle kommunene har et fokus på tilrettelagte avdelinger/rom i sykehjem for personer med demens. Mange informanter ønsket i intervjuet å diskutere hva en «skjermet enhet» egentlig er. Det ble diskutert ulike fysiske og bygningsmessige utforminger, typer og grad av skjerming, samt ulike bemanningsløsninger og kompetanse til å betjene de skjermede enhetene.

Variasjoner i innholdet av skjermet enhet

På spørsmål om hvordan skjermet enhet er tilrettelagt i kommunene, fikk vi beskrivelser av flere ulike løsninger. I noen kommuner ble det påpekt at ca. 80 % av beboerne på sykehjem har en demenstilstand og informantene betraktet derfor avdelinger forbeholdt personer med demens som «skjermede enheter».

«Skjermet enhet er lagt til andre etasje i sykehjemmet. Avdelingen er bemannet med to personer på dag og kveld, og én person på natt. Dørene låses dersom det er nødvendig og pasientene er urolige» (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner la vekt på at avdelingen var åpen, men at de hadde mulighet til å skjerme dersom det oppstod behov for det. I en annen kommune forklarte pleie- og omsorgssjefen at skjermet enhet er:

«Vår skjermede enhet er en egen avdeling. Den er bygd for seg selv, men den har sammenheng med bygningsmassen for øvrig på sykehjemmet. Avdelingen har egen sansehage og er spesielt tilrettelagt til brukergruppen. Den har ulike alternativer til skjerming: Vi kan dele inn avdelingen i tre seksjoner, slik at det er lett å lukke dører i spesielle tilfeller. Bemanningen er bedre på avdelingen enn ved ordinære avdelinger, men bemanningen ligger likevel noe under anbefalt norm». (Kommunegruppe 1)

Andre kommuner la også vekt på at skjermet enhet ikke alltid var «skjermet», men at den var tilrettelagt fleksibelt slik at det var mulighet for å skjerme ved behov:

«Dette er mindre enheter med mulighet for skjerming. Tilbudet hos oss er gradvis bygget opp. Plassene tilsvarer vanlige sykehjemsplasser, men med mer kompetanse på demens og med fast bemanning» (kommunegruppe 2)

I de fleste kommuner ble imidlertid «skjermet enhet» beskrevet som faste små avdelinger i sykehjemmene med et mindre antall beboere i hver enhet. Beboerne i hver enhet har noenlunde samme funksjonsnivå og går godt sammen med de øvrige beboerne på sin avdeling. I flere av

kommunene ble det forklart at hver enhet har egne tilpassede tilbud, og at disse er adskilt eller «skjermet» fra andre grupper i avdelingen:

«Det er skjermet enhet i flere avdelinger på forskjellige sykehjem i vår kommune. De er organisert i mindre grupper med faste ansatte. Avdelingene ligger i egnede bygg og har fra seks til 10 beboere, alt ettersom hvor mange beboere som har et sammenlignende behov for tilrettelegging».

(Kommunegruppe 4)

Noen kommuner hadde valgt å opprette egne avdelinger for personer med demenstilstander. Også her ble det tatt hensyn til brukeres funksjonsnivå som grunnlag for hvordan de ble organisert i ulike avdelinger:

«Vår skjermede enhet er lokalisert på sykehjem med egen inngang fra korridor. Dette er nybygg fra 2004 eller 2006, og godt tilrettelagt for demente. De tre avdelingene er inndelt etter pasientens funksjonsnivå. Pasientene blir testet og kartlagt. Har man en langtkommen demens, blir man plassert på avdeling sammen med andre med tilsvarende funksjonsnivå. Når det observeres en endring i pasientens demens, flyttes pasienten til avdelingen med mest lik demensgrad. Erfaringene tilsier at det fungerer bedre» (kommunegruppe 2)

Da informantene i kommunene ble bedt om å beskrive tilrettelegging og organiseringen av skjermet enhet, var det mange som påpekte at disse enhetene ofte har høyere bemanning. Fast bemanning til avdelingene forekommer ofte, og settes i sammenheng med at dette er en mer krevende beboergruppe. Mange fremhevet også at personalet har et behov for spesiell kompetanse:

«I vår skjermede enhet har vi eget personell. Det er noe høyere bemanning enn ved ordinære avdelinger. De fleste ansatte ved skjermet enhet har tatt demensomsorgens ABC» (kommune gruppe 1)

I et fåtall kommuner ble det fremlagt at skjermet enhet hadde hverken høyere bemanning eller egen demens kompetanse hos de ansatte. Bemanningen var nokså lik som for sykehjemmets øvrige avdelinger.

I noen kommuner hadde de arbeidet med fornying av skjermet enhet. I disse kommunene ble det lagt vekt på å utvikle miljøtiltak og bruk av velferdsteknologi for personer med demens:

«Vi har over hundre plasser i ordinær skjermet enhet. Beboere er da organisert i mindre grupper med tilpassede miljøtiltak. Noen plasser er tilrettelagt med tilgang til sansehage. Vi har holdt av noen korttidsplasser her. Dette er hovedsakelig for personer til utredning. Noen brukere krever høyere bemanning. Vi har spesialistkompetanse på demens og geriatri. Vi har også et prøveprosjekt med bruk av elektrisk gjerde og bruks av chips» (Kommunegruppe 4)

I noen kommuner fremheves det at utviklingen av velferdsteknologi er knyttet opp mot trygghet for brukerne:

«Tilbudet med 11 plasser inngår i vårt velferdsteknologiprojekt. Det skal gi bedre trygghetsmiljø for den enkelte beboer. Det er jevnt høy kompetanse på alle ansatte som arbeider inn mot tilbudene vi har i demensomsorgen» (Kommunegruppe 4)

Kort oppsummert ser vi at det i vårt utvalg er en variasjon i tilretteleggingen av skjermet enhet. Noen kommuner har egne sykehjem for beboere med ulike typer demenstilstander. Disse har mulighet til å dele inn enheter etter beboeres funksjonsevne, slik at de knyttes til mindre grupper med egne tilrettelagte aktiviteter. Når beboerne får en endring i sin tilstand, flyttes de over til andre avdelinger med andre beboere med lignende funksjonsnivå.

I andre kommuner har sykehjem egne sykehjemsavdelinger for personer med demens. Der har de i forskjellig grad mulighet til funksjonsinndeling etter beboernes tilstand. Muligheten for funksjonsinndeling er knyttet til volum og andel personer med demens med tanke på hvor mange brukere som har sammenlignende tilstander i én og samme kommune. Store kommuner med mange innbyggere har høyere antall av personer med demens, og slike kommuner kan enklere dele inn personer med demens i mindre grupper.

Flere kommuner har sykehjem der det finnes mulighet for å skjerme når det oppstår et behov for det. Kommuner som videreutvikler sine tilbud innen skjermet enhet er oppmerksomme på at bruk av velferdsteknologi er viktig i årene som kommer.

I mange kommuner er kombinasjonen av avskjerming i mindre enheter, høyere og fast bemanning samt særskilt kompetanse på demens vanlige momenter i beskrivelsene av hvordan skjermet enhet er innrettet. I intervjuene ble det påpekt av flere informanter at det finnes få retningslinjer og anbefalinger fra myndighetene og fagmiljøene om hvordan skjermet enhet skal tilrettelegges. Mange opplevde at de har stor frihet til å utforme tilbudet. Som vi skal se nærmere under, har noen kommuner samlokalisert skjermet og forsterket skjermet enhet.

Kommuner som ikke har plasser øremerket for personer med demens i skjermete enhet

Av de fire kommunene som ikke har øremerkede plasser i skjermet enhet, har to kommuner tilrettelagt andre tilbud. Én kommune har forsterket skjermet enhet, og legger til rette et tilbud i denne avdelingen dersom det oppstår behov. Én annen kommune har bofellesskap for demente der de kan tilrettelegges tilbud som svarer til skjermet enhet dersom det er ledig plass:

«Hvis det er fullt på bofellesskapet får innbyggeren med demens et tilbud på sykehjem inntil det blir ledig plass i bofellesskapet. Vi har en satsning på demensutredning gjennom vårt hukommelsesteam (demensteam).» (Kommunegruppe 1)

De to øvrige kommunene bruker ordinær plass i sykehjem, og beskriver dette som greit med unntak av situasjoner der det er snakk om utagerende adferd:

«Det er vanskelig å skjerme hvis det er pasienter med utagerende atferd. Det går ut over de andre på sykehjemmet. Med egne innbyggere har det gått bra med sykehjemsopphold, men det er ikke optimalt å få demensbeboere som er tilflyttet fra nabokommuner.... De blir forvirret av det ukjente.» (Kommunegruppe 1)

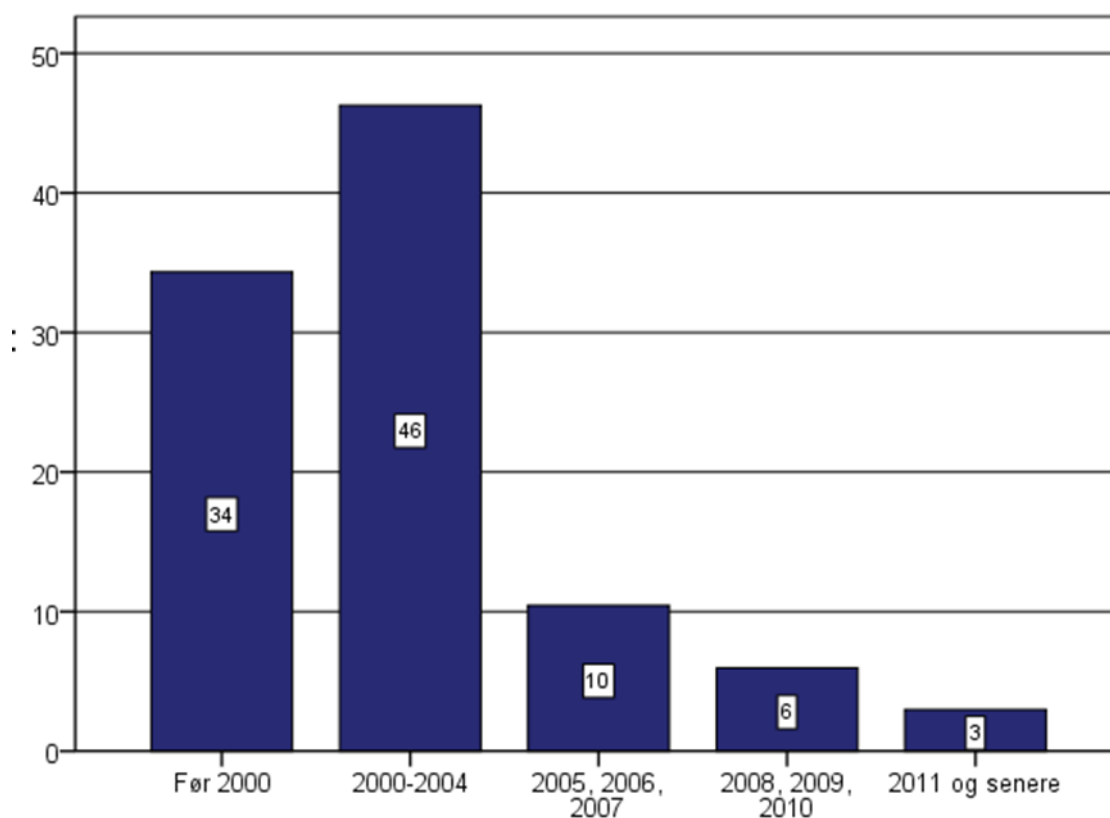
Når ble skjermet enhet opprettet i kommunene?

Informanter i flere kommuner hadde vansker med å tidfeste når det ble opprettet «skjermet enhet». Plasser i skjermet enhet har utviklet seg over tid, og byggeprosesser har foregått i flere etapper. Innledningsvis i dette avsnittet beskrev vi at byggingen av skjermende enheter ble anbefalt fra

myndighetene fra 1982. Etter dette tidspunktet har kommuner tilrettelagt for skjermede enheter, og det har vært en gradvis økning og utbygging av skjermede enheter i de fleste av landets kommuner.

Som vi ser av figuren under så har 34 % av kommunene i vårt utvalg opprettet et tilbud om skjermet enhet før 2000, mens 46 % har utviklet dette tilbudet i tidsrommet mellom 2000-2004. Utvikling av skjermet enhet etter 2005 handler i større grad om videreutvikling og utbygging av eksisterende enheter.

Figur 7: Når ble tilbud om skjermet enhet opprettet i sykehjem i kommunene? Andel kommuner (%) etter årstall. N=72.



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Til sammenligning med våre data, har KOSTRA statistikk for antall plasser i skjermet enhet for alle kommuner for hele landet. Tall fra KOSTRA viser at det har vært en økning i antall plasser i skjermet enhet over årene 2005-2011. Dekningen (antall plasser i skjermet enhet per 1000 innbyggere) er størst i de minste kommunene, med litt over tre plasser per 1000 innbygger i 2005, og har videre steget til nesten fire plasser i 2011. For de største kommunene i sammenligning, er det rundt 1,5 plasser per 1000 innbygger i 2005, mens denne har steget til ca to plasser i 2011.

En nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens, viser også at det har vært en jevn økning i antall plasser. Imidlertid påpekes det at antall plasser i skjermede enheter sett i forhold til antall personer med demens som bor i institusjon, ikke har endret seg nevneverdig siden 2008.

Kartleggingen viser at i perioden fra 2004-2005 til 2008 økte dekningsgraden fra 23,7 til 26,4 prosent til tross for at økningen i antall personer med demens var større i denne perioden enn fra 2008 til 2010-2011 (Eek & Kirkevold, 2011).

Diskusjon

Vår undersøkelse viser at 95 % av kommunene i vårt utvalg har plasser øremerket for personer med demens i skjermet enhet i sykehjem. Resultater fra en landsdekkende undersøkelse foretatt av Aldring og helse, viser at over 87 % av kommunene hadde skjermede enheter i 2010-2011. Eek og Kirkevold (2011) beskriver at en del kommuner som ikke hadde skjermet enhet, hadde andre tilrettelagte løsninger som bokollektiv i omsorgsbolig, og disse utgjorde 6 % av kommunene.

Tallene viser at det har skjedd en stor utvikling i tilrettelegging av tilbud til demente i skjermede enheter. Det kan også nevnes at Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens gjennomførte i 1996/1997 og videre i 2000/2001 en kartlegging av demensomsorgen i samtlige kommuner. I 1996/97 var bare 14 % av sykehjemsplassene tilrettelagt for personer med demens. Med så lav dekning konkluderte forskerne bak undersøkelsen at det foreligger liten mulighet for å sette sammen pasientgrupper med relativt lik problematikk og funksjonsnivå (Eek & Nygård, 2003). Stor spredning i funksjonsnivå vanskeliggjør også etablering av gode behandlingsmiljøer og gir personalet en vanskelig arbeidssituasjon.

Vår undersøkelse viser at det er kommunale variasjoner i hvordan skjermede enheter er organisert. Dette spenner fra egne sykehjem som er øremerket for personer med demens, til mindre enheter med alt fra fire til tolv beboere. Noen enheter i våre kommuner oppgir at de har alt fra én til tre øremerkede plasser i skjermet enhet. Dette er i hovedsak småkommuner der det er behov for å ha et tilbud til personer med demens over en tidsavgrenset periode. I en gjennomgang av nytteverdien for skjermede enheter for demente, etterlyser artikkelforfatteren nasjonale retningslinjer for hva en skjermet enhet skal være, og modell for struktur og drift (Ruths, 2005).

Nasjonale data viser at gjennomsnittlig størrelse på en demensenhet er 7,9 plasser per enhet (Eek og Kirkevold nasjonal kartlegging). Også en tidligere studie understøtter dette og viser at gjennomsnittlig størrelse på en skjermet enhet er åtte pasienter, med variasjoner fra fire til 20 pasienter (Ruths, 2005).

Også når det gjelder bemanning ser vi i vår undersøkelse variasjoner mellom ulike skjermede enheter og ulike kommuner. Det er vanskelig å sammenligne bemanning fra en kommune til en annen, siden dette må forstås i forhold til hvordan enhetene i sykehjemmene er organisert ellers. I den nasjonale kartleggingen av tilbudet til personer med demens har forskerne valgt å se på hvor mange pasienter det er per ansatt på jobb i de forskjellige vaktene. De finner at det er i gjennomsnitt 3,1 pasienter per ansatt på formiddagsvakt i vanlige ukedager. Variasjonene er allikevel store; fra én til seks pasienter per ansatt (Eek & Kirkevold, 2011). En annen studie viser at det i helger og på ettermiddager er vanlig med fire pasienter per pleier. (Ruths, 2005).

Forskerne som har fulgt dette over tid, hevder at det ikke har vært endringer i bemanningstettheten på skjermet enhet de siste 15 årene (Eek & Kirkevold, 2011).

De kommunene som ikke har øremerkede plasser i skjermet enhet, tilrettelegger et slik tilbud etter behov.

Øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet i sykehjem

Som ett av de første sykehjemmene i Norge, etablerte Økern alders- og sykehjem i 1999 drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens og store adferdsavvik. Dette førte til at presset på spesialisthelsetjenesten minsket, beboernes frekvens av forulempingsatferd ble betraktelig redusert, og de menneskelige omkostningene på beboer-, pårørende- og personalsiden avtok (Selnes, 2003). Konseptet vakte interesse i flere andre kommuner og er siden blitt innført flere steder.

Det påpekes at omorganiseringer i den psykiatriske helsetjenesten de siste tiårene har ført til økende problemer på sykehjem med utagerende og verbalt urolige beboere med aldersdemens. Disse pasientene betegnes som såkalte gråsonepasienter, og det hevdes at man ikke har hatt et tilfredsstillende tilbud til dem (Selnes, 2003). Verken vanlige somatiske sykehjemsavdelinger eller skjermede enheter har passet fordi disse personene enten er til sterk sjenanse, ubehag eller direkte fare for medboere og personale.

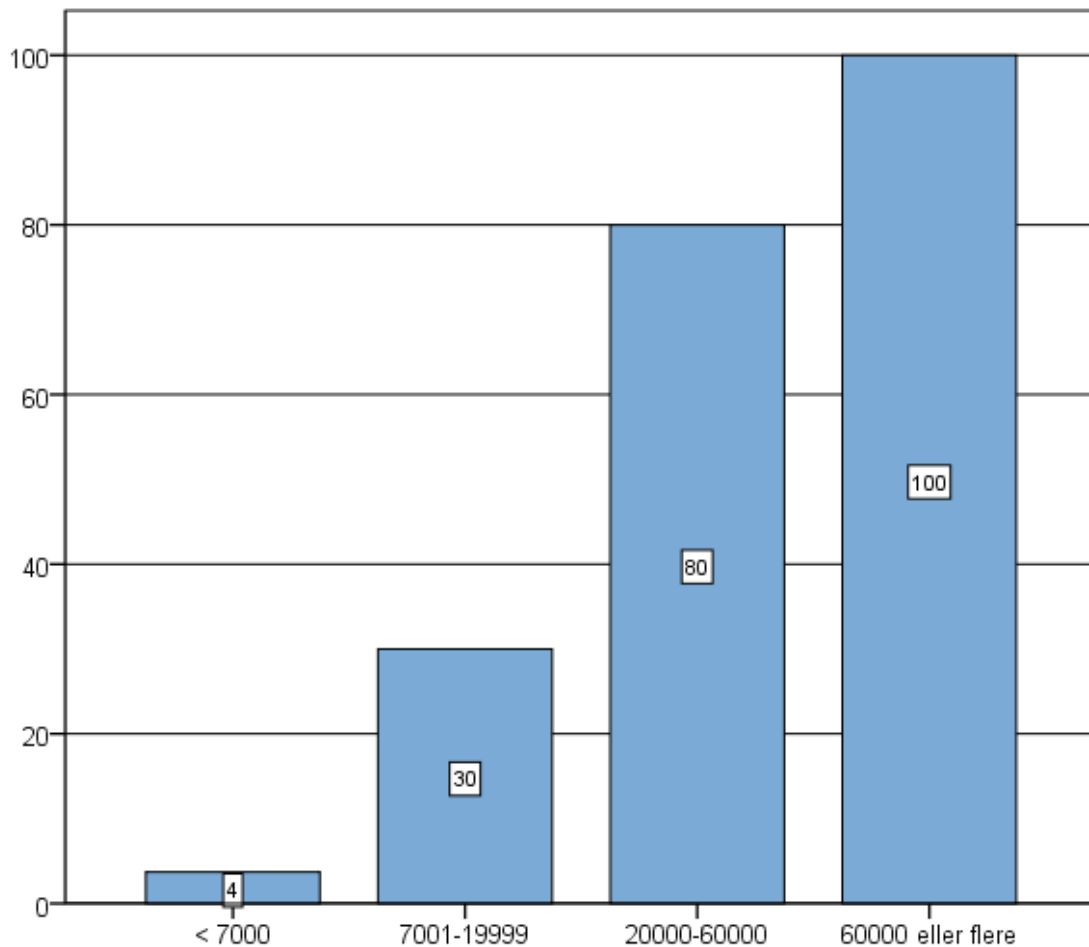
Omorganiseringen innenfor den psykiatriske helsetjenesten gjør at pasienter som regnes som ferdigbehandlete innenfor spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene. Dette har medført at man ikke lenger har langtidsplasser på alderspsykiatriske avdelinger, men kun kortere utrednings- og avlastningsopphold. Kommunen er nødt til å finne plasser og utvikle tilbud til grupper som tidligere har hatt langtidsplasser innen spesialisthelsetjenesten.

I vår kommuneundersøkelse opplevde vi at mange informanter stilte seg spørrende til definisjoner og retningslinjer for hva som utgjør en «forsterket skjermet enhet». Dette gjelder både krav og kriterier til beboere, men også for personell og utforming av tilbudet. I kommuneundersøkelsen spesifiserte vi «forsterket skjermet enhet» til å være en avdeling der beboere har demens som hoveddiagnose, og avvik i adferd i form av aggresjon og utagering, motorisk og/eller verbal uro og ukritisk sosial opptreden.

Øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet i vårt utvalg

I alt har 32 av 76 kommuner (42 %) oppgitt at de har øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet, mens 44 kommuner (58 %) svarer at de ikke har dette.

Figur 8: Plasser i forsterket skjermet enhet etter kommunestørrelse (innbyggertall). (N=76).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Som vi ser av figuren, har alle kommunene i gruppen med høyest innbyggertall plasser i forsterket skjermet enhet, og 80 % i kommunegruppen med nest høyest innbyggertall. For de nest minste og minste kommunene, ligger dette på henholdsvis 30 % og 7 % av kommunene. Sannsynligheten for at kommunen har plasser i forsterket skjermet enhet øker altså med kommunestørrelsen målt i befolkningstall ($P < 0.001$).

Øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet

De forsterkede skjermede enhetene som ble beskrevet i kommunene i vårt utvalg, er tilrettelagt på forskjellige måter. Det var alt fra egen avdeling i større kommuner med faste ansatte som har spesialkompetanse, til ulike løsninger der noen rom kunne gjøres om ved behov og tilrettelegges. Plassene i forsterket skjermet enhet blir brukt av personer med utagerende adferd. Dette innbefatter personer med en demenslidelse, men også utagerende personer med rus eller psykiatriproblematikk som ikke har annet tilbud. Det nevnes også at personer med dobbeltdiagnoser ofte bruker forsterket skjermet enhet, samt personer som har uavklart diagnose, men som er utagerende og farlige for seg selv eller andre.

I flere kommuner var forsterket skjermet enhet lokalisert sammen med skjermet enhet. Noen kommuner skiller dermed ikke tydelig på hva som er skjermet og forsterket skjermet enhet. I en kommune påpekte de at kommunen hadde forsterket skjermet enhet, og at denne var samlokalisert med skjermet enhet:

«I vår kommune er forsterket skjermet enhet plassert sammen med skjermet enhet på ett av sykehjemmene. Vi har her mulighet for ytterligere skjerming enn hva som er alminnelig for skjermet enhet. Kommunen skiller ikke så skarpt på skjermet og forsterket skjermet akkurat... Vi har alltid ett ledig rom til forsterket skjerming, og vi benytter dette når vi har behov for det. Det er høyere bemanning her på dette rommet når det er i bruk» (Kommunegruppe 3)

Kommuner med øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet beskriver ofte at dette tilbudet først og fremst handler om høyere bemanning:

«I forsterket skjermet enhet har vi høyere bemanning enn snittet i sykehjem. Vi har et kompetanseprogram og får veiledning fra spesialisthelsetjenesten omkring disse pasientene. Husene der vi har de forsterkede skjermede plassene er spesielt tilrettelagt for brukergruppen. De er blant annet bygd slik at pasientene kan gå rundt i terrenget med skjermet uteareal» (Kommunegruppe 4)

I noen kommuner ble det spesielt drøftet at omsorgstjenesten har for få slike plasser, og at det er behov for å innrette flere plasser i forsterket skjermet enhet i tiden fremover. Det kommer pasienter til disse plassene som ikke lenger har tilbud i psykiatriske sykehus, og det rapporteres spesielt om økning i andelen yngre personer inn til plasser i forsterket skjermet enhet:

«Forsterket skjermet enhet er organisert som en ordinær sykehjemsenheter med åtte boenheter. Det er høyere bemanning med hensyn til atferdsproblematikk hos denne gruppen. Pasientene her har svært ofte kognitiv svikt og i tillegg psykiatrisk tilleggs diagnose. Det er en høyere andel yngre her. I vår kommune er tre av fem pasienter på forsterket skjermet enhet under 50 år! De har kommet til vår enhet etter å ha blitt utskrevet fra psykiatriske sykehus. Vi spør oss ofte hvordan vi kan løse dette botilbudet i fremtiden. Her trengs det noe mer enn vi har i dag!» (Kommunegruppe 4).

Flere kommuner har sett et voksende behov for øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet. I intervjuene kom det frem at flere kommuner hadde vært nødt til å opprette plasser de senere årene. I denne prosessen hadde mange kommuner vurdert ulike løsninger:

«Hos oss er forsterket skjermet enhet et tilbud for utagerende pasienter. Alternativet, hvis vi ikke skulle utvikle dette tilbudet selv, var å kjøpe plasser til høy pris. Vi har derfor skaffet egen kompetanse og startet tilbudet selv. Vi opplever det imidlertid som svært krevende - både for personalet og for ledelsen.» (Kommunegruppe 3)

Kommuner som ikke har øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet

I vårt utvalg har 44 kommuner (58 %) oppgitt at de ikke har øremerkede plasser i forsterket skjermet enhet. I kommuneundersøkelsen spurte vi hva slags tilbud kommuner gir til personer med behov for forsterket skjerming når kommunen ikke har forsterket skjermet enhet. I mange kommuner påpekte

ledere i omsorgstjenesten at de tilrettelegger fra sak til sak, og at de tilpasser et tilbud på andre avdelinger i sykehjemmet.

Som vi har sett over, så skilles det ikke så skarpt på hva som er skjermet og hva som er forsterket skjermet enhet. I flere kommuner finner man en løsning i eksisterende skjermet enhet:

«Vi gir et tilbud i skjermet enhet ved behov. Kommunen vår har under 1000 innbyggere, og det er ikke mulig å lage egne ordninger for brukergrupper» (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner kjøper plass i andre kommuner eller private institusjoner dersom det oppstår behov for dette. Allikevel opplever de fleste at de klarer å tilrettelegge et tilbud inne på skjermet enhet:

«En gang kjøpte vi et tilbud til en utagerende dement. Vi gir stort sett tilbud til denne gruppen på vanlig dementavdeling» (Kommunegruppe 2).

I flere mindre kommuner, ble det gjort ulike former for tilrettelegginger. I flere kommuner ble det nevnt at de kunne gjøre om eksisterende avdelinger eller stenge av avdelinger for å gi et tilbud til personer med utagerende adferd:

«Vi har mulighet for å stenge av en egen avdeling med åtte beboere ved behov.» (Kommunegruppe 2)

Av de som ikke har tilbud i forsterket skjermet, er det flere som forklarer at de i stedet for å opprette dette heller styrker bemanningen i skjermet enhet:

«Vi styrker bemanningen hvis det er utvikling av aggresjon hos beboeren. Demensutviklingen fra en person til en annen varierer, og endringer kan ofte skje raskt. Da må vi sette inn mer bemanning». (Kommunegruppe 1)

Når ble tilbudet i forsterket skjermet enhet opprettet?

Av de 26 kommunene som har svart på dette, har fem kommuner opprettet tilbudet før 2000, mens 14 kommuner har opprettet tilbudet i tidsrommet 2005-2007, og åtte kommuner har opprettet det fra 2008 og 2013. Forsterket skjermet enhet er med andre ord et relativt nytt tiltak som er i ferd med å spre seg i norske kommuner.

Diskusjon

I vårt utvalg har 32 kommuner (42 %) forsterket skjermet enhet. I en nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens, fremkommer det at det i 2011 var 61 forsterkede skjermede enheter i Norge fordelt på alle fylker unntatt Finnmark (Eek & Kirkevold, 2011). Totalt innbefatter dette 384 plasser i enhetene til sammen. Som i vår undersøkelse, fremkommer det at det er flest forsterkede skjermede enheter i de store byene. Den nasjonale kartleggingen viste for eksempel at i Oslo var det seks bydeler som oppga å ha dette tilbudet, og fire av bydelene oppga at de tok i mot pasienter fra andre bydeler (Eek & Kirkevold, 2011).

Tilbudet i forsterket skjermet enhet i vårt utvalg varierte fra egne enheter med alt fra to til åtte plasser, til mindre kommuner som oppga «alltid» å ha en akutt plass utover de øremerkede plassene

i forsterket skjermet enhet. En slik akutt plass kunne bestå av et eget rom, eller plass på en avdeling der det gikk an å dele opp og skjerme ytterligere. En slik akutt plass var ofte blitt opprettet for personer med demens eller andre personer med adferdsavvik i form av aggresjon, motorisk eller verbal utagering og uro, eller ukritisk opptreden som ikke er forenelig med opphold på andre avdelinger.

Som det fremgår av resultatene i kommuneundersøkelsen, er det mange informanter som påpeker at økt bemanning er et forhold som gjør at plassen er «forsterket». I den nasjonale kartleggingen av tilbudet til personer med demens, beskrives det at det i gjennomsnitt er to pasienter per ansatt på vakt en vanlig formiddag i forsterket skjermet enhet, og på kvelden var det 2,5 pasienter per ansatt og 2,3 på dagtid i helgene (Eek & Kirkevold, 2011).

Når det gjelder kompetanse, ble det påpekt i flere kommuner i vårt utvalg at bemanningen i forsterket skjermet enhet oftest har spesialkompetanse. Både i skjermet og i forsterket skjermet enhet er det stor andel sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere. Tall fra nasjonal kartlegging viser at det er en litt høyere andel med spesialutdanning i alle yrkesgrupper i forsterket skjermet enhet enn i ordinære skjermede enheter (Eek & Kirkevold, 2011)

Omsorgsboliger for personer med demens

Fra midten av 1990-tallet ble det bygget bokollektiv for personer med demens. Disse boligene utgjorde en sammensatt gruppe, der noen boliger var lovhjemlet som helseinstitusjon (lov om helsetjenesten i kommunen), noen som aldershjem (lov om sosiale tjenester). I tillegg ble det frem mot 1996-7 etablert plasser i omsorgsboliger organisert som bokollektiv for personer med demens. Gjennomsnittlig størrelse for bokollektivene var som for skjermede enheter, med 7,6 beboere per enhet (Eek & Nygård, 2003).

Ved en undersøkelse i 1996-97 ble det rapportert om 609 plasser i bokollektiv for personer med demens. I 2000-2001 hadde antall plasser økt med 20 % til 728 plasser. I tillegg hadde antall tilrettelagte plasser i omsorgsbolig organisert som bokollektiv for personer med demens tredoblet til 789 plasser (Eek & Nygård, 2003). I 2000-2001 påpekes det at det var stor variasjon mellom fylkene i utbygging av botilbud for demente. På dette tidspunktet hadde 62 av landets kommuner ikke etablert tilrettelagt institusjonstilbud for personer med demens, eller bokollektiv i omsorgsbolig. Videre hadde 85 kommuner ikke skjermet enhet i sykehjem. Av de kommunene som ikke har etablert noe eget tilbud for personer med demens er det ikke uventet at dette er kommuner med lavt folketall (Eek & Nygård, 2003).

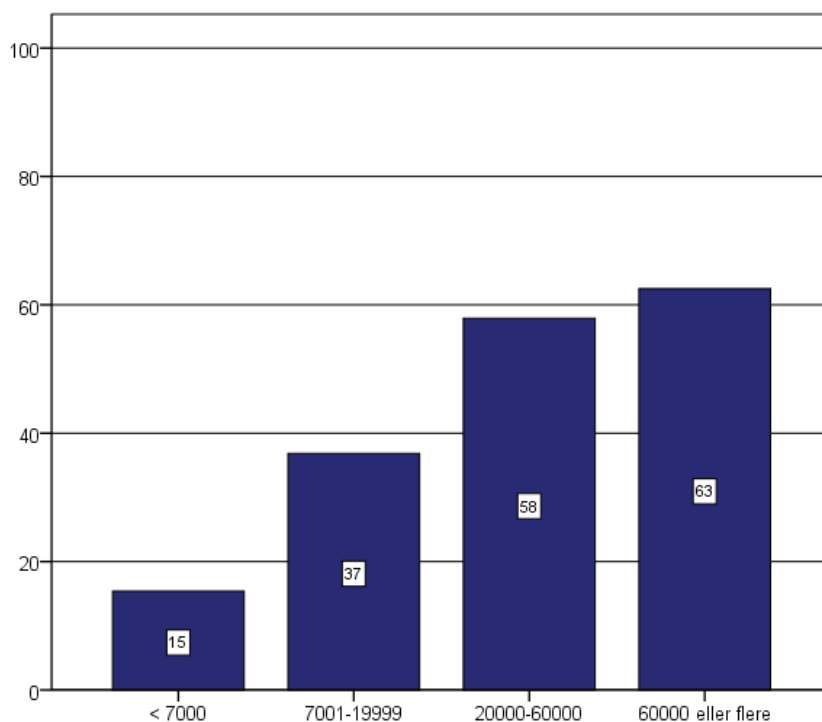
Gjennom nytt fireårig handlingsprogram 2012-2015 (Demensplan 2015) er botilbud til personer med demens særlig beskrevet. Det beskrives i handlingsplanen at om lag 80 % av alle som bor i norske sykehjem har en demenslidelse, men at institusjonene allikevel ikke er bygd og tilrettelagt for dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). På bakgrunn av dette er investeringstilskuddet som Husbanken administrerer, innrettet slik at alle plasser med heldøgns omsorg skal være universelt utformet og spesielt tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt (Husbanken, 2009). Det betyr at det ønskes oppført små enheter både bygningsmessig og organisatorisk. Små bofelleskap og avdelinger med tilgang til uteareal betraktes som bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger. Alle sykehjem og omsorgsboliger som finansieres med

tilskudd fra Husbanken skal videre være tilrettelagt for tilkobling av velferdsteknologi og smarthusløsninger for å øke den enkeltes brukers mestrings- og funksjonsevne, sikkerhet og kommunikasjonsmulighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Øremerkende plasser i omsorgsboliger for personer med demens organisert som bofellesskap eller bokollektiv

Av 73 kommuner som har svart, har 28 (37 %) omsorgsboliger for personer med demens organisert som bofellesskap eller bokollektiv. Figuren under viser hvilke kommuner som har slike plasser etter kommunestørrelse.

Figur 9. Omsorgsboliger for personer med demens etter kommunestørrelse. Prosentandel kommuner som har slike tilbud etter kommunestørrelse (innbyggertall). (N=73).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Vi ser her at sannsynligheten for å ha slikt tilbud øker med kommunestørrelsen, ($p=0,008$). I gruppene med hhv. størst og nest størst innbyggertall har henholdsvis 63 % og 58 % et slikt tilbud, mot bare 15 % i gruppen av kommuner som har mindre enn 7000 innbyggere.

Boliger for personer med demens er tilrettelagt på ulike måter i kommunene. Som vi har nevnt over, skiller det ikke så mye mellom skjermet enhet og bofellesskap for personer med demens i noen kommuner. I en kommune blir det uttalt:

«Våre bofellesskap for personer med demens er tilrettelagt på nesten samme måte som skjermet enhet. Det er den samme organisering, fysisk utforming og pleiefaktor. Men de har egne leiligheter, og de leier eller eier som i vanlig omsorgsbolig. Vi ser at dette ikke er noe vi skal satse videre på, da

plassene i leilighetene blir utnyttet lite på grunn av det er mange aktiviteter organisert på fellesrommene og ting løses der. Bemanningen i våre bofellesskap er som i sykehjem» (Kommunegruppe 4)

I andre kommuner er bofellesskapene en løsning for personer som ikke trenger like mye tilsyn som beboere i skjermet enhet:

«Her har vi et tilbud med plass til åtte personer i hver enhet. Brukene leier boligen og betaler husleie. Pleiefaktor er 0,58. Alle kan gå ut og inn her. Det er ingen skjerming. De ansatte har stor demenskompetanse. Det er lavere bemanning enn ellers, også har vi nattevakt. Det er felles rom og stue, og det er lagt opp til å være sosiale boliger. Boligene er innredet av kunstterapeut». (Kommunegruppe 3).

I noen kommuner er miljøtiltak spesielt vektlagt og utgjør det særegne ved denne typen bolig:

«Beboerne har egen boenhet, og det er fellesareal som knytter boligene sammen. Det er fokus på vanlige daglige gjøremål, hageaktiviteter, mulighet til å være ute, baking, miljøarbeid etc. Vi ønsker å gjøre bofellesskapet mest mulig til et hjem. Det er fast bemanning bestående av personale med ekstra kompetanse på demens» (Kommunegruppe 3).

Bruk av velferdsteknologi er et viktig innslag i bofellesskap og i omsorgsboliger for demente som er bygd de senere årene:

«Her i våre boliger for personer med demens har vi tilrettelagt for mye bruk av velferdsteknologi. Per dato har vi høyere bemanning, men tenker oss at bemanningen går ned etterhvert vi får på plass velferdsteknologiske løsninger» (Kommunegruppe 4).

Noen kommuner hadde bygget om eksisterende institusjoner til omsorgsboliger og tilrettelagt disse:

«Vi har bygget omsorgsboliger med stasjonær bemanning i et ombygget aldershjem fra 1950-tallet " (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner har det vært nysatsninger på boliger for personer med demens. Én kommune hadde innrettet dette slik:

«Det er et nybygg som er delt opp i tre bofellesskap. Deler av bygget går over to etasjer. Det er egentlig syv boenheter i hvert bofellesskap, men per i dag er det åtte i den ene, på grunn av et ektepar som bor i den ene boligen. Det er bemannet høyere enn normen (27,5 årsverk på 22 plasser). Vi har selv satt normen på 1,1 årsverk per bruker. Det er knyttet en 20 % legestilling til bofellesskapet, og det inkluderer da alle de 21 plassene. Det er også en frivillighetskoordinator i 10 eller 20 % stilling tilknyttet bofellesskapet» (Kommunegruppe 2).

Når ble tilbudet om omsorgsboliger for personer med demens opprettet i kommunen?

Som vi har sett over har det foregått bygging og satsninger på omsorgsboliger organisert som bofellesskap over flere år. Av de 26 kommunene som kunne svare på når deres tilbud trådte i kraft, svarer 17 kommuner at dette ble opprettet før Omsorgsplan 2015, mens ni kommuner har bygd og tilrettelagt tilbudet i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015.

Oppsummering: Botilbud til personer med demens

I vår kommuneundersøkelse oppgir 37 % av kommunene at de har omsorgsboliger for personer med demens organisert som bofellesskap eller bokollektiv i sin kommune. Dette er en blanding av eldre og nyere boligtilbud. Det viktig å være oppmerksom på at det finnes mange ulike løsninger på bofellesskap ute i kommunene, og at noen kommuner kan ha bokollektiv eller bofellesskap som ikke er organisert i sykehjem eller omsorgsboliger. Fra tidligere vet vi det fantes en del bokollektiv i aldershjem. Flere kommuner har i tidsrommet tilhørende Omsorgsplan 2015 avhjemlet sykehjemsplasser. En del av disse plassene er blitt omgjort til bokollektiv i omsorgsboliger med fast personale på døgnbasis.

I den nasjonale kartleggingen av botilbud til personer med demens, fremkommer det at det har vært en økning i antall plasser i bofellesskap for personer med demens i tidsrommet 2004-2005 til 2008. Totalt økte antall plasser i bokollektiv med 434 plasser (27,6 %) i dette tidsrommet (Eek & Kirkevold, 2011). Det rapporteres samtidig at det er nedgang i andre typer bokollektiv, mens det er bokollektiv i omsorgsbolig som øker. Dermed ser det ut til at de mer utradisjonelle tilbudene som ble bygget på slutten av 1990-tallet etter hvert erstattes med tilbud i omsorgsboliger der oppføring kan skje med investeringstilskudd.

Plasser i sykehjem til psykiatri

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er i ferd med å endre seg, både nasjonalt og internasjonalt. Institusjonskapasiteten er bygd kraftig ned, mens lokalbaserte tilbud i form av kommunale tjenester og distriktpsikiatriske sentere bygges opp. Behandlingen foregår enten ved psykiatriske sykehus, på distriktpsikiatriske sentre (DPS), i kommunehelsetjenesten, eller privat. Tendensen de siste årene har vært å unngå institusjon i størst mulig grad, mens integrering i samfunnet har vært hovedmålsettingen. Samhandlingsreformen vektlegger stadig større ansvar på kommunene, og tilsvarende mindre på sykehus og spesialisthelsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Organiseringen og rammene for utøvelsen av psykiatrifaget i norsk helsevesen er regulert i lov om kommunehelsetjenesten, lov om spesialhelsetjenesten, lov om pasientrettigheter og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Denne avløste den tidligere lov om psykisk helsevern.

Psykisk helsearbeid i kommunene er et nøkkelledd i dette tjenestetilbudet, og et område som i de senere årene er blitt styrket. Landets kommuner er godt i gang med å bygge og utvikle tjenester, men det påpekes at det er stor variasjon i hvor langt arbeidet er kommet. Det har vært lagt vekt på strukturelle mål som antall fagpersonell, antall boliger etc. I tiden fremover er det behov for å legge mer vekt på innholdet i tjenestene, kvalitet og effekt for brukeren.

Øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem

I vårt kommuneutvalg på 76 kommuner er det 17 kommuner (22 %) som svarer at de har øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem, og fem kommuner (7 %) som sier de har øremerkede plasser til personer med rusproblemer. Alle disse kommunene tilhører gruppene av de største eller den nest største kommunene i utvalget. I intervjuet ble det ofte påpekt at relativt mange som kom til de øremerkede psykiatriplassene var personer som også kunne ha en demensdiagnose, og at plasser

til forsterket skjermet i noen tilfeller var overlappende med plassene forbeholdt personer med psykiatriske vansker.

Organisering av de øremerkede plassene til psykiatri

Hvordan er tilbudet om øremerkede senger til psykiatri tilrettelagt ved sykehjemmene? Flere påpekte at det var mange grenseoppganger her, blant annet ved at psykiatri ofte opptrer sammen med annen problematikk som for eksempel rus:

«Dette tilbudet er organisert i to grupper à åtte personer på hver gruppe. Den ene åtter-enheten er lyddempet, og her kommer personer inn med akutte ting, eller hvis det er noe spesielt. Når situasjonen er blitt mer avklart, flyttes de over til den andre åtter-enheten. På disse enhetene kommer ofte også personer med rus. Rus og psykiatri opptrer ofte sammen. Vi har også egne rus og psykiatriboliger, og så langt det er mulig unngår vi å bruke ordinære sykehjem for denne gruppen hvis det er mulig». (Kommunegruppe 4)

Noen påpekte at de øremerkede plassene til psykiatri ofte er knyttet til alderspsykiatri, noe vi også beskrev ovenfor om plasser i forsterket skjermet enhet. Tilretteleggingen for disse beboerne er knyttet opp mot høyere bemanning siden det ofte er svært krevende pasienter. Det finnes ulike bygningsmessige løsninger med kombinasjoner av enerom og fellesarealer som kan avskjermes.

De øremerkede plassene ved sykehjem til psykiatri i kommunene kan ofte være samlokalisert med plasser til skjermet eller forsterket skjermet enhet. I noen kommuner ser en at beboerne veksler mellom opphold i sykehjemmet og i eget hjem:

«Personer med psykiatriske vansker er på et sykehjem som tidligere var et psykiatrisk sykehjem under spesialisthelsetjenesten. Det er altså bygd som en psykiatrisk institusjon. Nå er psykiatriske plasser og demensplasser lokalisert sammen der. Pasienter på psykiatriopphold kommer inn i fire uker, er ute igjen i åtte uker, så inne igjen i fire uker, og så videre. Vi kaller dette vekselplasser» (Kommunegruppe 3).

I noen kommuner bruker man begrepet «forsterket annet» for de plassene der personer med psykiatriske vansker kan få et tilbud. Plassene er da ikke forbeholdt psykiatri alene, men også andre pasientgrupper som har behov for skjerming.

Noen kommuner, spesielt mindre og mellomstore kommuner, legger vekt på det dette tilbudet er lagt til sykehjemmets korttidsavdeling:

«Dette er et botilbud som ligger skjermet. Vi jobber terapeutisk og har spesielt fokus på økt mestring hos denne gruppen. Dette er definert som korttidsplasser. Det er en konstant trening her på å øke boevne slik at de klarer seg bedre i samfunnet» (Kommunegruppe 4).

I noen kommuner ble det påpekt at brukerne av de øremerkede plassene til psykiatri i sykehjem ofte var yngre. Mange har sammensatt problematikk med blant annet rusproblemer, sosiale vansker og dårlig boevne. I flere kommuner ble det understreket at det merkes en vekst i denne brukergruppen, og at kommunene per i dag ofte ikke har nok eller gode nok tilbud:

«Våre øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem er en egen enhet. Denne er tilrettelagt for brukergruppen med eget og fast personale. Her er det en del yngre beboere, men vi vil helst ha de fra 60 år og oppover her. Dette er et utfordrende felt å jobbe innenfor! Vi mangler fortsatt et stort nok

tilbud her i forhold til etterspørsel og behov for denne type plasser og innretninger»
(Kommunegruppe 4)

I andre kommuner var øremerkede plasser for psykiatri i sykehjem forbeholdt eldre personer. Kommunene hadde i tillegg et annet tilbud for yngre:

«De fire øremerkede plassene forbeholdt psykiatri/psykisk helsehjelp i sykehjem er kun for eldre personer. Ellers finnes det en egen psykiatrisk institusjon for yngre pasienter i tillegg. Plassene ble kun opprettet fordi det oppstod behov for dem – fire brukere trengte et slikt tilbud. Dette tilbudet blir ikke opprettholdt dersom behovet ikke vedvarer». (Kommunegruppe 4)

Kommuner som ikke øremerker plasser til psykiatri i sykehjem

I kommuneundersøkelsen var det 58 kommuner (78 %) som ikke hadde øremerkede senger til psykiatri i sykehjem. Av disse svarte 50 kommuner at de allikevel ga et tilbud til personer med psykiatriske vansker i sykehjem ved behov, mens åtte kommuner sa det ikke ga tilbud i sykehjem.

I noen kommuner ble det lagt vekt på at de opplever lite behov for å øremerke plasser til psykiatri alene. Dette gjelder spesielt de minste kommunene. Om de opplever å få slik etterspørsel, søker de samarbeid med spesialisthelsetjenesten og skreddersyr et tilbud som står i forhold til pasientens særskilte behov:

«Tilrettelegging for psykiatripasienter i sykehjem har aldri vært spesielt aktuelt hos oss. I blant har vi imidlertid eldre med en psykisk diagnose uten at det er den diagnosen som er mest fremtredende. For eksempel har vi pasienter med demensdiagnose i tillegg til at de har en somatisk diagnose. Tilbudet blir da skreddersydd fra sak til sak i forhold til den bemanning og kompetanse vi disponerer. Vi lager opplegg ut i fra den enkeltes behov. Vi har samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som gir oss veiledning innen psykiatri og demens» (Kommunegruppe 1)

Kommuner som ikke øremerker plasser til psykiatri i sykehjem, plasserer ofte personer med psykiatriske vansker sammen med personer med demens og bruker skjermet enhet. Det kom frem i intervjuer at dette ikke ble betraktet som en optimal løsning. Flere kommuner ønsket å tilrettelegge et mer egnet tilbud til personer med psykiatri:

«Hos oss havner personer med psykiatri inn i sykehjemmene ofte sammen med demensbeboerne! Vi gjør selvfølgelig lokale tilpasninger avhengig av situasjonen. Vi holder på å bygge omsorgsboliger for personer med psykiske problemer, og satser på dette tilbudet fremover. Vi ser helt klart at vi trenger flere plasser og økt innsats i forhold til rus og psykiatri i fremtiden» (Kommunegruppe 3).

I intervjuene bemerket noen ledere fra pleie- og omsorgstjenesten i de minste kommunene at de ikke ser så mye av personer med psykiatriske vansker i sykehjem. Når det oppstår behov for plasser til denne gruppen, legges det vekt på individuelle tilpasninger fra «sak» til «sak» eller bruk av plass på korttidsavdeling. I dette er det ofte ingen faste fremgangsmåter eller prosedyrer for hvordan saker skal håndteres på forhånd. I en mindre kommune poengteres det:

«Vi ser lite av psykiatri, men innimellom har vi det. Vi plasserer disse personene med psykiatri i sykehjemsavdelingen eller i korttidsavdeling. Det er avhengig av hvor det er ledig plass. Vi har ingen faste rutiner eller prosedyrer på dette» (Kommunegruppe 2).

De minste kommunene påpeker at de gir tilbud ved behov i sykehjemmet, oftest i ordinær avdeling. Det er vanlig å øke bemanning ved behov, og å tilrettelegge best mulig ut i fra de forutsetninger som sykehjemmet i kommunen har. Noen av de minste kommunene opplever at de ikke riktig strekker til for denne brukergruppen:

«Vi prøver å gi et tilbud i ordinær avdeling. Dessverre opplever vi at det ikke godt nok.»
(Kommunegruppe 2).

Noen kommuner har opprettet bofellesskap for psykisk syke i omsorgsboliger. I disse kommunene benyttes dermed ikke sykehjemmet til denne pasientgruppen med mindre personene med psykiske vansker har en somatisk diagnose som de trenger hjelp til i tillegg:

«Hvis personer med psykisk sykdom må ha et høyere omsorgsnivå enn bofellesskap for psykisk syke, så får disse brukerne tilbud på distriktpsikiatrisk senter. De får tilbud i sykehjem hvis de har en somatisk diagnose i tillegg og behovet tilsier at de trenger opphold på sykehjem» (Kommunegruppe 2).

I de kommuner der det ikke er øremerkede plasser for psykiatri i sykehjem, skjer tilretteleggingen og ansvarsfordelingen mellom hjemmetjenesten, sykehjem og spesialisthelsetjenesten:

«Når personer kommer over i sykehjem, er de ofte så pleietrengende at deres andre diagnoser kommer i bakhånd. Vi driver utstrakt oppfølging av personer i deres hjem før de kommer til sykehjem. Vi prøver å betjene denne gruppen med hjemmetjenesten dersom de ikke har andre omfattende pleiebehov. Vi har et opprettet et samarbeid med spesialisthelsetjenesten og distriktpsikiatrisk senter, og vi bruker dette ved behov» (Kommunegruppe 1)

Kommuner som ikke har øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem, tar allikevel i mot personer med slik problematikk ved behov. Det legges vekt på individuell tilrettelegging og å få yngre personer over på andre tilbud enn det som kan tilrettelegges i sykehjemmet:

«Vi tar imot eldre med psykiatri ved behov for plass i sykehjemmet. Her er det mye sammensatt problematikk. Vi organiserer etter behov og tilstand, men prøver å holde unge personer unna sykehjem. Har vi behov for mer personell, så ordner vi det. Vi samarbeider også med en egen enhet i kommunen som har rus og psykisk helse som sitt hovedområde» (Kommunegruppe 1).

Når ble plassene til psykiatri i sykehjem øremerket?

Vi spurte når øremerking av plasser til psykiatri ble startet opp i de 17 kommunene som har slike plasser. Her kommer det frem at dette er spredt over flere år fra 2000 og frem til 2011, og kun fire som svarer at plassene ble øremerket fra 2011 og etterpå. Tabell 7 bak i rapporten oppsummerer når de ulike innretninger er startet opp i kommuneutvalget.

Resultatene fra kommuneundersøkelsen om øremerkede plasser til psykiatri i sykehjem blir diskutert under sammen med øremerkede plasser til rus i sykehjem.

Plasser til personer med rusproblematikk i sykehjem

Den såkalte rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Hensikten var å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, herunder å skape bedre muligheter for

sosialtjenesten til å utforme individuelt tilpassede tiltakskjeder. Fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere ble overført til staten, ved de regionale helseforetakene. De overførte tjenestene ble omdefinert fra å være sosialtjenester til å være spesialisthelsetjenester. Også de fylkeskommunale institusjonene og fylkeskommunens avtaler med private institusjoner ble overført til de regionale helseforetakene. Overtakelsen omfattet 74 institusjoner inkludert de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Det kommunale førstelinjeansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere ble derimot ikke endret.

Behandling og hjelpetilbud for rusmiddelmissbrukere organiseres på to forvaltningsnivåer. Som før har kommunal sosialtjeneste ansvar for tjenester etter sosialtjenesteloven, og fastlegene etter kommunehelsetjenesteloven. Staten ved de regionale helseforetakene yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. De regionale helseforetakene sørger for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dette omfatter avrusing, utredning og spesialisert behandling. Behandlingstilbudet skal være både sosial- og helsefaglig. De regionale helseforetakene har ansvar for at det finnes et tilstrekkelig behandlingstilbud, samt for å peke ut institusjonsplasser for inntak med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3 (tvangsinnntak).

Et formål med reformen var å bidra til å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Godt samarbeid, både mellom sosialtjenesten og fastlegene og mellom kommunale og statlige tjenester, er en forutsetning for dette. Fastlegens oppgaver i legemiddelassistert rehabilitering ble videreført som tidligere. Sosialtjenesten skal på sin side forholde seg til spesialisthelsetjenesten som ny samarbeidspartner. Samtidig ligger sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere fast. Retten til individuell plan er et sentralt element i samarbeidet (Sosialdepartementet, 2002).

Øremerkede plasser til rus i sykehjem

Det er kun fem kommuner (7 %) i vårt utvalg som har egne øremerkede plasser i sykehjem for rusmisbrukere. Plassene er innrettet på ulike måter. I noen kommuner var plassene forbeholdt eldre, i andre kommuner ble eldre og yngre med rusproblemer plassert på samme avdeling. I intervjuene la informanter vekt på at personer med rusproblemer også ofte hadde en rekke andre tilleggsplasser. Dette kunne være dårlig ernæringsstilstand, forekomst av psykiske lidelser og generell svekket somatisk helse. I intervjuene ble det gitt uttrykk for at det ofte er vanskelig å definere hva som er personers hovedproblem og årsak til innleggelse, og hva som eventuelt er tilleggsplasser.

Det er de største kommunene som har øremerkede plasser til rusavhengige i sykehjem. De største og befolkningsrike kommunene har flere personer med rusproblemer, og dermed flere tilbud til gruppen. Et par kommuner har både korttidsplasser og langtidsplasser:

«Vi har syv korttidsplasser og 16 langtidsplasser forbeholdt personer med rusproblemer. Dette er egne avdelinger, men det er ikke låste dører mellom avdelingene på sykehjemmet. Her er det mye fokus på ernæring, særlig på korttidsplassene. Det jobbes med å styrke de rusavhengiges boevne på korttid, slik at de har bedre muligheter til å klare seg selv etter at de er ute av tilbudet vi gir her. Vi jobber for at de rusavhengige skal få bedre struktur i livene sine. Mange rusmisbrukere eldes raskt og får mange sammensatte helseplager». (Kommunegruppe 4)

Det ble påpekt i flere intervjuer at de rusavhengige ofte har store behov og mye tilleggsproblematikk ut over at de ruser seg. Dette kan stille krav om høyere bemanning, eller at bemanningen er fast og stabil slik at de rusavhengige har de samme personene å forholde seg til over tid. I flere intervjuer ble det uttrykt ønske om å flytte denne gruppen beboere ut av sykehjemsavdelingene og over i andre boformer som informantene hevder er mer egnet:

«Våre plasser innen rus er tilrettelagt på samme måte som de øremerkede plassene til psykiatri. Noen av disse brukerne har store behov og har bemanning 2:1. Vi får dekt 80 % av kostnadene for flere av disse brukere. Fast og stabil bemanning må vi ha, det er helt nødvendig for å få utrettet noe. Vi ønsker imidlertid å flytte disse brukere over i omsorgsboliger fordi institusjon ikke er bra for dem. Det legger blant annet begrensninger på privatliv». (Kommunegruppe 3)

I en kommune som har øremerkede plasser til personer med rusproblemer, kan beboerne benytte rusmidler mens de har plass på sykehjemmet. Dette skjer under kontrollerte forhold ved at de får bruke rusmidler på eget rom. Avdelingen har langtidsplasser med enerom. Sykehjemmet har satset spesielt på at beboerne i rusavdelingen kan bidra positivt til å styrke miljøet på sykehjemmet for øvrig:

«Beboerne våre med rusproblemer er en ressurs for sykehjemmet! Beboerne bidrar med urtedyrking, dyrehold og bingo for andre avdelinger». (Kommunegruppe 4)

Én kommune legger særlig vekt på at tilbudet ved sykehjemmet er tilrettelagt for de tyngste brukerne innen rus. Personalets kompetanse er avgjørende for å tilrettelegge et godt tilbud på denne avdelingen:

«På denne avdelingen har vi samlet de tyngste brukerne innen rus. Dette er bemannet som et lite sykehjem, med fast bemanning. Her har vi inne ekstra kompetanse på rusfeltet». (Kommunegruppe 4)

En annen kommune igjen beskriver at dette er som en vanlig sykehjemsavdeling, men at brukere med rusproblemer er samlet:

«Det er ordinær sykehjemsbemanning for disse plassene. Det er øremerkede plasser i ett av kommunenes sykehjem». (Kommunegruppe 4)

Kommuner som ikke øremerker senger til rus i sykehjem

Av de 69 kommunene som ikke øremerker plasser til rus i sykehjem, svarer 58 (84 %) at de gir et tilbud i sykehjem ved behov, selv om de ikke har øremerket senger. 11 kommuner (16 %) svarer at de ikke gir tilbud til personer med rusproblemer i sykehjem.

Kommunene som tilrettelegger tilbud i sykehjem, gjør dette på flere ulike måter. Bruk av korttidsavdelinger, vanlig tilbud ved ordinær post i sykehjem og plass ved skjermet enhet nevnes som noen mulige plasseringer av personer med rusproblemer i sykehjem. Noen kommuner har tilbud i omsorgsboliger eller ved andre institusjoner der de kan henvise personer med psykiatri:

«I sykehjem bruker vi vanligvis korttidsopphold eller rehabiliteringsopphold på helsehuset i kommunen dersom vi får inn personer med rusproblematikk. Vi har også hatt et par yngre personer

på rundt 50 år med kombinert rus og psykiatriproblematikk som har plass på sykehjem. De får tilbud på lik linje med alle andre, og har de samme rettigheter som andre hvis de har et behov. Ellers har vi tilbud for personer med rusproblematikk i omsorgsboliger/bofelleskap i kommunen. Vi har god erfaring med tilbudet; det har hatt en gunstig effekt på pasienter som har blitt rusfrie i løpet av ett år» (Kommunegruppe 3)

Noen understreket at de ønsket seg et eget tilbud til denne gruppen:

«Vi håper på at vi skal få holdt av plasser til rus og psykiatri på det nye sykehjemmet, eller få opprettet en enhet på annet sted i kommunen. Per dato har vi et tilbud på rusfeltet i samarbeid med Blå Kors. De driver et tilbud i omsorgsboliger for de dårligste rusmisbrukerne og dette består av rundt 30 boliger» (Kommunegruppe 4).

Bruk av skjermet enhet nevnes også som en mulig løsning:

«Vi har hatt en del personer inne på skjermet enhet og da er det snakk om demens i tillegg til alkoholbruk. Det er ofte somatiske problemer som melder seg hos alkoholskadede personer, gamle rusmisbrukere» (Kommunegruppe 1).

Som vi har sett over, ønsker flere kommuner å plassere disse brukerne over i omsorgsboliger:

«Vi ser at personer med rusproblemer er en gruppe som bare øker. Vi har flere og flere brukere med alkoholproblemer. Det er en yngre gruppe i hovedsak. Vi opplever at det ikke er en ideell plassering å få dem inn i en korttidsavdeling der hvor de får tilbud i dag. Omsorgsbolig er det ideelle.» (Kommunegruppe 1)

Noen skiller på alder med hensyn til hvor personer med rusproblemer blir tatt inn:

«Vi opplever at mange rusmisbrukere driver selvmedisinering med alkohol... og så kommer de hit når dette har gått for langt og de er langt nede. En må tilrettelegge individuelt her, undersøke og jobbe med brukeren og om denne har kontroll på rusmiddelbruk. Vi mottar hjelp fra egen enhet på rus og psykisk helse ved behov. Hos oss i vår kommune er yngre personer med rusproblemer i omsorgsboliger, mens de eldre kommer i sykehjemmet. Dersom det er noe spesielt, har vi anledning til å bruke forsterket skjermet enhet ved behov.» (Kommunegruppe 3)

Diskusjon: Øremerkede plasser i sykehjem til psykiatri og rus

Vi ser i kommuneundersøkelsen at det er relativt få kommuner som har øremerkede plasser til psykiatri (17 kommuner) og rus (fem kommuner).

Det er de befolkningsrike kommunene som øremerker tilbud til disse gruppene. Innretningen på eksisterende tilbud til personer med rus og psykiatri er noe ulik. Mens noen kommuner har egne avdelinger forbeholdt personer med psykiatriske vansker, har andre kommuner samlokalisert plasser enten med skjermet eller forsterket skjermet enhet. Noen kommuner definerer de øremerkede plassene til personer med psykiatriske vansker som «forsterket annet». I noen kommuner skiller de mellom yngre og eldre brukere, og tilrettelegger forskjellige tilbud på ulike avdelinger etter alder.

I kommuneundersøkelsen kommer det frem i intervjuer at personer med psykiatrisk sykdom ofte også har annen tilleggsproblematikk som rus eller somatisk sykdom. Sammenhengen mellom

alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk er veldokumentert fra tidligere forskning (Evjen, Øiern, & Kielland, 2003). Hva som kommer først og sist av rus og psykiatri, ble i intervjuene beskrevet som vanskelig å bestemme. I mange kommuner opplevde de å få inn beboere for et somatisk problem, mens den samme beboeren også kunne ha psykiatriske vansker eller problemer med rusmiddelbruk.

Kommuner som ikke øremerker tilbud til personer med psykiatriske vansker eller med rusproblemer i sykehjem, finner en plass og løsning dersom det oppstår behov for det og tilrettelegger individuelt. I denne sammenheng brukes korttidsplasser, skjermet enhet, forsterket skjermet enhet eller ordinær sykehjemsavdeling.

Flere informanter påpekte i intervjuet at de ser et behov for flere plasser til vanskeligstilte grupper, slik som personer med psykiatriske vansker og personer med rusmiddelavhengighet. Noen beskrev sine tilbud som «utilstrekkelige» eller «ikke gode nok». En tidligere studie av sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i sykehjem viser at arbeidet med denne gruppen ofte er krevende. Studien viser at denne pasientgruppen ofte bryter med tradisjonell pleiekultur. Sykepleierne mangler kunnskap for å imøtekomme pasientgruppens særskilte behov, og det etterspørres kompetansehevingstiltak (Olsen, 2007). Dette avspeilet seg også i våre intervjuer i det flere påpekte et større behov for bemanning, kompetanse og for tverrfaglig samarbeid.

Resultater i flere fagrapporter viser til mangler ved den nye reformen. I en rapport fra Legeforeningen kommer det blant annet frem at det er store geografiske variasjoner i behandlingstilbud og innhold i behandlingen til rusavhengige (Den norske Legeforening, 2006). En undersøkelse fra Riksrevisjonen viser at en stor andel av pasientene som har vært innskrevet ved institusjon med rusproblemer, ikke har fått utarbeidet individuell plan selv om de har ønsket det. Undersøkelsen viser også at institusjonene opplever problem i samhandlingen med kommuner rundt planleggingen av ettervernet. Det kan tyde på at individuell plan ikke er et integrert og fungerende system i kommunene (Riksrevisjonen, 2010).

Tidsbegrenset opphold i institusjon

Så langt har vi sett på langtidsplasser i sykehjem. Vi skal nå vende blikket mot midlertidige plasser, eller korttidsplasser, i sykehjem.

Kommuner organiserer sine korttidstilbud noe ulikt og med ulike benevnelser. Målgruppen for de som søkes til ordinære korttidsopphold i sykehjem er personer som i en begrenset periode har behov for heldøgns pleie og omsorg. Oppholdet kan også være et tilbud til pasienter som ikke kan reise hjem etter en sykehusinnleggelse, men som trenger å avslutte påbegynt behandling eller utredes videre.

Noen korttidsopphold brukes til å utrede sykdomstilstander som nevnt over samt å gi omsorg i livets slutfase. Avlastnings-/ rulleringsopphold kan tildeles brukere med et særlig tyngende omsorgsnivå, der pårørende har behov for avlastning. Opphold kan gis som engangs tilbud, eller som gjentatte opphold. Korttidsavdelinger er preget av pasienter med stor funksjonssvikt, mange ulike sykdommer og stor skrøpeligheit. Pasientene tilbys tjenester etter behov. Korttids plassene brukes til rehabilitering og behandling, vurdering og terminal pleie, men også avklaring av behov hos personer med demens, avlastningsplasser og venteplass for pasienter med innvilget vedtak på langtids plass (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunehelsetjenesteloven gir kommunene ansvaret for medisinsk rehabilitering (Kommunehelsetjenesteloven, 1982). I St.meld 25 beskrives nødvendigheten av at kommuner har nok tilgang til korttids plasser og at plasser er tiltenkt brukere i alle grupper og aldre: *«Det er nødvendig at kommunene planlegger tilstrekkelig med korttids plasser i sykehjem og dagtilbud, som er tilrettelagt for habilitering og rehabilitering, og at de styrer tjenestene slik at det blir god flyt på systemnivå. Regjeringen ønsker å sikre rehabiliteringstjenester til alle som trenger det uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnedsettelse»*. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). I Meld. St. 29 (2012–2013) "Morgendagens omsorg" er rehabilitering videre beskrevet som ett av tre tema som peker seg ut som omsorgstjenestens viktigste områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). I et rehabiliteringsopphold er hensikten å øke nivået for selvhjelp slik at pasienten kan bli utskrevet til ønsket bolig. Dette skjer gjennom målbevisst opptrening og tilrettelegging slik at man får en god mestringsopplevelse og så god livskvalitet som mulig. Tilbudet gis vanligvis etter en sykdomsperiode der pasienten fungerer dårligere enn tidligere. I løpet av oppholdet er det vanlig å legge til rette hjemmesituasjonen, dersom dette er nødvendig. Oppholdet er ment å opprettholde eller forbedre pasientens funksjonsnivå med den hensikt at pasienten kan fortsette å bo i eget hjem, og bidra til å hindre eller utsette langtidsopphold i sykehjem.

Gjennomsnittlig botid er betydelig lenger ved langtids plasser enn ved korttids plasser. Langtids plasser utgjør om lag 85 % av de rundt 40 000 institusjonsplassene som finnes i landet og har i underkant av 20 % av utskrivningene (Brevik & Nygård, 2013). Korttids plassene utgjør følgelig 15 % av samlet institusjonsvolum, mens vel 80 % av utskrivningene skjer fra korttids plassene. Samtidig blir en svært stor andel av de som utskrives fra langtids plasser utskrevet som døde, mens en stor andel av de som utskrives fra korttids plassene utskrives i live, og i stor grad til egne hjem. *«Disse forhold tilsier at det dynamiske samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenester i hovedsak er tilknyttet korttids plassene. Når en bruker overføres til langtids plass blir samarbeid med hjemmetjenestene først aktuelt igjen når en bruker dør og ny bruker skal tas inn. Det er ved bruk av korttids plasser at samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenester er en faglig og kvalitativ nødvendighet: fordi målsettingen ved bruk av korttids plassene er at bruker skal søkes tilbakeført til bolig, må institusjon og*

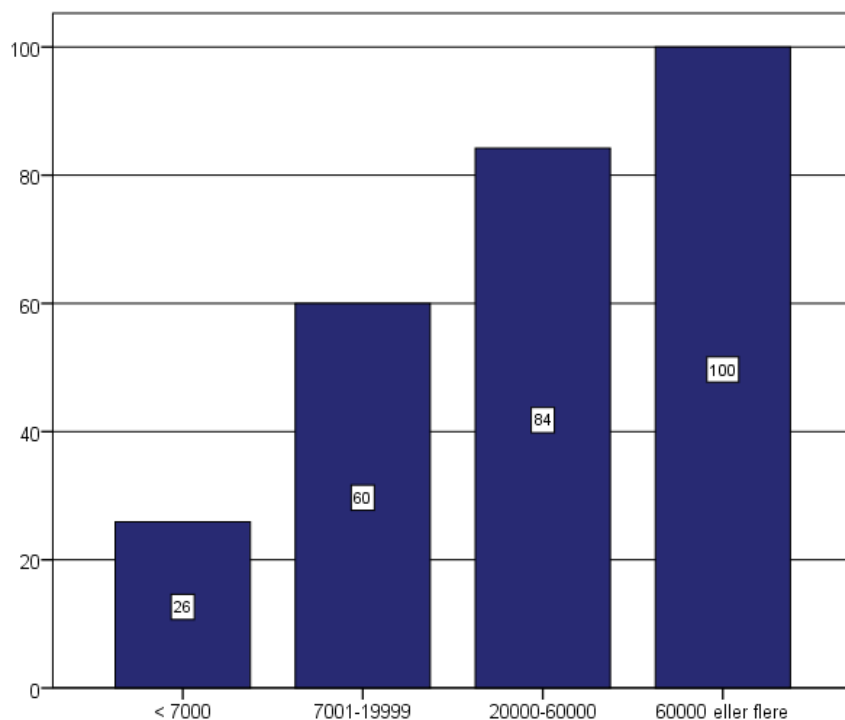
hjemmetjenesten etablere gjensidige forutsetninger for hverandre og sørge for koordinert innsats overfor sammen bruker (Brevik & Nygård, 2013).

I vår kommuneundersøkelse har vi spurt informanter i kommunene om de har øremerkede plasser i sykehjem til rehabiliteringsformål samt øremerkede plasser til korttid og avlastning. I intervjuene opplevde vi at kommune brukte forskjellige betegnelser på midlertidige plasser i sykehjem, men at det i mange tilfeller var overlapp mellom hvilke pasienter som brukte plassene. Mens én kommune innlemmet «rehabiliteringsplasser» i en egen avdeling for korttidsplasser, kunne en annen kommune holde plasser til rehabilitering adskilt fra korttidsplassene. Et annet eksempel gjelder øremerkede plasser til avlastning. I noen kommuner kunne disse være medregnet i et gitt antall korttidsplasser (enten som generell plass, eller øremerket plass til avlastning i korttidsavdeling), mens i andre kommuner kunne plasser til avlastning være organisert i egen seksjon, og i noen tilfeller være drevet og organisert av hjemmetjenesten. En del kommuner øremerker ikke midlertidige plasser til rehabilitering og avlastning, men hevder å gi omfattende og gode tilbud i en fleksibel korttidsavdeling der plass tildeles etter behov. Det er også verdt å bemerke at mange kommuner var i ferd med å tenke nytt og annerledes omkring organisering og drift av korttidsplasser på intervjudispunktet.

Rehabilitering

Av 76 kommuner i vårt utvalg, har 45 kommuner (59 %) øremerkede plasser til rehabilitering, mens 31 kommuner (41 %) oppgir å ikke har øremerking av slike plasser. De som svarer at de ikke har øremerkede plasser, kan ha allikevel ha gode tilbud innen rehabilitering, men disse er lokalisert sammen med andre tilbud som vi vil se beskrivelser av nedenfor. I noen andre kommuner er det reelt at de ikke har tilbud innen rehabilitering, men at de gir tilbud om rehabilitering i nabokommune eller i annen institusjon. Vi må derfor tolke disse tallene med noe forsiktighet. Figuren under viser at de største kommunene i større grad øremerker plasser til rehabilitering. I de minste kommunene (under 7000 innbyggere) har kun 26 % av kommunene i vårt utvalg øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem.

Figur 10: Plasser foreholdt rehabilitering i sykehjem. Prosentandel som har slike i ulike kommune grupper etter størrelse (innbyggertall). N=76.



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene tilrettelegger sine rehabiliteringstilbud. Av de som sier de har øremerkede plasser til rehabilitering, er det variasjon fra spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner og egne avdelinger på den ene siden, til interkommunale samarbeidsformer (både avtalefestede og som uformelle «gode naboer»), samt øremerking av noen senger i ordinært sykehjem på den andre siden. I større kommuner er det vanligere å ha egne korttidsykehjem der rehabiliteringsplassene i kommunen er samlokalisert:

«Vi har egen rehabiliteringsinstitusjon. Her har vi ekstra bemanning og mange yrkesgrupper er representert her. Dette innbefatter leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere med spesialutdanning. Det er høyere legedekning her, og det jobbes med personer som er motivert til å gjenoppta funksjonsevne. Det utarbeides klare målsettinger på forhånd for personer som får opphold. Det foretas individuelle tilpasninger. I tillegg organiseres det fellestreninger for personer som har noenlunde samme behov for opptrening». (Kommunegruppe 4)

I de senere årene har flere kommuner jobbet frem nye tilbud innen rehabilitering. I intervjuene påpekte flere informanter at de er svært fornøyd med nyopprettede tilbud i egen enhet med tilhørende fast personale:

«Vi har tidligere hatt rehabiliteringstilbud på sykehjem, men det er nå flyttet til Helsehuset som åpnet nylig. Der blir det en egen enhet i en egen fløy, med eget personell. Det fungerer veldig bra, og vi har høy kompetanse der. Det blir brukt aktivt, også av spesialisthelsetjenesten, så vi føler at det er et tilbud på spesialistnivå». (Kommunegruppe 4)

I flere kommuner av forskjellig størrelse kom det frem at planleggingen og organiseringen av rehabiliteringstjenestene er i endring. Dette har bakgrunn i statlig styring og vekt på å styrke og videreutvikle kommunale tilbud:

«Vi fikk pålegg fra ledelsen til å tenke mer på rehabilitering. Dette er hovedgrunnen til nysatsningen som vi startet opp i 2011 og 2012. Dette har jo blant annet med Samhandlingsreformen å gjøre. På rehabiliteringsavdelingen har vi høyere bemanning av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og leger». (Kommunegruppe 4)

I større kommuner har mange planer om å samlokalisere rehabiliteringsplassene som nå er spredt på flere sykehjem til en enhet:

«I dag har vi over hundre øremerkede plasser til rehabiliteringsformål spredt på seks forskjellige sykehjem i kommunen. Vi har planer om å samlokalisere rehabiliteringsplassene. Vi ønsker oss helt klart større enhet med spesialisering, og vi ser at dette er veien å gå i fremtiden». (Kommunegruppe 4)

De fleste kommunene hadde imidlertid på intervju tidspunktet øremerkede rehabiliteringsplasser på ordinære sykehjem:

«Vi har øremerkede rehabiliteringsplasser på ordinære sykehjem. Noen av sykehjemmene har egne avdelinger for rehabilitering. Tilbudet er som regel styrket med stillinger for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere. For avdeling med 20 plasser har vi fire fysioterapeuter og tre ergoterapeuter. For avdelingen med åtte plasser har vi to fysioterapeuter og én ergoterapeut» (Kommunegruppe 4)

I noen kommuner tilrettelegges rehabiliteringstilbudet i én avdeling ved ett av kommunens sykehjem. I intervjuer fremhevet informanter at de opplevde sitt tilbud som svært godt:

«Vårt rehabiliteringstilbud er lokalisert i egen avdeling på sykehjem. Her gjøres det et eget inntak, og det drives medisinsk rehabilitering på høyt nivå... Dette vil jeg si er like godt som i spesialisthelsetjenesten» (Kommunegruppe 3)

Noen kommuner har et ekstra fokus på å bygge faglige team som driver med rehabilitering. Disse brukes både i institusjon og i den kommunale hjemmetjenesten:

«Kompetansesammensetning innen rehabilitering her i vår kommune er lege, ergoterapeut, fysioterapeut og spesialsykepleier med rehabilitering som fagområde. De jobber etter en tverrfaglig modell. Tilbudet er lokalisert i helsehuset i kommunen. Vi vil satse på rehabilitering i hjemmet fremover og drive økt hverdagsrehabiliteringsvirksomhet! Vi ser for oss at rehabilitering vil bli noe annet enn det er har vært tidligere». (Kommunegruppe 4)

En del kommuner har lokalisert øremerkede rehabiliteringsplasser sammen med korttidsplasser til avlastning og utredning. Her bygges det ofte opp kompetanse hos ansatte som er spesielt interessert i rehabilitering:

«Tilbudet vårt om rehabilitering handler i stor grad om kompetanse. Vi har tilknyttet ergoterapeut, fysioterapeut og lege i 100 % stilling i helsehuset. Vi har også sykepleier med rehabiliteringskompetanse. Det er totalt 23 plasser i avdelingen, men av disse er ni plasser brukt til rehabilitering. De andre plassene er korttid for utredning, behandling og avlastning.» (Kommunegruppe 3)

I flere kommuner ble det lagt vekt på at når rehabiliteringsplassene var lagt til en korttidsavdeling med mange plasser, så kunne plassene brukes fleksibelt:

«Det er fire plasser som er holdt av til rehabilitering av totalt ni plasser i korttidsavdeling. Hvis det er behov for flere rehabiliteringsplasser, brukes det av de øvrige fem. Avdelingen har høy sykepleierdekning og helsefagarbeidere med fagskole. Det er også tilknyttet legeressurs, fysioterapeut og ergoterapeut. Vi har 100 % stilling for ergoterapeut forbeholdt institusjon totalt». (Kommunegruppe 2)

I noen kommuner er rehabiliteringsplassene knyttet til kommunalt medisinsk senter, og samlokalisert med andre tilbud kommunen er pålagt å ha:

«Vi har et kommunalt medisinsk senter der det er 16 plasser til rehabilitering, ø-hjelp, intermediærplasser og palliasjon. I realiteten er nok ca. ti av disse plassene ren rehabilitering. Vi har fysio- og ergoterapeut, sykepleier og leger som er trent på rehabilitering» (Kommunegruppe 3)

Noen kommuner som har øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem, har også tilpasset et ekstra tilbud om rehabilitering i omsorgsbolig:

«Øremerkede plasser til rehabilitering er tilrettelagt som en egen post i sykehjemmet med treningsfasiliteter. Det er et samarbeid mellom rehabiliteringstjenesten og institusjonstjenesten. Vi har i tillegg tre rehabiliteringsplasser lokalisert i omsorgsboliger» (Kommunegruppe 2)

I tillegg til egne rehabiliteringssenger ved sykehjem i sin kommune har noen kommuner i tillegg tilgang til rehabiliteringsplasser i nabokommuner. I slike interkommunale samarbeid blir ofte rehabiliteringsbehovet til brukerne gradert i forhold til hva kommunene kan ta selv, og hva de må henvise videre til en annen kommune:

«Vi har øremerkede plasser til rehabilitering, og det er en egen avdeling i sykehjemmet. Vi har tilgang til ergoterapeut og fysioterapeut. Vi har også tre plasser i et interkommunalt rehabiliteringssenter. Dette er for dem med større behov enn vi kan dekke selv i egen kommune». (Kommunegruppe 2)

Mindre kommuner beskriver sine øremerkede plasser ved sykehjem som små tilrettelagte tilbud. Flere mener de gir gode tilbud selv om de er små, og det er begrenset med tverrfaglig kompetanse:

«Vi har én øremerket plass i sykehjemmet til rehabilitering. Vi har én fysioterapeut, og det er holdt av 1,4 årsverk til dette arbeidet. Vi synes vi gir et godt tilbud». Kommunegruppe 1)

Små kommuner med øremerkede rehabiliteringsplasser har mulighet til å tilkalle kompetanse ved behov:

«Vårt rehabiliteringstilbud er et eget rom i sykehjemmet, lokalisert i kjelleren. Det har ribbevegg. Vi har egen ergoterapeut og fysioterapeut som tilkalles ved behov». (Kommunegruppe 1)

Kommuner som ikke har øremerkede plasser til rehabilitering

De 31 kommunene som ikke har øremerkede plasser til rehabilitering, forklarte i intervju at de har andre løsninger. Noen oppgir å ha tilgang til å gi rehabiliteringstilbud i større korttidsenhet, der det ikke er øremerking av plasser. Flere små kommuner opplever at det ikke er så stor etterspørsel etter plasser til rehabilitering, og de har ikke anledning til å øremerke plasser til dette formålet alene.

Mange mindre kommuner løser behovet for plasser til rehabiliteringsformål når det oppstår etterspørsel:

«Når det gjelder rehabiliteringstilbud, så har vi fysioterapeut og ergoterapeut som følger opp de beboerne som har behov for dette. Vi gir et godt tilbud til denne gruppen. Men det er veldig varierende hvor stort behovet er». (Kommunegruppe 2)

I noen mindre kommuner kom det frem i intervjuene at ordet «rehabilitering» skaper store forventninger, og at disse ikke kan stå i forhold til hva kommunene kan tilby:

«Vi har ikke øremerkede plasser til rehabilitering... Vi liker ikke å kalle noe rehabilitering fordi det skaper så store forventninger. Vi har ikke fysioterapeut i mer enn 50 % stilling, men vi utfører noe opptrening etter individuelle behov». (Kommunegruppe 2)

Kommuner som svarer at de ikke har øremerkede plasser til rehabilitering, viser ofte til at de benytter generelle korttidsavdelinger der det er mulighet for å drive med noe rehabilitering selv om ingen plasser eller senger er øremerket til rehabilitering alene:

«Vi har en korttidsavdeling der vi har noe mulighet for å drive rehabilitering, men ingen senger er øremerket. På korttidsavdelingen har vi en sykepleier, fysioterapeut, tilgang til ergoterapeut og lege som benyttes innen rehabilitering. Vi planlegger nå å etablere noen rehabiliteringssenger sammen med nabokommunen» (Kommunegruppe 2)

Flere kommuner viser til at de har korttidsplasser der ingen plasser er særskilt merket som rehabiliteringsplasser. Noen kommuner viser til samarbeid med nabokommuner eller planlegger å utvikle et interkommunalt samarbeid omkring korttidsplassene:

«Vi har egen avdeling der alle typer korttidsplasser ligger. Opplegget her tilpasses brukeres behov og tilrettelegges individuelt. Her er det noe større bemanning. Vi samarbeider noe med nabokommune om korttidsplasser. Det er ikke interkommunalt samarbeid altså, men mer som et samarbeid mellom "gode naboer". (Kommunegruppe 1)

Noen ledere i omsorgstjenestene i mindre kommuner mener de ikke har godt nok tilbud innen rehabilitering. De ønsker å bygge opp denne tjenesten:

«Vi skal etablere et interkommunalt samarbeid om rehabilitering. Vi prøver å gi et tilbud per i dag, men det er ikke godt nok... Vi bør forbedre oss på rehabilitering!» (Kommunegruppe 2).

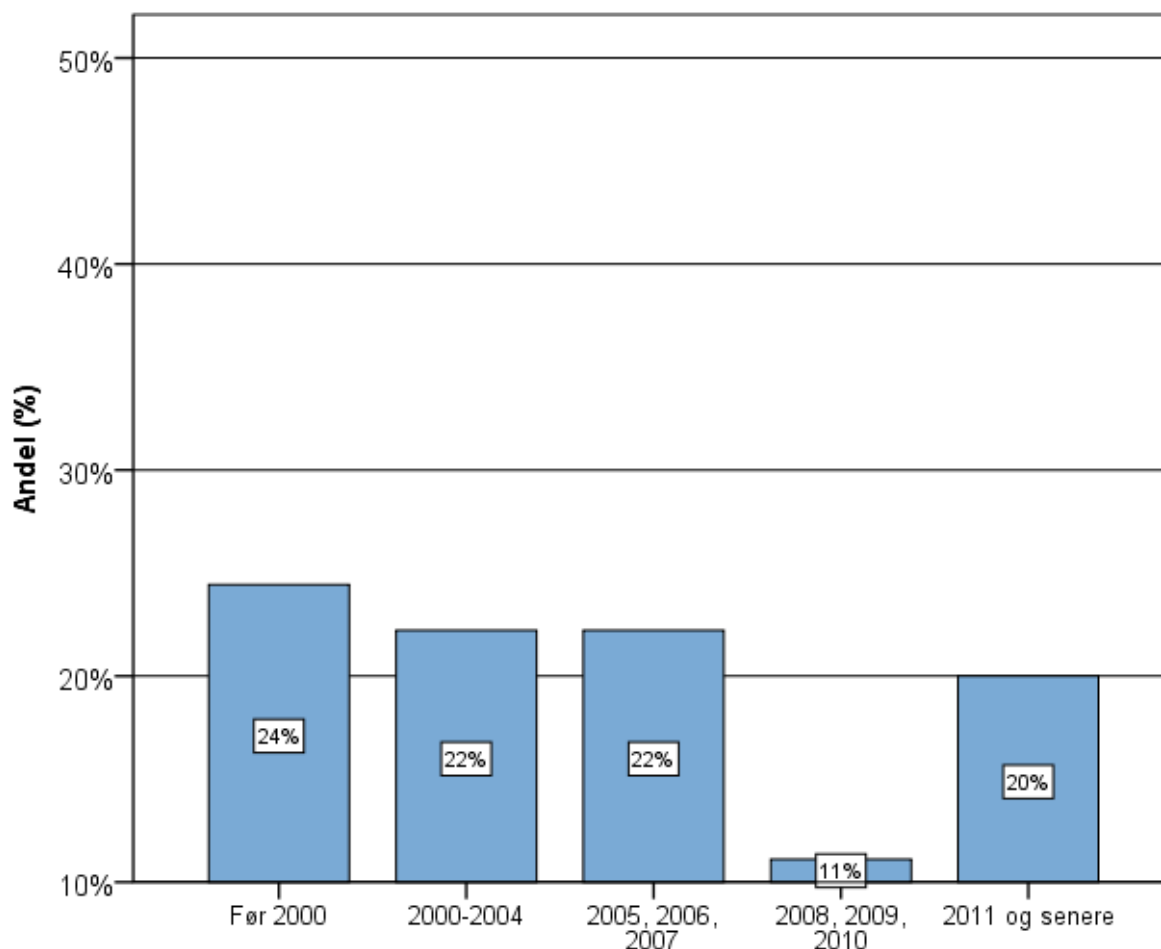
Flere små kommuner tilrettelegger rehabilitering for personer når det oppstår behov. I noen kommuner må pasienter i denne kategorien henvises videre til steder med mer kompetanse og utstyr:

«Vi har et lite sykehjem med 18 plasser og fire ø-hjelpsplasser. I et nabobygg har vi fire dobbeltrom til avlastning og noe rehabilitering. Det er vanlig å henvise rehabiliteringspasienter videre til steder med mer utstyr og kompetanse, for eksempel sykehuset.» (Kommunegruppe 1)

Når ble plassene for rehabilitering i sykehjem øremerket?

På spørsmål om når det ble opprettet rehabiliteringstilbud, svarer de fleste at dette ble opprettet før Omsorgsplan 2015. Av 45 kommuner som svarte på når tilbudet ble opprettet, svarte 11 kommuner (24%) at det ble opprettet før år 2000, 10 kommuner (22%) sier fra 2000-2004, 10 kommuner (22%) fra 2005-2007, 5 kommuner (11%) sier 2008-2010, 9 kommuner (20%) fra 2011 og senere

Figur 11: Når ble tilbudet om rehabilitering startet opp? Andel kommuner (%) etter årstall (N=45).



Datakilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Andre korttidsplasser: avlastningsplasser i sykehjem

Av 76 kommuner svarte 67 (88 %) at de har øremerkede plasser til avlastning, mens ni kommuner (12 %) sier de ikke har det. En del av de øremerkede plassene er lokalisert i korttidsavdeling som rommer flere typer korttidsopphold. Som vi har beskrevet over på spørsmål om øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem, må vi tolke tallene her med varsomhet. Kommunene organiserer de midlertidige plassene på forskjellig vis og gir plassene forskjellige betegnelser. Det kan være overlapp med hensyn til hvilke pasienter som benytter plassene. Dessuten ser vi at flere kommuner samlokaliserte korttidsplassene sine enten kommunalt eller i ulike interkommunale samarbeidsformer. Kommuner som har korttidsplasser definerer ikke nødvendigvis disse nærmere

med å øremerke et gitt antall senger til rehabilitering, avlastning, rullering etc., etc. Ofte benyttes plassene fleksibelt av de pasientene som til enhver tid har behov.

Hvordan har kommunene organisert plasser til avlastning? Her er det en del ulike modeller og former for organisering. Som vi har sett over på spørsmål om øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem, er det nokså vanlig at større kommuner samlokaliserte korttidsplassene sine der disse har flere formål, inkludert avlastning. Siden vi har beskrevet ulike måter å tilrettelegge for korttidsplasser med fokus på rehabilitering over, vil vi nå konsentrere oss om å beskrive tilrettelegging av plasser til avlastning.

I flere kommuner er plasser til avlastning lagt til korttidsavdeling. Dersom det er behov for flere plasser, beskriver noen informanter at de benytter plasser der det ellers er ledig i sykehjemmet:

«Avlastningsplassene ligger i en korttidsavdeling, der det også er to rehabiliteringsplasser i tillegg. Denne avdelingen har fem plasser totalt. Ofte blir én av de tre korttidsplassene brukt til vurderingsopphold, der pasienten får en vurdering av medisiner, total helsetilstand eller begynnende demens for å kartlegge videre oppfølging av omsorgsbehov. Avlastning tilbys ellers der det blir plass ellers i sykehjemmet, eller vi tar inn med overbelegg.» (Kommunegruppe 1)

I en del kommuner har hjemmetjenesten fått overført ansvaret for avlastningsplassene. Det vil si at hjemmetjenesten disponerer og styrer plassene til avlastning:

«Våre avlastningsplasser er tilrettelagt som en del av institusjonstjenesten, men plassene disponeres av hjemmetjenesten. Alle de tre distriktene i kommunen disponerer fire plasser hver. Her skjer det litt forskjellig aktivitet som både opptrening, rullering, og rene avlastningsopphold. Det gjøres individuell kartlegging for hver pasient, og det jobbes med tiltaksplaner. Jeg skulle ønske vi hadde flere slike plasser!» (Kommunegruppe 3)

Flere kommuner har de senere år gjennomført endringer i tilretteleggingen av avlastningsplasser. I flere kommuner er det hjemmetjenesten som styrer plassene og har ansvar for tjenesten med noe støtte fra sykehjemmet i helger og på natt:

«Vi har fire avlastnings/korttidsplasser som tidligere fungerte som sykehjemsplasser. I 2012 ble disse flyttet over til hjemmetjenestens ansvarsområde. Plassene ligger fortsatt på sykehjemmet i en egen avdeling, men styres nå av hjemmetjenesten. Plassene er kun i bruk i perioder på tre uker annenhver måned. Vi tar i mot opptil fire pasienter til avlastning i tre uker i for eksempel januar måned. Så kommer neste avlastningsperiode i mars måned. Hjemmetjenesten betjener avdelingen på dag og kveld, mens det er nattevakten på sykehjemmet som betjener avdelingen på natten» (Kommunegruppe 1).

I noen kommuner planlegges det endringer av de eksisterende avlastningsplassene. I flere intervjuer kom det frem at det er mange brukere av avlastningsplasser som aldri kommer ut igjen til egne hjem, men som egentlig er i behov av langtidsplass:

«Det er ordinært kompetansenivå på egne fløyer for avlastning, rullering, trening etc. Vi har egne stuer og fritidskoordinatorer som jobber med tilrettelagte aktiviteter. Lokaliseringen er i helsehuset i kommunen vår, men vi skal fordele disse plassene ut i distriktene våre på nyåret. Mange av disse plassene er til enhver tid belagt av personer som aldri kommer ut igjen og som egentlig skal på langtidsopphold.» (Kommunegruppe 4)

I flere kommuner ble plassene til avlastning brukt fleksibelt med plasser til rehabilitering og korttidsplasser generelt selv om plassene i utgangspunktet var øremerkede. Flexibilitet ble også nevnt i bruken av korttids- og langtidsplasser:

«Vi har fire plasser av totalt ni plasser i korttidsavdeling som er øremerket rehabilitering, og de resterende fem plassene er øremerket avlastning. Hvis det er behov for flere rehabiliteringsplasser enn de fire, brukes det av de øvrige fem plassene på korttidsavdelingen. Hvis det er ledig kapasitet i langtidsavdelingen og det er pasienter med behov for korttidsopphold/avlastning, brukes langtidsplasser til korttidsopphold. Av og til får pasienter på korttidsopphold langtidsvedtak, og da hender det at disse pasientene venter på langtidsplass på korttidsavdelingen». (Kommunegruppe 2)

I flere intervjuer kom det frem at behovet for korttidsplasser er stort. Flere informanter var opptatt av å finne andre løsninger for personer som trengte korttidsopphold på grunn av mangel på øremerkede korttidsplasser. Noen ytret ønske om å få tilrettelagt bedre løsninger enn de ordningene som de hadde på intervjuutidspunktet. Flere informanter uttrykte ønsker om å koble seg opp mot hjemmetjenesten:

«Vi mangler korttidsplasser! Vi jobber for å redusere langtidsvedtak, og kan ikke øremerke. Vi skal satse på å bygge opp hverdagsrehabiliteringsteam. Hadde vi hatt 20 plasser på korttid, så hadde alle vært i bruk. Her jobber vi intenst med et opplegg nå og utformer et bedre tilbud» (Kommunegruppe 3).

I noen kommuner var det opprettet egen enhet som arbeider med korttidspasienter:

«De faglige ressursene i vår kommune er Fysio- og ergoterapitjenesten som er sentralisert i kommunen og tjener både sykehjemsbeboere og hjemmetjenesten. Personalet på sykehjemmet går på tvers av alle rommene, og rommene ligger i en lang gang og regnes nå som én avdeling. Det er tett og godt samarbeid mellom sykehjemmet, hjemmesykepleien og fysio- og ergoterapitjenesten. Vi har fokus på rehabilitering fra innskriving. Vi har alltid et utskrivningsmøte med alle tre instansene (sykehjem, hjemmesykepleien, fysio/ergo) og mottakskontoret. Det er hele tiden et fokus på utskrivning». (Kommunegruppe 2)

I noen mindre kommuner ble det poengtert at det er nær kommunikasjon mellom sykehjem og hjemmetjenesten. Slike kommuner har lettere oversikt over hvilke behov som kommer i den nærmeste fremtid:

«Korttidsavdelingen er tilrettelagt på samme måte som sykehjemmet for øvrig. Det har en egen stue, oppholdsrom og kjøkken. Sengene til avlastning er samlokalisert med rehabiliteringssengene. Tilbudet skreddersys for den enkelte i forhold til avlastning og trening. Når det gjelder bemanning og kompetanse, vurderes det hva som er nødvendig for den enkelte bruker. Det at vi er en liten kommune og har god kommunikasjon med hjemmetjenesten gjør at vi "vet" hvem som snart trenger plass og kan gjøre tilpasninger for å få til best mulig løsning for tjenestemottaker» (Kommunegruppe 1)

I noen kommuner har plasser til avlastning og korttid vært lokalisert på flere sykehjem, men det er nå en tendens til ønske om å samlokalisere disse. I en slik prosess blir også ofte ø-hjelps plassene lokalisert til samme sted. Noen kommuner henviser til at Samhandlingsreformen har bidratt til å øke behovet for korttidsplasser:

«Noen av plassene på korttidsavdeling er spesialisert for demente, mens noen er akutte omsorgsplasser. Her drives det med utredning og kartlegging i første fase. Det er også plasser til avlastning/rullering på samme sted. Behovet for korttidsplasser er stort på grunn av Samhandlingsreformen» (Kommunegruppe 4).

I noen kommuner var korttidsplasser lokalisert til omsorgsboliger:

«Vi har korttidsplasser i omsorgsbolig. Vi har hatt dette i mange år». (Kommunegruppe 1).

Kommuner som ikke har øremerket tilbud til avlastning/korttid

De ni kommunene ikke har øremerkede plasser til avlastning, svarer at de organiserer et slikt tilbud når det oppstår behov for det:

«Vi rydder plass til dette dersom det er behov for det. Vi har samarbeid med nabokommunen som har god kapasitet, og vi bruker dem noe». (Kommunegruppe 1)

«Vi har ikke egne plasser, men stort sett har vi ledige plasser i sykehjemmet, slik at vi kan gi et tilbud. Stort sett er ikke det et problem.» (Kommunegruppe 1)

Mindre kommuner legger vekt på at de uansett finner løsninger, og at de i stedet for å øremerke senger ønsker å innrette sykehjemmet annerledes fremover:

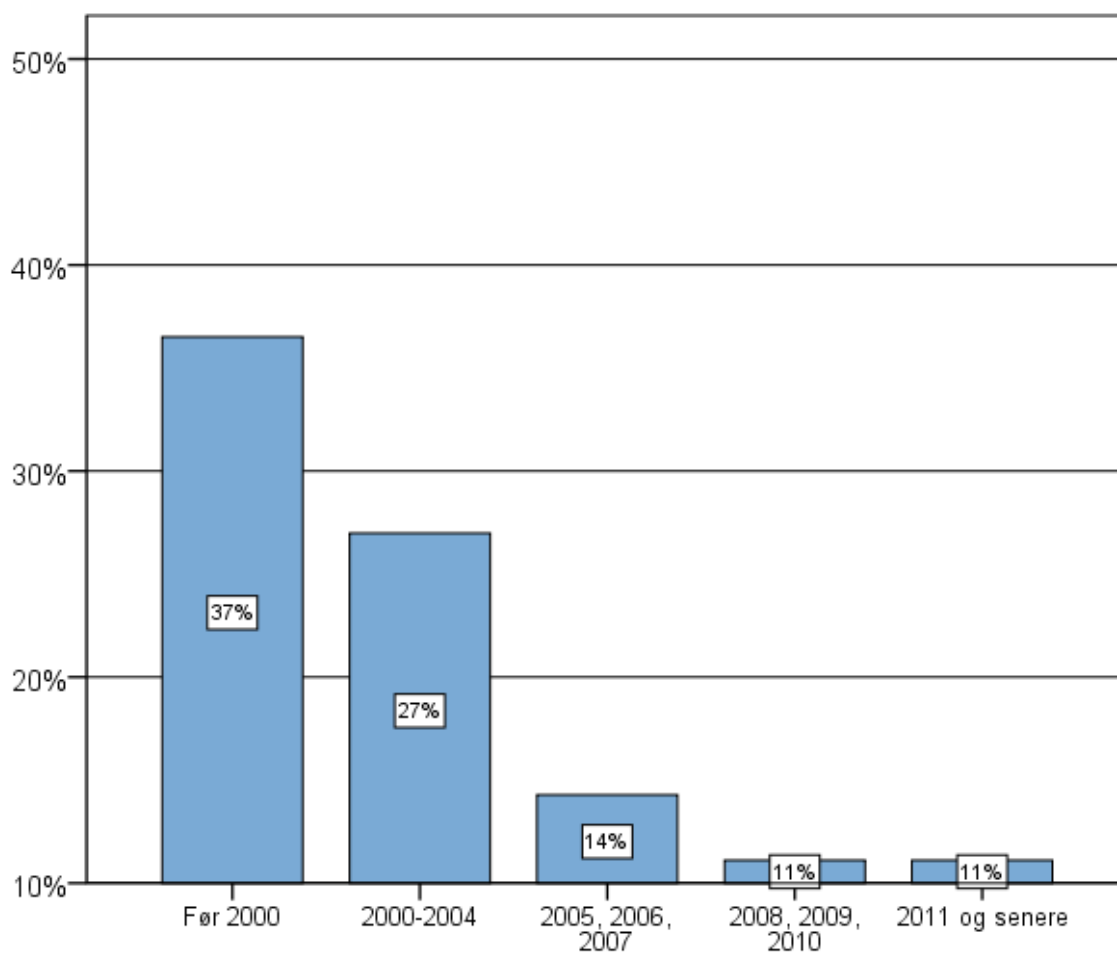
«Vi jobber fra "sak" til "sak". Det er viktig at rett person er på rett plass, men vi er en liten kommune. Vi ønsker å få en funksjonsinndeling etterhvert, etter pleietyngde og organisere bemanningen deretter. Vi har hatt mye nytte av SAMAKS prosjektet - samarbeid med spesialisthelsetjenesten». (Kommunegruppe 1)

Små kommuner legger det vekt på at tjenester gis etter behov. Noen mindre kommuner jobber etter best effektive omsorgsnivå, BEON-prinsippet. I intervjuer kom det frem at disse ønsket seg litt mer øremerking fremover, men de har ikke dette per dato.

Når ble avlastningsplassene/korttidsplassene opprettet?

Av de 66 som vet når de opprettet tilbudet, svarer 23 kommuner (37 %) at det ble opprettet før 2000, altså flere år forut for Omsorgsplan 2015. Fra 200-2004 er det 17 kommuner (27 %), 2005-7 er det 9 kommuner (14 %), 2008-10 er det 7 kommuner (11 %) og fra 2011 og senere er det 7 kommuner (11%).

Figur 12: Når ble tilbudet om avlastning/korttid startet opp? Andel kommuner (%) etter årstall (N=66).

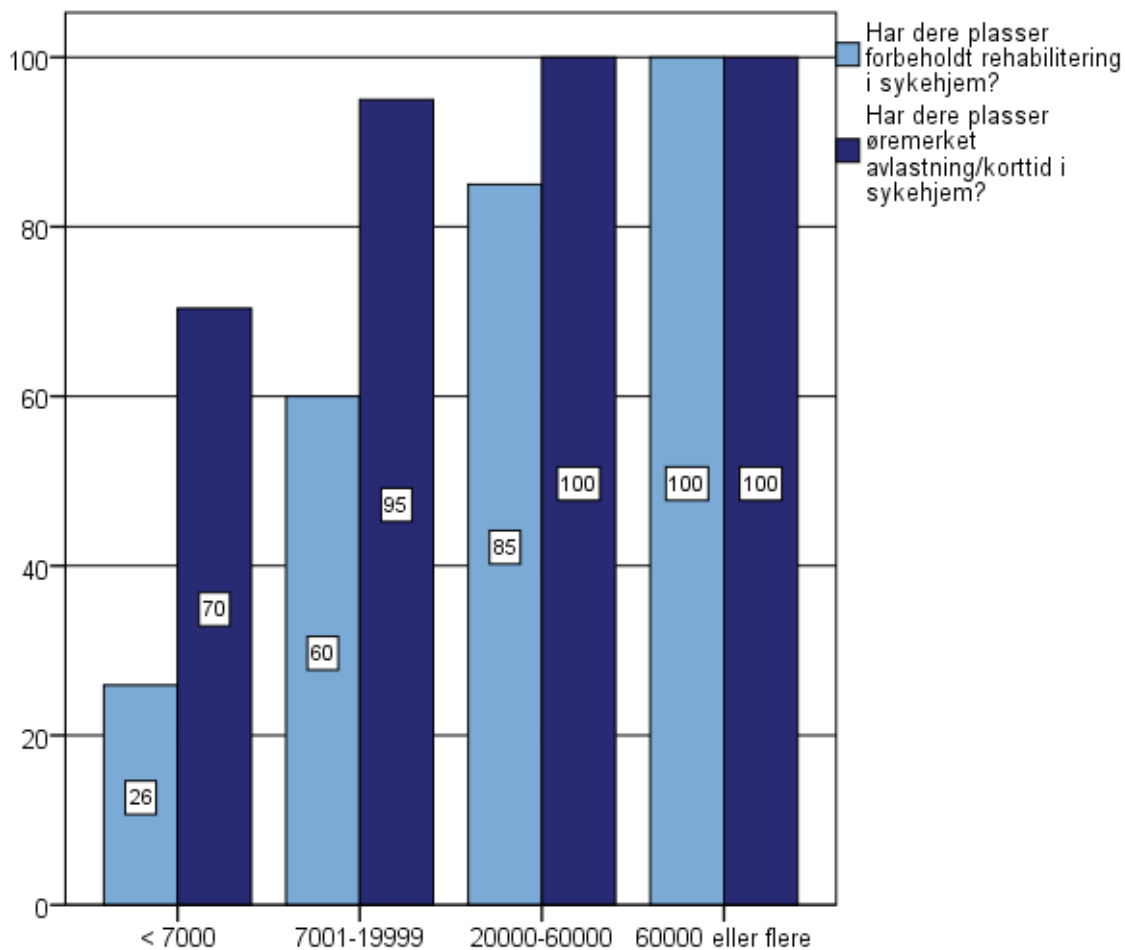


Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet

Oppsummering tidsbegrenset opphold i institusjon

I vårt utvalg på 76 kommuner har 70 % av kommunene med færre enn 7000 innbyggere øremerkede plasser i sykehjem for avlastning/korttid, og 26 % av dem har øremerkede plasser til rehabilitering. Jo større kommunene er, jo flere kommuner øremerker plasser. I kommuner med et innbyggertall mellom 7000-20 000, har 60 % i vårt utvalg øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem og 95 % har øremerkede plasser til avlastning/korttid.

Figur 13: Andel kommuner av ulike størrelse som har plasser forbeholdt hhv. rehabilitering og avlastning/korttidsopphold i sykehjem. Prosent. (N=76).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

I gruppen av de nest største kommunene ser vi at 85 % har øremerkede plasser til rehabilitering i sykehjem, og alle (100 %) har øremerkede plasser til avlastning/korttid. Alle de største kommunene har både øremerkede plasser til rehabilitering og til avlastning/korttid.

Tidspunkt for opprettelsen av ulike innretninger i sykehjemmene

Tabellen under oppsummerer når de ulike øremerkede tilbudene i sykehjem ble startet opp. Mens noen kommuner har hatt øremerkede senger/plasser til palliasjon fra før 2000, ser vi at de fleste har utviklet dette fra 2000 og frem til i dag. Graden av øremerking har økt i forbindelse med overføring av ansvar for kreftpasienter til kommunene samtidig med at det har vært mulig å søke tilskuddsmidler til kompetanseheving.

Vi har også vist at tilbud om skjermet enhet i hovedsak kom i stand etter 1988, og at dette tilbudet i stor grad var innrettet i kommunene før Omsorgsplan 2015. Under Omsorgsplan 2015 har midlertid flere kommuner foretatt oppgraderinger og videreutviklet bygningspassen. I dette arbeidet har noen kommuner økt antall plasser i skjermet enhet.

Forsterket skjermet har sin opprinnelse etter 1999 og sammenfaller med tidsrommet for opptrappingsplanen for psykisk helse. Flere informanter som ikke hadde slike øremerkede plasser i sykehjem sine kommuner, påpekte behovet for å få opprette slike plasser. Utbyggingen av forsterket skjerming har økt de siste årene.

Bygging av omsorgsboliger for demente har foregått i to tidsperioder. I tidsrommet mellom 2000 og frem til 2004 bygget kommuner bofellesskap til denne gruppen. I tiden under Omsorgsplanen fra 2008 er det blitt bygget omsorgsboliger enten som enkeltstående bygg eller der flere boliger er samlokalisert.

Når det gjelder øremerkede plasser til psykiatri/psykisk helse hjelp i sykehjem, ser vi tilbudet sammenfaller med tidsrommet for opptrappingsplanen for psykisk helse.

Opprettelsen av øremerkede plasser til rus er spredt over flere år. Det er kun fire kommuner som har svart. Tre av tilbudene er opprettet før Omsorgsplan 2015, mens ett er opprettet i planperioden, nærmere bestemt etter 2011.

Tabell 7: Årstall for opprettelse av øremerkede plasser i sykehjem. Andel kommuner (%) etter årstall. N=76.

Plasser forbehold til:					2011 eller senere
	Før 2000	2000-2004	2005-2007	2008-2010	
Palliasjon (N=43)	11,6	20,9	20,9	23,3	23,3
Skjermet enhet (N=67)	34,3	46,3	10,4	6	3
Forsterket skjermet enhet (N=26)	19,2	23,1	26,9	19,2	11,5
Omsorgsbolig for demente - bofellesskap (N=26)	15,4	34,6	15,4	19,2	15,4
Psykiatri/psykisk helsehjelp (N=14)	7,1	28,6	21,4	14,3	28,6
Rusmisbrukere (N=4)		25	50		25
Rehabilitering (N=45)	24,4	22,2	22,2	11,1	20
Avlastning - korttidsplasser (N=63)	36,5	27	14,3	11,1	11,1

Når det gjelder korttidsplasser, ble behovet for slike plasser og innretningen av dem mye diskutert i kommunene. I mange kommuner ble det uttrykt et ønske om å innrette korttidsplassene på en ny måte, og det var tydelig ønske om nytenkning omkring disse plassene. Mange kommuner opplever at det er press på langtidsplassene, og at korttidsplasser opptas av beboere som egentlig skulle ha en langtidsplass. Oppe i dette må kommunene legge til rette for behandling, stell og pleie på et mer avansert nivå enn tidligere. Pasienter kommer raskere ut fra sykehus, og sykehjemmet må legge til rette for å ta i mot dårligere pasienter. I flere kommuner lokaliseres også det kommunale ø-

hjelptilbudet til sykehjem. Dette gjør at kravet til kompetanse og bemanning vokser. Noen kommuner ønsker å løse dette ved å innrette eller bygge spesialiserte korttidsavdelinger som skal betjene flere funksjoner. Andre, særlig mindre og mellomstore kommuner, inngår i samarbeid med nabokommuner for å løse utfordringene i felleskap. De minste kommunene tilrettelegger hele tiden etter de behov som melder seg, og finner individuelle løsninger for personer med behov for korttidsopphold.

3. Innholdet av tilbudet i hjemmetjenesten

De senere årene har det vokst frem flere nye tilbud og innretninger også i hjemmetjenestene. Som vi har beskrevet innledningsvis i rapporten, har institusjoner siden 1970- årene blitt gradvis nedbygd, og mange av tjenestemottagerne som tidligere mottok et tilbud i institusjon, har kommet over i boliger og får tjenester av den kommunale hjemmetjenesten (Brevik, 2010).

Antallet brukere av hjemmebaserte tjenester økte med vel 15 % i Norge under Handlingsplan for Eldreomsorgen (1998-2006). Om vi ser på utviklingen i antall mottagere av hjemmetjenester etter alder i denne perioden, ser vi at det har vært en markant vekst i brukere under 67 år. Denne gruppen økte med 73 prosent i perioden 1998-2006 fra 31.700 personer til 55.000 personer. Brukere over 80 år økte med 15 prosent, mens det ble nesten 25 % færre brukere i aldersgruppen 67 til 79 år (Brevik, 2010). Brevik beskriver at det følger av dette at 70 prosent av brutto tilvekst i antall brukere i årene 1998-2006 falt på personer under 67 år. Resten (30 %) tilfalt brukere over 80 år. Hovedutviklingen i perioden 1998-2006 er med andre ord at bruken av hjemmebaserte tjenester tiltar moderat blant eldre 80 år og eldre, mens den reduseres betraktelig blant yngre eldre (67 til 79 år). Det har imidlertid vært en formidabel relativ vekst i bruken av slike tjenester blant yngre brukere.

I perioden fra 2007 til 2013 har det vært en økning i antall mottagere av pleie- og omsorgstjenester på nesten åtte prosent. Blant de hjemmeboende tjenestemottagerne er andelen unge mottagere noe større enn for tjenestemottagere i alt, da én av fire er under 50 år (Mørk et al., 2014). Sammensetningen av mottagere etter alder, kjønn og bistandsbehov har ellers ikke endret seg nevneverdig fra før 2006 (Mørk et al., 2014). En endring er at hjemmetjenestemottagere med omfattende bistandsbehov er blitt tildelt et økende antall timer med hjelp per uke i 2007-2017. Som vi har beskrevet tidligere i denne rapporten, mottar yngre hjemmetjenestemottagere (under 67 år) mer bistand enn mottagere som er 67 år og eldre målt i antall tildelte timer per uke.

I perioden fra 1998-2006 har det vært en nedgang i antall brukere som kun mottok praktisk bistand, og en vekst i de som mottok hjemmesykepleie. Dette bildet har fortsatt fra 2007 og til 2013 der flere får hjemmesykepleie og færre mottar bare praktisk bistand. Dette betyr at den helsemessige situasjonen hos brukerne fordrer mer medisinsk og profesjonsorientert hjelp enn tidligere. Dette har sammenheng med tidligere utskrivninger fra sykehus, samt at hjemmetjenestene brukes mer intensivt og målrettet for at den enkelte kan bli boende lengst mulig i egen bolig og dermed utsette eller forhindre innleggelse i institusjon. Også blant mottagere av hjemmesykepleie og praktisk bistand er én av fem mottagere under 50 år (22 prosent) (Mørk et al., 2014). Hovedtyngden av dem som får hjemmesykepleie og praktisk bistand (62 prosent) er over pensjonsalderen. Andel som har omfattende bistandsbehov er som tidligere nevnt klart større blant yngre brukere av disse tjenestene enn blant eldre. Dette har sammenheng med at eldre ofte får langtidsopphold i institusjon. Det er også beskrevet som et mål å unngå langtidsplass i institusjon for yngre mottagere, spesielt de som er under 50 år (Mørk et al., 2014)

Analyser av Helsetilsynets undersøkelser i 2003 viser Romøren (Romøren, 2006) at mottakere av hjemmetjenester under 67 år består av to store og to mindre grupper diagnostisk sett. Den største gruppen er somatiske lidelser (39 %), og dernest gruppen med psykiske lidelser (37 %). De to minste gruppene består av utviklingshemmede (13 %) og personer med rusproblematikk (9 %).

Annen forskning på mottakere av hjemmetjenester viser at det er forskjellig hvordan hjelp blir vurdert, og hvordan standarden på hjelpen er mellom yngre og eldre brukere. Årsaken til dette kan være at yngre brukere og yngre pårørende er godt kjent med rettigheter, og at de stiller større krav i motsetning til eldre brukere. I tillegg viser studien at yngre brukere av hjemmetjenesten kan ha tilgang til flere tjenester enn eldre (Hamran & Moe, 2012).

Hamran og Moe konkluderer med at alder er en vesentlig faktor som legges til grunn for vurdering av bistandsbehov (Hamran & Moe, 2012). Det er et uttalt mål at yngre brukere i størst mulig grad skal kunne leve som funksjonsfriske personer på egen alder (normaliseringsprinsippet), og det blir lagt vekt på hva som er verdig og akseptabelt for dem. I motsetning blir ikke eldre brukere sammenliknet med funksjonsfriske på egen alder. Dette ligger til grunn for en forskjellsbehandling, som Hamran & Moe finner at blir sett på som naturlig før en dypere refleksjon over egen praksis og holdninger til faget (Hamran & Moe, 2012). Romøren (2012) fant i sine undersøkelser at alder, funksjonsnivå og i særlig grad ulike helsemessige årsaker til hjelpebehovet er klart assosiert med hvordan praktisk bistand fordeles. Alt annet likt får psykiske utviklingshemmede mer praktisk bistand enn mennesker som har en somatisk sykdom, en demenssykdom eller en psykisk lidelse som bakgrunn for sitt hjelpebehov. Han fant imidlertid også at hjemmesykepleie fordeles mye jevnere, og med funksjonsnivået som det sentrale kriteriet (Romøren, 2012).

Årsakene til denne økningen av yngre brukere av hjemmetjenesten er forsøkt forklart i tre forhold; endrede behov, endret etterspørsel og endret tilbud (Romøren, 2006). *Behovene* har antakelig økt noe som følge av befolkningsutviklingen, og i tall kan man se at det var 8 % flere personer under 67 år i 2004 sammenliknet med 1992. Økningen har vært enda større i aldersgruppen 50-66 år (25 %) i samme periode. *Etterspørselen* kan synes å ha endret seg med bakgrunn i økt kunnskap og kjennskap til rettigheter og tjenester. *Endret tilbud* hevder Romøren (2006) at må svare for den store endringen, gjennom en rekke helse- og sosialpolitiske reformer siden tidlig 1990. De reformene som særlig nevnes er HVPU-reformen, Opptappingsplan for psykisk helse, Helseforetaksreformen og reformer innen rusomsorgen. Romøren trekker fram Opptappingsplanen for psykisk helse som den viktigste enkeltstående drivkraften, med bakgrunn i analyse av hvilke helsemessige diagnoser som var mest utbredt blant yngre tjenestemottakere i 2006 (Romøren, 2006).

Under Omsorgsplan 2015 har vi tidligere sett i denne rapporten at kommunene ofte bygger omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser. Som vi har diskutert foran har dette sammenheng med flere forhold. I rapporten «Hva vet vi om hjemmetjenestetilbud på sykehjemsnivå?» konkluderer forsker Berit Otnes i Statistisk Sentralbyrå med at satsning på et intensivt tilbud av hjemmetjenester istedenfor institusjon er et tilbud som først og fremst er rettet mottakere under pensjonsalderen. Rundt 80 % av de som får et hjemmetjenestetilbud som ressursmessig tilsvarer en plass i institusjon er under 67 år (Otnes, 2012).

Innhold i hjemmetjenesten

Hvilke tilbud og innretninger finnes i hjemmetjenesten i perioden tilhørende Omsorgsplan 2015? Vi vil nå beskrive de ulike tilbud og innsatsområder som har vært betydelige i perioden 2006-2014.

Disse tilbudene innbefatter:

- Opprettelse av hverdagsrehabilitering/innsatsteam,
- tilbud til hjemmeboende med behov for palliasjon,
- tilbud til hjemmeboende med personer med demens,
- tilbud til hjemmeboende personer med psykisk sykdom,
- tilbud til hjemmeboende med nevrologiske lidelser og

- tilbud til andre grupper hjemmeboende i den ordinære hjemmetjenesten.

Vi vil beskrive forekomst av de ulike tilbudene i vårt utvalg, hvordan tilbudene er innrettet i kommunene, samt når tilbudene ble opprettet.

Hverdagsrehabilitering : «Tidlig inn - mye innsats - raskt ut!»

I tidsrommet for Omsorgsplan 2015 har «hverdagsrehabilitering» blitt løftet frem som noe mange kommuner ønsker seg. I intervjuundersøkelsen har vi spurt om kommunene har etablert rehabiliteringsteam, hverdagsrehabiliteringsteam og/eller innsatsteam.

Et hverdagsrehabiliteringsteam arbeider i en tidsbegrenset fase med rehabilitering av personer som trenger opptrening i dagliglivets gjøremål. Treningen skjer hjemme hos brukeren. Teamet er tverrfaglig sammensatt med ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleiere med videreutdanning. Sammen gjør teamet en systematisk kartlegging av brukerens funksjon. I samarbeid med brukeren utarbeides det mål for hva brukeren synes er viktig å mestre i sin hverdag. Treningsinnsatsen vil være intensiv i begynnelsen og avta i takt med forbedring av brukerens funksjon (Øygarden, 2013).

Et innsatsteam kan bistå brukeren med å gjenvinne funksjon og mestre dagliglivet igjen etter en større endring i funksjon, helse- og livssituasjon. Innsatsteam jobber også for personer som trenger støtte, og innsats i overgangen etter opphold i sykehus eller helsehus. Innsatsteam anses å være en mer spesialisert tjeneste der ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier går inn med intensiv rehabilitering (Øygarden, 2013).

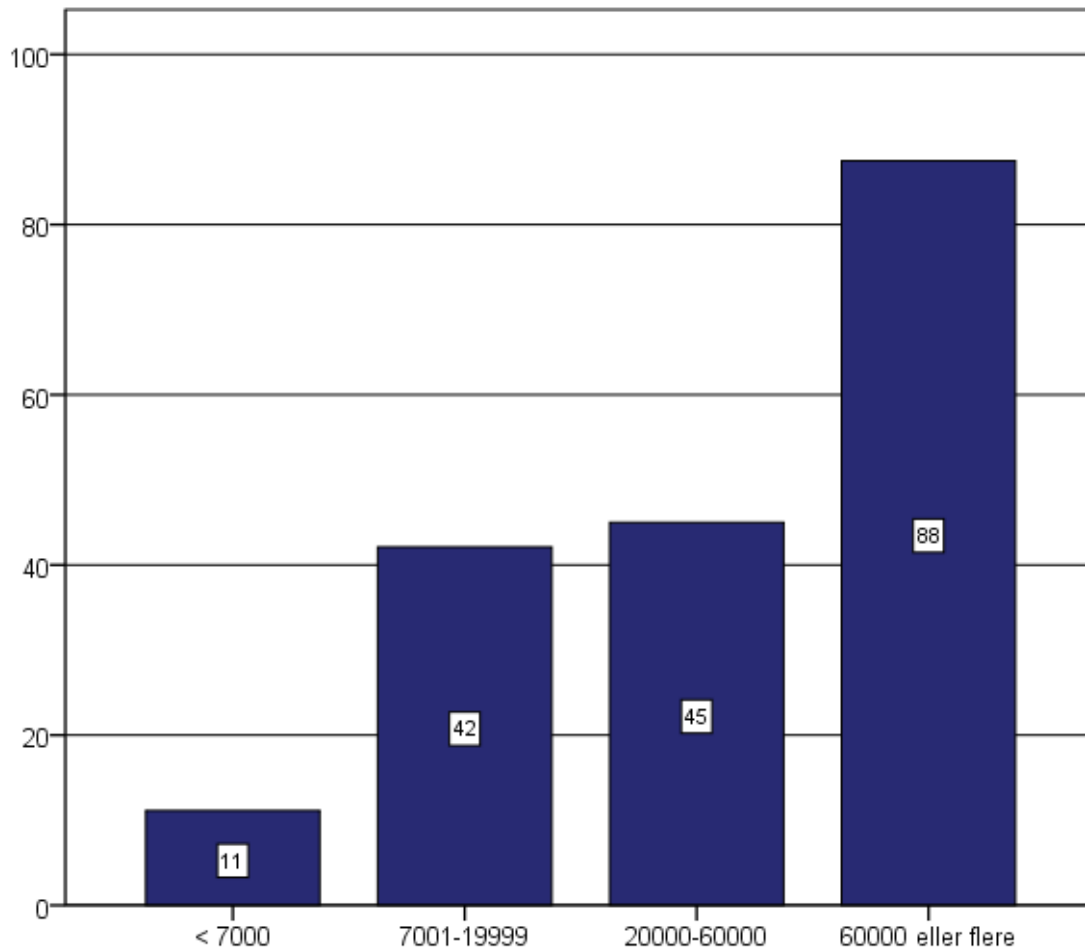
Teamene kommer hjem til brukeren, kartlegger brukerens situasjon og utarbeider mål for hva brukeren ønsker å mestre selv. Inntaksteamet utfører observasjon av brukerens helsetilstand, gjennomfører funksjonsutredninger, foreslår fysisk funksjonstrening, og trening i å utføre og delta i dagliglivsaktiviteter i og utenfor hjemmet. Teamene kan også bistå i tilrettelegging av bolig og fysiske omgivelser samt bruk av tekniske hjelpemidler.

Både hverdagsrehabiliteringsteam og innsatsteam jobber intensivt sammen med brukeren i en tidsavgrenset periode, og tilpasser mål og plan ut fra endringer og fremgang. Teamet samarbeider ofte tett med andre tjenester i kommunen. Samarbeidet med blant annet hjemmetjenesten er viktig for å legge opp et hensiktsmessig rehabiliteringsforløp og videre oppfølging (Høverstad & Fürst, 2014).

Har kommunene et rehabiliteringsteam/innsatsteam/hverdagsrehabiliteringsteam?

Av 76 kommuner som har svart, hadde 28 (38 %) opprettet et hverdagsrehabiliteringsteam i hjemmetjenestene på intervju tidspunktet, mens 48 kommuner (63 %) svarte at de ikke hadde det. I hovedsak er det de større kommunene som har opprettet hverdagsrehabiliteringsteam/innsatsteam, men vi ser også at noen mindre og mellomstore kommuner har et slikt tilbud. Figuren under viser hvor mange kommuner i prosent som har opprettet hverdagsrehabiliteringsteam eller innsatsteam i de ulike kommunegruppene.

Figur 14: Andel kommuner med hverdagsrehabiliteringsteam og/eller innsatsteam etter kommunistørrelse. Prosent. (N=28).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Sannsynlighetene for at kommunen har et hverdagsrehabiliteringsteam/innsatsteam, øker med kommunistørrelsen, og dette er statistisk signifikant (N=74, P<0.001).

Hvordan er hverdags rehabiliteringsteam innrettet og organisert i ulike kommuner?

Hverdagsrehabiliteringsteamene har noe ulik forankring i kommunene. I noen kommuner er teamene organisert utenfor hjemmetjenesten som en del av kommunens satsning på rehabilitering generelt, og utgjør en egen avdeling og tilnærming som arbeider innen hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Organisatorisk kan denne enheten da være forankret i egen etat, i Helsehus, eller andre avdelinger:

«Vi har hverdagsrehabiliteringsteam. Vi kaller det "hjemme rehabilitering". Det er organisert i en gruppe under virksomheten fysio- og ergoterapi. De samarbeider tett med bestillerkontoret og

hjemmetjenesten. Til nå har vi primært tatt imot "nye" brukere (fra sykehus), men vi skal nå også inkludere eksisterende brukere fra hjemmetjenesten». (Kommunegruppe 3)

I intervjuene la mange informanter vekt på at rehabiliteringstenkningen i kommunene var i oppbygging, og at det ofte inngår prosjektarbeid og videreutvikling av oppgaver som tilfaller rehabiliteringsteam, enten det er hverdagsrehabiliteringsteam eller andre kommunale rehabiliterings team.

I mange kommuner er imidlertid hverdagsrehabiliteringsteamene organisert og drevet av hjemmetjenesten. Ut over å hjelpe tjenestemottagere til å klare seg lengst mulig hjemme, og sørge for opptrening til dette, kan teamene også ha andre forebyggende oppgaver. En slik oppgave er for eksempel forebyggende hjemmebesøk til eldre i kommunene.

Noen kommuner har både hverdagsrehabiliteringsteam og innsatsteam. Dette gjelder særlig større kommuner:

«Vi har både innsatsteam og hverdagsrehabiliteringsteam. Innsatsteamet er for utskrivningsklare pasienter. Hverdagsrehabiliteringsteamet er for forebyggende tiltak for pasienter som ikke skal eller har vært på sykehus». (Kommunegruppe 4)

Noen har lagt vekt på at de har utviklet tilbudet fordi er de oppfordret til det gjennom nasjonale føringer. I dette ligger det at kommunene stadig tar hånd om flere oppgaver som tidligere tilfalt spesialisthelsetjenesten, og at pasienter nå blir skrevet ut tidligere fra sykehus. Dette krever mer av kommunene:

«I forbindelse med samhandlingsreformen startet vi opp med rehabiliteringsteam. Dette startet som et prosjekt for brukere som har hatt et brått funksjonsfall grunnet skade eller sykdom. Teamet består av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier som er sysselsatt med hjemme- og dagrehabilitering. Tett på, tidlig innsats og fort ut! Fokus på hva brukerne ønsker og kan gjøre selv. Vi kombinerer oppfølgingen med å reise hjem til brukere og med å tilby dagrehabilitering. Målet er å sette i gang igjen med de aktivitetene brukeren synes er meningsfylte i hjemmet, på jobben eller på fritida Prosjektet er en suksess og vi er nå i fast drift». (Kommunegruppe 2)

I en annen kommune beskrives det at en hovedoppgave for teamet er å trygge brukerne i overgangen mellom institusjon og hjem, og å gi og å gi god hjelp og mestringstrening etter korttidsopphold i sykehjem eller opphold på sykehus. På denne måten kan brukeren best mulig håndtere sin tilværelse hjemme igjen i egen bolig og unngå re-innleggelse:

«Vi har hverdagsrehabiliteringsteam som prosjekt i tråd med nasjonale føringer. Det er fokus på funksjonsfall, ernæring og holdninger og innstilling. Vi jobber med henda på ryggen, og bevisstgjør de ansatte om verdien av dette. Vi har også et innsatsteam. Her har det ofte vært et akutt forløp først, f. eks. et lårhalsbrudd. Så går vi ut med massiv innsats og opptrening umiddelbart, og raskt ut etterpå». (Kommunegruppe 3)

Det er relativt sammenfallende beskrivelser av hvilke oppgaver et hverdagsrehabiliteringsteam har i ulike kommunale kontekster. Teamene er oftest tverrfaglig sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut og «hjemmetrenere» som hjelper og lærer brukerne metoder slik at de kan utføre flest oppgaver selv. Fokuset er lagt på å motivere brukeren til økt mestring. Teamene har ofte blitt startet

opp med prosjektmidler. Oppgavene er første og fremst å utrede funksjonstap og sette i gang planer for rehabilitering sammen med resten av teamet. Teamets tilnærming til brukerne, betraktes som annerledes enn resten av tjenesten:

«Hverdagsrehabiliteringsteamet tar toppene når det er mye hjelpebehov. De har fokus på hverdagsrehabilitering og ergoterapeutttjeneste. De har stor drivkraft og jobber annerledes. De samarbeider med korttidsavdelingen når noen skal hjem». (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner er det blitt organisert ambulerende rehabiliteringsteam. Ved brått funksjonsfall tilbyr disse tverrfaglig målsamtale med ergoterapeut og/eller fysioterapeut og/eller sykepleier. I flere kommuner ble det lagt vekt på at opprettelsen av teamene (alle typer rehabiliteringsteam eller hverdagsrehabiliteringsteam) har som hensikt å spare penger ved at brukere kan gjøre mer selv og dermed å redusere behovet for tjenester:

«Dette består av 12,5 årsverk, de gir tjenester til nye brukere. Målet er å redusere behovet for hjemmetjenester. Det er en egen enhet». (Kommunegruppe 3)

I en annen kommune uttrykkes dette slik:

«Hovedmandatet her er å unngå innleggelser i sykehus og sykehjem, og å lette overgangen til hjemmet igjen etter innleggelser. Vi har jobbet med å sikre god kompetanse hos ansatte på dette». (Kommunegruppe 2)

Flere kommuner ønsker å etablere et slikt tilbud, men har ikke funnet midler til å realisere det:

«Har det ikke per i dag, men skal etablere det i løpet av ett år. Problemet har vært, og er fortsatt, finansieringen. Hverdagsrehabilitering er et satsingsområde, men trang økonomi gjør det utfordrende å få til. Planen er å bruke fire årsverk på dette». (Kommunegruppe 3).

Når tilbudet om hverdagsrehabilitering startet opp

I de 26 kommunene der informantene våre vet når tilbudet med hverdagsrehabiliteringsteam/innsatsteam ble startet opp, oppgis det fra 21 kommuner (81 %) at tilbudet ble startet opp fra 2011 eller senere. Dette sammenfaller med tidspunkt for tilskuddsordninger som ble tilgjengelig fra Helsedirektoratet i 2012.

Oppsummering

De største kommunene har i større grad hverdagsrehabiliteringsteam og/eller innsatsteam, men vi ser også at mindre kommuner oppretter slike team og innretninger. Teamene er oftest tverrfaglig sammensatt og består av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med videreutdanning. Behovet for opprette hverdagsrehabiliteringsteam eller innsatsteam knyttes til flere forhold. Ett av disse er statlige føringer der innbyggere raskere tilbakeføres til sine kommuner for rehabilitering. En annen hovedårsak er økonomi og forsøk på å spare inn penger. Kommunene opplever en sterk vekst av tjenestemottakere og må fordele ressursene sine på flere mottagere. Økt mestringsevne skal

innbære at kommunene får redusert ressursbruk ved en reduksjon i behovet for hjemmetjenester og en utsettelse av tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg (Høverstad & Fürst, 2014). I dette er hverdagsrehabilitering tenkt som et grep i å gjøre tjenestemottagere i stand til å utføre en del oppgaver selv og å utnytte den kapasiteten hos personer som ikke er rammet av funksjonssvikt eller nedsettelse.

I intervjuene påpekte flere ledere i den kommunale omsorgstjenesten at de ser seg nødt til å møte veksten i hjemmetjenestene på et lavere nivå enn tidligere. Spesielt ble praktisk bistand nevnt som noe omsorgstjenestene har måttet skjære ned på. Noen reiste spørsmål om kommunene tidligere har delt ut tjenester på for lite grunnlag, og at det ble gitt for mye tjenester i forhold til tjenestemottagers behov. I dag ønsker man å stille større krav til brukerne, og at de kan få hjelp til å gjøre mer selv. I dette representerer «hverdagsrehabilitering» en innsats for at personer skal klare å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, i stedet for å være passive hjelpemottagere. Det har også vært mulig å søke prosjektmidler gjennom Helsedirektoratet til hverdagsrehabilitering siden 2012.

Informanter fra mange norske kommuner har i intervjuene lagt vekt på at de arbeider med å legge om pleie- og omsorgstjenestens innretning med økt vekt på rehabilitering. Dette betyr først og fremst innføring av hverdagsrehabilitering og vektlegging av hverdagsmestring for hjemmeboende brukere. Inspirasjonen her er først og fremst hentet fra svenske og danske kommuner. Östersund kommune startet sin satsning på «hemrehabilitering» allerede i 1999 og blir ofte løftet frem som en eksempelkommune på rehabiliteringsfeltet. I en periode med trang økonomi valgte kommunen å satse på å utvikle en ny omsorgsmodell med hjemmet som arena for brukernes opptrening etter funksjonsfall eller sykdomsforløp. Treningen går ut på å hjelpe tjenestemottagere til å klare hverdagssysler slik at de kan bo hjemme og klare seg selv (Øygarden, 2013)

Fredericia kommune i Danmark har utviklet en egen modell, «Fredericia-modellen» som de startet med i 2008. Prosjektet «Lengst mulig i eget liv» forespeilet et paradigmeskifte i eldreomsorgen da målet var at brukerne skulle styrkes i å klare seg selv. Ideen var at dersom eldre som har behov for personlige tjenester skulle få den nødvendige hjelpen de trengte for å opprettholde sin funksjon, og bli i stand til å mestre hverdagen på egenhånd, ville det tjene de eldre selv og samfunnet de er en del av. Brukeren ville kunne ha kontroll over eget liv, og samfunnet kunne bruke ressursene til andre formål. Formålet var at fokuset skulle bli til rehabilitering og forebygging fremfor klassisk pleie i møtet mellom bruker og kommune (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011). På denne måten skal hverdagsrehabilitering bidra til å endre den tradisjonelle tenkningen i pleie og omsorgstjenestene fra «Hva er problemet du trenger hjelp for?» til «Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?».

Oppsummert så peker utviklingen av hverdagsrehabiliteringsteam på endring fra:

- Sen innsats til tidlig intervensjon
- Behandling til tidlig oppsporing
- Pleie til forebygging
- Informasjon til motivasjon og brukerstyring
- Passivisering til aktivisering
- Hjemmehjelp til hjemme trening

For kommuner i vårt utvalg kan vi se at kommunestørrelse og bosettingsmønster har innvirkning på hvordan kommunene tilrettelegger for hverdagsrehabilitering. Tidligere forskning på feltet har beskrevet at to modeller for organisering utpeker seg: spesialistmodellen og den integrerte modellen. I spesialistmodellen konsentrerer teamet seg fullt og helt om oppgaver knyttet til hverdagsrehabilitering, og de skjerms fra andre ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. I den integrerte modellen gis det grunnlag for at hverdagsmestring involverer ansatte hele hjemmetjenesten, og ikke bare noen dedikerte medarbeidere (Høverstad & Fürst, 2014). Disse to modellene avspeiler seg klart i vår kommuneundersøkelse.

Da det i 2013 ble etablert en tilskuddsordning med formål å prøve ut modeller hverdagsrehabilitering i Norge, ble det igangsatt et nasjonalt følgeevalueringsprosjekt for å dokumentere gevinst for brukere og økonomisk effekt for brukerne. Det er 43 kommuner som mottar tilskudd og deltar i følgeevalueringen. Prosjektet ledes av Helsedirektoratet, og det er inngått en avtale med Senter for omsorgsforskning Vest som i samarbeid med CHARM (Forskningscenter for habilitering og rehabilitering) gjennomfører evalueringen. Sluttrapporten skal foreligge i 2016 og vil gi interessant informasjon om effekten av hverdagsrehabilitering.

Har hjemmetjenesten et tilbud til hjemmeboende med behov for palliasjon?

Som vi har beskrevet over, overføres mer av ansvaret for pasienter til kommunene i Nasjonal kreftstrategi, 2014-2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Som en følge av dette, er det blitt nødvendig å tilrettelegge et tilbud til denne gruppen også i den kommunale hjemmetjenesten. Lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke og døende i kommunene ble for alvor satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan 1999-2003 (Sosial- og helsedepartementet, 1997b). Det ble i planperioden for Omsorgsplan 2015 opprettet kompetansesentre ved for lindrende behandling i alle landets helseregioner. Fra 2002 har det vært en tilskuddsordning for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Det har særlig blitt gitt midler til tiltak i kommunene som kunne sikre utvikling av kvalitet gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Det er ellers blitt lagt vekt på at prosjektene skal ha nasjonale overføringsverdi.

I vårt utvalg har 69 av 76 kommuner (91 %) et tilbud for hjemmeboende med behov for palliasjon, mens syv kommuner (9 %) sier de ikke har det. Det er ingen forskjell i på forekomsten av dette tilbudet mellom kommuner av ulik størrelse. Alle kommuner vil i utgangspunktet svare at de har og gir et tilbud til denne gruppen, siden de er pålagt å gi tjenester til alle som får vedtak om tjenester, men det er kun de største kommunene som har egne team og innretninger til å jobbe med palliasjon i hjemmetjenesten.

Hvordan er tilbudet til personer med behov for palliasjon i hjemmetjenesten innrettet og organisert?

Noen kommuner har flere innsatsfelt for hjemmeboende med behov for palliasjon. Flere kommuner har ansatt egne kreftsykepleiere i hjemmetjenesten som har ansvar for å sørge for fagutvikling hos de ansatte. En del kommuner har også eget arbeidslag for hjemmeboende med behov for palliasjon:

«Vi har i lindrende arbeidslag i hvert distrikt med flere personer. Vi har kreftsykepleier som jobber ute hos brukere, og som driver med pleie og undervisning, samt vurderinger av brukeres behov. Ut over dette har vi prosjektarbeid på lindring ved utviklingssenteret og kurs i pårørendearbeid».

(Kommunegruppe 3)

Større kommuner har flere parter og personer å forankre et samarbeid i. Dette gir muligheter for å lære mer av hverandre, men det er også mer krevende å koordinere slike tilbud:

«Vi har kreftkoordinator og kreftsykepleier og folk med videreutdanning i onkologi i hver sone. Samarbeid med lindrende enheten ved sykehuset. Kreftkoordinator har vært tilknyttet både kommunen og sykehuset her, noe som gir oss en kompetansefordel. Vi har også samarbeid med intermedieæravdelingen på DMS. Kreftkoordinator er veldig flink til å veilede andre. Har også en palliativgruppe med ansatte fra både hjemmetjenesten og sykehjemmet. Vi har veldig god kompetanse og god tjeneste». (Kommunegruppe 4)

Noen kommuner beskriver et vidt samarbeid med mange instanser der både nabokommuner og spesialisthelsetjenesten nevnes som samarbeidspartnere:

«Brukere får det palliative tilbudet hjemme hvis de ønsker det. Vi har interkommunalt samarbeid med nabokommunen om et felles prosjekt. Vi har dagtilbud til alvorlig syke i nabokommunen, lokalisert på institusjon. Vi kjører et pårørendetilbud i tillegg. Det blir alltid bemannet opp hvis pasienter ønsker å dø hjemme. Vi har tett samarbeid med onkolog og kreftsykepleier. Sykehuset bistår veldig; dette er en følge av deres satsning. Vi har m.a.o. bra kompetanse selv og tilgang til ekstern kompetanse etter behov». (Kommunegruppe 2)

Svært mange kommuner har egne sykepleiere med videreutdanning innen kreft og kreftomsorg. Disse blir ofte sentrale i hjemmetjenestens arbeid med pasienter med behov for lindrende behandling. I mellomstore kommuner med flere soner finnes det vanligvis en ansvarlig kreftsykepleier i hver sone. Denne samarbeider vanligvis mye med leger, kreftsykepleier, andre fagpersoner og med sykehjemmet i kommunen om tjenestemottageren:

«Vi har en fast person i hver sone i hjemmetjenesten som er ressursykepleier på palliasjon. Denne hjelper til å pleie, driver opplæring og undervisning. Her er det et bredt samarbeid med sykehuset som driver kreftbehandling. Ressursykepleierne går i vanlig turnus, men er "tunet inn" mot kreft og palliasjon». (Kommunegruppe 4)

Noen ledere i omsorgstjenestene i kommunene påpeker at selv om de ikke har egne palliative arbeidslag/team i hjemmetjenesten, så har de spesialsykepleiere med meget god kompetanse som sørger for at det gis gode tilbud. Det nevnes ofte at kompetanse på smertelindring og avansert sårstell er nødvendig. Noen kommuner har utviklet dagplasser for palliative hjemmeboende på sykehjemmet. I et slikt tilbud får ansatte i hjemmetjenesten lett tilgang til kompetanse og veiledning fra leger og ansatte på sykehjemmet. Mange kommuner har satsset på å bygge opp et palliasjonstilbud over det siste tiåret. Dette sammenfaller med tidsrommet for støtteordningen/prosjektmidler fra Helsedirektoratet:

«Dette er en del av hjemmesykepleien i samarbeid med pasientens fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens kreftkoordinator og kreftsykepleier der det er aktuelt. Kommunen har mange sykepleiere som i løpet av de siste ti årene har skaffet seg spesialisering i palliasjon» (Kommunegruppe 2).

Mange informanter påpekte i intervjuene at kommunenes tilbud til palliative pasienter handler om gradvis kompetanseoppbygging. Kompetanseoppbyggingen beskrives ofte å være innrettet for alle ansatte i mindre kommuner, mens kompetanseoppbyggingen i større kommuner er mer innrettet mot arbeidslag, eller at noen ansatte som har et spesialansvar her. Betydningen av faglige nettverk er stor ved kompetanseoppbygging. I noen kommuner blir det påpekt at de innretter et godt tilbud til denne gruppen selv om de ikke har egne stillinger:

«Vi har en sykepleier i hvert distrikt med ekstra kompetanse på palliasjon. Denne foretar individuelle tilpasninger og avklaringer og legger til rette for pasient og pårørende. Dette er ingen egen stilling, men en del av jobben som hun ellers gjør i hjemmetjenesten. Hun jobber i fagnettverk og skal spre sin kompetanse til andre gjennom opplæring og internundervisning». (Kommunegruppe 4)

I en del kommuner utgjør arbeidet med palliasjon og lindrende behandling en av det ordinære tilbudet til hjemmetjenestemottakere. Det foretas tilpasninger og tilrettelegging etter behov:

«Tilbud for hjemmeboende med behov for palliasjon er integrert i hjemmetjenesten. Det jobbes med kompetansebiten. Det skal være mulig å bli hjemme i eget hjem hvis tjenestemottageren ønsker det. Over 50 % av de ansatte i hjemmetjenesten er sykepleiere». (Kommunegruppe 4)

Mindre kommuner beskriver at de forholder seg til de tjenestemottagerne som de får inn, og legger til rette for et tilbud etter hva disse trenger. Om noen ønsker å dø hjemme, tilstreber hjemmetjenesten å legge til rette for dette. Tilbudene blir således tilpasset individuelt, og bemanning skaffes i henhold til det som er nødvendig:

«Det gis tilbud ved behov. Tilbudet etableres når det er ønsket/behov for det. Ekstra bemanning leies inn ved behov. Alt fra beskjedent til full døgnbemanning». (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner ble kreftkoordinatorens rolle løftet frem som viktig i kommunens arbeid med palliasjon. En kreftkoordinator kan smidiggjøre samhandling mellom pasient og behandlere (inkludert hjemmetjenesten, sykehjem og sykehus). Kreftkoordinatoren er også i mange kommuner ansvarlig for kompetanseoverføring til andre i tjenesten. Mange vektlegger den viktige rollen som kreftkoordinatorene har i arbeidet for denne brukergruppen:

«Vi i hjemmetjenesten har kreftkoordinatoren. Vi har en kjempebra enhet på lindrende behandling på sykehjem, og en del er der på korttidsopphold og får oppfølging når de er hjemme igjen. Vi er veldig gode på palliasjon». (Kommunegruppe 3)

Noen kommuner samarbeider med nabokommunen om kreftkoordinator:

«Vi har samarbeid med nabokommunen om kreftkoordinator. I tillegg har omsorgstjenesten samarbeid med helse- og psykiatritjenesten i kommunen om helse og kreftomsorg. Ellers har ikke kommunen kreftpasienter hver måned, derfor har vi ikke særskilt tilbud til hjemmeboende med behov for palliasjon». (Kommunegruppe 1)

I noen kommuner er frivillige brukt i arbeidet med palliasjon:

«Vi har en palliativ koordinator organisert gjennom fag- og utviklingsavdelingen. Denne gir råd om pleie- og omsorg for pasienter i denne gruppen. Frivillige er også involvert i hjelp til palliative pasienter. Tilbudet tilrettelegges brukerne individuelt og etter brukers ønsker». (Kommunegruppe 3)

Små kommuner innretter seg på forskjellige måter. I intervjuene understreket informantene at de stort sett alltid får innrettet et tilbud tilpasset brukerens behov. Noen velger å leie inn ekstra bemanning ved behov, andre samarbeider med nabokommuner eller sykehus der hjemmetjeneste kan få veiledning. Små kommuner har ikke nok pasienter i denne gruppen til å øremerke egne fagteam:

«Vi løser dette innenfor tjenesten vi har per i dag. Leier inn ekstra personell ved behov. Vi er for små til å ha en egen separat enhet. I en kommune som oss må vi være mer generalister, men føler at vi gir et godt tilbud til denne gruppen likevel» (Kommunegruppe 2)

Mindre kommuner oppretter team ved behov, eller støtter seg til samarbeid med sykehjemmet ved behov:

«Vi er en liten kommune, og har kun periodevis pasienter innen lindring. Sykehjemmet og hjemmetjenesten har samarbeid spesielt på kvelder og helger på området. Vi har hatt satsning på unge kreftpasienter, med et mål om at de skal få lov til å bo og dø hjemme hvis de ønsker det. Alle trår til for å få det til – det er oftest kortere perioder det er snakk om. Vi har to sykepleiere med videreutdanning innen palliasjon». (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner har tilrettelagt et tilbud til denne gruppen i omsorgsboliger:

«Vi har satt av to omsorgsboliger til dette. Vi gir også tilbud i hjemmet. Vi har egne ressurspsykepleiere til dette. Vi gir et ok tilbud til slike pasienter». (Kommunegruppe 2)

I noen kommuner er satsningen på palliasjon koblet opp mot å redusere døgn på sykehus:

«Vi har kreftkoordinator. I tillegg har vi en palliasjonsgruppe som får tilleggskompetanse på fagfeltet, blant annet gjennom samarbeid med ambulerende team på sykehuset. Vi jobber for å få fastlegene mer på banen, og ønsker å redusere innleggelsesdøgn og heller forlenge hjemmetid ved å styrke hjemmetjenesten mht palliasjon». (Kommunegruppe 4)

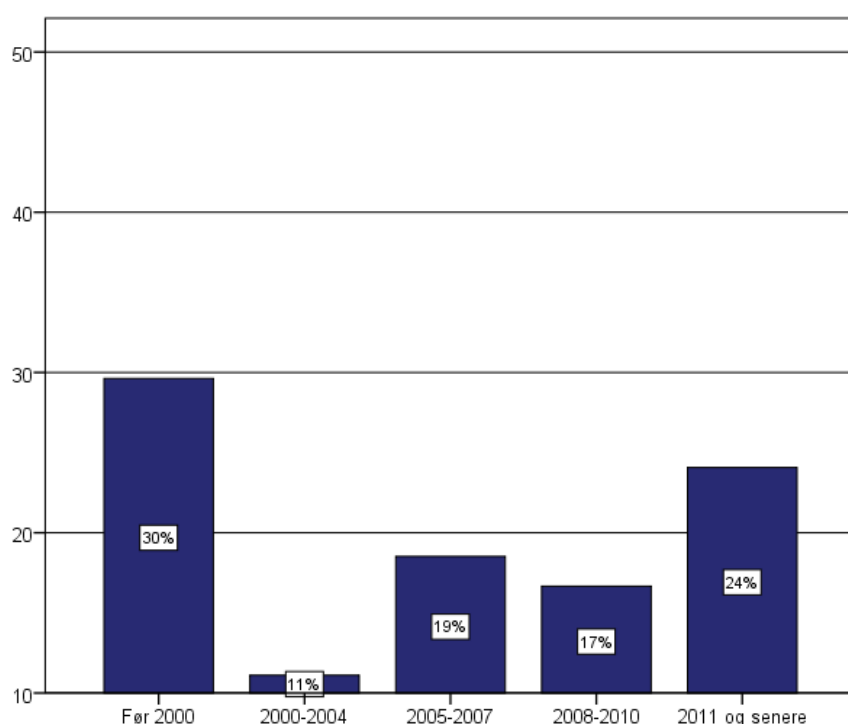
Oppsummering

De fleste kommunene (91 %) i vårt utvalg, gir et tilbud om palliasjon i hjemmetjenesten. Tilbudet som kommunene gir varierer fra kommuner som har egne fagteam som utfører arbeidet til kommuner som ikke har faste rutiner eller strukturer, men som oppretter en tjeneste til pasienter i denne gruppen ved behov. Noen kommuner har et bredt samarbeid med kompetansesentre, faglige nettverk, palliative team ved sykehus, eller lindrende enheter ved sykehjem. Andre kommuner støtter seg til sykepleiere med tilleggsutdanning, deres fagnettverk og til samarbeid med nabokommuner som kan gi veiledning og støtte. Svært mange kommuner, uavhengig av kommunestørrelse, fremhever kreftkoordinators rolle som viktig i å trygge pasienten i overgang mellom fastlege, sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste. Det er også viktig å bemerke at informanter i kommunene beskriver individuell tilrettelegging som viktig overfor denne gruppen. Mens noen føler seg tryggere i sykehjem i den siste livsfasen, ønsker andre å få dø hjemme. Dette fordrer ulik organisering, og graden av støtte fra pårørende vil også være avgjørende for hvordan pasienten vil ønske å tilbringe den siste tiden. Informanter i vår kommuneundersøkelse poengterte at dette gjør at tjenestene må ha en viss fleksibilitet, slik at tilbudene tilpasses ulike situasjoner, livsfasen og ønsker.

Når ble tilbudet startet opp?

Som vi ser av figur 15, svarer 30 % at de har hatt et tilbud innen palliasjon i hjemmetjenesten fra før år 2000, noe som også ble poengtert i intervjuene om øremerkede plasser i sykehjem. Flere informanter påpekte at de hadde en innretning i tjenesten på palliasjon fra lang tid tilbake, da mange tjenestemottakere spesielt i sykehjem er terminale. Vi ser samtidig at mange informanter har svart at de har bygget opp et tilbud i hjemmetjenesten i tiden innenfor planperioden til Omsorgsplan 2015. I denne perioden er det blitt utdelt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til kompetanseheving og lindrende behandling ved livets slutt.

Figur 15: Når ble tilbudet om palliasjon i hjemmetjenesten startet opp? Andel kommuner (%) etter årstall. (N=54).



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Har hjemmetjenesten et tilbud til hjemmeboende personer med demens?

Av 77 kommuner (hvorav Oslo har avgitt svar for to bydeler), har 59 kommuner (77 %) oppgitt at de gir et tilbud til hjemmeboende med demens. I utgangspunktet gir alle kommuner tilbud til alle brukere uansett bakgrunn for vedtaket, diagnose eller årsak til hjelpebehovet. I større kommuner ser en imidlertid at det er nok etterspørsel til å opprette egne arbeidslag for brukere med demens, eller at det tas initiativ til egne tiltak og aktiviteter tilrettelagt for ansatte som jobber med personer med demens i hjemmetjenesten. I vår kommuneundersøkelse er det 18 kommuner (23 %) som ikke har oppgitt at de har noe tilbud til personer med demens i hjemmetjenesten. Dette betyr ikke at de ikke

gir tjenester til denne gruppen, men at hjemmeboende med demens får tilbud på lik linje med andre brukere, og at kommunene ikke har noe særegent fokus på denne gruppen.

I kommuner som oppgir at de har en satsning og et fokus på personer med demens i hjemmetjenesten, finner vi at dette tilbudet er mangfoldig og med ulike tilnærminger. Noen kommuner opplyser for eksempel at de har en ressurspsykeleier med kompetanse innen demens som kontaktes dersom det er behov. Andre kommuner har opprettet dagtilbud, mens andre, hovedsakelig større kommuner, har opprettet demensteam med flere faste ansatte som utfører flere oppgaver innen demensomsorgen.

Mange kommuner i vårt utvalg har satt i gang flere tiltak og innretninger for personer med demens. Noen kommuner har i tillegg til demensteam opprettet egne arbeidslag for ansatte som arbeider med personer med demens:

«Vi har demensteam som jobber med avklaring, utredning og koordinering av hjelp til denne gruppen. Vi har arbeidslag for demente. De går i turnus og er inndelt i primærgrupper. Hensikten er at færrest mulige ansatte jobber mot samme knippe brukere». (Kommunegruppe 3)

I flere kommuner ble det påpekt at det er viktig å legge opp til mer tid og ro rundt disse pasientene. Det er ønske om å ha færrest mulig ansatte til å gå rundt, slik at brukerne slipper å forholde seg til stadige nye personer. Dette kan også bidra til å sikre kontinuitet i tjenesten. Det fremgår i en nyere studie at demente ofte prioriteres med tanke på best mulig kontinuitet. (Gjevjon, Romøren, Kjøs, & Hellesø, 2013) Større kommuner har ofte flere innretninger og tilbud til hjemmeboende med demens. Fokus på å øke kompetanse hos de ansatte i hjemmetjenesten har stått sentralt for flere i prosessen med å opprette nye tilbud:

«Vi har demenspsykeleiere i hver virksomhet. Vi har også demensnettverk og demensarbeidslag i hjemmetjenesten. Alle i hjemmebaserte tjenester har jobbet med Demensomsorgens ABC. Det har vært et klart fokus på kompetanseheving innen demens! Vi har syv årsverk/stillinger for demenspsykeleiere. Ut over dette kommer kompetansen hos ansatte i demensnettverket og demensarbeidslaget i tillegg». (Kommunegruppe 4).

I vårt utvalg har 55 kommuner (72 %) opprettet egne demensteam. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse beskriver tre varianter av demensteam: De som har tilknyttet en lege, de som har tilknyttet en demenskoordinator i teamet, og de som har interkommunalt samarbeid (Gausdal & Michelet, 2011). Et demensteam er en tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten som har ansvaret for utredning av personer ved mistanke om demens. Mest innsats er knyttet til avklaring av situasjon for den demente med hensyn til utredning og diagnose og kontakt med deres pårørende:

«Demensteam driver med kartlegging og henviser videre. De forsøker å oppdage demens tidlig hos hjemmeboende og koble disse mot dagaktivitetstilbud. Teamet har god kompetanse og flere har ekstra kompetanse som Demensomsorgens ABC. Vårt team har også en geriatrisk sykeleier». (Kommunegruppe 2)

I noen kommuner arbeider demensteamet utelukkende med personer med demens, mens i andre kommuner har teamet andre oppgaver i tillegg. Noen av demensteamene har samarbeidsrelasjoner til mange instanser, og betrakter koordinering og samarbeid med disse som sentralt:

«Vi har en ressursgruppe (demensteam) bestående av 12-13 sykepleiere med tilleggsutdanning innen demens. De er også knyttet til et demensnettverk i byen vår. Teamet jobber for at personer med mulig demens blir utredet og fulgt opp i samarbeid med mange aktører. Dette kan være fastlege, pårørende, bestiller kontoret, primærkontakt og tjenesteansvarlig» (Kommunegruppe 4)

Noen understreker betydningen av at de som arbeider med demens inngår i faglige nettverk i forbindelse med hjemmetjenestens arbeid for personer med demens. I dette spiller ofte demenskoordinator en spesiell rolle:

«Vi har egne demenskontakter som er organisert i egne arbeidsteam. Arbeidsfordelingen i hjemmesykepleien er basert på om pasienten har demensproblematikk eller ikke. Demenskontaktene er i nettverk med demenskontaktene på sykehjemmet. De følges opp av leder for enheten for demens og veiledes av demenskoordinatoren. Alle demenskontaktene har fullført Demensomsorgens ABC» (Kommunegruppe 2)

Noen kommuner har utviklet dagtilbud for gruppen, og de anser dette som et godt og riktig tilbud for personer med demens:

«Vi har det allmenne dagtilbudet og dagsentertilbudet, som gis til alle hjemmeboende som har behov for det. Ellers har vi enkeltstående tiltak for yngre personer med demens. De får individuell tilrettelegging av aktiviteter. Andre er i dagsenteret opptil fem dager i uka, hvis de har behov. Demente er noen ganger i separate grupper, andre ganger sammen med andre grupper hvis det fungerer». (Kommunegruppe 2)

Mindre kommuner har for få tilfeller til at det er hensiktsmessig å opprette egne fagteam for demente, men flere har dagtilbud. I noen kommuner ble det påpekt at de ønsket å utvide dagtilbudet til personer med demens:

«Vi har dagsenter én gang per uke. Vi mener selv at dette er for lite tilbud. Vi har en gruppe i hjemmetjenesten som jobber med demens, men dette er ikke et demensteam, men vi har absolutt fokus på demens. Vi har dessuten en miljøarbeider i 10 % stilling som leder demens gruppen». (Kommunegruppe 1)

Flere dagtilbud for personer med demens er tilrettelagt på gårder der det legges opp til tilrettelagte aktiviteter. I noen kommuner er det blitt organisert avlastningstilbud som tilpasses de enkelte tjenestemottakerne samt tilbud til pårørende:

«Vi har både dagtilbud og avlastningstilbud. Avlaster er rekruttert eksternt og opplært av demensteamet. Avlaster gjør individuelt tilpassede aktiviteter med de demente. Det startet som prosjekt på Utviklingscenter for hjemmetjenester (UHT). Vi ønsker nå å utvide dette til døgn- og helgetilbud. Vi har også pårørendekafé med organisert aktivitetstilbud for de demente. (Kommunegruppe 1)

I flere kommuner er det organisert dagsenter på ettermiddag, kveld og i helger. Flere kommuner som ikke har dette tilbudet, ønsker å opprette det. I noen kommuner finnes det dagtilbud syv dager i uka. Med slike tilbud ønsker kommunene å gjøre det mulig for personer med demens å bli boende lengst mulig i eget hjem, samt unngå innleggelse i institusjon:

«Vi har dagtilbud for demente og demensteam. Dagtilbudet er syv dager i uka. Brukerne blir hentet med bil og får tilbud i løpet av dagen. Dette tilbudet er åpent på lørdager og søndager også. I tillegg har vi tilbudet «Inn på tunet» for yngre personer med demens. Disse tiltakene skal utsette og forebygge innleggelse på sykehjemmet, slik at de demente kan bli boende hjemme så lenge som mulig» (Kommunegruppe 4)

Noen kommuner vektlegger at de også har tilbud for pårørende, slik at de kan stå i en omsorgssituasjon hjemme:

«Nå har vi for eksempel en dame med demenslidelse som bor hjemme. Det er mannen hennes som steller for henne. Han får avlastning i form av at vi tilbyr middag og opphold for den demente på sykehjemmet når mannen skal bort. Det kan være snakk om et dagopphold eller døgnopphold. Alle over 70 år får også tilbud om trim i vår kommune». (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner, spesielt de minste kommunene, er det gjerne en sykepleier som har fått i oppgave å utvikle tilbudet til hjemmeboende med demens:

«I vår kommune har vi en egen sykepleier som har ansvar for kartlegging av demens. Hun er også den som koordinerer det tilbudet som tilbys tjenestemottager». (Kommunegruppe 1)

I mindre kommuner har hjemmetjenesten gjerne et nært samarbeid med ansatte på sykehjem og/eller skjermet enhet ved sykehjemmet omkring personer med demens:

«De som har kompetanse på demens i sykehjemsavdelingen brukes i forhold til veiledning og kompetansebygging mot hjemmetjenesten. Vi har blant annet opplæring i bruk av tiltaksplaner. I tillegg har vi intensiv skoleing av lederne i faget. Utviklingscenteret kan ikke fullroses nok i forhold til all den kompetansen de har delt med oss! Dette underbygger strukturen». (Kommunegruppe2)

I små kommuner legges det vekt på at hjemmetjenesten er løsningsorientert, og at de etablerer gode tilbud til personer med demens alt etter hva deres behov er. Tilbudet etableres og knyttes opp mot hvilke behov tjenestemottagere har:

«Det gis tilbud til hjemmeboende med demens ved behov. Dette tilbudet etableres når det er behov for det eller det oppstår ønske om det. Vi har ekstra bemanning som vi leier inn ved behov. Det er en stor raushet i kommunen vår» (Kommunegruppe 1).

Noen kommuner vektlegger at de har hukommelsesteam. Dette teamets oppgaver går ut på å kartlegge og utrede personer ved mistanke om hukommelsessvikt. Dette er et lavterskeltilbud der alle kan ringe til teamet med bekymringsmelding eller spørsmål i forhold til hukommelsessvikt og/eller endret adferd. Hukommelsesteamet driver også med kartlegging av hjelpebehov, oppfølging av pasient og pårørende. De kan også være behjelpelig ved søknadsprosesser og driver undervisning og veiledning til pasient, pårørende, ansatte og frivillige organisasjoner. Noen hukommelsesteam drifter pårørendeskolene i kommunene. De samhandler med sykehus, fastlege, tilsynslege og kommunehelsetjenesten.

«Vi har hukommelsesteam. Dette er et spleiselag mellom flere etater i kommunen, fire etater, og det handler om seks årsverk. De driver oppsøkende virksomhet, kartlegging, testing og legger til rette i

samhandlingen mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste og hjemmesykepleie. Vi har også ordning med støttetekontakter til personer med demens». (Kommunegruppe 4)

Gjennomføring av Demensplan 2015

I vår kommuneundersøkelse har vi inkludert spørsmål om de mest sentrale satsningene under Demensplan 2015. Dette inkluderer spørsmål om dagaktivitetstilbud for demente, tiltak for å hjelpe og styrke pårørende, økt kompetanse om demens hos de ansatte i omsorgssektoren samt opprettelsen av demensteam og demenskoordinatorer i kommunene. Det er utgitt flere bøker, håndbøker, studiemateriell, filmer og fagrapporter ved Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse som beskriver ulike tiltak i Demensplan 2015 og erfaringer med disse. En samlet litteraturoversikt over disse utgivelsene, er vedlagt bak i denne rapporten.

Dagaktivitetstilbud for demente

I vår undersøkelse har 59 av 75 kommuner (79 %) svart at de har økt dagaktivitetstilbudet til eldre i henhold til målene i Demensplan 2015. Det er 16 kommuner (21 %) som svarer at de ikke har økt dette tilbudet. Som et ledd for å nå målsetningen i Demensplan 2015, etablerte regjeringen en tilskuddsordning til dagaktivitetstilbud til personer med demens i 2012. Kommunene har hatt tilgang til å søke midler fra denne ordningen.

I 2007 gjennomførte Aldring og helse en kartlegging av eksisterende tilbud innen demensomsorgen i kommunehelsetjenesten, og fant at 130 kommuner i landet (30 %) på undersøkelsestidspunktet hadde dagaktivitetstilbud for personer med demens. Dagtilbudene her omfattet enten dagsenter som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, eller dagsenter der personer med demens er integrert sammen med andre brukere, dagtilbud i heldøgntilbud (vanligvis sykehjem) eller annet dagtilbud i eget hjem (Westerberg, 2009). Om vi sammenligner data fra denne kartleggingen med vår egen, ser det ut til at flere og flere kommuner organiserer dagtilbud for personer med demens. Vi ser samtidig at det er stor variasjon i organiseringen og tilretteleggingen av dagaktivitetstilbudene som de ulike kommunene har. Noen dagaktivitetstilbud er svært godt tilpasset brukergruppen med flere velutviklede tiltak. Andre dagtilbud er mindre organisert og tilpasset, og gir først og fremst tilbud om et sted å komme til.

Pårørendeskoler

Også når det gjelder opprettelse av pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende er det mange som svarer at de har opprettet slike tilbud. Alle 76 kommunene har besvart spørsmålet, og 58 kommuner (76 %) svarer at de har opprettet pårørendeskoler, mens 18 kommuner (24 %) i vårt utvalg har ikke opprettet et slikt tilbud.

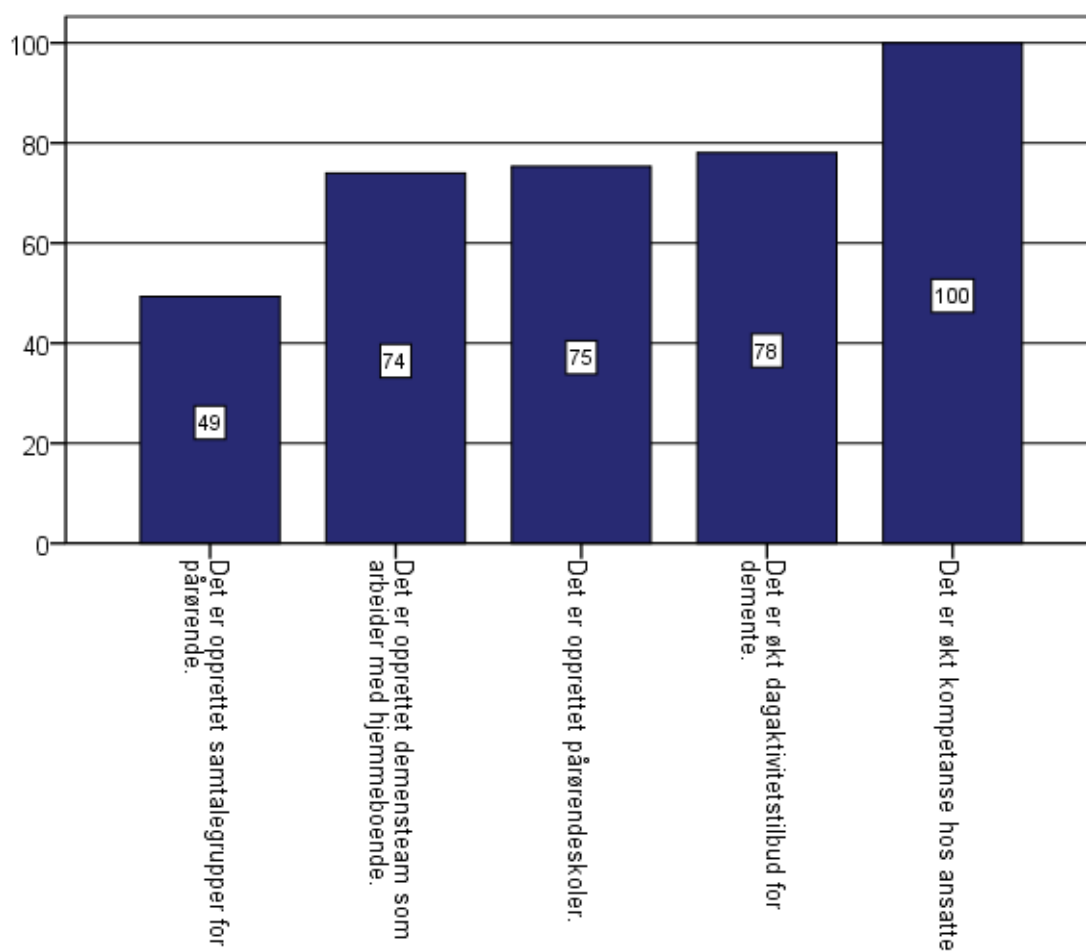
Pårørendeskole er et kurstilbud til personer som har et familiemedlem eller en nær venn med demenssykdom. Gjennom faglige forelesninger og gruppesamtaler får de pårørende kjennskap om demens, og hvilke følger dette kan ha for omgivelsene. Kursdeltagerne treffer andre pårørende i samme situasjon samt fagpersoner med kompetanse på området. Målet med pårørendeskolen er å gi pårørende til personer med demens økt kunnskap og forståelse for demenssykdommene, samt å bedre kvaliteten på samværet med den syke, både i hjemmet og i institusjon. Dette kan gi grunnlag for at pårørende bedre kan takle sin situasjon i forhold til familie og venner. Det er også et mål at pårørendeskolen kan gi kunnskap om rettigheter og hvordan forholde seg til det offentlige hjelpeapparatet.

Samtalegrupper for pårørende

Av 75 kommuner som har svart, har 37 kommuner (49 %) opprettet samtalegrupper for pårørende til mennesker med demenslidelser, mens 38 (51 %) kommuner ikke har et slikt tilbud. Ute i kommunene ble det diskutert litt frem og tilbake om deres tilbud kunne kvalifisere til å kalles «samtalegruppe».

En samtalegruppe for pårørende har til hensikt å bringe sammen pårørende til personer med demenslidelser, øke kunnskapen om demens og dele erfaringer med andre som er i samme livssituasjon for å få støtte og styrke til å mestre hverdagen. Deltagerne får praktiske råd og tips om offentlige hjelpeordninger. Alt som det snakkes om i samtalegruppen er taushetsbelagt, og det er deltakerne selv som bestemmer hva de ønsker å fortelle. Gruppen ledes av demenskoordinator eller annen kvalifisert fagperson.

Figur 16: Gjennomføring av Demensplan 2015. Hvor stor andel av kommunene i prosent som har gjennomført tiltak som beskrevet under.



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Økt kompetanse om demens hos ansatte

Økt kompetanse omkring demens er et hovedtema i Demensplan 2015, og her er det nedlagt mye innsats hos kommunene som er med i vår undersøkelse. Spesielt ble det lagt vekt på gjennomføring av programmene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC som retter seg mot helsepersonell i kommunene og deres kompetanseutvikling i forhold til personer med demens.

Alle kommunene (100 %) i vårt utvalg svarer at de har arbeidet med kompetanseutvikling hos sine medarbeidere i planperioden til Omsorgsplan 2015. I de fleste kommunene har dette vært gjennomføring av ulike kurs og opplæringsprogrammer som nevnt over. Dette betyr at arbeidet med kompetanseutvikling innen demens og demensomsorg har stått svært sentralt i mange kommuner. Nasjonale data innsamlet av Aldring og Helse viser at over 20.000 personer med ulik fagbakgrunn (sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, ergo- og fysioterapeuter) i 402 kommuner har startet på første del av Demensomsorgens ABC (Personlig kommunikasjon med Betty Døble, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse). Det vil bli publisert en erfaringsrapport i 2015 om gjennomføringen av Demensomsorgens ABC i norske kommuner. Rapporten er under utarbeidelse av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ved Betty Døble og Arnfinn Eek.

Demensteam som arbeider med hjemmeboende

Videre har 55 kommuner (72 %) i vårt utvalg opprettet demensteam som arbeider med hjemmeboende. I intervjuene ble det fremlagt forskjellige innretninger i demensteam, og de er noe ulikt sammensatt med hensyn til fagfolk, og hvilke funksjoner de har for å benevne seg for å være et «demensteam». I Demensplan 2015 er et demensteam definert som en «Tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten som har ansvaret av utredning av personer ved mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Ansvaret for utredning og diagnostikk av alle pasientgrupper, inkludert personer med demens, ligger hos primærhelsetjenesten. I lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene § 3-1 står det at «Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.» Når utredningen blir for vanskelig, eller når den kommunale helsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse etter ressurser, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. I tilfeller hvor det er tvil om de behandlings- og omsorgstiltak som er satt i gang i primærhelsetjenesten er effektive og riktige, må spesialisthelsetjenesten ha en rolle som rådgiver og veileder overfor primærhelsetjenesten (Engedal, Haugen, & Brækhus, 2009; Helsedirektoratet, 2007).

I primærhelsetjenesten skal det dermed foretas demensutredning av pasienter med klare tegn på kognitiv svikt. Ofte skjer en slik utredning i samarbeid med fastlege eller sykehjemslege, samt kommunenes øvrige helse- og omsorgstjeneste. I denne sammenheng beskriver Gausdal & Michelet i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse det som en målsetning at alle norske kommuner skal ha et demensteam (Gausdal & Michelet, 2011).

Tidligere er det gjennomført tre kartlegginger av hvor mange kommuner som har opprettet demensteam og demenskoordinatorer i Norge. Kartleggingene er gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og de viser at kommuner har ulike måter å organisere utredninger av demens på. Noen kommuner har enten demensteam eller demenskoordinator, mens noen kommuner har begge deler (Gausdal & Michelet, 2011). Kartleggingene viser uansett en økning i antall demensteam fra 23 % av kommunene i 2004-2005 til 45 % av kommunene i 2010-2011.

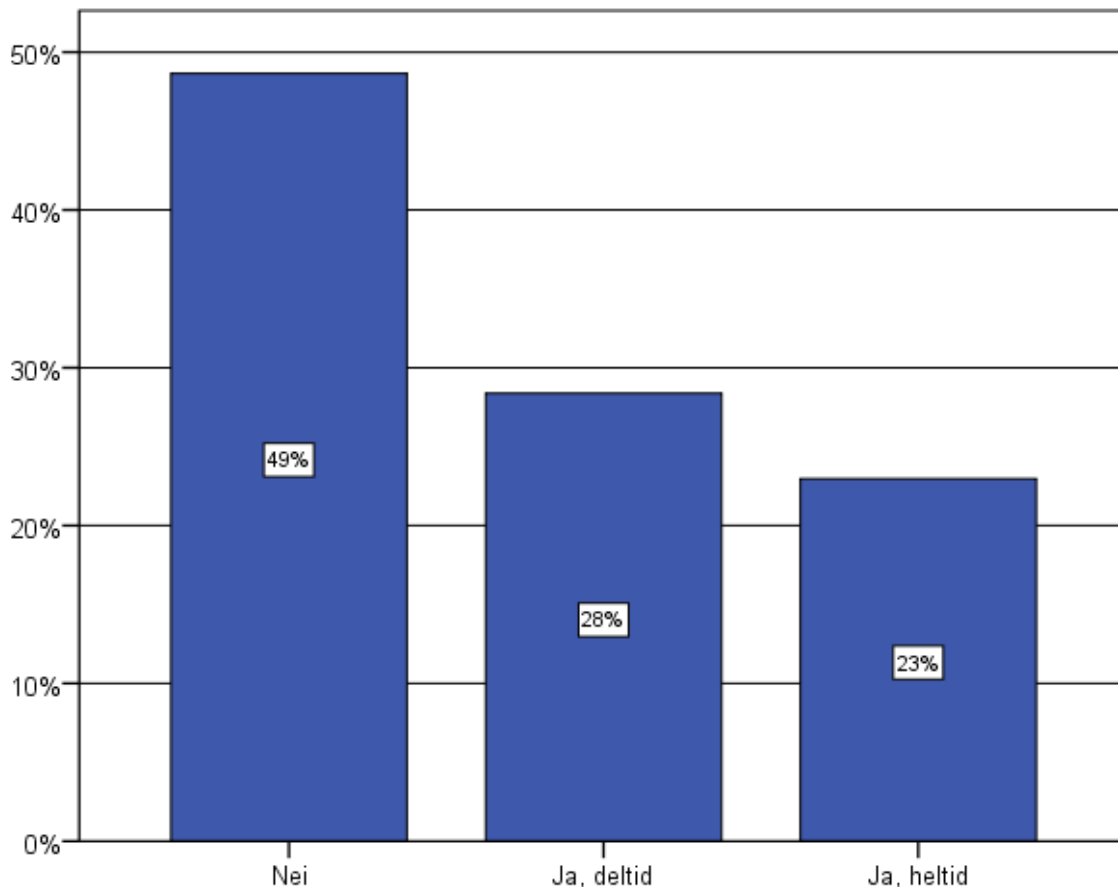
På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse gjennomført et utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av demens. Hovedkonklusjonen fra dette programmet var at det var vanskelig å anbefale én modell for demensutredning. Kommunestørrelse og organisering varierer og legger føringer på hva det er praktisk mulig å gjennomføre. Uavhengig av dette påpekes imidlertid noen suksessfaktorer som sentrale for at tilbudet om demensteam skal fungere etter intensjonen. Dette handler om å ha tverrfaglig kompetanse i teamet som har avsatt tid til å drive med demensutredningsarbeid. Gode faglige samarbeidspartnere innad i kommunen og et etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten er også viktig (Gausdal & Michelet, 2011). Beskrivelser av demensteam i vår kommuneundersøkelse viser også kommunalt mangfold i tilretteleggingen og organiseringen av demensteam.

Demenskoordinator

Vi spurte også om kommunene har opprettet stillinger for demenskoordinatorer. I alt svarte 74 kommuner på spørsmålet. 36 kommuner (49 %) svarte at de ikke hadde dette, mens 21 kommuner (28 %) svarte at de hadde det på deltid og 17 kommuner (23 %) hadde demenskoordinator på heltid. En demenskoordinator har helsefaglig bakgrunn og har ansvar for utredning av personer ved mistanke om demens og deres pårørende i kommunehelsetjenesten. Denne har ofte en fast stillingsprosent og må etablere et nettverk av ressurspersoner som bidrar ved utredning og oppfølging (Gausdal & Michelet, 2011).

Som nevnt over er det tidligere gjennomført tre kartlegginger av utviklingen av demensteam og demenskoordinatorer. Denne viser at det er en økning i antall kommuner som har opprettet stillinger for demenskoordinator. Mens 27 % av kommunene hadde dette i 2004-2005, så hadde dette økt til 36 % i 2010-2011 (Gausdal & Michelet, 2011)

Figur 17: Har dere demenskoordinator i kommunen? Andel uten, og med hhv. heltids- og deltidsstilling. Prosent. N=76.



Når ble tilbudet til personer med demens startet opp i kommunene?

I intervjuene spurte vi når hjemmetjenesten hadde opprettet et tilbud for hjemmeboende med demens, og vi ser at mange kommuner tidfester dette i planperioden knyttet til Omsorgsplan 2015. Det er 41 kommuner som har svart på spørsmålet. Av disse har 25 kommuner (61 %) svart at tilbudet er opprettet fra 2011 og fremover, seks kommuner (15%) svarer fra 2008-2010, fire kommuner (10%) fra 2005 -2007, fire kommuner (9%) fra 2004-2000, og to kommuner (5%) fra før 2000.

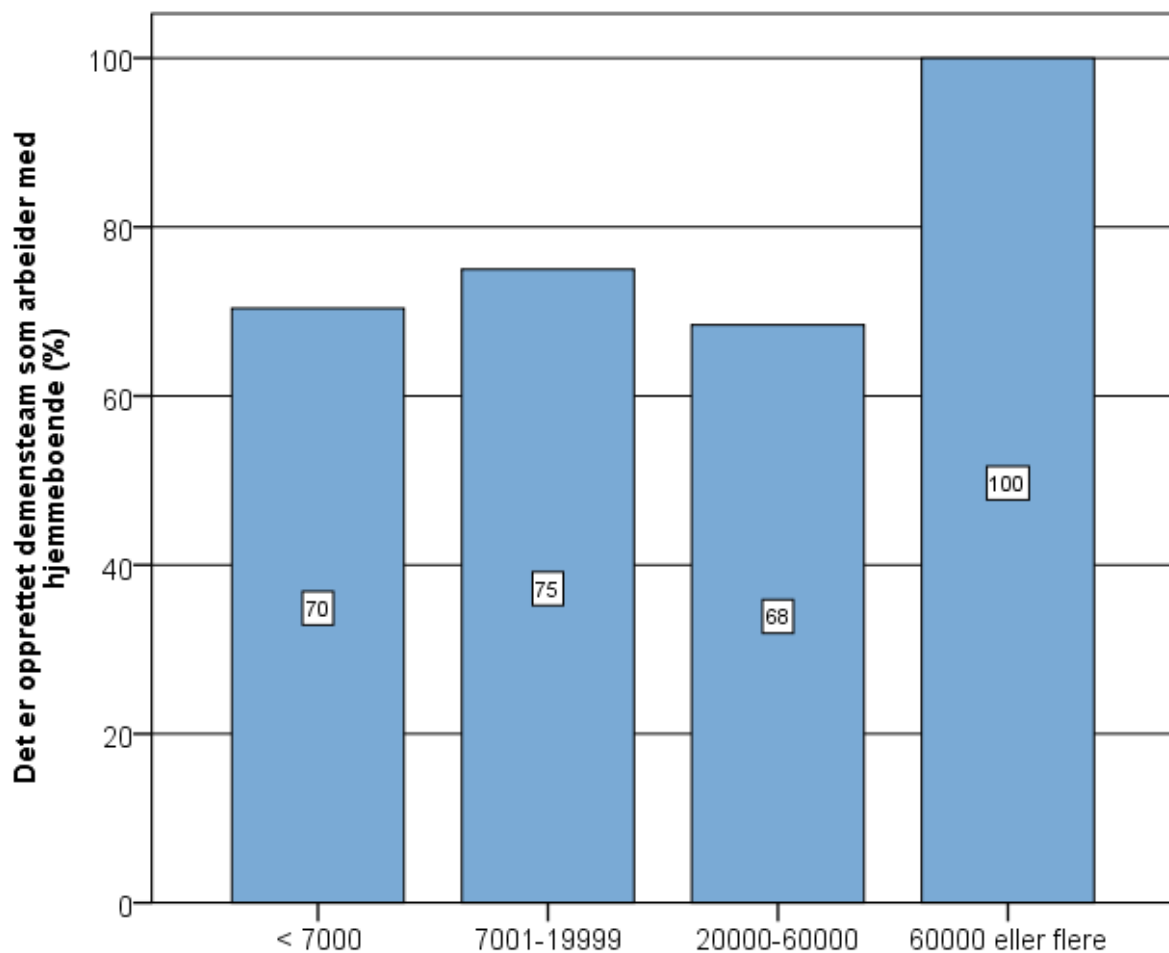
Diskusjon

En av målsettingene i Demensplan 2015 er å bedre tilbudet om diagnostikk og utredning av personer med kognitiv svikt og demens. I tidsrommet mellom 2007 og 2010 ble det gjennomført et eget utviklingsprogram om diagnostikk og utredning. Det er blitt gjennomført en rekke kurs og konferanser over hele landet for å gjøre kommunene bedre i stand til å oppdage og gi tilbud til personer med demens. Helsedirektoratet har anbefalt å benytte *Verktøy til bruk ved demensutredning i kommunehelsetjenesten* som et hjelpemiddel i utredningsarbeidet. Dette verktøyet er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Gausdal & Michelet, 2011).

Vår egen undersøkelse viser at det i alle kommunene (N=76) er blitt satset på oppbygging av kompetanse hos ansatte. Dette er i stor grad kursdeltagelse i Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Videre har 78 % av kommunene svart at de har økt dagaktivitetstilbudet for personer med demens i tidsrommet under Omsorgsplan 2015.

Det er blitt gjennomført flere kartlegginger av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse der de har undersøkt utbredelsen av demensteam og demenskoordinatorer. I tiden fra 2004-2005 frem til 2010-2011 har det vært en vekst i antall kommuner med demensteam fra 23 % av landets kommuner til 45 % i 2010-2011. Det har også vært en vekst i antall kommuner med demenskoordinatorer fra 27 % av landets kommuner i 2004-2005 til 35 % i 2010-2011 (Gausdal & Michelet, 2011). Tall fra vår kommuneundersøkelse viser at 74 % av kommunene i vårt utvalg har opprettet demensteam. Forskjellene på disse to resultatene ligger i at vi i vårt utvalg har en overrepresentasjon av større kommuner, og derfor får vi en høyere frekvens av demensteam enn landsgjennomsnittet.

Figur 18. Andel kommuner som har opprettet demensteam som arbeider med hjemmeboende (N=76).



Forskerne fra Nasjonalt kompetansesenter fra Aldring og Helse understreker at det er vanskelig å anbefale én modell for demensutredning som vil være den beste for alle kommuner. Kommunestørrelse og variasjoner i organisering legger forskjellige forutsetninger for hvordan dette arbeidet kan drives. De påpeker allikevel betydningen av å ha et fast team som er tverrfaglig sammensatt, og som har avsatt tid til å drive med demensutredningsarbeid. Gode faglige samarbeidspartnere innad i kommunen og etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig. Utover dette påpekes det at demensteamet bør være godt administrativt og politisk forankret i kommunene med fokus på klare kommunikasjonslinjer og samarbeidsrutiner (Gausdal & Michelet, 2011).

Resultater fra en nasjonal undersøkelse viser også at mange av demensteamene har andre oppgaver enn utredning og oppfølging av personer med demens (Gausdal & Michelet, 2011). Opplæring og undervisning, veiledning av helsepersonell og pårørende nevnes i mange kommunale kontekster. Det er også forskjeller mellom team som har demensarbeid som egen øremerket oppgave, og team som gjør arbeidet i tillegg til andre oppgaver.

Arbeidet med å opprette pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende har også blitt prioritert i kommunene. I vår undersøkelse har nesten halvparten av kommunene (49 %) opprettet samtalegrupper for pårørende, mens 75 % av kommunene har opprettet pårørendeskoler. Som over gjør vi også her oppmerksom på at vi har et stort utvalg av større kommuner i vårt panel, og at dette kan gi en skjevhet i forhold til landsgjennomsnittet.

Har hjemmetjenesten et tilbud til hjemmeboende med psykisk sykdom?

Alle kommuner er lovpålagt å gi et tilbud også til personer med psykisk sykdom. I intervjuundersøkelsen spurte vi om hjemmetjenesten hadde tilbud til denne gruppen. Svarene vi fikk her handlet om at alle får et tilbud etter behov, men hva tilbudet bestod av, og hvordan dette var organisert, varierte mye. Tallmaterialet vårt for hvor mange kommuner som har et tilbud til denne gruppen, er dermed svakt, og vi går derfor ikke nærmere inn på det her. Imidlertid ønsker vi å beskrive tilbudene på dette feltet informantene sier at kommunen har og belyse likheter og variasjoner mellom dem.

I noen kommuner eksisterer det en spesialisert psykiatritjeneste som utgjør en egen enhet utenfor hjemmetjenesten. Noen ganger samarbeider denne hyppig med hjemmetjenesten, andre ganger mer sjelden. I andre kommuner som ikke har en spesialisert psykiatritjenesten håndteres hjemmeboende mennesker med psykiske lidelser i hovedsak av hjemmetjenesten, i samarbeid med fastlegene.

De kommunale tilbudene i til mennesker med psykisk sykdom spenner fra egne arbeidslag eller egne seksjoner som spesifikt arbeider med denne målgruppen, til enkeltstående sykepleiere i kommunene som gir faglige råd og kobles opp mot hjemmeboende med psykiatriske vansker ved behov.

På spørsmål om hvordan tilbudet i hjemmetjenesten er tilrettelagt for hjemmeboende med psykisk sykdom, legger flere kommuner vekt på at de gir tilbud til alle brukere, og at de ikke differensierer mellom ulike typer brukere. Hos noen tjenestemottagere kan psykiske lidelser være sekundære, og personen mottar hjelp først og fremst for somatiske plager. Hjemmetjenesten gir tilbud til de tjenestemottakerne som får tildelt timer og forholder seg til dette:

«Vi betrakter dette som en vanlig bruker. Hvis en person får vedtak om timer, så mottar den bistand og tjenester på lik linje med andre brukere. Noen ganger når det oppstår behov for det, samarbeider vi med fastlege omkring medisiner, og med psykiatritjenesten i kommunen. I helger er dette en stor utfordring!» (Kommunegruppe 1)

Noen kommuner har imidlertid egne team, eller satsninger for denne gruppen der de har organisert personale som har tilleggsutdanning eller spesifikk interesse for psykiske helse sammen i en gruppe:

«Vi har en egen gruppe som har primæransvar for brukere i denne gruppen. Vi opplever at brukere med psykiatriske lidelser trenger mer forutsigbarhet og trygghet, og at det er best med færrest mulig personer omkring disse. Våre ansatte med spesial kompetanse innen psykiatri jobber mot disse. De fleste av dem har fagbakgrunn som vernepleiere eller psykiatriske sykepleiere». (Kommunegruppe 4)

I noen større kommuner ble det startet opp egen psykiatrisk hjemmetjeneste ved årtusenskiftet. Dette har sammenheng med opptrappingsplanen for psykiske helse, der det ble overført mer ansvar til kommunen for personer med psykiske vansker:

«Vi har egen psykiatrisk hjemmetjeneste som ble startet opp ca. 2002. Før dette var psykiatriske sykepleiere fordelt rundt om i hjemmetjenesten, men siden 2002 har de altså vært samlet i den psykiatriske hjemmetjenesten». (Kommunegruppe 4)

I intervjuene la flere ledere i omsorgstjenestene vekt på at det har vært en tilvekst av brukere med psykiatriske lidelser i hjemmetjenesten. Dette merkes spesielt i større kommuner. Det jobbes med kompetanseheving og utvikling av gode tilbud:

«Hjemmetjenester for psykisk syke er samlet og spisset i en avdeling som er over det hele på psykiatri. Vi har hatt kompetanseheving og stor satsning innen rus og psykiatri. Vi har hatt den egne hjemmetjenesten for psykisk syke siden 2002. Vi har også et dagsenter for psykisk syke som er åpent fire og en halv dag i uka» (Kommunegruppe 3)

Flere kommuner har etablert miljøarbeidertjeneste i tilknytning til hjemmetjenesten for tjenestemottagere med psykiatriske vansker. Ulike typer for aktivisering og dagtilbud beskrives i flere kommuner:

«For psykisk syke har vi miljøterapeutisk enhet med helsearbeidere og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Brukere har mulighet for å komme på kontoret til helsearbeidere til fastsatte timer. Vi har fire aktivitetssentre til psykisk syke i alle aldre der det gis dagtilbud. Fontenehus er et bydekkende aktivitetstilbud for psykisk syke». (Kommunegruppe 4)

I noen kommuner legges det vekt på at personer med psykiske lidelser ofte trenger mer oppfølging og en annen type bistand enn andre grupper. Dette gjør at noen kommuner har en egen miljøarbeidertjeneste:

«Vi har egen miljøarbeidertjeneste i psykiatri som er knyttet til hjemmetjenesten. De driver med miljøarbeid mer enn tradisjonell praktisk bistand. De bistår tjenestemottagerne med daglige gjøremål. I stedet for å utføre oppgaver for brukeren, f.eks. handling, så assisterer miljøarbeidertjenesten slik at noen følger med brukeren på butikken. Det samme gjelder for andre typer gjøremål som brukeren trenger støtte til å få utført». (Kommunegruppe 3)

Noen kommuner skiller på alder når det gjelder hvilken enhet som yter hjelp til brukere med psykiske problemer:

«Når del gjelder hjemmeboende personer med psykiske vansker, får vi veiledning fra Virksomhet Psykisk Helse dersom vi har behov for det. Alle yngre som er hjemmeboende, mottar tilbud under enhet Psykisk Helse. De brukerne som er over 67 år kommer til ordinær hjemmetjeneste, der vi innhenter råd og støtte hos personer med spesialist kompetanse ved behov». (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner er det et samarbeid mellom virksomhet hjemmetjenesten og tjeneste-enheter for rus, psykiatri, samt for brukere med dårlig boevne. Det ble poengtert i flere kommuner at psykiatriske helseproblemer og rusmisbruk ofte opptrer sammen. Tjenesten kan da være organisert under enhet som «Rus og Psykiatri», «Boveiledertjenesten» eller «Oppfølgingstjenesten». I flere kommuner presenteres arbeidet med personer i denne målgruppen som krevende:

«Vi gir tjenester etter behov. Vi har en del personer med alvorlige problemer, blant annet en bruker som alltid skal ha tre ansatte rundt seg. Vi har flere med dårlig boevne. Vi gir tjenester så langt vi kan, men er det for tungt, må vi få hjelp fra andre. Ser frem til å få et nytt bygg til denne gruppen i 2015! Vi holder på å oppføre omsorgsboliger nå» (Kommunegruppe 3)

I noen kommuner er hjemmetjenester til personer med psykiske lidelser ivaretatt av annen enhet:

«Psykisk helse er organisert i en annen virksomhet enn hjemmebaserte tjenester. Hjemmetjenesten er inne med medisindeling, mat og eventuelt stell, pleie og tilsyn på kveld og natt. Ellers er det Psykisk helse som har ansvaret 8-16». (Kommunegruppe 1)

Noen hjemmetjenester har flere instanser i kommunene å rådføre seg med ved behov. Det kom frem i intervjuer at det ofte differensieres mellom tjenestemottakere med ulik grad av psykisk sykdom:

«Denne gruppen mottar tjenester fra oss på lik linje med andre brukere. Vi deler litt ansvar her med avdelingen Familie og Helse. Vi søker hjelp og støtte fra denne avdelingen ved behov. Enklere ting tar vi selv. De personene som har tunge behov og mye problematikk vurderer vi egne tiltak og planer for» (Kommunegruppe 3)

Arbeidet med denne gruppen fordrer mye samarbeid:

«I vår kommune har vi opprettet psykisk helseteam som en egen tjeneste. Det har det vært en betydelig satsning her! Vi har blitt bedre til å samarbeide på tvers. Det er forvaltningskontoret som er sentralt i dette samarbeidet, slik at hjemmetjenesten og psykisk helseteam samarbeider. Vi har også åtte ansatte i hjemmetjenesten som har tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid. (Kommunegruppe 3)

Det skiller ofte på om tilbudene er tilrettelagt for eldre eller yngre brukere:

«Vi gir tjenester til hjemmeboende med psykiske vansker, men det er ofte litt diskusjon hvilken enhet som skal ta det. Eldre personer kommer «lettere» til hjemmetjenesten, er det mer komplekse ting eller yngre personer er det en annen enhet. Hos oss er dette enhet for Rus & Psykisk Helse, og disse kobles inn når vi trenger det». (Kommune, kommunegruppe x)

I små kommuner finnes det vanligvis en sykepleier med tilleggsutdanning i psykiatri som kobles opp mot tjenestemottagere med psykiske vansker. Denne har vanligvis samarbeidsrelasjoner med fastleger, DPS og andre relevante instanser.

Diskusjon: Hjemmetjenestens tilbud til psykisk syke

I alle kommuner gis det tjenester til brukere som får tildelt timer, uavhengig av alder, diagnose og bakgrunn for hjelpebehovet. Vi ser allikevel at større kommuner oftere oppretter egne faglige team som gir tjenester til brukere med psykisk sykdom. Denne gruppen tjenestemottakere fremstilles ofte som sårbare og trenger å ha mer forutsigbarhet og faste hjelpere rundt seg. Større kommuner har høyere andel av tjenestemottagere i denne gruppen. Det muliggjør å ha egne arbeidslag eller team som gir tjenester til denne gruppen. De ansatte på slike faglige team består oftest av sykepleiere med tilleggsutdanning i psykiatri og ansatte som har en særskilt interesse for fagfeltet. I flere kommuner ble det påpekt at tjenestemottagere i denne gruppen er økende, og at arbeidet ofte kan være krevende. I flere kommuner er arbeidet med denne gruppen under utforming. Det er i flere kommuner ønske om å innrette tjenester på en ny måte og skaffe botilbud som passer for denne gruppen.

I noen kommuner er hjemmetjenestenes tilbud til hjemmeboende med psykisk sykdom organisert i egen enhet. Hjemmetjenesten i flere kommuner opplyser at de kan henvende seg til andre kommunale enheter med kompetanse på psykiatri dersom de trenger veiledning omkring tjenestemottagere. Miljøarbeidertjenesten er ofte nevnt, og enheter som håndterer rus og psykiatri sammen, eller boveiledertjeneste. Vi har også sett at kommuner nokså ofte differensierer mellom yngre og eldre tjenestemottagere, og at dette styrer hvilke instanser de henvender seg til for råd. I flere kommuner forsøker hjemmetjenesten å håndtere eldre brukere med psykiske problemer selv, mens de ønsker andre tilbud for yngre personer. Mindre kommuner organiserer tilbudet i større grad som en del av den ordinære hjemmetjenesten. Oftest er det psykiatriske sykepleiere i små kommunene som gir råd og bistand ved behov. Kommuner i alle størrelseskategorier henvender seg også til fastlege, distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller annen kommunal psykiaritjeneste ved behov for bistand og veiledning.

Når ble tilbudet til hjemmeboende med psykisk sykdom startet opp?

I intervjuundersøkelsen var det 34 kommuner som kunne tallfeste når de startet å gi tjenester for hjemmeboende med psykiske problemer. Av disse, svarer 14 kommuner at det er før 2000, ti sier det er mellom 2000-2004, ti svarer fra 2005-2010, og ingen svarer at det er etter 2011. Dette tyder denne gruppen har hatt tilgang til hjemmetjenester over tid, men at tilbud i hovedsak er blitt opprettet i tidsrommet mellom 2000-2010, noe som sammenfaller med opptrappingsplanene for psykisk helse.

Tjenester til personer med nevrologiske lidelser

Nevroplan 2015 er en delplan under Omsorgsplan 2015 og innebærer konkrete tiltak for utvikling av tjenestetilbudet til personer med nevrologiske sykdommer og skader. I 2011 ble det utarbeidet en fagrapport der det ble vurdert om kommunens helse- og omsorgstjenester i tilstrekkelig grad er

tilrettelagt, dimensjonert og utformet for personer med neurologiske skader og sykdommer. Bakgrunnen for dette er at brukere med neurologiske tilstander trenger ofte langvarige og omfattende tjenester både fra kommunens helse – og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten. Det nevnes også at brukernes mulighet til å leve aktive liv er avhengig av tilrettelegging og tilbud fra andre sektorer, som for eksempel arbeidsliv, utdanning og transport (Helsedirektoratet, 2011).

Blant hjemmeboende tjenestemottakere dominerer diagnosene MS, hjerneslag, medfødte feil i nervesystemet, skader i nervesystemet, hodeskader og epilepsi. De hyppigst forekommende neurologiske tilstandene blant omsorgstjenestens brukere er multippel sklerose (MS), cerebral parese (CP), Parkinsons sykdom, hjerneslag og epilepsi. Flere av sykdommene gir store funksjonsnedsettelse. Tall fra 2009 viser at personer med neurologiske tilstander utgjør ca. 20 % av mottakerne under 67 år, mens de mottar 35 % av timene fra hjemmesykepleie og praktisk bistand. De har oftere tildelt brukerstyrt personlig assistent (BPA), kommunalt tilpasset bolig, omsorgsbolig og støttekontakt enn andre brukere i samme aldersgruppe (Romøren, 2009).

Satsningsområder i Nevroplan 2015 er å øke informasjonen omkring brukere med neurologiske skader og sykdommer. Det satses også på rehabilitering i dagliglivet for å understøtte egenmestring, samt å styrke den faglige bredden i det kommunale tjenestetilbudet med sterkere vekt på aktivisering, rehabilitering og bistand i hverdagen. Dette forutsetter tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenesten og tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Målet er at omsorgstjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer skal utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Ut i fra disse målsettingene ser vi at det kan være en overlapp mellom tilbudet til personer med neurologiske lidelser, og tilbud som gis innen hverdagsrehabilitering eller andre kommunale satsninger innen rehabilitering.

Har hjemmetjenesten et tilbud til hjemmeboende med neurologiske lidelser?

På samme måte som for spørsmål om tilbud til hjemmeboende med psykisk sykdom, svarte informanter i kommunene at de gir tilbud også til personer med neurologiske lidelser når disse innvilges timer. Informanter fra kommunene kunne derfor svare at de hadde tilbud til gruppen, mens innholdet av dette tilbudet varierte mellom ulike kommuner.. I noen kommuner svarte informanter at de tilpasset individuelle tjenester til tjenestemottagerens behov innenfor rammen av den ordinære hjemmetjenesten. I andre kommuner var det opprettet egne faglige team som kun arbeidet med personer med neurologiske lidelser. Vi har valgt og ikke presentere data med oversikt over antall kommuner som oppgir å ha/ikke ha et tilbud til denne gruppen siden dette tallmaterialet er noe usikkert.

Som vi har sett for andre typer faglige innretninger, finnes det altså i tilbudet til personer med neurologiske lidelser en variasjon i hva kommunene tilbyr. Det er som nevnt over ofte en overlapp mellom tjenester til denne gruppen, tjenester knyttet opp mot rehabilitering, bruk av brukerstyrt personlig assistent (BPA) og tilrettelagt botilbud.

Noen kommuner har egne arbeidslag eller team i hjemmetjenesten for brukere med neurologiske sykdommer/skader. Arbeidslagene har fast bemanning og forholder seg så langt det er mulig kun til

personer med nevrologiske skader og sykdommer. I noen kommuner organiserer hjemmetjenesten primærkontakt og en tverrfaglig ansvarsgruppe til disse tjenestemottagerne. Det er også vanlig at personalet her, som ivaretar hjemmetjenestene til den enkelte hjemmeboende, møtes i ressursgruppe til erfaringsutveksling, planlegging og kompetanseutvikling. I noen kommuner betjenes tjenestemottagerne med nevrologiske lidelser av arbeidslag innen hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering:

«Hos oss er det hverdagsmestringsarbeidslag som tar hånd om personer med nevrologiske lidelser. De jobber i egne arbeidslag slik at de samme sykepleierne kommer til de samme brukere over tid. Dette er med på å gi kontinuitet og trygghet» (Kommunegruppe 3)

En annen kommune legger vekt på det har tilbud til gruppen, men at de allikevel er generalister:

«Vi har noen brukere med ALS, MS, Parkinson. Vi er generalister, men her har vi en del hjelp og nytte av innsatsteamet/hverdagsmestringsteamet vårt!» (Kommunegruppe 2)

Noen kommuner har fagnettverk og prosjektarbeid omkring nevrologiske lidelser. Dette spiller en viktig rolle i tilbudet til denne gruppen:

«Tjenestemottagere med nevrologiske lidelser får tjenester som alle andre. Vi har ansatte som er med i fagnettverk der denne gruppens behov og problemstillinger belyses og diskuteres. Vi har ingen øvrige satsninger eller spesielt tilrettelagte tilbud ellers». (Kommunegruppe 4)

I noen kommuner har hjemmetjenesten dagtilbud der hjemmeboende tjenestemottakere med nevrologiske lidelser får tilbud om aktiviteter. Tjenestemottagerne blir hentet hjemme. De mottar matservering og deltar på ulike tilrettelagte aktiviteter.

I noen kommuner påpekte informanter at de ser få personer med nevrologiske lidelser. De sier de allikevel tilrettelegger et godt tilbud når de mottar en bruker med særskilte behov:

«Vi har ikke et eget tilbud... Men er flinke til å ta ting på sparket og syr sammen et tilbud ved behov». (Kommunegruppe 1)

I flere kommuner nevnes det spesielt at det benyttes brukerstyrt personlig assistent (BPA) til tjenestemottagere i denne gruppen:

«Disse tjenestemottakerne får individuell tilrettelegging av vanlige hjemmetjenester. Dersom det er spesielle behov, så samarbeider vi med spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Det er et eget team rundt spesielle pasienter. For de yngre tjenestemottagerne, velges det i større grad andre løsninger som brukerstyrt personlig assistent» (Kommunegruppe 3)

I små og mellomstore kommuner utgjør brukere med nevrologiske problemer en ganske liten gruppe:

«Vi gir tjenester ved behov. Vi setter inn egnet personal og bygger et team, men det er ikke en egen gruppe som tar hånd om disse tjenestemottagerne». (Kommunegruppe 3)

Kommuner legger vekt på at de tilrettelegger i forhold til behovene tjenestemottagerne har:

«Vi har en individuell tilnærming til hjemmeboende med neurologiske lidelser. Det er fokus på opptrening og aktivitetstilbud som planlegges for den enkelte. Det skal startes opp med mer satsning her nå». (Kommunegruppe 3)

Tilbudet til brukere med neurologiske lidelser er ofte knyttet til kommunens rehabiliteringstilbud. Det gis tilbud om deltagelse i treningsgrupper. Flere kommuner nevner spesielt at brukerne i denne gruppen mottar kommunale rehabiliteringstjenester. Hjemmetjenesten henvender seg ofte til rehabiliteringsavdelingen om de søker råd.

«De får tjenester, i hovedsak rehabiliteringstjenester, men vi har ikke eget målrettet tilbud. Vi har imidlertid tilrettelagte mestringsgrupper på rehabiliteringssenteret vårt som kan benyttes». (Kommunegruppe 3)

I flere kommuner ble det også nevnt korttidsopphold som et brukt tilbud for denne gruppen:

«Hjemmeboende med neurologiske lidelser har mulighet for korttidsopphold for rehabilitering og for avlastningsopphold når pårørende har behov for det». (Kommunegruppe 2)

I mange kommuner ble tjenester gitt på individuelt grunnlag uten noen form for faste løsninger. I små kommuner brukes beskrivelsen «skreddersøm fra tilfelle til tilfelle». Ellers legges det til rette for tjenester etter behov:

«De får tjenester som alle andre med behov. Vi har ikke noen spesiell kompetanse her, men vi tilpasser og tilrettelegger tjenesten slik at denne gruppen også får det de skal ha». (Kommunegruppe 2)

Noen trekker frem boliger som et tilbud til denne gruppen:

«Vi har overflyttet våre slagpasienter og personer med MS i mer lettstelte boliger. Vi har bygningsmasse i omsorgsbolig med heis og tekniske løsninger og uteareal. Bemanningen i omsorgsboliger er ut ifra vedtak og individuelle behov. Vi tilrettelegger med blant annet teknologiske løsninger både i omsorgsboliger og hjemme hos pasientene». (Kommunegruppe 3)

Når ble tilbudet til hjemmeboende med neurologiske lidelser opprettet?

Ut i fra svarene vi har fått, synes ikke tilbudet fra hjemmetjenesten til personer med neurologiske lidelser å være av nyere dato. Av kommunene som sier de har et tilbud, har 18 kommuner svart. Av disse har 11 kommuner svart at tilbudet ble startet opp før år 2000, to svarer mellom 2005-2010, mens 5 kommuner svarer at dette tilbudet er blitt opprettet etter 2011.

Oppsummering:

Noen av de største kommunene i vårt utvalg har organisert faglige team omkring tjenestemottakere med neurologiske lidelser eller skader. Det ser ut til å være mer vanlig å opprette faglige team omkring tjenestemottakere når det oppstår behov for det. I flere kommuner er arbeidet med tjenestemottagere med neurologiske lidelser eller skader lagt opp i samarbeid med rehabiliteringsavdeling. Korttidsplasser, bruk av BPA og avlastningsordninger utgjør også en del av

kommunens tilbud. I en tidligere studie om yngre personer med nevrologiske sykdommer eller skader i hjemmetjenesten, beskrives det også at tilbud om korttidsplass var et ganske vanlig tilbud til gruppen (Romøren, 2009). Dette fremkommer også i vårt materiale. I en rapport der tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser er undersøkt (Takvam, 2012), hevder forfatteren at lovpålagte tjenester som Koordinerende enhet (KE), IP og rehabilitering blir prioritert av tjenesteyterne. Tilbudet for å innfri tjenester varierer avhengig av region og kommunistørrelse. Fastlegen har en nøkkelrolle i samspill med tjenestemottager, KE, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere. Små kommuner har ofte lite fagmiljø, men Takvam påpeker at det er stor oppfinnsomhet for å imøtekomme ønsker og behov hos brukeren. Mangel på fagfolk kan vanskeliggjøre etableringen av systemer og rutiner, mens store kommuner i større grad har utarbeidet gode retningslinjer for deler av tjenestetilbudet (Takvam, 2012).

Sammenlignet med Demensplan 2015, ser en at Nevroplan 2015 er noe mindre omtalt ute i kommunene. Mens kommuners satsning på å bygge ut og videreutvikle tilbud for personer med demens er godt i gang og mye beskrevet, finner vi mindre omtale og oppbygging av tilbud for personer med nevrologiske skader og sykdommer. Dette kan tyde på at kommunene i denne planperioden har forholdt seg mest til satsning på å utvikle tilbud innen demensomsorgen. Kommunene har samtidig hatt mer tid til å implementere tiltak innen demensomsorgen i det Demensplan 2015 ble fremlagt i 2007. Til sammenligning, ga Helsedirektoratet ut i mars 2011 fagrapporten «Fleksible tjenester - for et aktivt liv» der det gis anbefalinger om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer. Politisk ble rapporten fulgt opp av "Nevroplan 2015", som legger opp til endringer når det gjelder omsorgstjenestens kompetanse, arbeidsformer, tjenesteinnhold og faglige fokus. Det gjenstår å se hvordan Nevroplan 2015 materialiserer seg videre ute i kommunene.

Hjemmetjenestens tilbud for andre brukere

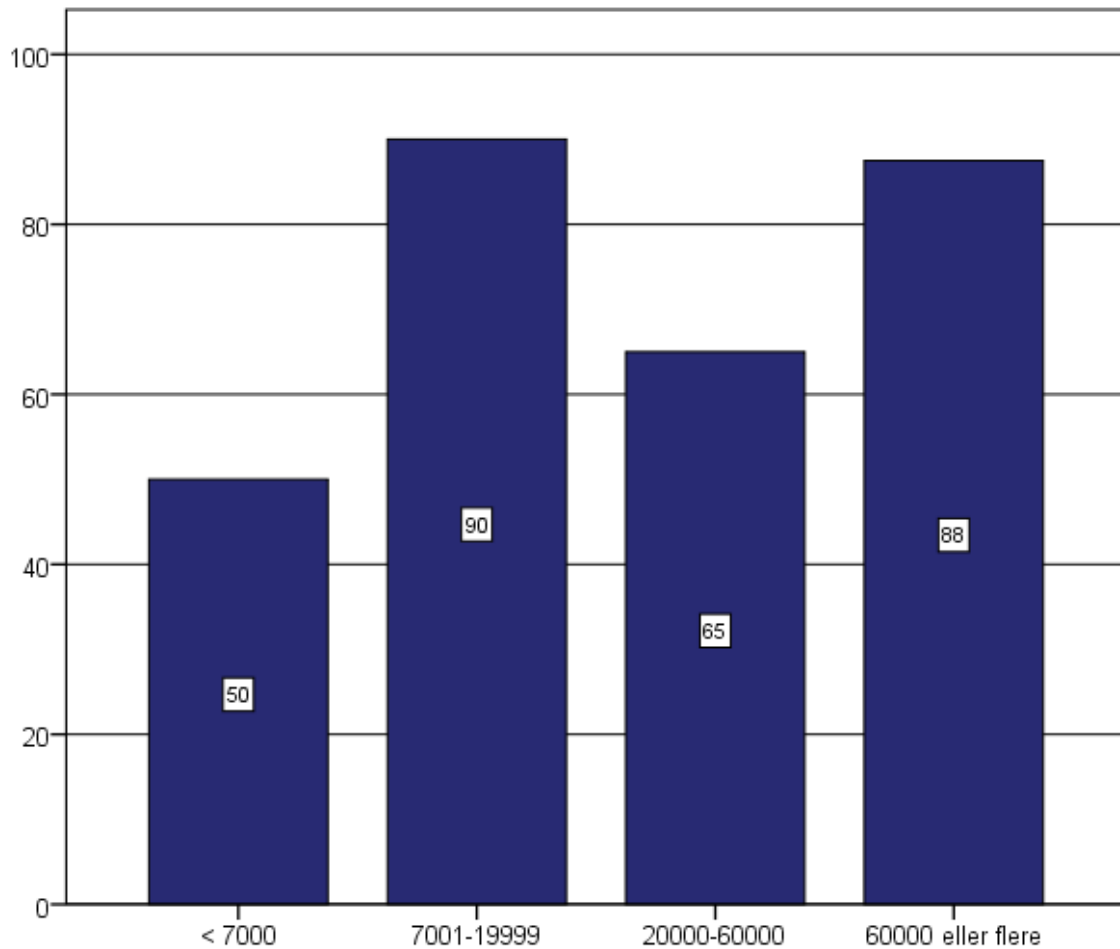
På spørsmål om hjemmetjenesten gir spesielle tilbud til andre brukergrupper enn det som vi har spurt om, svarte flere at de gir tjenester til alle som får vedtak om tjenester uansett hva slags helseproblem og hjelpebehov de har. Informantene trakk spesielt frem at de gir tjenester til psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede, yngre personer med psyko-sosiale vansker, barn med spesielle behov, personer med behov for respiratorstøtte, personer rammet av cerebral parese, brukere uten bo-evne og personer med behov for habilitering. Flere informanter nevnte også at ungdom som faller utenfor skole, jobb og dagliglivet på grunn av adferd kombinert med rusmisbruk og psykiske vansker er en voksende gruppe. Denne siste gruppen og dens tilgang til kommunale hjemmetjenester blir for tiden undersøkt videre Senter for omsorgsforskning Østlandet (Sveen & Tingvold, 2015, under utgivelse).

Dagtilbud

Vi spurte også om det har vært en økt satsning i dagtilbud i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015. Figuren under viser at det har vært en økning spesielt i kommunegruppe 2 (fra 7001-19999 innbyggere) og kommunegruppe 4 (mer enn 60.000 innbyggere). I mange kommuner ble det påpekt

at økningen først og fremst skyldtes en økt satsning i demensomsorg og mer dagtilbud til denne gruppen.

Figur 19: Har det vært en økt satsning på dagtilbud de siste fem årene? Svar fra kommuner etter kommunistørrelse (N=72)



Kilde: Kommuneundersøkelsen, Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Diskusjon om hjemmetjenesten

Vår studie viser at hjemmetjenestene, i likhet med sykehjem, utvikler flere differensierte tilbud og tjenester i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015. Over noen tiår har hjemmetjenestene overtatt ansvar for brukere som tidligere mottok tilbud i spesialisthelsetjenesten eller institusjoner.

Kommuner får tilbake sine innbyggere tidligere etter sykehusinnleggelse, og må bygge opp en omsorgstjeneste der tjenestemottakerne oppleves som sikrere og i behov for mer komplisert pleie og behandling enn tidligere. Dette har konsekvenser for organiseringene av tjenesten og det fordrer mer og økt kompetanse hos de ansatte i omsorgstjenestene.

Tilbudet og innholdet i hjemmetjenestene under Omsorgsplan 2015 omfatter fokus på hverdagsrehabilitering, tilbud til hjemmeboende med behov for palliasjon, hjemmeboende med demens, hjemmeboende med psykiske sykdom og hjemmeboende med nevrologiske lidelser. En del kommuner har også egen hjemmetjeneste for tjenestemottagere med psykiatrisk sykdom og personer med rusavhengighet. Disse tjenestene er ulikt organisert i kommunene. I noen kommuner er de lagt inn under hjemmetjenesten som satsning i eget fagteam, mens i andre kommuner utgjør de en egen enhet eller gruppe organisert som «tilrettelagte tjenester» eller «boveiledertjeneste».

Det pågår et aktivt arbeid i hjemmetjenesten i mange kommuner for å øke kompetansen spesielt innen demensomsorg og palliasjon. Ansatte i mange kommuner har fått midler gjennom Kompetanseløftet 2015 til etter- og videreutdanning. Mange kommuner søker også tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til kompetanseoppbygging innen flere felt.

Samtidig viser vår undersøkelse at det i mange kommuner opprettes nye arbeidsmetoder som for eksempel innen hverdagsrehabilitering med oppbygging av tverrfaglige team. Dette henger sammen med en satsning på å holde tjenestemottagere lengst mulig aktive i egne liv og i egne boliger fremfor å tilby plass i institusjon. Tradisjonelt har eldre som har fått et brått eller langsomt fall i funksjon, fått tilbud om kompenserende tjenester fremfor aktive tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevnen. I hverdagsrehabilitering er brukerens mål og innsats utgangspunktet og tjenestene skal yte bistand til å gjenopprette eller øke funksjonsnivå. Tiltak baseres på tverrfaglig kartlegging av brukerens rehabiliteringspotensiale, egne ressurser og mål. Den intensive innsatsen skal redusere behovet for hjelp både på kort og lang sikt. Dette er en tilnærming som beskrives i flere kommuner og den knyttes opp mot ønske om et mer verdig liv for brukere samt at det antas å være rimeligere for kommunene å tilby denne typen hjelp.

Når det gjelder annen kompetanseoppbygging videre, fremheves kompetanse innen psykiatrifeltet og rusomsorg som viktig i tiden fremover. Ledere i omsorgstjenesten i mange kommuner opplever at tjenestemottagere innen disse gruppene er i sterk vekst.

Kommuner håndterer den nye situasjonen omkring nye oppgaver og nye brukergrupper på ulike måter. De store og mellomstore kommunene tilrettelegger i større grad for særegne arbeidslag/arbeidsteam og funksjonsinndeler sine hjemmetjenester. Kommuner med mange innbyggere har høyere antall tjenestemottagere med samme diagnose eller sammenfallende hjelpebehov, og de kan dermed lettere inndelegge sine ansatte i grupper og arbeidslag for å betjene spesifikke brukergrupper. På denne måten kan sårbare brukergrupper oppleve å ha et mer eller mindre fast team av personell rundt seg og få en god kontinuitet i tjenesten. På samme måte blir de ansattes kompetanse på ett fagfelt og kjennskap til en bestemt brukergruppe styrket. De ansatte som tilhører faste team blir skjermet mot andre oppgaver enn de som er beskrevet i det spesifikke arbeidsteamet han/hun tilhører. Dette muliggjør at de ansatte kan spisse kompetanse og sette seg grundig inn i et arbeidsfelt og videreutvikle seg innen dette.

Mindre kommuner organiserer hjemmetjenesten i større grad slik at alle ansatte går til alle typer tjenestemottagere. Mindre kommuner har ofte ikke stort nok antall tjenestemottagere med like diagnoser eller sammenfallende hjelpebehov til å kunne opprette spesialiserte arbeidslag. Her blir det lagt vekt på fleksibilitet og individuelle tilpasninger for alle tjenestemottagere som har hjelpebehov. Tjenester tilrettelegges individuelt og fra «sak» til «sak». Ved behov søker kommuner hjelp hos hverandre som «gode naboer», eller de kan ha opprettet interkommunalt samarbeid om bestemte typer pasienter. I intervjuene ble det i flere mindre kommuner lagt vekt på at de også hadde gode muligheter for å få hjelp og veiledning fra spesialisthelsetjenesten dersom de stod fast i vurderinger eller tiltak.

Tabellen under viser årstall for opprettelse av de ulike tilbud i den kommunale hjemmetjenesten.

Tabell 8 Årstall for opprettelse av ulike tilbud i hjemmetjenesten. Andel kommuner i prosent, etter årstall. N=76.

Hjemmetjeneste tilbud for:	Før 2000	2000- 2004	2005- 2007	2008- 2010	2011 eller senere	Vet ikke
Hverdagsrehabilitering (N=27)		3,7	3,7	11,1	77,8	3,7
Palliasjon (N=58)	27,6	10,3	17,2	15,5	22,4	6,9
Personer med demens (N=49)	4,1	8,2	8,2	12,2	51,0	16,3
Personer med psykisk sykdom (N=43)	32,6	23,3	14,0	9,3		20,9
Personer med nevrologiske lidelser (N=27)	40,7		3,7	3,7	18,5	33,3
Andre grupper (N=20)	40,0			5,0	15,0	40,0

Vi kan se at innretningene i stor grad sammenfaller med tidsperioder for ulike tilskuddsordninger. Når det gjelder hverdagsrehabilitering, ble det opprettet tilskuddsordning fra 2013, og mange kommuner var på undersøkelsestidspunktet i gang med å planlegge opprettelsen av slike team. Ut i fra dette vil vi tro at det er blitt opprettet flere hverdagsrehabiliteringsteam fra 2014 og fremover.

Tilskuddsmidler for palliasjon har vært tilgjengelig siden 2002, og denne ordningen er videreført under Omsorgsplan 2015. Fra tabellen kan vi se at flere kommuner har svart at de har hatt et tilbud hjemmeboende personer med behov for palliasjon fra før opprettelsen av tilskuddsordningen. I intervjuene forklarte mange ledere at terminalpleie alltid har vært et viktig fagfelt i omsorgstjenesten. Som vi ser har også flere kommuner nyttiggjort seg tilskuddsmidler, og opprettet tilbud under Omsorgsplan 2015. I kommunene nevnes det her spesielt kompetanseheving for de ansatte i hjemmetjenesten til å gi mer avansert pleie til kreftpasienter (blant annet sårstell), samt bruk av smertepumper og annet teknisk utstyr.

Vi ser at mange kommuner har opprettet et tilbud til hjemmeboende med demens under Omsorgsplan 2015, der 63% av kommunene i vårt utvalg tallfester dette tilbudet fra 2008 og fremover. I Demensplan 2015 beskrives økt kunnskap og kompetanse om demensomsorg som et overordnet mål for planen, og dette har i stor grad blitt implementert i kommunene.

Når det gjelder tilbud til personer med psykisk sykdom er det en hovedvekt av kommuner som har opprettet slike innretninger i forbindelse med tidsperioden for opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999 og fremover. Ingen tidfester å ha opprettet tilbud i 2011 eller senere.

En del kommuner har svart at de har hatt tilbud for personer med nevrologiske lidelser i hjemmetjenesten fra før år 2000. I forbindelse med Nevroplan 2015 ble det satt fokus på gruppen av personer med nevrologiske skader og sykdommer og dette initiativet kan være årsaken til at noen kommuner i vår undersøkelse oppgir å ha opprettet tilbud etter 2011. Vi vil legge til at dette er nokså små tall, og at de må tolkes med forsiktighet.

Avsluttende oppsummering – sykehjem og hjemmetjenesten

Denne undersøkelsen er forankret i lokale data om tjenestenes innhold og fordeling mellom ulike brukergrupper i et tilnærmet representativt utvalg av norske kommuner. Den kretser om noen få hovedtemaer:

1. Hvordan tjenestene i både sykehjem og hjemmetjenester gjennomgår differensiering og spesialisering
2. Hvilke konsekvenser dette kan få for fordelingen av ressurser mellom ulike brukergrupper
3. Hvordan disse prosessene får varierende utforming i kommuner av ulik størrelse

Differensierings- og spesialiseringsprosesser har foregått i omsorgstjenestene over lang tid. De første startet i sykehjemmene rundt 1980 og handlet om omsorgen for gamle mennesker med en alvorlig demenssykdom, og om bruk av sykehjemmene til midlertidige opphold i rehabiliteringsøyemed. Vi fikk «skjermede enheter», og vi fikk «korttidsopphold». Siden har kunnskapen om diagnostikk, tilrettelegging og omsorg ved demenssykdom økt betraktelig, både i forskningsmiljøene og ute i tjenesteapparatet. Fra å være en neglisjert gruppe har mennesker med aldersdemens blitt sentral i omsorgstjenestens hverdag, både hva gjelder ressursbruk og oppmerksomhet. Noe av det samme har skjedd med bruken av sykehjemsressursene til andre oppgaver en langtidsopphold. Et siste ledd i denne utviklingen er at over halvparten av landets kommuner enten har startet opp, eller planlegger, kommunale akutte døgnplasser i sykehjem (Skinner, 2014).

Utviklingen med skjermede enheter og korttidsopphold skjedde uten at omsorgstjenestens sentrale målgruppe, de eldre, ble en annen. Den videre differensieringen og spesialiseringen de siste 10-15 årene har vært annerledes. Denne undersøkelsen dokumenterer hvordan også sykehjemmene gradvis er blitt et tilbud til yngre grupper av ulike kategorier: Mennesker som mottar palliativ omsorg, som har psykiske lidelser, alvorlige nevrologiske lidelser, er rusmisbrukere, eller har andre kroniske eller akutte helseproblemer. Vi kan i dag ikke si hvor stor del av sykehjems kapasiteten som brukes til slike formål. Dersom IPLOS-registeret (som forutsatt) hadde inneholdt diagnoseopplysninger, hadde det vært mulig å følge denne utviklingen.

Poenget er at endringen av sykehjemmenes funksjoner får konsekvenser for fordeling av sykehjemsressursen. Problemstillingen kommer bl.a. til syne når kommunene beskriver hvilke grupper som har mottatt ny sykehjems kapasitet de senere årene, og hvem som er målgruppene for den videre utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger. Antallet sykehjems plasser (eller omsorgsboliger) er ikke lenger et godt mål på hvor mye institusjonskapasitet kommunene har til rådighet for å dekke Eldres behov for denne typen omsorg.

Denne undersøkelsen dokumenterer også hvordan differensierings- og spesialiseringsprosessene også har nådd hjemmetjenestene. Rehabilitering, palliativ omsorg, differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, nevrologiske lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer er nå en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommuner. Indirekte har denne utviklingen vært kjent i snart ti år, gjennom data fra KOSTRA og

IPLOS om alderssammensetningen blant brukerne av hjemmetjenestene (Romøren 2006). Undersøkelsen her utdyper bildet ved å vise hvordan hjemmetjenestene også faglig differensieres og spesialiseres, med de følger det kan få for målforskyvning og ressursfordeling mellom tjenestemottakere.

Fordelingsspørsmålene har egentlig bare vært indirekte berørt i analysene i denne rapporten, først og fremst gjennom de beskrivelsene vi har fått av brukergrupper i nye bygg og i nye byggeplaner. En nærmere analyse av hvordan fordelingen av ressurser i institusjoner og hjemmetjenester har utviklet seg under «Omsorgsplan 2015» krever andre data, først og fremst fra KOSTRA- og IPLOS-registrene. Det blir vårt neste skritt i denne evalueringen.

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

Spesialisering krever volum, det er en lov som går igjen i all organisasjonsutvikling, enten det gjelder vareproduksjon, tjenesteyting eller forskning. Omsorgstjenestene er i denne henseende bundet av et sentralt premiss: bosettingsmønsteret i landet. Det er ikke mulig å utvikle en permanent spesialisering i omsorgstjenesten når bosettingen i en kommune-enhet er spredt og befolkningen liten. Ikke en gang kommunesammenslåinger kan endre dette. Sammenslåtte, større kommunale enheter kan bare tilby permanent spesialisering om befolkningen også sentraliseres, eller i det minste om tjenestemottakerne flyttes inn til større sentra, med de ulemper en redusert kontakt med nærmiljø og familie innebærer.

Vår undersøkelse viser at de største kommunene i større grad øremerkede plasser i sykehjem til ulike formål. Dette gjelder plasser til palliasjon, plasser i skjermet- og forsterket skjermet enhet, men også for omsorgsboliger tilrettelagt for personer med demens, samt plasser til psykiatri og rus i sykehjem. Også når det gjelder korttidsplasser, både rehabilitering og avlastning eller andre korttidsopphold, er det de største kommunene som i større grad øremerker plasser.

De minste kommunene tilrettelegger oftere fra «sak» til «sak» og trekker inn de ressurser de trenger alt etter hvilke behov som oppstår. Noen mindre kommuner har etablert samarbeid med nabokommuner enten organisert som formelt forpliktende samarbeid eller løsere organisert som «gode naboer».

De mindre kommunene beskriver utfordringer i å legge til rette for mange ulike tilbud, og mer krevende og pleietrengende brukere enn tidligere. I intervjuene kommer det tydelig frem at kommunene er i en fase der de trenger å tenke nytt i forhold til hvordan de organiserer seg og tjenestene sine. Noen ønsker, og ser seg nødt til, å samarbeide mer med andre nærliggende kommuner eller løse de nye utfordringene på andre måter. Dette handler også om økonomi til å håndtere stadig flere oppgaver og økende etterspørsel etter tjenester fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det handler også om å bygge tilstrekkelig og høyere kompetanse for å kunne

betjene forespørsler og personer med behov for mer avansert pleie og stell enn det kommunene tidligere har vært vant til.

Når det gjelder ulike typer av øremerkede plasser, har så nær som alle kommuner i alle størrelseskategorier et tilbud i skjermet enhet. Det er kun et fåtall kommuner som ikke har øremerkede plasser til skjerming. Tilbudet om skjermet enhet, i likhet med de andre tilbudene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, varierer imidlertid i innhold fra kommune til kommune. Mens noen kommuner har dette organisert i små boenheter og inndelinger i sykehjemmet med egne faste ansatte med spesialkompetanse på demens, har andre kommuner større avdelinger der beboerne har demensdiagnose uten at disse er inndelt i særlig grad etter funksjonsnivå. Noen informanter fremhevet at opptil 70 % av beboerne i sykehjem har demensdiagnose.

Når det gjelder plasser i forsterket skjermet enhet, ser vi i figuren under at de største kommunene i større grad har øremerkede plasser til dette formålet. I de minste kommunene påpekte informantene at kommunen stort sett klarte å tilrettelegge et forsterket skjermet tilbud ved behov.

Figur 20: Øremerking av plasser i sykehjem. Kommuner etter kommunestørrelse

I en del kommuner forklarte informanter at ikke trengte et eget øremerket tilbud til forsterket skjerming siden de i liten grad opplevde å ha behov for det. Dersom det meldte seg et behov, påpekte de at alltid klarte å løse det på en eller annen måte. Det ble da nevnt økt bemanning, leie inn mer kompetanse, ta i bruk et ledig rom med mulighet for tilpasning fra skjermet enhet, kjøpe et tilbud/løsning i nabokommune eller be om hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I de større kommunene (kommunegruppe 2 og 3) ble behovet får ha plasser i forsterket skjermet enhet beskrevet som større, og at det var mangel på slike plasser.

I hjemmetjenestene finner vi at de største kommunene i større grad spesialisere tilbudene sine og innretter egne «faglag» eller arbeidsteam mot brukere i ulike grupper. Utgangspunktet for dette er at hjemmetjenesten i økende grad får brukere med større og mer sammensatte behov enn tidligere. Noen av brukergruppene er spesielt sårbare som for eksempel hjemmeboende personer med demens. For å sikre kontinuitet er det derfor ønskelig at færrest mulig ansatte betjener disse gruppene, og at de ansatte opparbeider spesialkompetanse på fagfeltet. Kommuner som oppretter fagteam gir de ansatte økt opplæring for at disse kan knytte seg til en spesifikk brukergruppe. Antall arbeidslag og hvilke brukergrupper det er innrettet et eget tilbud for i kommunene varierer, men vi ser spesielt at demens, palliasjon, hverdagsrehabilitering og somatikk er de hyppigste. I noen større kommuner finnes det også fagteam som jobber med hjemmeboende med psykiske lidelser og hjemmeboende med nevrologiske lidelser eller skader. Mellomstore og mindre kommuner har i mindre grad egne arbeidslag eller team, men arbeider mer som «generalister» og tilrettelegger tilbud for sine brukere i hjemmetjenesten fra sak til sak.

Litteratur

- Borge, L.-E., & Haraldsvik, M. (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg : utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* (2010:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I., & Daatland, S. O. (2007). Utvikling og status i norsk eldreomsorg: Institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989-2005. *Aldring og livsløp*, 2.
- Brevik, I., & Nygård, L. (2013). Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene. Sist lest 2014-12-04, fra <http://www.nibr.no/filer/2013-104.pdf>
- Den norske Legeforening. (2006). På helsa løs: Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Sist lest 27.03.2015, fra [http://legeforeningen.no/PageFiles/26891/Statusrapport%20P%C3%A5%20helsa%20I%C3%B8s%20-%20n%C3%A5r%20rusbruk%20blir%20misbruk%20og%20misbruk%20blir%20avhengighet%20\(PDF-format\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/26891/Statusrapport%20P%C3%A5%20helsa%20I%C3%B8s%20-%20n%C3%A5r%20rusbruk%20blir%20misbruk%20og%20misbruk%20blir%20avhengighet%20(PDF-format).pdf)
- Eek, A., & Kirkevold, Ø. (2011). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011: Demensplan 2015*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Eek, A., & Nygård, A.-M. (2003). Et hjem for deg et sted for oss: kommunenes botilbud til personer med demens. *Demens*, 7(1), 21-23.
- Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A. (2009). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2003). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk*: Universitetsforlaget Oslo.
- Gausdal, M., & Michelet, M. (2011). *Demensteam - oppgaver og utfordringer: en undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø., & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of nursing management*, 21(1), 182-190.
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Iversen, T., & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. [Oslo]: [Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo].
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2013). Midtveisevaluering av Omsorgsplan 2015: Effekter for pleieårsverk og plasser i boliger og institusjoner: Oslo University, Health Economics Research Programme.
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling : flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer: (St.meld.nr. 25 (2005-2006))*. Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Demensplan 2015: "Den gode dagen". Sist lest 2014-12-04, fra http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld.nr 47 (2008-2009))*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013))*. Oslo: [Regjeringen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Sammem - mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Sist lest 09.12.14, fra http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf

- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Nevroplan 2015: delplan til Omsorgsplan 2015*. [Oslo]: Helse og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glem!: om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2011). *Fleksible tjenester - for et aktivt liv: fagrapport om tjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjort, P. F. (2002). Vi trenger både sykehjem og omsorgsboliger. *Demens*, 6(4), 6-8.
- Husbanken. (2009). *Rom for trygghet og omsorg: veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. [Drammen]: Husbanken.
- Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge : helt utilstrekkelig eller best i verden? Kortversjon*. Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning.
- Høverstad, L., & Fürst, R. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Oslo: KS FoU.
- Kaasa, S. (2008). *Palliasjon: nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). Kriterier for god kommunestruktur: Delrapport fra ekspertutvalg. Sist lest 2014-12-04, fra http://www.regjeringen.no/upload/KMD/KOMM/rapporter/Kriterier_for_god_kommunestruktur_rettet.pdf
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2012). Stat og kommune - styring og samspel (Meld. St. 12 (2011–2012)). Sist lest 2015-02-06, fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/>
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]*. Oslo: Lovdata Pro.
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., & Wahlgren, M. (2014). Pleie- og omsorgstjenesten 2013 : statistikk om tjenester og tjenestemottakere Rapporter (Statistisk sentralbyrå : online) (Vol. 2014/33). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). Standard for palliasjon. Sist lest 2014-12-04, fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Olsen, B. M. (2007). Noen som ikke passer inn: Sykepleieres erfaringer med psykiatriske pasienter i somatiske sykehjem. *Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo*, 101.
- Otnes, B. (2012). Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. I M. Veenstra & S. O. Daatland (red.), *Bærekraftig omsorg?: familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (s. 57-78). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Riksrevisjonen. (2010). Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Sist lest 27.03.2015, fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_overfordokument_2818
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester : hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt?* Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? *Aldring og livsløp*(1), 2-10.
- Romøren, T. I. (2008). Tre "boliggjorte" kommuner. *Aldring og livsløp*(1), 16-25.
- Romøren, T. I. (2009). *Yngre personer med neurologiske sykdommer eller skader: hvem er de som mottar hjemmetjenester, og hva slags hjelp får de?* [Gjøvik]: Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, T. I. (2012). *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere?: en kvantitativ analyse* (2012 nr. 4). Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik/ Senter for omsorgsforskning.
- Ruths, S. (2005). Nytteverdien av skjermede enheter for demente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(9), 1191-1194.

- Selnes, K. (2003). *Toleranse og ferdighet: etablering og drift av en forsterket skjermet enhet for personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Skinner, M. S. (2014). Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: status per 2012/2013. *Senter for omsorgsforskning*.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997a). Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet, respekt, kvalitet (St. meld. nr 50 (1996-1997)). Sist lest 2015-02-06, fra https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/st-meld-nr-50_1996-97/id191307/
- Sosial- og helsedepartementet. (1997b). *Omsorg og kunnskap!: norsk kreftplan : rapport fra et utvalg for utredning av nasjonal kreftplan, oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 14. februar 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 10. juni 1997 (NOU 1997: 20)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Sosialdepartementet. (2002). Ot.prp. nr. 3 (2002-2003): Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Sist lest 27.03.2015, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a026e62e98e64db7b83639cce7f388d8/no/pdfs/otp200220030003000dddpdfs.pdf>
- St.meld.nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer* (nr. 25 (2005-2006)). [Oslo]: [Regjeringen].
- Sveen, S., & Tingvold, L. (2015). "... en har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?": *En kvalitativ undersøkelse om yngre brukere i den kommunale omsorgstjenesten*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Takvam, A. I. (2012). Tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser. Mange tuer i et kupert terreng.
- Tingvold, L., & Sogstad, M. K. R. (2012). *Lindrende behandling: erfaringsoppsummering - tilskuddsordning for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Veenstra, M., & Daatland, S. O. (red.). (2012). *Bærekraftig omsorg ? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Westerberg, T. H. (red.). (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen: demensteam, dagsenter og pårørendeskolen: kartlegging 2007*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Øygarden, R. B. (2013). *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner: en kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering innføres i utvalgte norske kommuner*. [Bodø]: Universitetet i Nordland.