

Er tjenestene fortsatt «på strekk»?

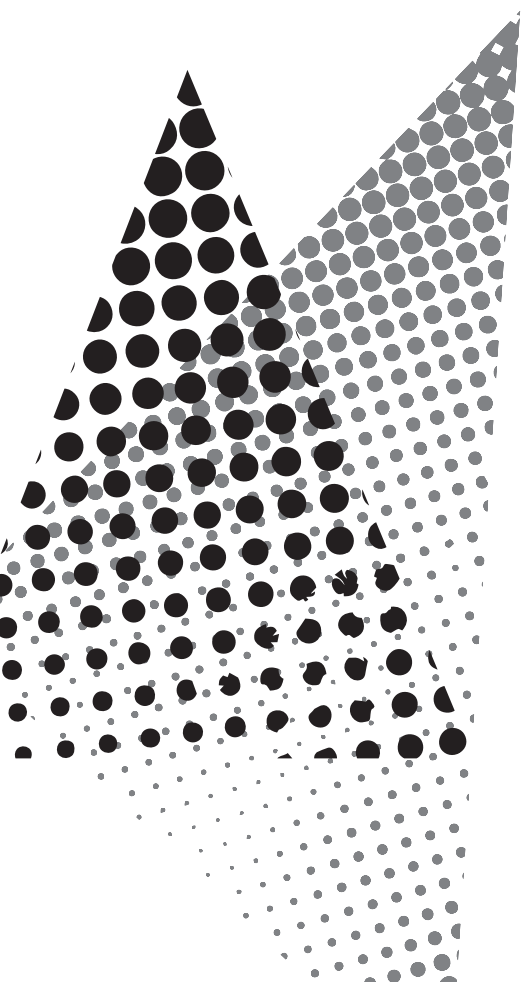
– Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i
kommunene fra 2003 til 2015



Björg Dale, Bjarte Folkestad, Oddvar Førland,
Ragnhild Hellesø, Aud Moe og Maren Sogstad

Er tjenestene fortsatt «på strekk»?

– Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i
kommunene fra 2003 til 2015



Björg Dale, Bjarte Folkestad, Oddvar Førland,
Ragnhild Hellesø, Aud Moe og Maren Sogstad

Er tjenestene fortsatt «på strekk»?

– Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i
kommunene fra 2003 til 2015

Senter for omsorgsforskning

2015



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: © Colourbox.com
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 12/2015

Tittel: Er tjenestene fortsatt «på strekk»?
Forfattere: Bjørg Dale, Bjarne Folkestad, Oddvar Førland,
Ragnhild Hellesø, Aud Moe og Maren Sogstad

Rapporten er kvalitetssikret av: professor Aud Obstfelder, SOF øst

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-032-8

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-031-1

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no



SAMMENDRAG

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

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

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

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

Intervjuene med lederne viser at de i hovedsak bedømmer tjenestene som tilstrekkelig, både når det gjelder tilgang og kvalitet. Alt i alt vurderes tjenestene i omsorgsbolig og sykehjem som tilstrekkelige for alle de vurderte omsorgsområdene. Hjemmetjenestene ble vurdert som noe mindre tilstrekkelig enn institusjonstjenestene, dette gjaldt særlig hjelp til mat og måltider, aktivitet og sosiale tiltak. Når det gjelder ulike brukergrupper er det særlig brukere med psykisk utviklingshemming som skiller seg ut ved at denne brukergruppen, i følge lederne, i større grad mottar tilstrekkelige tjenester enn de andre brukergruppene. Personer med rusproblemer blir vurdert å ha det minst tilstrekkelige tjenestetilbudet.

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

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

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

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

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

kompetanse. De opplever også at det stadig er tøffere økonomiske prioriteringer og at forventningene til tjenesten har økt.

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





FORORD

Helsetilsynet ga i 2003 ut rapporten «Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud» på bakgrunn av en større landsomfattende undersøkelse ledet av Tor Inge Romøren, den gang ansatt ved NOVA (Helsetilsynet 2003). Med bakgrunn i dette materialet, og i tillegg tilsynsaktiviteter, ga Helsetilsynet i 2005 ut rapporten «Pleie og omsorgstjenester på strekk» (Helsetilsynet 2003). Senter for omsorgsforskning har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt for å undersøke hvordan tilstanden er nå 10 år etter rapportene fra Helsetilsynet.

Resultatene fra dette forprosjektet danner grunnlag for utvikling av et større forskningsprosjekt som senere skal gå i dybden på prioriteringer, utvikling, muligheter og utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal anvendes tilnærminger og metoder som gjør det mulig å følge den kommunale tjenesteutviklingen tett i årene som kommer, gjennom å koble data fra ulike kommunale registre, gjennomføre egne nasjonale surveys og foreta feltstudier i utvalgte små, mellomstore og store norske kommuner.

Senter for omsorgsforskning takker Helse- og omsorgsdepartementet for et spennende oppdrag.

2. november 2015

Björg Dale

Bjarte Folkestad

Oddvar Førland

Ragnhild Hellesø

Aud Moe

Maren Sogstad

Senter for omsorgsforskning, sør

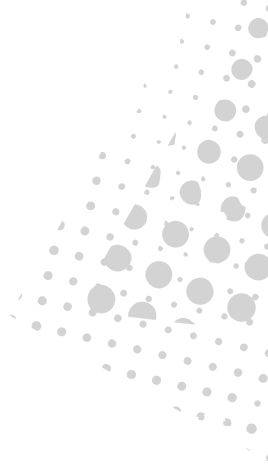
Senter for omsorgsforskning, vest

Senter for omsorgsforskning, vest

Senter for omsorgsforskning, øst

Senter for omsorgsforskning, midt

Senter for omsorgsforskning, øst

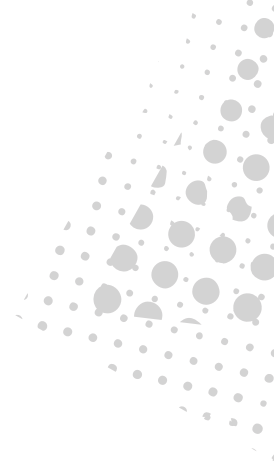




INNHOOLD

SAMMENDRAG	V
FORORD	IX
INNLEDNING	1
Hva er «tilstrekkelig»?	2
KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, EN LITTERATURGJENNOMGANG	5
Utvikling i tjenestenes omfang, innhold og mangfold	5
Konsekvenser av nasjonale føringer og reformer - nye og «gamle» brukergrupper	10
Kompetanse – tilstrekkelig antall hender og kloke hoder	12
METODE	19
Datainnsamling	19
Analyser	20
Metoderefleksjon	20
RESULTATER	23
Tilstrekkelige tjenester	23
Om tjenestene i dag	24
Brukermedvirkning	28
Kompetanse	30

Ledelse	32
Planarbeid og gjennomgang av tjenestene	34
Tjenestenes utvikling siste 10 år	35
DISKUSJON	41
Utviklingstrekk fra 2003	41
Samhandlingsreform og oppgaveglidning	42
Kapasitet og prioritering	44
Kompetanse	47
Avslutning	50
REFERANSER	51





INNLEDNING

I 2003 publiserte Helsetilsynet en undersøkelse som så på tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Undersøkelsen avdekket blant annet at tjenestene var ulikt fordelt, slik at brukere som oppholdt seg i sykehjem og andre former for kommunale boliger i større grad enn dem som bodde i egen opprinnelig bolig fikk tilstrekkelige tjenester, gitt samme omsorgsbehov. Det ble derfor stilt spørsmål ved om hjemmeboende brukere fikk de pleie- og omsorgstjenestene de hadde behov for. Videre ble det avdekket at kun 40 % av tjenestemottakerne fikk et tilstrekkelig tilbud om sosial kontakt og aktivitet, og det ble understreket viktigheten av dette for den enkeltes opplevelse av livskvalitet. Viktigheten av kontinuitet og stabilitet både i legetjenester og sykepleietjenester ble også framhevet, med tanke på det økte antallet personer med sammensatte sykdommer som krever kontinuerlig medisinsk og helsefaglig oppfølging.

I 2005 utførte Helsetilsynet en reanalyse av dataene fra undersøkelsen i 2003. Mens rapporten fra 2003 i særdeleshet omhandlet utfordringer som følge av økende antall eldre, som ofte er skrøpelige og har et sammensatt sykdomsbilde, er det særskilt fire (nye) utsatte brukergrupper som i rapporten fra 2005 beskrives å sette det kommunale tjenesteapparatet «på strekk». Disse er tjenestemottakere som er under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere. De tre sistnevnte gruppene utgjør for øvrig majoriteten av den førstnevnte, nemlig yngre tjenestemottakere.

I oppfølgingsundersøkelsen i 2005 ble det vist at kommunene fikk oppgaver og ansvar i større tempo enn de klarte å bygge ut tilbud, dette gjaldt både tjenestetilbud og kompetanse. Viktige årsaker til nye brukergrupper og flere tjenestemottagere

under 67 år er reformer, planer og insentiver som har lagt vekt på avinstitusjonalisering, og at mennesker med ulike lidelser eller funksjonshemming skal integreres i lokalsamfunnet og tilbys tjenester der de bor. På bakgrunn av funn og erfaringer fra tilsyn, og resultater fra forskningsstudier, mente Helsetilsynet (2005) at det var grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til brukergrupper med sammensatte og langvarige behov var tilstrekkelig stabilt og forutsigbart, hadde tilstrekkelig omfang og innhold og var innrettet slik at det reelt sett var tilpasset den enkeltes behov.

I tillegg til disse rapportene foretok Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) i 2004 en sammenligning av ledertettheten i pleie- og omsorgssektoren og skolesektoren. De konkluderte med at ledertettheten var systematisk mindre i pleie- og omsorg (RO 2004).

HVA ER «TILSTREKkelig»?

I Helsetilsynets rapport fra 2003 ble begrepet tilstrekkelig anvendt som et subjektivt og skjønsmessig mål på grad av samsvar mellom behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester og den hjelp som ble gitt (Helsetilsynet 2003). Begrepet ble vurdert som ett av kriteriene for å oppnå forsvarlighet i tjenestene. I rapporten ble det blant annet konkludert med at det var flere trekk i utviklingen av kommunale pleie- og omsorgstjenestene som ga grunn til bekymring. Særlig ble dette knyttet til tilstrekkelig omfang av tjenestene og tilstrekkelig kompetanse. Begrepet tilstrekkelighet i denne sammenheng refererer derfor til begge disse aspektene.

På bakgrunn av resultatene i rapportene fra 2003 og 2005 ønsket Helse- og omsorgsdepartementet å få belyst følgende hovedproblemstillinger:

- Hva er de viktigste utviklingstrekkene i omsorgstjenestene fra 2003 og fram til i dag?
- Hvem er dagens brukere av omsorgstjenestene? Helsetilsynsundersøkelsen delte inn brukerne i forhold til hovedårsak til tjenestebehov. Hva har skjedd av endringer i brukergruppens sammensetning i løpet av disse 10 årene?
- Er de kommunale omsorgstjenestene fortsatt ”på strekk” i den forstand at mangfoldet i nye oppgaver, brukergrupper og faglige utfordringer øker raskere enn oppbyggingen av kompetanse (både i bredde og dybde)? Hva er det i så fall størst mangel på?

- Er ledertettheten fortsatt like lav som i ROs undersøkelse i 2004, eller har ledelseskapasiteten og ledelseskompetansen i sektoren økt i løpet av de siste 10 år?
- Helsetilsynsundersøkelsen avdekket store mangler i aktivitetstilbudet og på det sosiale området. Har dette endret seg i positiv eller negativ retning de siste 10 årene?
- Er det fortsatt et hierarki i tjenestetilbudet slik at hjemmeboende gjennomgående får et svakere tilbud enn de som bor i omsorgsboliger og sykehjem, slik helsetilsynsundersøkelsen konstaterte? Er det et like stort gap mellom det hjemmetjenestetilbudet den enkelte får i dagene før innleggelse/flytting og hva de får i sykehjem og omsorgsbolig etterpå? Mangler det fortsatt trinn i omsorgsstigen?

Som et forprosjekt knyttet til disse spørsmålene er det først gjort en litteraturgjennomgang, og deretter gjennomført intervjuer med øverst ansvarlige ledere av kommunale helse- og omsorgstjenester (N = 44). I denne rapporten presenteres først resultater og analyse fra litteratur og intervju. Deretter blir de viktigste utviklingstrekkene i tjenestene de siste 10-12 årene diskutert med utgangspunkt i Helsetilsynets rapporter fra 2003 og 2005. Rapporten avsluttes med en kort oppsummering og hovedkonklusjoner.





KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, EN LITTERATURGJENNOMGANG

UTVIKLING I TJENESTENES OMFANG, INNHold OG MANGFOLD

Antall eldre over 67 år har holdt seg ganske stabilt (kun en svak vekst) de siste 10 årene, dog med større vekst i de eldste aldersgruppene. Det er fram mot 2030 at den største veksten i antall eldre er ventet å komme (Texmon 2013). På tross av svak vekst av antall eldre økte de totale driftsutgiftene til pleie- og omsorgssektoren fra 45 til 83 milliarder kroner i perioden fra 2002 til 2011. En av fire kommunale kroner går til denne sektoren som utgjør den største utgiftsposten for kommunene (Kjelvik og Mundal 2013). De hjemmebaserte tjenestene har hatt den største veksten, og i 2007 passerte de kommunale utgiftene til hjemmetjenester utgiftene til institusjonsdrift (Borgan 2012). Antall årsverk i de hjemmebaserte tjenestene ble fordoblet fra 1992 til 2006 og denne økningen har primært tilfalt yngre brukergrupper (Brevik 2010; Gautun, Grødem og Hermansen 2012). Driftsutgiftene til hjemmetjenester var i 2011 på 40 milliarder kroner og en tredjedel av disse ble brukt på personer under 67 år. For kommunene er de yngre brukerne mer kostnadskrevende enn de eldre når vi regner gjennomsnittsutgifter pr. bruker. I hjemmetjenestene er utgiftene per bruker under 67 år dobbelt så store som utgiftene per eldre mottaker. Institusjonstjenester i kommunene (sykehjem og aldershjem) utgjorde 39 milliarder kroner og ni av ti av disse kronene ble brukt på eldre (Kjelvik og Mundal 2013, s. 44).

Det har vært en dreining i innretningen i hjemmetjenestene mot at færre brukere enn tidligere får tildelt praktisk bistand, og et økende antall brukere bare får tilbud om hjemmesykepleie (Tingvold og Romøren 2015). Yngre brukere får i større grad tildelt praktisk bistand, mens hjemmesykepleie er mer jevnt fordelt mellom ulike aldersgrupper (Romøren 2012). Et økende antall brukere mottar intensive tjenester i hjemmet, som erstatning for institusjonsplass. Dette gjelder i all hovedsak yngre brukere. For eldre med omfattende hjelpebehov er det fremdeles institusjonsomsorg som er dominerende (Otnes 2012). Generelt har det vært en utvikling der færre av tjenestemottakerne beskrives å ha et avgrenset hjelpebehov. Dette kan indikere at terskelen for å motta kommunale helse – og omsorgstjenester har økt (Otnes 2014).

Hjemmetjenestene har de senere årene også hatt en utvikling med økt differensiering og spesialisering i mange kommuner. Modeller med team med ulike spesialfunksjoner, som rehabilitering (hverdagsrehabilitering), lindring og demens, synes å bli mer utbredt (Tingvold og Romøren 2015). Flere kommuner har også valgt å funksjonsinndelege hele hjemmetjenesten, slik at et fast team betjener ulike typer brukergrupper, som for eksempel arbeidslag for personer med demens. Gjennom Demensplan 2015 har det vært et betydelig fokus på utvikling av både tjenestetilbud og kompetanse for denne brukergruppen. Et stort antall kommuner har iverksatt en rekke tiltak der både dagaktivitetstilbud, pårørendeskoler og demensteam øker betydelig i omfang (Gjøa mfl. 2014).

For andre brukergrupper har det i mindre grad blitt utviklet spesialiserte tilbud i hjemmetjenesten. For brukere med psykiske lidelser er tjenestene organisert svært ulikt fra kommune til kommune. Noen, særlig større kommuner, har egne psykiatritjenester/team som i varierende grad samarbeider med de tradisjonelle hjemmetjenestene (Tingvold og Romøren 2015). En annen brukergruppe som også ser ut til å utfordre samhandling mellom ulike enheter i kommunene er personer med nevrologiske lidelser fordi de beveger seg mellom den tradisjonelle hjemmetjenesten, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og korttidsopphold i institusjon (Romøren 2009). Selv om det gjennom Nevroplan 2015 har vært satt fokus på denne brukergruppen, ser det ikke ut til at dette har vært en utbredt satsning i kommunene (Tingvold og Romøren 2015).

I de siste 10 årene har det vært en moderat utbygging av institusjonsplasser, og mye av aktiviteten har vært knyttet til ombygging (Hagen mfl. 2015). Kommuner bygger både

sykehjem og omsorgsboliger, der utbygging av omsorgsboliger har størst volum (Tingvold og Romøren 2015). Omsorgsboliger organiseres og bemannes ulikt, ved at noen har heldøgnsbemanning tilsvarende sykehjem, noen har heldøgnsbemanning på tilkalling og noen bemannes av ordinær hjemmetjeneste. I lovverk og offentlige dokumenter er det liten forskjell på tjenestetilbudene i sykehjem og omsorgsbolig ved at det er brukernes behov som vektlegges heller enn hvilke tjenester brukere skal motta (Martens 2014). Dette innebærer at kommunene står relativt fritt til å utforme innholdet i sine tjenestetilbud. Norge skiller seg fra Sverige og Danmark ved at vi i mindre grad har avinstitusjonalisert og boliggjort eldreomsorgen (Daatland og Otnes 2014). Samtidig er det noen kommuner som satser på boliggingjøring gjennom utbygging av omsorgsboliger. Intensivene for å satse på utbygging av omsorgsboliger varierer og spenner fra ideologiske til økonomiske begrunnelser (Tingvold og Romøren 2015). For øvrig tyder analyser av kommunalt planverk på at kommunene vil satse på en kombinasjon av hjemmetjenester og omsorgsboliger i årene som kommer, samtidig som de planlegger å opprettholde dagens omfang av sykehjems plasser, da fortrinnsvis som korttids plasser (Sørvoll mfl. 2014).

Også i sykehjem er det en økende grad av spesialisering. Egne avdelinger øremerket for ulike pasientgrupper er vanlig, særlig for rehabilitering, lindrende behandling (palliasjon) og for personer med demens. Tilbud spesielt tilpasset for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er mindre vanlig, men de forekommer, særlig i større kommuner (Tingvold og Romøren 2015). Som følge av samhandlingsreformen utvikler kommunene nå også kommunalt akutt døgntilbud (KAD). Både organisering og bruk av disse tilbudene varierer mellom kommuner og interkommunalt samarbeid er utbredt (Skinner 2015). Den økte spesialiseringen i kommunenes helse- og omsorgstjenester preges av medisinsk tenkning, der spesialisthelsetjenesten er forbilde både når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier (Aarseth mfl. 2015).

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene omfatter alle innbyggere i kommunen med behov for slike tjenester, enten de er gamle, funksjonshemmede, i ferd med å dø, har en psykisk lidelse eller har et alvorlig rusmiddelproblem (St.meld. nr. 28 (1999–2000)). Eldre utgjør den største brukergruppen, og da særlig de eldre over 80 år (Otnes 2015). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at tre av fire eldre over 67 år bor i vanlig bolig uten slike tjenester. I gruppen 80–89 år bor 53 % i bolig uten pleie- og omsorgstjenester. Først blant dem over 90 år er

det et flertall (93 %) som mottar slike tjenester (Mørk 2013). Det økte behovet for helse- og omsorgstjenester blant nye og yngre brukergrupper kommer i tillegg til et økt behov for tjenester hos den eldre del av befolkningen. Det siste er en konsekvens av at andelen som lever lenger og trenger tjenester øker, og at det har skjedd en klar forskyvning av oppgaver og behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til det kommunale tjenesteapparatet, ikke minst etter innføring av Samhandlingsreformen i 2012. De mange og store endringene som følge av nasjonale føringer, prioriteringer og reformer utfordrer kommunene i særdeleshet med tanke på tilstrekkelighet i tjenestetilbudet, ikke minst når det gjelder kompetanse. Flere studier (Dale og Hvalvik 2013; Kassah og Tingvoll 2014) viser til et tydelig økt behov for kompetanse som følge av Samhandlingsreformen, og kommunene sliter med å prioritere og fordele knappe ressurser for å møte kravene til det mangfold av oppgaver som de er pålagt. En studie utført av Kassah og Tingvoll (2014) blant rådmenn og administrasjonssjefer i et utvalg av kommuner, viste at det, ifølge dem, på langt nær er samsvar mellom de tjenestene de har fått ansvar for å yte og kommunenes ressurser. Informantene mente at prioriteringer som gjøres som følge av behov for kompetanse til å ivareta nye pålagte oppgaver fører til at andre viktige områder nedprioriteres, blant annet rehabilitering, forebygging og brukermedvirkning. Dette til tross for at forebygging og tidlig intervensjon er spesielt vektlagt som satsingsområde også i Samhandlingsreformen (Ludviksen og Ravneberg 2012). I «konkurransen» med helsetjenester til akutt og kritisk syke er det ofte områder som rehabilitering og forebygging som blir tapere i den økonomiske dragkampen også i kommunene, ifølge informantene i Kassah og Tingvolls (2014) studie. De hevdet at dette skyldes at Samhandlingsreformen er underfinansiert. Den anstrengte situasjonen som en del kommuner erfarer på grunn av ressursmangel kan også føre til at personell med høyest kompetanse blir prioritert på dagtid og ukedager når aktiviteten er størst (Abelsen mfl. 2014). Med det økte antall pasienter med komplekse sykdomstilstander, og som trenger døgkontinuerlig oppfølging og behandling, kan en slik prioritering lett få uheldige konsekvenser.

En av problemstillingene Helsetilsynet (2005) løftet fram er mangelen på aktivitetstilbud og sosiale tiltak, spesielt for eldre personer i kommunene. Å være aktiv i eldre år på tross av sykdom og funksjonsnedsettelse er viktig for helsen, men også for opplevelse livskvalitet og et meningsfullt liv (Bergland mfl.

2011; Moe mfl. 2013). Likevel ser det ut som at mange eldre har begrensede tilbud og muligheter for å delta i aktiviteter (Førde mfl. 2006). Eksempelvis opplever mange at de har lite tilbud om sosial aktivitet (Slettebø 2008) som gjør dem utsatt for å bli isolert og ensomme (Dykstra 2009). Det kan også se ut som at tilgjengelige aktivitetstilbud er noe aldersdiskriminerende. Blant annet viste studien til Hamran og Moe (2012) at eldre personer i mindre grad får tilbud om alderstilpassede aktiviteter enn hva som er tilfelle for yngre brukergrupper. En kartlegging i kommunene fant også at de opplever Aktiv omsorg som en stor utfordring, og at det er de ansatte som i hovedsak organiserer tilbudene knyttet til aktiv omsorg. Kommunene opplever også at det er et stort behov for kompetanseheving innen aktiv omsorg (Disch og Lorentzen 2012).

Som nevnt innledningsvis kan begrepet tilstrekkelighet vurderes som et av kriteriene for forsvarlighet, og forsvarlighetskravet innebærer blant annet at kommunene har ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse for å utføre tjenestene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2012). Mangfoldet av helse- og omsorgsoppgaver i kommunene «strekker» tjenestene i mange og ulike retninger. En rekke omsorgsutfordringer er knyttet til det store omfang av yngre så vel som eldre og gamle brukere. Økt antall akutt og kritisk syke og utskrivningsklare, men ikke ferdigbehandlede pasienter ved utskrivning fra sykehus, «konkurrerer» videre om de kommunale ressursene samtidig som en rekke meldinger de senere år framhever at det skal satses på forebygging, (hverdags)rehabilitering, styrking av egenmestring og aktivitet. Kravene til tilstrekkelighet favner bredt, og utfordrer kommunene på en rekke områder når det gjelder å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall personer med tilstrekkelig relevant kompetanse til å ivareta mangfoldet i oppgaver. Innenfor spesielle fagområder som psykisk helsevern og rusomsorg, samt i kommunehelse-tjenesten generelt, har det vært til dels store rekrutteringsproblemer (Ludviksen og Ravneberg 2012). Funn tyder også på at eksempelvis sykehjem i for liten grad ivaretar de ansattes kompetansebehov og at de i økende grad slutter i jobben fordi de føler seg utrygge og utilstrekkelige (Pedersen og Tingvoll 2014). Samme studien viser at behovet for spesial- og videreutdanning blant personalet var stort, men ble i liten grad imøtekommet. Dette støttes også av studien til Brenden mfl. (2011) som viser at det i liten grad forelå en kompetanseplan for de ansatte eller at de ansatte kjente til den eller hadde vært med i planleggingen av en slik.

KONSEKVENSER AV NASJONALE FØRINGER OG REFORMER - NYE OG «GAMLE» BRUKERGRUPPER

Yngre brukergrupper. Som nevnt over har en rekke reformer de siste 20 årene ført til en sterk vekst i antallet yngre brukere av helse- og omsorgstjenestene (Gautun og Hermansen 2011; Brevik 2010; Gautun mfl. 2012). Rapporten fra Helsetilsynet (2003) påpekte at tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år oftere ble vurdert som mer utilstrekkelig enn tilbudet til andre grupper, noe de mente at i hovedsak hang sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov, og at de bodde andre steder, enn tjenestemottakere over 67 år. Videre mente de at det kunne være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke «traff» denne brukergruppen godt nok. Utviklingen, med flere yngre tjenestemottakere, har fortsatt i årene etter rapporten. Det har vært en dobbelt så stor økning i antall yngre mottakere av hjemmetjenester sammenlignet med dem som er 80 år og eldre (Gautun og Hermansen 2011), og antall yngre med store omsorgsbehov øker (Holmeide og Eimot 2010; Brevik 2012; Ramm 2013). Flere har påpekt at tjenestene opererer med ulike omsorgsregimer mellom yngre og eldre brukere (Gautun mfl. 2012; Romøren 2012; Gautun og Grødem 2015).

MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

I følge Gautun og Hermansen (2011) skyldes veksten i antall yngre brukere i stor grad at kommunene har blitt pålagt nye oppgaver. Med innføring av HVPU-reformen i 1991 ble rundt 5000 brukere overført til det kommunale bolig- og omsorgstilbudet, og kommunenes ansvar for hjemmeboende utviklingshemmede ble presisert. Det medførte at kommunene måtte etablere et tilbud ikke bare til alle som ble overført i forbindelse med HVPU-reformen, men også for et stort antall hjemmeboende utviklingshemmede (Gautun og Hermansen 2011). Reformen innebar at kommunene fikk ansvar for at alle nye brukere i denne gruppen ble tilbudt tjenester. En markant andel av hjemmetjenestemottakerne under 67 år er derfor utviklingshemmede (Romøren 2007). Dette var en gruppe som Helsetilsynet fokuserte på, og som de fant at på mange måter har et annet tjenestebehov enn andre brukergrupper. De fikk blant annet et større omfang av praktisk bistand enn andre tjenestemottakere (Romøren 2012).

MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde lignende følger for kommunene som HVPU-reformen (Gautun og Hermansen 2011). Staten har bidratt med betydelige øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene siden oppstart av reformen i 1998. For den hjemmebaserte omsorgen innebar det at et stort antall boliger og stillinger i kommunen ble øremerket mennesker med psykiske lidelser (Romøren 2007). Dette er en annen gruppe som Helsetilsynet (2005) mente det kan se ut til at tjenestene ikke helt «treffer» i forhold til de behov de har, og det var denne gruppen de mente fikk minst tilstrekkelig hjelp. Ludvigsen og Ravnebergs rapport fra 2012 indikerer at dette fremdeles er av de nye brukergruppene i kommunen som må prioriteres, blant annet i forhold til økt kompetanse, for å ivareta behov for individuelt tilpassede tjenester.

MENNESKER SOM ER RUSMIDDELBRUKERE

På det tidspunkt hvor Helsetilsynet ga ut sine rapporter (2003/2005) var ikke dette noen stor gruppe av tjenestemottakere, men det ble vurdert som at disse på daværende tidspunktet fikk et tilstrekkelig tjenestetilbud. For øvrig har flere reformer innen rusomsorgen de senere år hatt betydning for økningen i antall hjemmetjenestemottakere under 67 år (Gautun og Hermansen 2011). Selv om helseforetakene er pålagt ansvaret for behandlingstiltak, involverer mye behandling og oppfølging også den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunen, for eksempel knyttet til botiltak. Kommunene har dermed samlet sett fått et økt ansvar for oppfølging av rusmisbrukere (Romøren 2007). Ludvigsen og Ravneberg (2012) påpeker i sin rapport at kompetansebehovet knyttet til rusarbeid i kommunene er stort, ikke minst fordi dette er en brukergruppe som ofte har tilleggsdiagnoser knyttet til psykiske lidelser. Tverrfaglig kompetanse og samarbeid framheves som særskilt viktig.

ELDRE TJENESTEMOTTAKERE

Behovene hos de yngre og de eldre brukerne må dekkes med de samme ressursene og innenfor det samme kommunale tjenesteapparatet. Når en stor andel av ressursene i eksempelvis hjemmetjenester går til innbyggere under 67 år vil dette kunne innebære at det er mindre ressurser igjen til de eldste brukerne, noe som i sin tur kan påvirke dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for denne gruppen negativt (Gautun og Hermansen 2011). Det er heller ikke slik at gruppen av eldre som er hjelpetrengende i kommunene er

blitt tilsvarende mindre, men den suppleres av en stor «yngre-gruppe» med svært omfattende, sammensatte og ofte kroniske hjelpebehov (Gautun mfl. 2012). Selv om eldre over 67 år utgjør det største antall brukere så går de største samlede ressursene til yngre brukergrupper (Romøren 2007; Brevik 2010; Mørk mfl. 2013). Dette forklarer Gautun mfl. (2012) blant annet med det økte fokus som yngre brukere, og deres støttespillere og pådrivere, har hatt på egne rettigheter og medvirkning de senere år. I samme studie ga også informantene uttrykk for at når man måtte prioritere på grunn av tidsnød eller ressursmangel så var det de eldre som ble nedprioritert eller bortprioritert. Det samme gjaldt også kvaliteten på tjenestene – det var i første rekke de eldre som ble skadelidende. Dette kan muligens også forklares med at eldre generelt har høyere terskel for å kreve, klage eller forlange noe (Gautun mfl. 2012; Hamran og Moe 2012). Samtidig er det en kjensgjerning at antall eldre i befolkningen som vil trenge omfattende helse- og omsorgstjenester i årene framover vil øke drastisk, og ikke minst andelen av denne gruppen som vil lide av demenssykdom. Dette utfordrer kommunene.

KOMPETANSE – TILSTREKKELIG ANTALL HENDER OG KLOKE HODER

Kompetanseløftet 2015, som er en del av Omsorgsplan 2015 (St. meld 25), har pågått i perioden 2007-2015. Kompetanseløftet 2015, som primært er en kompetanse- og rekrutteringsplan, har hatt kapasitets- og kompetanseøkning i pleie- og omsorgssektoren som sentrale mål. Sagt med andre ord, en ambisjon om økning både i kvantitet og kvalitet på de ressursene som stilles til rådighet. Bakgrunnen for planen var en erkjennelse av de betydelige personellmessige utfordringene som venter kommunal pleie- og omsorgssektor i årene som kommer, som følge av demografiske endringer og generelt økt etterspørsel. Man erkjente videre et sterkt behov for mer personell og personell med tilstrekkelig og «riktig» kompetanse innenfor ulike felt, inklusiv eldreomsorgen.

Målet som ble skissert i Kompetanseløftet 2015 i forhold til antall nye årsverk (10 000) er mer enn oppnådd i planperioden (Aamodt og Tjerbo 2012; Helsedirektoratet 2012), og spesielt har veksten av faglært personell vært betydelig. Bemanningen i sektoren er blitt styrket, både med hensyn til volum og

kompetanse (Tjerbo mfl. 2012). Imidlertid påpeker Tjerbo mfl. (2012) at i siste del av planperioden var det tegn til stagnasjon i årsverksveksten sammenlignet med den første perioden. Dette representerer en utfordring med hensyn til å styrke bemanningen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren i årene som kommer. Spesielt har rekrutteringen til helsearbeiderfaget vært betydelig svakere enn forutsatt, og sammenliknet med volumet på den tidligere hjelpepleierutdanningen er antall som tar fagbrev som helsefagarbeider lave (Tjerbo mfl. 2012). Forfatterne påpeker videre at det er en klar tendens til at de fleste tilsatte er ufaglærte, eksempelvis manglet to av tre nytilsatte i pleie- og omsorgssektoren i 2010 godkjent helse- og sosialfaglig utdanning. Bedriftsundersøkelsen fra NAV i 2012 (Sørbø og Jacobsen 2012) viste en beregnet mangel på 2150 sykepleiere, 650 spesialsykepleiere, 800 helsefagarbeidere og 300 vernepleiere i kommunesektoren på daværende tidspunkt. Tilsvarende viser framskrevne tall fra SSB at vi i 2035 kan mangle 28 200 sykepleiere og 56 800 helsefagarbeidere, mens behovet for vernepleiere kan være dekket med god margin (SSB 2012).

I St. meld. nr 25 (2005-2006) skisseres også behov for videreutdanninger for høgskoleutdannet helsepersonell, spesielt innen aldring og geriatri, demens og rehabilitering. I tillegg indikerer Helsetilsynets (2005) rapport at det er behov for økt kompetanse innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. Tall fra NSD viser, og framskrevne prognoser tyder på, en stagnasjon og nedgang i opptak og gjennomføring av alle disse videreutdanningene bortsett fra innen rusomsorg (<http://dbh.nsd.uib.no/>). Dette gir grunn til bekymring med tanke på at behovet for spesialkompetanse innen disse områdene faktisk øker.

Tjerbo mfl. (2012) påpeker at i forhold til størrelsen på sektoren er det forholdsvis lite midler tilgjengelige i Kompetanseløftet 2015, og at omfanget av ressurser som er satt av til kompetanseheving neppe er tilstrekkelig. Midlene som er tilført kommunene dekker bare en liten del av de totale kostnadene forbundet med kompetanseheving, og konsekvensen er at kommunene og den enkelte arbeidstaker i de fleste tilfeller selv må bidra med ressurser. Selv om dette representerer store utfordringer for kommuner med en generelt anstrengt økonomi, viser utviklingen at de i økende grad har prioritert å avsette midler til kompetanse og rekruttering i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester (Tjerbo mfl. 2012). Bevissthet om viktigheten av å utarbeide planer for kompetanseutvikling og rekruttering til tjenestene synes også å øke (Disch og Vetvik 2009; Vetvik og Disch 2014), til tross for at dette ikke alltid er like tydelig og kjent blant de ansatte (Brenden

mfl. 2011). Vetvik og Disch (2014) påpeker også at selv om 2/3 av kommunene som ble kartlagt i deres studie svarer at de har fulgt opp statlige signaler i sine planer når det gjelder kompetanseutvikling, kvalitet og kapasitet, så er det vanskelig å finne dette igjen i kommunale dokumenter. Mangelen på kommunale kompetanseplaner påpekes også av Veenstra mfl. (2015) i en ny evalueringsrapport av Omsorgsplan 2015 med fokus på kommunal planlegging. En av flere mulige forklaringer på dette kan være at kommunene er gitt stor frihet når det gjelder planenes utforming og innhold (St.meld. nr 29; Aamodt og Tjerbo 2012).

Det synes altså å være relativt stor usikkerhet knyttet til i hvor stor grad og på hvilke måter den enkelte kommune har fulgt opp kravet om å sikre tilstrekkelig kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I Haukelien mfl. (2015) sin undersøkelse av sykepleieres erfaringer med Samhandlingsreformen, kom det tydelig fram at det er forbedringspotensialer når det gjelder å tilrettelegge for kompetanseutvikling på arbeidsplassen. Cirka halvparten av deltakerne oppga at deres kompetanse hadde blitt kartlagt i løpet av de tre siste årene, og godt under halvparten mente at det forelå en kompetanseplan. Selv om 75 % av sykepleierne opplevde et stort behov for master- og videreutdanning som en del av jobben sin, så var det bare 35 % som opplevde at arbeidsgiver oppmuntret og stimulerte til å ta slik formell utdanning.

TILSTREKKELIG MANGE HENDER?

Til tross for at rekruttering av helsepersonell i kommunal pleie- og omsorgssektor har vært over forventning i forhold til det som ble skissert i Kompetanseløftet 2015, vises det i flere rapporter til at det ofte er store avvik mellom planlagt og faktisk bemanning på den enkelte institusjon (ECON 2009; Holmeide og Eimot 2010; Gautun og Bratt 2014). I tillegg til at den planlagte bemanningen i utgangspunktet oppfattes som marginal, viser studier at det ofte ikke blir leid inn personell med tilsvarende kompetanse ved ferieavvikling, som i de fleste tilfeller er planlagt fravær (Holmeide og Eimot 2010; Gautun og Hermansen 2011; Gautun og Bratt 2014). Det samme gjelder ved sykdom eller fraværstyper som vanskeligere kan planlegges. Studiene viser gjennomgående at ved alle typer fravær er det en klar tendens til at fraværet ikke erstattes og at faglærte erstattes med personell uten fagutdanning, særlig på helgevakter. Også ledere av tjenestene har uttrykt bekymring over at den i utgangspunktet for lave grunnbemanningen, som heller ikke følges når det oppstår fravær, ikke kommer

tydelig nok fram i kommunenes plan- og budsjettprosesser (Holmeide og Eimot, 2010; Gautun 2012).

Gautun og Bratt (2014) stiller seg også kritiske til hvorfor ikke avvik i bemanningsplanene kan planlegges. Det er fullt mulig å ta høyde for sykefravær, hevder de, på bakgrunn av erfaringer som tilsier et gjennomsnittlig sykefravær på 9-10 prosent. Slike avvik burde derfor ikke komme overraskende. En grunnbemanning som i utgangspunktet er så marginal gir stor sårbarhet og setter definitivt tjenestene «på strekk». Lederne av tjenestene oppgir da også at de opplever bemanningen som lite eller svært lite tilfredsstillende (Gautun 2012). Dessuten, når bemanningssituasjonen i utgangspunktet er så presset påvirker det fagmiljøet og muligheter for å rekruttere kvalifisert fagpersonell (Gautun og Bratt 2014; Pedersen og Tingvoll 2014).

Studier viser at helsearbeidere opplever at utilstrekkeligheten i antall hender fører til et tidspress som går utover kvaliteten på tjenestene som gis (Dale og Hvalvik 2013; Hvalvik og Dale 2013; Gautun og Bratt 2014). Eksempelvis svarer over halvparten av sykepleierne i spørreundersøkelsen som Gautun og Hermansen (2011) utførte at de daglig opplever at tiden de har til rådighet for den enkelte pasient ikke strekker til. Et tilsvarende tidspress opplevdes av deltagerne i studien til Gautun og Bratt (2014), noe som førte til mangelfull vurdering av pasientenes behov, og at eksempelvis behovet for ernæring, og generell pleie og omsorg, ikke ble godt nok ivaretatt. Ytringer om «for få hender til for mange oppgaver» går igjen blant ansatte i kommunal omsorgssektor, og det uttrykkes bekymringer over hvilke konsekvenser dette har for ivaretagelse av brukernes behov og rettigheter (Huseby og Paulsen 2009).

TILSTREKKELIGHET I KOMPETANSE?

ENDRINGER I KOMPETANSEBEHOV

Bedre helse i befolkningen og bedre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, ser ikke ut til å redusere behovet for fagpersoner som har tilstrekkelig kompetanse til å observere, tolke og behandle syke og sårbare mennesker i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en forsvarlig måte (Holmeide og Eimot 2010). Tvert i mot, hevder forfatterne, så kreves det flere med høyere kompetanse i kommunen når sykehusene tilbyr flere, mer spesialiserte og avanserte tjenester som en konsekvens av at flere får helsehjelp og kan leve lenger med ulike alders- og funksjonshemninger. Samtidig øker antallet yngre

med store omsorgsbehov. Kommunene trenger kompetent personell til å ivareta flere pasienter totalt og spesielt flere med komplekse helseutfordringer, i tillegg til kronikere. Kravet om at alle kommuner fra 2016 skal ha et tilbud om kommunale akutte døgnplasser (KAD) krever dessuten økt akuttmedisinsk kompetanse og gode systemer for samarbeid mellom legetjenesten, hjemmetjenesten og sykehjem. For å sikre at det utdannes personell med kompetanse av riktig type og på riktig nivå er det nødvendig at kommunene kjenner sine kompetansebehov og at de kommuniserer dem godt (Meld. St. nr. 47).

Behovet for fagkompetanse har økt bl.a. som følge av raskere utskrivning fra sykehus (Holmeide og Eimot 2010). Operative ledere gir uttrykk for at på mange vakter er den planlagte grunnbemanning, spesielt for sykepleiere, allerede på et minimumsnivå og at dette gir stor sårbarhet i forhold til sykdom og annet ikke planlagt fravær. De påpeker at det pågår mye godt arbeid for å tilpasse grunnbemanningen til faktiske pasientbehov og reell pleietyngde - men at mange oppfatter at denne prosessen går for sakte og ikke er tilstrekkelig tilpasset endringer i pasientsammensetningen. De viser til et eksempel: En rehabiliteringsenhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan i noen tilfeller sammenlignes med tilsvarende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid kan lederen for en slik enhet oppleve å ha tilgang til 1/10 av det antallet sykepleiere sykehuset har tilgang til.

Krav til helsepersonells faglige og organisatoriske kompetanse er blitt særlig utfordret etter innføring av Samhandlingsreformen, fordi den medfører at nye og til dels kompliserte oppgaver er overført til primærhelsetjenesten. Det medfører at kommunen må bygge opp kompetanse (St. meld. nr. 25), blant annet hos sykepleiere, for å møte de nye oppgavene som omfatter hele spekteret av behandling, observasjon, oppfølging, rehabilitering og lindring (Pedersen og Tingvoll 2014). I tillegg stilles store krav til organisatorisk kompetanse og gode samhandlingsevner. I studien som Dale og Hvalvik (2013) gjennomførte blant ledere i hjemmesykepleien kom det klart fram at de opplevde dagens krav til å tilfredsstillende kvalitet i tjenestene som svært krevende. Spesielt ble det framhevet endrede kompetansekrav som følge av at de var pålagt nye, til dels avanserte oppgaver. Det opplevdes strevsomt stadig å måtte prioritere mellom ulike oppgaver som kunne være motstridende. Eksempelvis kunne behov for spesiell sykepleiekompetanse til enkelte pasienter, som få kunne utføre, gå på bekostning

av at kontinuitet i tjenestene ble ivaretatt. Kontinuitet i omsorgstjenestene er ansett som et viktig kvalitetskriterium, og høyt verdsatt av pasienter og pårørende (Gjevjon mfl. 2013). Internasjonalt er det en økende erkjennelse av at man må igangsette tiltak for å møte spesialisert kompetanse ved å satse på «Nurse practitioners (NP)» utdanning. NP er sykepleiere med spesialkompetanse til å vurdere og igangsette avanserte tiltak for pasienter med ulike behov i kommunen. Der denne rollen bygges opp som sentrale aktører i tverrfaglige team i kommunen, har det vist reduksjon av permanent bruk av sykehjem og redusert antall reinnleggelse for svært syke pasienter (Segelman mfl. 2015).

Det påpekes i Meld. St. 13 (2011-2012) at helse- og sosialfaglige utdanninger ikke i stor nok grad evner å møte behovet for kompetanse i tjenestene, blant annet fordi disse utdanningene ikke er tilpasningsdyktige nok i forhold til tjenesteutviklingen. Dette legger et spesielt stort ansvar på utdanningsinstitusjonene når det gjelder å prioritere, planlegge og utforme utdanningstilbud i nært samarbeid med kommunene. Pleie- og omsorgssektoren er den sektoren med størst andel ufaglærte. I 2007 utgjorde denne andelen 38 %, mens den i 2012 var redusert til 35 % (Kvinge 2015).

Alt i alt tyder litteraturen på at «strekken» i tjenestene ikke har blitt mindre, til tross for satsninger som er satt inn i perioden 2003 – 2015. Samhandlingsreformen, med oppgaveglidning og økt ansvar til kommunene, spiller en stor rolle i den opplevde «strekken».





METODE

DATAINNSAMLING

For å belyse utviklingstrekk i tjenestene i forlengelsen av undersøkelsene i 2003 og 2005, ble det gjennomført en ny intervjuundersøkelse i 2015 blant ledere på øverste nivå i kommunenes helse og omsorgstjenester.

Senter for omsorgsforskning har etablert et panel av 53 kommuner (Omsorgsforskningskommuner) som vi samarbeider med, særlig knyttet til datainnsamling i ulike studier. Kommunene er lokalisert i hele landet og plukket ut slik at de representerer et likt antall store, mellomstore og små kommuner. Omsorgsforskningskommunene utgjør utvalget i denne studien.

Det ble utviklet en strukturert intervjuguide (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010) med flest lukkede og noen åpne spørsmål (se vedlegg 1). Spørsmålene hadde fokus på tilgang og kvalitet på tjenestene, som også speiler identiske spørsmål i DIFIs innbyggerundersøkelser rettet mot blant annet brukere av hjemme- sykepleie, hjemmehjelp, omsorgsbolig og sykehjem (Direktoratet for forvaltning og IKT 2015; Førland og Folkestad 2016). Videre inneholdt intervjuguiden spørsmål knyttet til tilstrekkelighet av tjenester for personer som bor i ulike boformer (hjem, omsorgsbolig, sykehjem) og for ulike brukergrupper (personer med psykiske lidelser, eldre, personer med demens, personer med psykisk utviklingshemming og personer med rusproblemer). Spørsmålene skulle besvares på en 7 trinns skala, med verdier fra -3 (alt for lite) - 0 (tilstrekkelig) til +3 (altfor mye).

Det ble også stilt enkelte spørsmål om brukermedvirkning, kompetanse og kompetanseutvikling, og ledertetthet.

I de åpne spørsmål ble lederne bedt om å gjøre rede for hva de la i uttrykket «tilstrekkelige tjenester», og å beskrive endringer i tjenestene i egen kommune og hvordan de hadde jobbet for å møte krav til kompetanse.

Alle intervjuene ble gjennomført via telefon etter at informantene på forhånd hadde fått tilsendt en e-mail med informasjon om undersøkelsen og forespørsel om å delta. Telefonintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode slik at informantenes refleksjoner og kommentarer til de åpne spørsmålene også kunne noteres ned.

Intervjuguiden ble utviklet med utgangspunkt i undersøkelsene som var grunnlag for Helsetilsynets rapporter fra 2003 og 2005, samt en diskusjon i forskergruppen som har gjennomført prosjektet. Det ble gjennomført fire pilot intervjuer og intervjuguiden ble justert noe før datasamling, som ble gjennomført i perioden fra juni til august 2015.

Vi henvendte oss til øverste leder av helse – og omsorgstjenestene i alle de 53 kommunene som er del av panelet av omsorgsforskningkommuner. Det ble totalt gjennomført intervju med 44 av dem.

ANALYSER

De lukkede spørsmålene ble oppsummert og analysert deskriptivt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (IBM SPSS statistics 22), og grafisk fremstilt ved bruk av Excel. Kommentarer på de åpne spørsmålene som ble notert under intervjuene ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse, ved at de ble sortert i ulike tema eller kategorier (Krippendorff 2013). Ved notering av stikkord og korte setninger foregår det spontan analyse allerede ved gjennomføring av intervjuene der informantens svar blir tematisert.

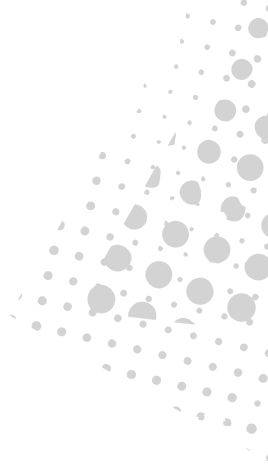
METODEREFLEKSJON

Telefonintervju med strukturerte spørsmål fungerte godt for å samle data om kommunens utvikling. Det fremkom i løpet av datasamlingen at skalaen fra «for lite» – «tilstrekkelig» – «for mye» kunne være vanskelig å forholde seg til, og at den kan ha blitt oppfattet noe ulikt blant informantene. Slik som noen uttrykte: «det kan ikke bli for mye av disse tjenestene». Det var også enkelte som ikke ville delta i undersøkelsen fordi det ikke var definert hva vi la i begrepet «tilstrekkelige

tjenester». Betegnelsene «for lite» - «tilstrekkelig» - «for mye» ble imidlertid anvendt fordi den samme skalaen ble brukt i Helsetilsynsundersøkelsen fra 2003. For å kunne sammenligne resultatene ønsket vi å benytte de samme kategoriene i denne undersøkelsen. I ettertid ser vi at vi burde definert og forklart kategoriene i skalaen tydeligere, for å sikre at den ble oppfattet så likt som mulig.

Alle de 53 omsorgsforskningskommunene ble kontaktet. Totalt fikk vi gjennomført intervju med 44 ledere. Ikke alle ledere var i stand til å svare på alle våre spørsmål. Antallet som har besvart spørsmålene (N) er oppgitt for hver figur. Undersøkelsen bygger på et lite utvalg, det er viktig å ha i mente når man leser resultatene fra vår intervjuundersøkelse. Med et så begrenset utvalg er det mulig å peke på noen trender, men resultatene gir ikke det endelige svaret på hvordan tilstanden og fordelingen av tjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er i hele landet.

Flere forskere gjennomførte intervjuene, noe som kan medføre at både spørsmål og svar kan ha blitt oppfattet og forklart litt ulikt. Dette er forsøkt tatt høyde for gjennom grundige diskusjoner i forskergruppen både før og etter datainnsamling.





RESULTATER

Informantene i undersøkelsen er toppledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Avhengig av hvordan kommunene er organisert kan de ha ulike titler, som for eksempel kommunaldirektør, virksomhetsleder, helse- og omsorgsleder, seksjonssjef og enhetsleder. Det er også ulikt hvilke tjenester de har ansvar for, men nesten alle hadde et ansvarsområde som inkluderer økonomi samt personal- og fagansvar. Noen av stillingene rommer alt innenfor helse- og omsorg, inkludert folkehelse, oppvekst, allmennlegetjeneste, boligsosiale tiltak, psykiatri og barnevern, mens andre har et mer avgrenset ansvar knyttet til hjemmetjenester og institusjonstjenester.

TILSTREKKELIGE TJENESTER

Lederne ble bedt om å utdype hva de legger i begrepet «tilstrekkelige tjenester». De fleste knyttet dette til at tjenestene måtte være innenfor lovverket, og at tjenestene skulle være gode nok og være faglig forsvarlig i forhold til ivaretagelse av liv og helse. Flere knytter også tilstrekkelige tjenester til standarder de har vedtatt for tjenesteleveranse i kommunen.

Noen påpekte at med tilstrekkelige tjenester mente de et minimums nivå av hjelp som pasienter eller brukere trenger. Når man snakker om «tilstrekkelig» er det ikke snakk om det «lille ekstra». Flere av informantene uttrykte ønske om at de gjerne vil yte tjenester som strekker seg ut over «tilstrekkelig», mens andre var opptatt av at en skal finne et tilstrekkelig nivå, der det hverken skal være for lite eller for mye tjenester. Noen trakk frem brukertilfredshet som et viktig mål på tilstrekkelige tjenester.

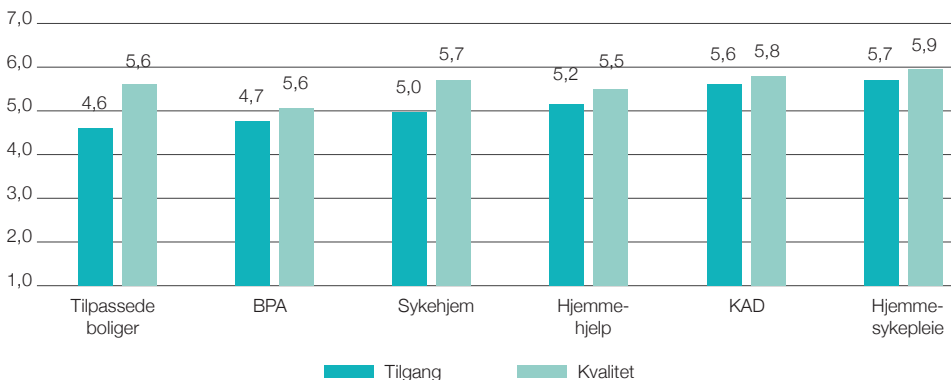
Noen påpekte også at hva som vurderes som tilstrekkelig kan variere, og at det ikke alltid er enighet mellom tjenesteyter og

brukere/pårørende om hva som er tilstrekkelige tjenester. Å skulle yte tilstrekkelige tjenester fordrer at tjenesteyterne er gode på å vurdere brukeres behov. Dette opplevdes som utfordrende, særlig knyttet til ikke medisinske behov som for eksempel sosial kontakt og trygghet.

OM TJENESTENE I DAG

Innledningsvis stilte vi spørsmål om hvordan lederen vurderte tilgang og kvalitet på ulike tjenester i sin kommune. Når det gjelder tilgang vurderte alle lederne at den er tilstrekkelig (verdien 4) eller bedre for alle de nevnte tjenestene (Figur 1). Tilgangen på brukerstyrt personlig assistanse (BPA), og boliger tilpasset brukere med spesielle behov ser ut til være dårligst. Tilgangen på hjemmesykepleie blir vurdert som best. Flere av lederne kommenterte at hjemmesykepleien er fleksibel, og at de på svært kort varsel klarer å stable på beina omfattende hjelp til brukere som har behov for det. For å kunne være i stand til å utøve disse manøvrene er de avhengig av å ha god tilgang på hjemmesykepleie. Også tilbudet om kommunale akutte døgnplasser (KAD) betegnes som god, selv om dette i mange kommuner er et relativt nyetablert tilbud.

Tilgang og kvalitet



Figur 1: Lederes vurdering av tilgang på og kvalitet i ulike tjenester (gjennomsnittsverdier der 1 er svært dårlig og 7 er svært god). $N_{\text{Tilpassede boliger}} = 42-42$ $N_{\text{BPA}} = 36-38$, $N_{\text{Sykehjem}} = 43-44$, $N_{\text{Hjemmehjelp}} = 42-43$ $N_{\text{KAD}} = 40-42$, $N_{\text{Hjemmesykepleie}} = 44$.

Når det gjelder kvalitet på ulike tjenester ble også denne vurdert som bedre enn tilstrekkelig for alle tjenestetilbudene. Hjemmesykepleien ble oppfattet som det tjenestetilbudet med høyest kvalitet. Tilbudet om BPA skiller seg ut med en klart lavere vurdering av kvaliteten, men den vurderes likevel som tilstrekkelig. Det kan virke som om dette er den tjenesten der lederne har vanskeligst for å vurdere kvaliteten, og hele åtte informanter svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. For de fleste tjenestene vurderes kvaliteten som noe bedre enn tilgangen.

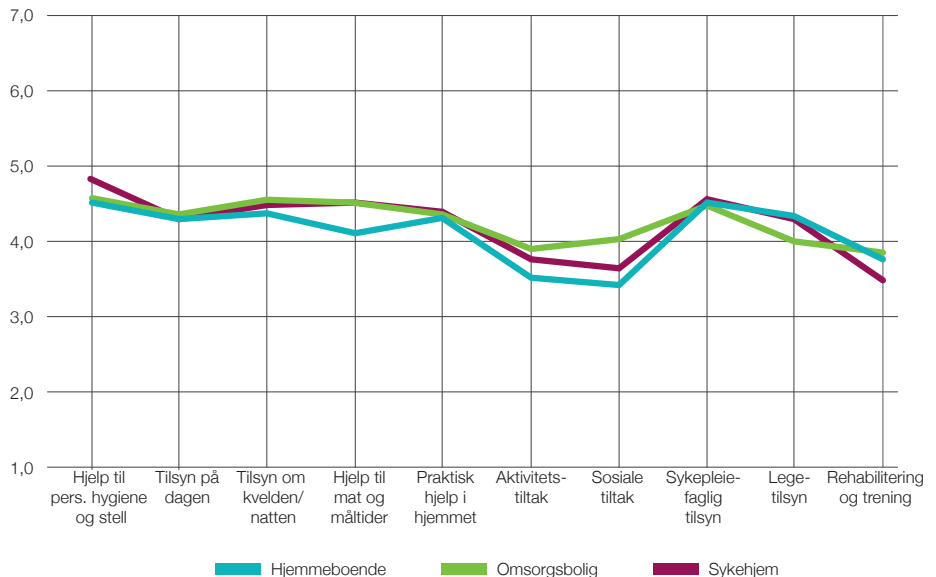
Variasjonen mellom kommunene er størst når det gjelder BPA og KAD, og minst når det gjelder hjemmesykepleie. Dette gjelder både tilgang og kvalitet.

ULIKE BOFORMER

Videre ba vi lederne vurdere i hvilken grad brukere i ulike boformer fikk dekket behov for ulike typer hjelp. I gjennomsnitt vurderte lederne at brukere, uavhengig av boform, i tilstrekkelig grad får dekket behov for hjelp til personlig hygiene og stell, hjelp til mat og måltider og praktisk hjelp i hjemmet/ sykehjemmet. Også nødvendig tilsyn, både på dag og kveld/natt, samt sykepleierfaglig tilsyn ble vurdert som tilstrekkelig. Generelt er det en svak tendens at hjemmeboende er den gruppen som i scorer lavest når det gjelder å få dekket sine behov.

Når det gjelder aktivitetstiltak, sosiale tiltak og rehabilitering og trening vurderte lederne at tilbudene om disse tjenestene i mindre grad er tilstrekkelig. Når det gjelder aktivitet og sosiale tiltak er det de hjemmeboende som ser ut til i minst grad å få dekket sine behov, mens sykehjemsbeboere vurderes i lavest grad å få dekket behov for rehabilitering og trening. Når det gjelder beboere i omsorgsbolig er det en tydelig tendens at tilbudet om aktivitet og sosiale tiltak er best for denne gruppen (Figur 2).

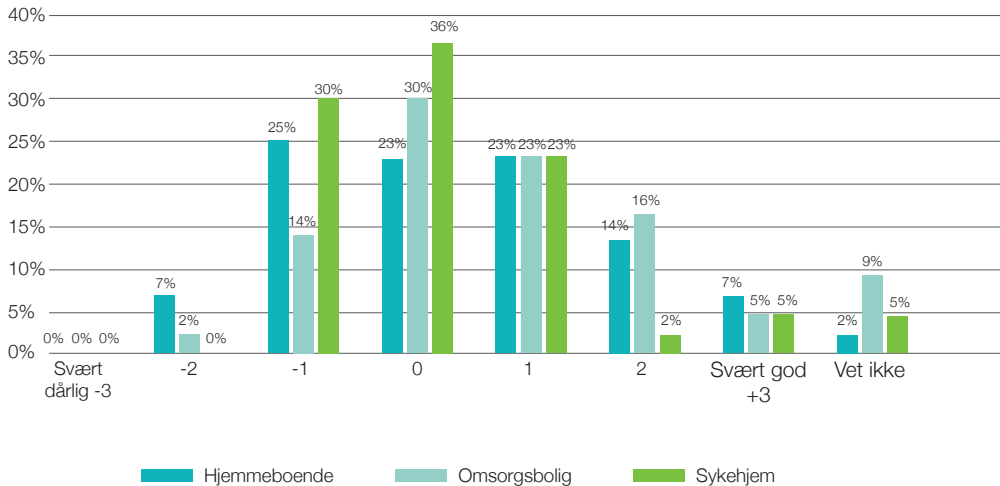
I hvilken grad brukere får dekket ulike behov, avhengig av boform



Figur 2: I hvilken grad brukere får dekket ulike behov, avhengig av boform (gjennomsnittsverdier der 1 er «altfor lite», 4 er «tilstrekkelig» og 7 er «altfor mye»). $N_{\text{Hjemmeboende}} = 37-43$, $N_{\text{Omsorgsbolig}} = 37-40$, $N_{\text{Sykehjem}} = 35-42$.

Lederne ble videre bedt om å vurdere bemanningen (antall ansatte) i de ulike tilbudene. Omsorgsbolig er ulikt organisert i kommunene. Der kommunen hadde omsorgsbolig med egen bemanning, var det denne bemanningen som ble vurdert. I kommuner der hjemmetjenesten utførte arbeidet i omsorgsboligene var det dette som ble vurdert. Resultatene fremkommer i figur 3.

Bemanning



Figur 3: Vurdering av bemanning i ulike tjenestetilbud. (Der -3 er «svært dårlig» og +3 er «svært god». $N_{\text{Hjemmesykepleie}} = 44$, $N_{\text{Omsorgsbolig}} = 43$, $N_{\text{Sykehjem}} = 44$)

Figur 3 viser at bemanningen i hjemmesykepleien ble vurdert som dårligst, og over 30 % av kommunene vurderte den som for dårlig. I sykehjem ble bemanningen vurdert som noe bedre, men også her vurderte 30 % at den var noe for dårlig. Likedan vurderte 15 % av lederne at bemanningen i omsorgsboliger var mindre enn tilstrekkelig, samtidig var det flere som vurderte bemanningen i alle tjenestetilbudene som gode. Dette synliggjør til dels store forskjeller mellom ulike kommuner når det gjelder vurdering av bemanning i de ulike tjenestetilbudene.

Flere ledere kommenterte at det var vanskelig å vurdere bemanningen i tilbudet som helhet. Særlig gjaldt dette for sykehjem der flere kommenterte at kommunen har noen avdelinger som er «tipp topp – alt du kan ønske deg» mens andre avdelinger/sykehjem i samme kommune hadde for lav bemanning. I mange tilfeller var dette knyttet til korttidsavdelinger, gjerne med spesialisert funksjon som rehabilitering, lindrende eller intermedier enheter.

ULIKE BRUKERGRUPPER

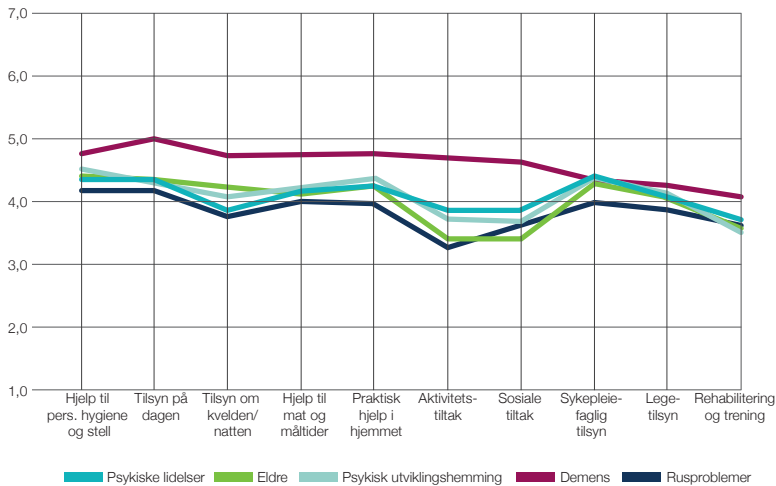
Lederne ble bedt om å vurdere i hvilken grad ulike brukergrupper fikk dekket sine behov for ulike typer hjelp. Brukergruppene inkluderte personer med psykiske lidelser, eldre, brukere med demens, brukere med psykisk utviklingshemming og brukere med rusproblemer. Resultatene viser at brukere med psykisk utviklingshemming skiller seg ut (Figur 4). Lederne vurderte at disse i størst grad får dekket sine behov, i noen tilfeller også for mye, i forhold til alle typer hjelp som var listet opp. Når det gjelder sykepleierfaglig tilsyn ble det vurdert at denne gruppen stilte nokså likt med de fleste andre brukergruppene. Imidlertid bemerket flere ledere at sykepleierfaglig tilsyn ikke er så relevant i denne brukergruppen, og at det er andre yrkesgrupper, særlig vernepleiere, som i større grad ivaretar tilsyn og bistand til denne brukergruppen.

Brukere med rusproblemer scoret jevnt over lavt, når det gjaldt vurdering av behovsdekning. For denne brukergruppen ble tilbudet vurdert noe under «tilstrekkelig» på de fleste områder. Lederne kommenterte at dette er en brukergruppe det er vanskelig å forholde seg til. De opplevde at kompetansen og tjenestene i liten grad er tilpasset denne brukergruppens behov, og at det i flere tilfeller kan være vanskelig å komme til med hjelp fordi brukeren ikke ønsker å motta hjelpen de blir tilbudt. Dette gjaldt særlig hjelp til personlig hygiene og stell, og hjelp til mat og måltider.

Det kan også være verdt å merke seg at eldre generelt ser ut til å i liten grad få dekket behov for aktivitet og sosiale tiltak.

Det er interessant å merke seg at lederne jevnt over vurderte tilbudene som mindre tilstrekkelig når vi bryter svarene ned på ulike brukergrupper, enn når de vurderte de samme tjenestene i knyttet til ulike boformer. Tendensene er imidlertid de samme når det gjelder tilbud om aktivitet og sosiale tiltak, samt rehabilitering og trening. Disse tjenestene ble i begge tilfeller vurdert som noe for lite.

ER TJENESTENE FORTSATT «PÅ STREKK»?

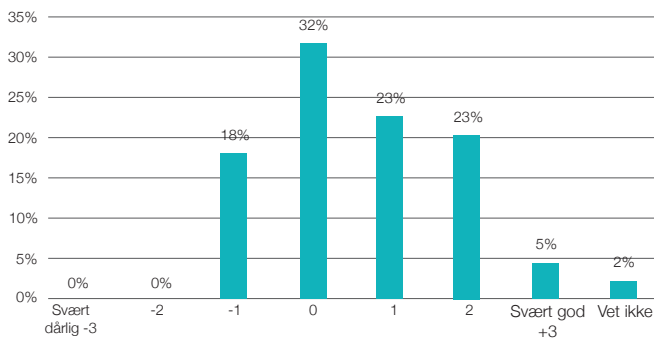


Figur 4 I hvilken grad ulike brukergrupper får dekket sine behov. Gjennomsnittsverdier der 1 er «altfor lite», 4 er «tilstrekkelig» og 7 er «altfor mye». $N_{\text{Psykiske lidelser}} = 35-39$, $N_{\text{Eldre}} = 38-40$, $N_{\text{Demens}} = 42-44$, $N_{\text{Psykisk utviklingshemning}} = 39-40$, $N_{\text{Rusproblemer}} = 35-38$.

BRUKERMEDVIRKNING

Lederne ble bedt om å vurdere i hvilken grad brukermidvirkning var ivaretatt i kommunen. Resultatene (figur 5) viser at vel 40 % av lederne vurderte brukermidvirkningen som godt ivaretatt. I underkant av 20 % vurderte den som dårlig ivaretatt, mens vel 30 % vurderte den verken som god eller dårlig (midtkategorien 0).

Brukermedvirkning ivaretatt

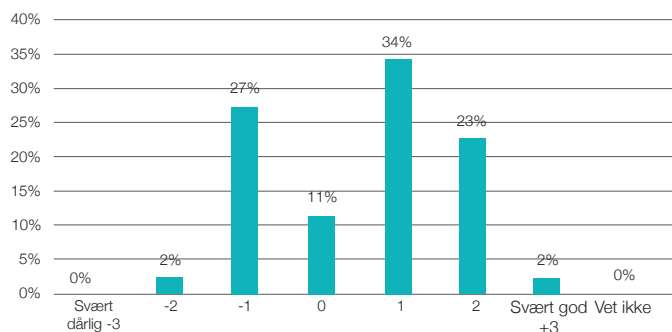


Figur 5 I hvilken grad er brukermidvirkning ivaretatt? Prosentandeler på en sjudelt skala fra -3 (svært dårlig ivaretatt) til +3 (svært godt ivaretatt). $N=44$

Med bakgrunn i utviklingen med økt fokus på egenmestring og hverdagsrehabilitering ønsket vi at lederne skulle vurdere i hvilken grad tjenestene støtter opp om brukernes egne

ressurser. Resultatene er presentert i figur 6. Om lag 60 % av lederne mente at deres tjenester er gode på å støtte opp om brukernes ressurser. Flere av lederne som svarte positivt på dette spørsmålet relaterte det i stor grad til kommunens satsning på hverdagsrehabilitering. Flere av lederne kommenterte at dette er et satsningsområde, og at arbeidet med å legge til rette for egenmestring vil være viktig i tiden fremover.

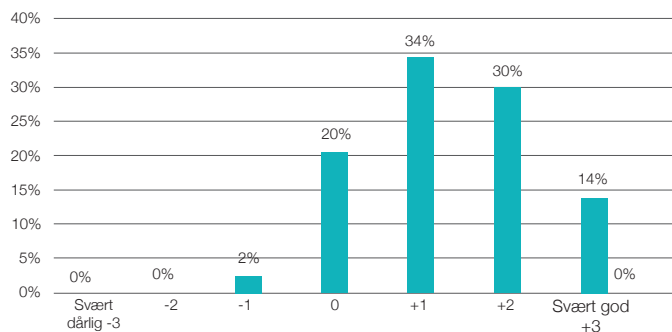
Tjenestene støtter opp om brukernes ressurser



Figur 6 I hvilken grad støtter tjenestene opp om brukerens egne ressurser? Prosentandeler på en sjudelt skala fra -3 (svært dårlig støtte) til +3 (svært god støtte). N=44

Vi spurte i hvilken grad lederne vurderer at endringer i brukerbehov blir fanget opp og formidlet slik at tjenestene kan justeres ved behov. Lederne vurderte at dette i stor grad er tilfellet i tjenestene de tilbyr (figur 7), og hele 78 % av lederne mente at de er gode eller svært gode på dette. Bare 2 % av lederne mente at dette er noe de er litt dårlige på.

Endringer i brukerbehov fanget opp



Figur 7 I hvilken grad blir endringer i brukernes behov fanget opp og formidlet slik at tjenestetilbudet kan justeres? Prosentandeler på en sjudelt skala fra -3 (svært dårlig til å fange opp endringer) til +3 (svært god til å fange opp endringer). N = 44

KOMPETANSE

Lederne ble spurt om hvilke tiltak som var igangsatt i deres kommune for å imøtekomme krav til kompetanse knyttet til helse- og omsorgstjenester. Oppsummert kan svarene samles i følgende kategorier:

KARTLAGT KOMPETANSEBEHOV OG UTARBEIDET KOMPETANSEPLAN

Med enkelte unntak hadde alle kommunene utarbeidet kompetanse- og rekrutteringsplan som en oppfølging av Kompetanseløftet i Omsorgsplan 2015. Kartlegging og prioritering av kompetanse hadde gjerne vært en del av planprosessen. Noen hadde rutine på at planene ble årlig vurdert og rullert, og mange beskrev at de var klart forankret i kommunenes overordnede strategi så vel som på enhetsnivå.

MIDLER OG STØTTE TIL FORMELL KOMPETANSEHEVING

Som en del av Kompetanseløftet hadde kommunene fått tilført en del midler for å gjennomføre kompetansetiltak. Mange hadde søkt og fått bevilget ekstra midler, eksempelvis fra Fylkesmannen. I tillegg beskrev informantene tiltak de hadde gjennomført internt for å støtte opp om og stimulere til kompetanseheving blant de ansatte. Eksempler på dette var stipendordninger for å ta høyskoleutdanning og videreutdanning, tilbud til ufaglærte om å ta helsefagutdanning, og fleksible permisjonsordninger enten med eller uten lønn. Enkelte informanter nevnte imidlertid at det kunne være vanskelig å motivere ansatte til å starte på utdanninger og kurs særlig eldre arbeidstakere som ikke helt så verdien i det.

INTERNE KOMPETANSEHEVINGSTILTAK

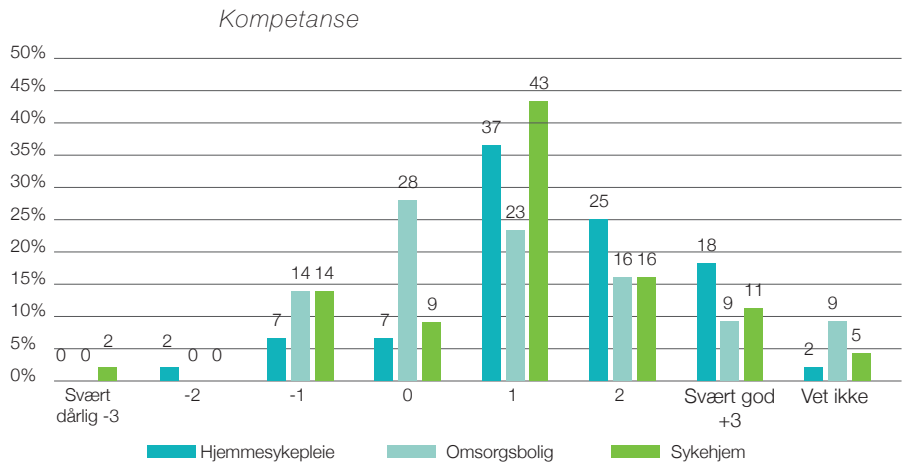
En rekke konkrete tiltak i form av interne opplæringsprogram (eksempelvis Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC), internundervisning og kursing ble beskrevet igangsatt. Det så ut som at alle kommunene var opptatt av dette, men det var noe ulikt hvor systematisk det var gjennomført. Flere hadde egne ressurspersoner, eksempelvis fagutviklingssykepleier, som hadde ansvar for at internopplæring og veiledning av øvrige ansatte ble gitt ut fra den enkeltes kompetanse- og opplæringsbehov.

SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN OM KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

Flere av informantene hadde fått til et interkommunalt samarbeid og ulike læringsnettverk, noe de anså som positivt for å dele på både erfaringer og ressurser. Noen hadde gode opplegg for, og erfaring med, at personalet fikk hospitering på sykehuset, eller at helsepersonell fra sykehuset hadde undervisning og opplæring i kommunen. Dette var i økende grad blitt viktig etter at kommunene hadde fått et økt ansvar for pasienter som ble overført fra sykehuset uten at de var ferdigbehandlet.

UTVIKLINGSTREKK I FORHOLD TIL KOMPETANSE

På spørsmål om hvordan informantene vurderte kompetansen i hjemmesykepleien, omsorgsboliger og sykehjem på undersøkelsestidspunktet fordelte svarene seg som vist i Figur 8.



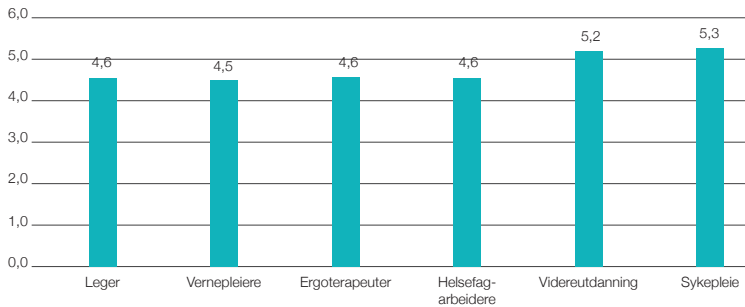
Figur 8: Vurdering av kompetansen i hjemmesykepleien, omsorgsboliger og sykehjem. Prosentandeler på en sjudelt skala fra -3 (svært dårlig kompetanse) til +3 (svært god kompetanse). $N_{Hjemmesykepleie} = 44$, $N_{Omsorgsbolig} = 43$, $N_{Sykehjem} = 44$.

Som figur 8 viser ble kompetansen i hjemmesykepleien vurdert som god (i ulik grad) blant totalt 82 % av informantene, og kompetansen i sykehjem som god (i ulik grad) blant totalt 70 % av informantene. Når det gjaldt omsorgsboliger var det 49 % som mente at kompetansen var god (i ulik grad), mens nesten 30 % oppga at den var tilstrekkelig.

REKRUTTERINGSBEHOV

Det ble stilt spørsmål om i hvilken grad det var behov for å rekruttere utvalgte personellgrupper. Figur 9 viser fordeling av svarene.

Rekrutteringsbehov

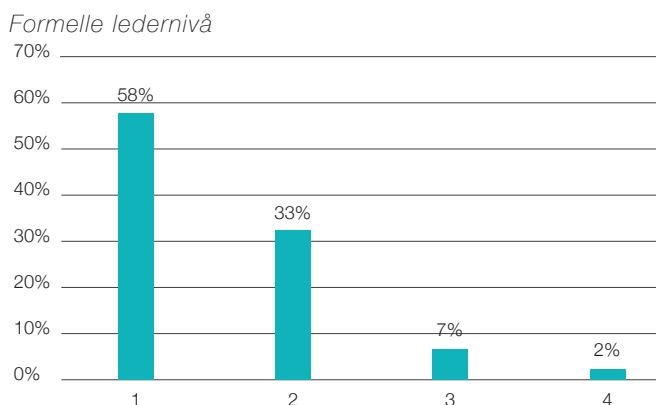


Figur 9: Behov for å rekruttere ulike personellgrupper oppgitt som gjennomsnitt (på en sjudelt skala fra 0 = i svært liten grad til 6 i svært høy grad). $N = 43-44$

Behovet for å rekruttere sykepleiere og helsepersonell med videreutdanning ble oppfattet som størst, men de mente at det også er behov for flere ergoterapeuter, vernepleiere og leger. Når det gjaldt hvilke type videreutdanninger det er behov for var det eldreomsorg/geriatri og psykiatri/rus som var det som oftest ble nevnt sammen med videreutdanning i demens og i rehabilitering. Dernest var det økt kompetanse innen kreft og lindrende omsorg, samt enkelte diagnosetilstander som diabetes og KOLS som ble listet opp. Enkelte nevnte behov for mer ledelseskompentanse, spesiell vurderingskompetanse og kompetanse i tverrfaglig samhandling og nettverksarbeid. Spesielle yrkesgrupper som helsesøster, pedagog, psykolog og kulturarbeider ble også nevnt.

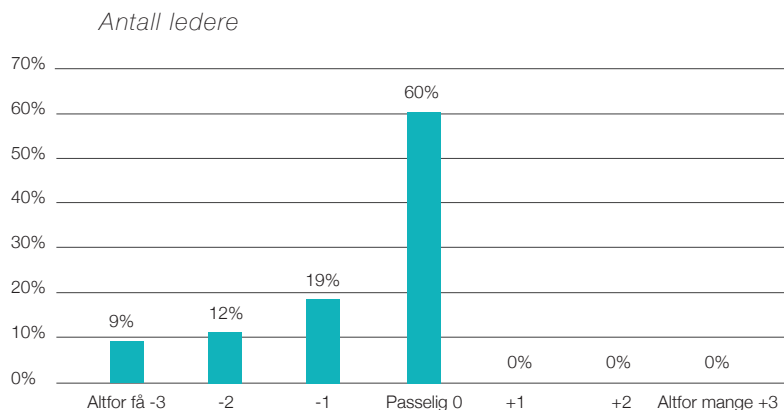
LEDELSE

For å vurdere ledertetthet i tjenestene spurte vi hvor mange ledernivå personen vi intervjuet har under seg. Av resultatene (figur 10) ser vi at mer enn halvparten (58 %) bare har ett ledernivå under seg, mens svært få (10 %) har flere enn to ledernivå under seg.



Figur 10: Antall formelle ledernivå under øverste leder i helse og omsorgstjenesten i kommunen. Prosent. N=43

Vi ba videre lederne vurdere i hvilken grad de mente antallet ledere samsvarte med reelt behov. Et flertall (60 %) mente at antall ledere i deres kommune var passelig i forhold til behovet for ledelse. Flere kommenterte at de hadde jobbet med lederstruktur, og at de var bevisst på at hver leder ikke burde ha ansvar for store grupper av ansatte. Samtidig var det en betydelig gruppe (40 %) som vurderte ledertettheten som for lav.

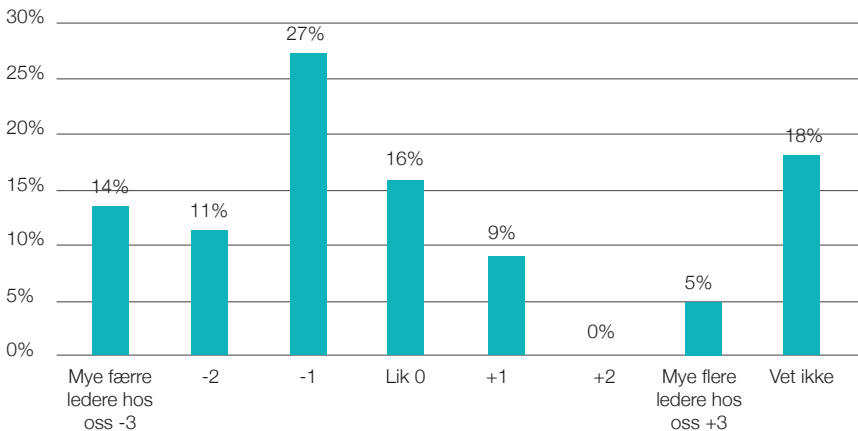


Figur 11: Vurdering av antall ledere i avdelingen i forhold til behov for ledelse. N=43

I Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) sin undersøkelse ble ledertettheten i skolevesenet sammenliknet med tilsvarende i helse- og omsorgstjenesten. Vi ønsket derfor å høre ledernes vurderinger av dette forholdet i egen kommune. Resultatene viser et fragmentert bilde, der noen mener det er flere ledere i skolen, mens andre mente at det er flere ledere i helse og omsorg. Det er likevel et flertall som mente at ledertettheten er mindre i helse- og omsorgssektoren

enn i skolesektoren. En forholdsvis stor andel (17 %) svarte imidlertid vet ikke på dette spørsmålet. Flere av lederne kommenterte at dette var en problematisk sammenlikning fordi tjenestene i de to etatene er så ulike. Ledertettheten i skolen var ofte avhengig av antall skoler og skolestørrelsene i kommunen, slik at det i mange tilfeller ble en unaturlig høy ledertetthet i denne sektoren. Flere kommenterte også at døgkontinuerlige tjenester naturlig vil måtte ha en annen ledelsesstruktur enn skole.

Ledertetthet helse- og omsorg vs. skole



Figur 12: Vurdering av ledertetthet i helse – og omsorgssektoren sammenliknet med skolesektoren i kommunen. N=44

PLANARBEID OG GJENNOMGANG AV TJENESTENE

Som beskrevet innledningsvis har de kommunale tjenestene gjennomgått endringer, og står overfor utfordringer som krever vanskelige prioriteringer. Vi spurte derfor lederne om de hadde hatt en helhetlig gjennomgang av sine tjenester. De fleste kommunene (29 kommuner) fortalte at de hadde hatt en helhetlig gjennomgang, mens av de åtte kommunene som ikke hadde hatt det, var det noen som hadde hatt delvis gjennomgang av tjenestene. De formulerte det slik: «Kun organisatorisk, ikke i forhold til hvilke behov vi skal dekke hos brukerne». Andre hadde hatt gjennomgang for mange år siden, men ikke av dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Det varierte fra kommunene til kommune hvem som deltok i slike gjennomganger, men aktuelle aktører var ledere,

administrasjonen i etaten, tillitsvalgte, politikere og brukere av tjenestene. Noen kommuner benyttet seg av eksterne aktører som konsulentfirma og forskningsinstitusjoner.

Informantene mente at gjennomgangen var nødvendig for å gjennomføre lovpålagte oppgaver og følge offentlige styringsdokumenter med mål om å være «god nok». Mens noen kommuner hadde en kontinuerlig gjennomgang, gjennomførte andre dette arbeidet organisert som prosjekt der det ble benyttet til utvikling av ny strategi for tjenesten. Videre brukte de gjennomgangen til å vurdere behovet for omorganisering og sammenslåing av enheter. De vurderte også behovet for endringer i samarbeid mellom fastlegen og omsorgstjenestene, og psykisk helse og omsorgstjenestene. Videre inngikk også en gjennomgang av kriterier for tildeling av tjenestene. Flere av kommunene erfarte at den helhetlige gjennomgangen hadde medført dreining av fokus og prioriteringer som for eksempel fra institusjonstjeneste til hjemmebaserte tjenester, og økt fokus på mestring for tjenestemottakerne. Gjennomgangen medførte fornying av prosedyrer og godkjenning av standarder. Det ble definert oppgaver for de ulike rollene, avklaringer av hvordan ansatte skulle forholde seg til vedtak og tydeliggjøring av oppgaver for hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

I prosessen forsøkte de å involvere ansatte for å bidra til at alle jobbet mot samme mål. De la opp til prosesser med høringer fra ulike interne arbeidsgrupper.

Noen kommuner uttrykte at det kunne være utfordringer og uenighet mellom faglige vurderinger gjort av administrasjonen, og politikernes ønskede prioriteringer. Prioritering mellom sykehjemsdekning og utbygging av hjemmetjenestene i kommune synes å være et godt eksempel på slik uenighet. En kommune hadde opplevd å legge frem en faglig begrunnet plan til innstilling, som ikke ble godkjent/vedtatt politisk. I et lokaldemokrati har politikerne mulighet til å overprøve og endre faglig begrunnede planer, noe som opplevdes utfordrende for ledere i helse- og omsorgstjenestene.

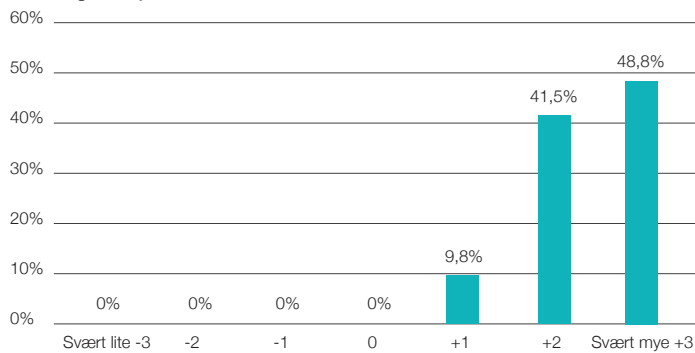
TJENESTENES UTVIKLING SISTE 10 ÅR

Lederne fikk i tillegg følgende spørsmål: I hvilken grad mener du at tjenestene har endret seg de siste 10 årene?

Som det framgår av figuren under mente *alle* lederne at tjenestene hadde endret seg i denne perioden. Om lag 5 av 10 mente de har endret seg svært mye, og 4 av 10 ganske mye. Det er altså en klar oppfatning blant kommunale helse- og

omsorgsledere i vårt panel at det har foregått *til dels store* endringer i sektoren siste 10 år.

Endringer i tjenestene



Figur 13: I hvilken grad har tjenestene endret seg de siste 10 årene? Prosent på en skala fra -3 (svært lite) til +3 (svært mye). N=44

Hva kyttes disse endringene til? For å fange opp dette stilte vi det åpne oppfølgingsspørsmålet: «På hvilken måte mener du at tjenestene har endret seg de siste 10 årene?». Følgende tema var mest framtrepende:

DET ER KOMMET TIL NYE, FLERE OG MER KOMPLEKSE OPPGAVER:

Det var en klar oppfatning om at kommunene de siste ti årene har fått flere oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten. Pasientene både i hjemmetjenestene og på sykehjem er blitt sykere, primært som følge av tidligere utskriving fra sykehus. Det har videre foregått en utbygging av nye kommunale tjenester, særlig knyttet til nye boligløsninger, hverdagsrehabilitering og institusjonsrehabilitering, øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD-senger) og lokalmedisinske sentre.

Det var en klar oppfatning at denne utviklingen er en konsekvens av Samhandlingsreformen og andre nasjonale føringer.

DET ER ØKT BEHOV FOR SPESIALKOMPETANSE:

Dette ble særlig knyttet til klinisk kunnskap og behovet for avansert medisinsk behandling og akuttstyepleie i kommunene, både i hjemmetjenestene, sykehjem, KAD-sengene, og i legevakt og legevaktsentral. Noen trakk fram økt behov for spesialkompetanse i ledelse og saksbehandling. Det ble trukket fram at kommunene har deltatt i flere kompetansehevede programmer de siste årene.

TEMPOET I ARBEIDET ER BLITT HØYERE:

Mange satt med en opplevelse av at det er blitt travlere både for ledere og de ansatte. Det er behov for å ta raskere avgjørelser som følge av raskere pasientstrøm. Man må raskere være på alerten i kommunene som følge av raskere utskriving og det er liten tid til god planlegging.

NYE BRUKERGRUPPER:

Lederne erfarer at det er en økning i antall unge ressurskrevende brukere med multifunksjonshemming, personer med muskel/skjelett-lidelser samt mer psykiatri og rusproblematikk. Videre opplevde de at det er et større fokus på tilbudet til personer med psykisk utviklingshemming. Noen av lederne sitter med opplevelsen av at tjenestene har utviklet seg fra eldreomsorg til yngreomsorg, men flere trekker fram at det er blitt økte utfordringer i forhold til personer med demens, både i de hjemmebaserte og i de institusjonsbaserte tjenestene. Økende utfordringer knyttet til våre nye landsmenn ble også trukket fram.

DET ER STØRRE ØKONOMISKE UTFORDRINGER:

Dette var en oppfatning flere trakk fram. Nye oppgaver blir ikke dekket godt nok med økt finansiering og dette fører til kutt i budsjett og stillinger for noen avdelinger. Strengere prioriteringer er påkrevet.

DET ER MER VEKT PÅ VEDTAKSBASERTE TJENESTER OG TILTAK:

Flere trakk fram juridiske og påfølgende organisatoriske endringer knyttet til flere vedtaksbaserte tjenester, større fokus på likebehandling, profesjonalisering og standarder og opprettelse av vedtakskontorer. Utviklingen har krevd et større apparat med hensyn til vurderings- og søknadsbehandling.

DET ER ØKTE FORVENTNINGER OG KRAV FRA BRUKERE OG PÅRØRENDE:

Det var en klar oppfatning om at brukerne er blitt mer krevende og har stigende forventninger. Økte myndighetskrav og rettigheter skaper økte forventninger fra befolkningen. Brukerne har fått flere lovpålagte rettigheter og det er større krav om konkret brukervedvirkning.

DET ER MER FOKUS PÅ FOLKEHELSE,
FOREBYGGING OG TIDLIG INNSATS:

Stortingsmeldingene om samhandlingsreformen og om folkehelsen har gjort at det er blitt et økt fokus på helse- og omsorgsplanlegging og tidlig innsats i pasientforløpene. Tidlig innsats knyttes særlig til hverdagsrehabilitering og et generelt økt fokus på egenmestring. Det trekkes også fram at det fortsatt er utfordrende å prioritere helsefremmende og forebyggende tiltak, som for eksempel individrettede tiltak som forebyggende hjemmebesøk til eldre og mer gruppebaserte forebyggende tiltak.

ØKT BRUK AV ELEKTRONISKE SYSTEMER
OG DOKUMENTASJON:

Man har gått fra manuelle til digitale journalsystemer og løsninger. Elektronisk meldingsutveksling. Flere sitter dessuten med en opplevelse av at det er blitt et større fokus på dokumentasjon og rapportering.

TYNGRE Å SAMARBEIDE MED
PÅRØRENDE OG FRIVILLIGE:

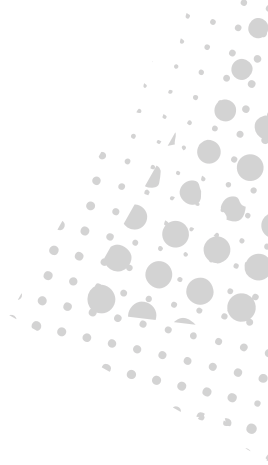
Noen av lederne satt med en opplevelse av at det er blitt tyngre å engasjere pårørende og frivillige til samarbeid.

Dette må betraktes som spontane vurderinger og opplevelser av endringer fra ledernes side. De viser bredden av temaer som ble berørt. **Oppsummert** dreier det seg om endringer i retning av:

- Nye, flere og mer komplekse oppgaver, særlig medisinske, som følge av samhandlingsreformen.
- Økt behov for spesialkompetanse.
- Hardere økonomiske prioriteringer.
- Flere og krevende oppgaver knyttet til rus og psykiatri
- Økte forventninger og krav fra brukere og pårørende.

Dernest ble dette oppfølgingsspørsmålet stilt: «Er det endringer som gir særlige utfordringer i din kommune?» Som svar ble de fleste av temaene på forrige spørsmål gjentatt. I tillegg ble noen nye tema eller nyanseringer av tema berørt: Samhandlingsreformen og nye lovverk skaper store utfordringer, særlig for små kommuner som må ha de samme tjenestene og den samme kompetansen som de store. Små kommuner må samarbeide interkommunalt og ofte kjøpe tjenester hos større kommuner til høye priser. Noen trakk fram dilemmaet om at fagadministrasjonen ofte ønsker sterkere

utbygging av hjemmebaserte tjenester mens politikerne vil styrke sykehjemdekningen. Det er utfordrende å tilpasse tjenestenivået til kommunens økonomi. Andre trakk fram at kommunen har fått ansvar for psykiatriske pasienter, men ikke har et lovverk som tillater tvang. Psykiatriske pasienter faller ofte mellom to stoler, det vil si spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens ansvar.





DISKUSJON

UTVIKLINGSTREKK FRA 2003

Pleie- og omsorgssektoren er kommunenes største sektor målt i driftsutgifter. Som beskrevet i litteraturgjennomgangen har det vært en markant økning av denne sektorens totale driftsutgifter (fra 45 til 83 milliarder kroner i perioden 2002–2011), selv om antall eldre kun har hatt en svak vekst (Kjelvik og Mundal 2013; Texmon 2013). Likeledes har det vært en sterk vekst i antall årsverk innen denne sektoren i perioden. Det er hjemmetjenestene som har hatt størst vekst, og i særdeleshet hjemmesykepleie. De hjemmebaserte tjenestene er nå større enn de institusjonsbaserte tjenestene. Dette skyldes i hovedsak veksten i antall brukere under 67 år.

I hjemmetjenestene har det pågått en utvikling i retning av økt spesialisering og differensiering, spesielt i store kommuner (Tingvoll og Romøren 2015). Fra å være en generalisttjeneste der «alle gjorde alt» er det nå større grad av arbeidsdeling med ansatte i spesialfunksjoner og spesialistteam. Eksempler på dette er spesialistgrupper, arbeidslag og koordinatorene knyttet til palliativ omsorg, kreftomsorg, psykiatritjeneste, demens (demensteam og demensarbeidslag), nevrologiske lidelser, diabetes-sykepleie og hverdagsrehabilitering. Dette er også en utvikling vi kan se i andre europeiske land (Sundström mfl. 2011).

Særlig etter samhandlingsreformen ble innført erfarer kommunene økt press på tjenestene. Lederne i vår intervjuundersøkelse var tydelige på at det er blitt et økt press på tjenestene gjennom at kommunene har fått tilført nye og flere komplekse oppgaver, særlig av medisinsk og sykepleiefaglig art, uten at tilstrekkelige ressurser er tilført. Dette samsvarer også godt med andre undersøkelser som belyser sykepleieres oppfatning (Gautun og Bratt 2014; Haukelien mfl. 2015).

Endrede oppgaver fører både til tøffe økonomiske prioriteringer og økt behov for spesialkompetanse. Lederne opplever også at kommunene har fått flere og krevende oppgaver knyttet til rus og psykiatri, og at forventninger fra brukere og pårørende generelt har økt. Tjenestene oppleves fortsatt og sannsynligvis i økende grad å være «på strekk».

Samhandlingsreformen har ført til en større oppmerksomhet på folkehelse, forebygging, tidlig innsats og aktiv omsorg. Dette kan sees i lys av en økt «investeringstankegang» i kommunene mot det som stimulerer til mestring, aktivitet og selvhjulpenhet. Det er bedre å forebygge sykdom og sosiale problemer enn å behandle, og det gir bedre effekt å sette inn tiltak straks problemet oppstår framfor å vente. Veksten i kommuner som det siste ti-året har startet opp med forebyggende hjemmebesøk til eldre (Førland mfl. 2015), og den sterke veksten av kommuner med hverdagsrehabilitering, kan sees i et slikt investeringsperspektiv. I tilknytning til dette er det et betimelig spørsmål om brukergrupper som ikke gir avkastning i form av økt mestring og selvhjulpenhet i praksis blir nedprioritert.

SAMHANDLINGSREFORM OG OPPGAVEGLIDNING

De fleste lederne i vår undersøkelse påpekte at helhetlig gjennomgang av de kommunale helse- og omsorgstjenestene var nødvendig for å gjennomføre lovpålagte oppgaver og følge offentlige styringsdokumenter. Med nye ansvarsområder og medfølgende oppgaver var det utfordringer særlig knyttet til Samhandlingsreformen. For å iverksette de nye oppgavene hadde noen kommuner opprettet en egen enhet i tjenestetkjeden (tildelingskontor, bestillerenhet e.l.) som hadde ansvar for å tildele tjenester etter standardiserte behovskriterier. Dette svarer til bestiller-utfører modellen der saksbehandlere vurderer og fatter vedtak på søknadene. Modellen har vært kritisert, og kan ifølge Vabø (2007) oppleves som en dragkamp mellom ulike interesser. Vedtakene var opprinnelig tenkt å forbedre og styrke en rettferdig fordeling av oppgavene gjennom konkretisering av hjelpetiltak som inngår, hvor ofte hjelpen ytes og hvor lenge vedtaket varer. Det kan derimot vise seg at de formelle vedtakene kan være lite tilpasset den enkelte med lite fleksibilitet ved endret hjelpebehov sett fra et pasientperspektiv (Moe mfl. 2013). Dette var imidlertid ikke

i samsvar med lederens oppfatninger, nemlig at endringer i brukerbehov ble godt fanget opp.

Utfordringer, særlig for små kommuner, kunne være krav om at de skulle yte de samme tjenestene som i store kommuner. Ofte måtte de kjøpe tjenester hos større kommuner til høye priser. En annen utfordring er betaling for ekstra liggedøgn i sykehus når pasienten anses utskrivningsklar (St. mel 47, 2008). I følge Kassah og Tingvoll (2014) som intervjuet rådmenn i en del kommuner, var Samhandlingsreformen av 2012 underfinansiert. Det var på langt nær samsvar mellom hjelpen som skulle ytes og tilgangen på ressurser. Videre fant de at prioriteringer som gjøres for å ivareta nye pålagte oppgaver førte til at andre viktige områder ble nedprioritert. Som følge av Samhandlingsreformen erfarte lederne i denne studien at behandling av akutt og kritisk syke ble prioritert på bekostning av forebygging og rehabilitering. Endrede oppgaver for kommunens helse- og omsorgstjenester førte til opp-prioritering av noen oppgaver og nedprioritering av andre, for eksempel praktisk bistand. Forskyving i oppgavefordelingen påvirker tilbudet til ulike grupper tjenestemottakere. Eldre over 67 år utgjør flertallet som mottar tjenester, mens det meste av ressursene går til de yngre (Romøren 2007; Brevik 2010; Mørk mfl. 2013). Gautun mfl. (2012) fant at når tidsnød gjorde det nødvendig å prioritere ble de eldre nedprioritert eller bortprioritert. Mindre ressurser til de eldre kan påvirke dekningsgraden av hjemmetjenester og institusjonsplasser (Gautun og Hermansen 2011).

Samhandlingsreformen har medført en dreining av fokus og prioriteringer. Fokus for tjenestene er flyttet fra boligreformen (Helsetilsynet 2003) til nye oppgaver og økt ansvar gjennom Samhandlingsreformen. Ledere som vi intervjuet gav uttrykk for at det er en pågående diskusjon knyttet til hvor stor del av tjenestetilbudet som skal ytes i sykehjem. Lederne opplevde det som et dilemma at administrasjonen ofte ønsket sterkere utbygging av hjemmebaserte tjenester, mens politikerne ville styrke sykehjemstjenestene.

Kartleggingen Helsetilsynet gjorde i 2003 (Helsetilsynet 2003) viste at de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten vurderte hjelpebehovet til beboere i sykehjem og omsorgsbolig som omfattende når det gjelder grunnleggende egenomsorgsbehov. Og videre påpekte Helsetilsynet i 2005 at det var grunn til å være bekymret for at tilbudet til brukergrupper med sammensatte og langvarige behov ikke skulle være nok forutsigbare, tilstrekkelige eller tilpasset den enkelte. Det kan være grunnlag for undring når ledere for tjenestene i vår

undersøkelse vurderer tilbudene som tilstrekkelige, samtidig som de påpeker økt press og store utfordringer som følge av Samhandlingsreformen, med flere syke pasienter med komplekse problemstillinger som overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

Lederne i vår undersøkelse var opptatt av å yte forsvarlig hjelp i samsvar med lover og retningslinjer gjennom å forholde seg til «Forsvarlighetsparagrafen» (Helsepersonelloven 1999). Samme lovparagraf pålegger også kommunene å yte omsorgsfull hjelp. Dette ble ikke trukket frem av informantene i denne studien. En studie har vist at sett fra et brukerperspektiv, de syke eldre, opplevdes hjemmesykepleien som travel og med lite rom til omsorg når oppgavene ble utført (Moe mfl. 2013). Et spørsmål er om det er rom for tjenesteutøvere til å yte omsorgsfull hjelp med de mange og komplekse oppgavene i dagens kommunehelsetjeneste. Fører oppgaveforskyving som følge av Samhandlingsreformen og andre lovpålagte oppgaver til at sykdomsfokus og behandling vinner frem på bekostning av pleieoppgaver, og forebyggende og helsefremmende tiltak. I tilfelle understrekes et sprik mellom myndighetenes forventninger og signaler, og kommunenes tilbud slik Kassah og Tingvoll (2014) også fant det i sin studie.

KAPASITET OG PRIORITERING

Lederne vi intervjuet vurderer tjenester som tilbys i sykehjem og omsorgsbolig som like gode på de fleste dimensjonene av omsorg som de ble bedt om å vurdere, selv om det er en svak tendens til at hjemmetjenesten vurderes noe dårligere. Det kan gjennom denne undersøkelsen, som kun inkluderer øverste leders vurderinger, se ut som at omsorgshierarkiet som ble avdekket i Helsetilsynsrapporten fra 2003 er noe utjevnet, da særlig mellom tilbudene i sykehjem og omsorgsbolig. Det har siden 2003 vært en jevn utbygging av omsorgsboliger, slik at dette tilbudet er mer utbredt og bebos av et bredere spekter av tjenestemottakere i dag enn i 2003. Det har også vært en økende tendens med utbygging av omsorgsbolig med heldøgns bemanning, som i enkelte kommuner helt eller delvis erstatter tilbud om sykehjem (Daatland 2014). Denne utviklingen gjør at tilbudene i omsorgsbolig og sykehjem, særlig for eldre, fremstår som mer lik, både når det gjelder innhold og kvalitet. Dette kan være en årsak til at lederne vurderer tilbudet i de to boformene som mer likt i 2013 enn i 2003. Når det gjelder aktivitet og sosial

kontakt vurderes omsorgsbolig som bedre enn sykehjem. Tingvoll og Romøren (2015) fant at akkurat å kunne legge til rette for en mer meningsfull hverdag, med innhold og aktivitet var en argumentasjon for å bygge omsorgsboliger. Vår undersøkelse ser ut til å bekrefte at omsorgsbolig blir sett på som et tilbud der disse aspektene av omsorg blir bedre ivaretatt.

Vår undersøkelse viser at hjemmetjenesten særlig vurderes som noe mindre tilstrekkelig når det gjelder tilbud om aktiviteter, sosial kontakt og hjelp til mat og måltider. Resultatene fra en undersøkelse som samlet data fra 2705 sykepleiere (Haukelien mfl. 2015) viser tilsvarende funn når det gjelder oppfølging av mat og ernæring og sosial kontakt. Imidlertid viser resultatene fra denne undersøkelsen en relativt stor forskjell knyttet til tilstrekkelighet med hensyn til legetilsyn og medisinsk behandling, der 59 % av sykepleierne i hjemmetjenesten vurderte tilbudet som tilstrekkelig mot 71 % av sykepleierne i institusjonstjenesten (Haukelien mfl. 2015). Deres undersøkelse viser også at sykepleiere med lederansvar systematisk vurderte tjenesten som bedre enn sykepleierne uten lederansvar. Dette er viktig å ha i tankene når vi vurderer og diskuterer funn fra vår intervjuundersøkelse som kun forholder seg til øverste leder. Det kan også være verdt å diskutere om det kan være en utfordring for tjenestene når ledere og ansatte har ulik oppfatning og syn på tjenestene som leveres. Det vil være viktig for en leder å kjenne de ulike utfordringene som oppleves blant de ansatte, både for å kunne gjøre gode prioriteringer og for å kunne støtte opp om et godt arbeidsmiljø. Studien til Pedersen og Tingvoll (2014) viste at det var en økende trend at sykepleiere sluttet i jobben på grunn av manglende kompetanse og mestringsfølelse. Hvis man skal forhindre dette kreves det at lederne har god forståelse for arbeidshverdagen til de han/hun er leder for. Det er ansatte i de utøvende tjenestene som blir stående i skvis mellom brukernes behov og forventninger på den ene siden, og kommunens tjenestetilbud på den andre.

Når det gjelder prioritering mellom ulike brukergrupper er det særlig brukere med psykisk utviklingshemming som skiller seg ut. I likhet med tidligere studier (Romøren 2012) viste også vår studie at dette er en gruppe som får tildelt mer tjenester enn andre grupper, gitt samme hjelpebehov. Romøren argumenterer for at dette kan skyldes at denne brukergruppen opptrer i et annet omsorgsregime enn andre brukergrupper, der det er andre fagpersoner (i all hovedsak vernepleiere istedenfor sykepleiere) som utgjør hovedvekten i tjenestene. Ulikhet i tilbudene kan da skyldes ulike fagtradisjoner, og ulikt

syn på behov for tjenester i de ulike profesjonsgruppene. Som Hamran og Moe (2012) fant i sin studie, var det viktig at tjenestene legges til rette for at unge brukere skulle oppleve et så naturlig liv, tilsvarende andre jevngamle, som mulig. Romøren (2012) viste at yngre brukere først og fremst får mer praktisk bistand enn andre brukergrupper i tjenestene. Dette stemmer godt overens med et høyt fokus på å leve et så naturlig liv som mulig. Brevik (2014) viste at det er en liten gruppe av yngre brukere som står for et stort forbruk i hjemmetjenesten. Om man korrelerer for disse brukerne synes forskjellen i tildeling til eldre og yngre brukere å jevne seg ut (Brevik 2014).

Når ledere skal kommentere utfordringer fremkommer økt tempo og mer avanserte medisinske oppgaver som viktige utfordringer. Det kan virke som om den medisinske behandlingen prioriteres høyt i tjenestene, og det kan være et spørsmål til diskusjon om det er fornuftig å prioritere medisinske oppgaver fremfor aktivitet og sosiale tiltak. En slik prioritering påvirker tjenestens innretning og det er verdt å stille spørsmål ved om spesialisthelsetjenestens tilnærming også er til det beste for kommunehelsetjenesten. Vi ser at tjenestene i Norge har hatt en litt annerledes utvikling enn omsorgstjenestene i for eksempel Danmark som i større grad ser ut til å boliggjøre og hjemliggjøre sin omsorg (Daatland og Otnes 2014).

Når det gjelder tilbud om tilpassede aktiviteter og sosiale tiltak ser det ut som at dette er et område hvor tjenestene fortsatt er «på strekk». I Helsetilsynets undersøkelse i 2003 var dette et problemområde som ble løftet fram, og både litteraturgjennomgangen (Slettebø 2008; Hamran og Moe 2012) og intervjuundersøkelsen vi gjennomførte tyder på at dette fortsatt er et nedprioritert område. Særlig gjelder dette eldre personer og personer med demens, men også på dette området kommer personer med rusproblemer dårlig ut. I St.meld. nr. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» er tilbud om aktiv omsorg vektlagt som en av de store utfordringene for omsorgstjenestene. Det er, generelt sett, ikke mangel på gode intensjoner i offentlige styringsdokumenter om å sette dette på dagsorden, og det mangler heller ikke kunnskap om viktigheten av å leve et aktivt og sosialt liv på tross av alder og funksjonssvikt (Slettebø 2008; Bergland mfl. 2011; Moe mfl. 2013). Likevel ser det ut til at dette fortsatt er et område som nedprioriteres når knappe ressurser skal fordeles i kommunene.

En kan også undre seg over at lederne ikke i større grad var opptatt av forebygging. Relativt få kommenterer dette som en viktig del av utfordringsbilde. En ser også av resultatene

at rehabilitering og trening ikke et høyt prioritert område i kommunene, dette til tross for «investeringstankegangen» presentert over.

KOMPETANSE

Nesten alle lederne som ble intervjuet i denne undersøkelsen beskrev at kommunen hadde kartlagt kompetanse- og rekrutteringsbehov for pleie- og omsorgstjenesten, og at det var utarbeidet en plan for hvordan de skulle jobbe videre med dette. Dette resultatet skiller seg noe fra tidligere undersøkelser. På bakgrunn av en gjennomgang av plandokumenter i en del norske kommuner fant Vetvik og Disch (2014) at konkrete planer for kompetanseutvikling ofte manglet, til tross for at majoriteten av kommunene beskrev at de hadde slike planer. Årsakene til et slikt manglende samsvar kan være mange. Det kan eksempelvis skyldes at kommunens ledere ønsker å framstå som positive og lojale i forhold til å følge opp statlige signaler om å utarbeide kompetanseplaner (jfr Kompetanseløftet 2015), uten at dette nødvendigvis er gjennomført i praksis. Når det gjelder kommunene i vår undersøkelse så kan det positive resultatet også skyldes tilfeldigheter knyttet til utvalget. Også i studien til Brenden m. fl. (2011) blant sykehjemsansatte fant de at kompetanseplan manglet i mange kommuner, men de påpekte samtidig at dette kunne skyldes at slike planer var lite kjent blant de ansatte. Man kan derfor tenke seg at resultatene i vår undersøkelse hadde sett annerledes ut om man hadde gjort tilsvarende intervju blant helsepersonell «på grasrota».

Lederne beskrev også en rekke tiltak som var igangsatt for å heve kompetansen blant de ansatte. Dette kunne dreie seg om alt fra internopplæring og kursing, til det å motivere og legge til rette for at ansatte kunne ta fagutdanning, høyskoleutdanning eller videreutdanning. En viktig intensjon med Kompetanseløftet 2015 har vært at det formelle utdanningsnivået i kommunale omsorgstjenester skal heves og at veiledning, internopplæring og videreutdanning skal styrkes. Selv om det er begrensede ressurser til rådighet i kommunene når det gjelder kompetansehevingstiltak så viser også Tjerbo mfl. (2012) til at utviklingen har vært positiv når det gjelder å prioritere dette. Samtidig rapporterer eksempelvis Haukelien mfl. (2015) at bare 35 % av sykepleierne i deres studie opplevde at arbeidsgiver oppmuntret og stimulerte til å ta master- og videreutdanning selv om et stort flertall opplevde et stort behov

for slik formell utdanning som en del av jobben sin. I stedet for en systematisk planlegging når det gjelder å øke utdanningsnivået så foregår kompetanseheving i stor grad i form av kurs og ad hoc-opplæring (Haukelien mfl. 2015). Dette synes bekymringsfullt. I tillegg til klare føringer som er gitt i Kompetanseløftet, har behovet for økt og variert kompetanse blitt markant de siste årene som en konsekvens av pasientgruppers sammensetning og komplekse behov. Dette er blitt særlig forsterket etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012.

Når det gjelder bemanning og kompetanse så vurderte lederne undersøkelsen at dette var relativt tilfredsstillende. En del av dem oppga at bemanningen – spesielt i hjemmesykepleien og i sykehjem – var litt utilstrekkelig, men samtidig oppga de fleste at kompetansen blant ansatte var tilstrekkelig eller god. Selv om målene for rekruttering av antall årsverk i Kompetanseløftet 2015 er oppnådd (Aamodt og Tjerbo 2012; Helsedirektoratet 2012), så viser flere nyere undersøkelser at det ofte er avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i kommunale pleie- og omsorgstjenester. I tillegg til at bemanningen i utgangspunktet er marginal, blir det eksempelvis i fraværperioder grunnet ferie eller sykdom ikke leid inn personell med tilsvarende kompetanse (Holmeide og Eimot 2010; Gautun og Hermansen 2011; Gautun og Bratt 2014). Spesielt på kvelds- og helgevakter blir fraværet ikke erstattet eller fagutdannet personell erstattes av ufaglærte. Marginal grunnbemanning kan lett føre til at personell med høyest kompetanse blir prioritert på dagtid og ukedager (Abelsen mfl. 2014). Konsekvensene kan lett bli at pasienter med komplekse sykdomstilstander, og som trenger døgkontinuerlig oppfølging og behandling, ikke får de tjenestene de har behov for og krav på. Også her kan det altså se ut som at det er et misforhold mellom ledernes oppfatning av situasjonen når det gjelder bemanning og kompetanse og det som erfares blant de som utøver tjenestene. Sykepleierne som deltok i studien til Haukelien mfl. (2015) uttrykte også at kommunene hele tiden er på etterskudd fordi økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har evnet å bygge opp nødvendig kompetanse. Dette, mener de, fører til økt sårbarhet og sviktende kvalitetssikring.

Samtidig som de fleste lederne i denne undersøkelsen vurderte kompetansen blant ansatte som tilstrekkelig eller god, oppga de fleste at det fortsatt er behov for å rekruttere helsepersonell med helsefaglig utdanning. Spesielt gjaldt dette sykepleiere og helsepersonell med videreutdanning. De typer

videreutdanning som de mente det var størst behov for gjen-speiler i store trekk de utfordringene som kommunene står overfor når det gjelder tjenestebehov. Som en følge av det økende antall eldre med kroniske, komplekse og sammensatte behov er det behov for økt kompetanse innen geriatri og eldreomsorg generelt, og innen demensomsorg spesielt (St. meld.nr. 25). Studier viser at det ofte er denne pasientgruppen som blir skadelidende når kommunene må prioritere knappe tjenesteressurser (Gautun mfl. 2012; Hamran og Moe 2012). Behovet for økt kompetanse innen psykiatri og rusomsorg er blitt vesentlig større som en konsekvens av at kommunene har fått overført et betydelig ansvar for å ha ulike tjenestetilbud til disse gruppene (Romøren 2007; Gautun og Hermansen 2011). Kommunene er ansvarlig for å ha et tilbud til pasienter med kreft som ønsker bli behandlet og å avslutte livet hjemme eller i sitt nærmiljø, og dette tydeliggjør behov for økt kompetanse på dette området. Kommunene har også de siste årene fått økt fokus på (hverdags)rehabilitering ved at hjemmeboende skal trenes opp til å mestre hverdagen sin og klare seg mest mulig selv i eget hjem (Tuntland og Ness, 2014).

Behovet for organisasjons- og ledelseskompentanse ble også nevnt av flere. Den økte arbeidsmengden, kompleksiteten i tjenestene og ikke minst krav om samhandling på tvers av etater, kommuner og tjenestenivåer stiller nye krav til denne type kompetanse (Meld. St. 47; Haukelien mfl. 2015).

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

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

AVSLUTNING

Alt i alt viser resultatene i vår undersøkelse at tjenestene vurderes som tilstrekkelige, både når det gjelder omfang og kvalitet. Dette betyr likevel ikke at det ikke er utfordringer i tjenestene, både knyttet til utvikling og utbygging av tilbud og kompetanse, noe som også framgår av litteraturgjennomgangen i dette forprosjektet. Det er tydelig at tjenestene står overfor tøffe prioriteringer i årene som kommer. Flere av lederne kommenterer at de opplever budsjetttrammen som trangere og trangere i forhold til tjenestene de forventes å skulle levere, noe som også støttes av undersøkelsen til Kassah og Tingvoll (2014). Med de demografiske endringene vi vet kommer, og det økte presset på tjenestene som forventes, blir ledere og politikere i kommunene i større og større grad utfordret til å prioritere. Basert på litteraturgjennomgangen og resultater fra intervjuene vi gjennomførte kan det virke som om det er viktig at en nå får en overordnet diskusjon i forhold til hva som er gode nok tjenester. Hva har vi råd til å levere? Hva skal være de offentlige tjenestenes ansvar og hva må andre aktører som familie og frivillige i større grad bidra med? Dette er vanskelige overveininger i en velutviklet velferdsstat, der innbyggerne har høye forventninger til tjenestene som staten skal levere.





REFERANSER

- Aamodt P.O., Tjerbo T. (2012). Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evaluering av kompetanseløftet 2015. NIFU
- Aarseth T., Bachmann K.E., Gjerde I., Skorve G.K. (2015) Mot sammahndlingskommunen? Nordiske Organisasjonsstudier 3 – 2015 s 109- 133.
- Abelsen B., Gaski M., Nødland S.I., Stephansen A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. IRIS rapport 2014/384
- Bergland, A., Kåresen, R.. & Thorsen, H. (2011). Effect of exercise on mobility, balance and health-related quality of life in osteoporotic women with a history of vertebral fracture: A randomized, controlled trial. *Osteoporosis International*, 22(6), 1863-1871.
- Borgan, J.-K. (2012) Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010, b. 2012/10. SSB. 'https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201210/rapp_201210.pdf.'
- Brenden T.K., Storheil A.J., Grov E.K., og Ytrehus S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem. Ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(7):61-75.
- Brevik I. (2010). De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling, status og yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR rapport 2010:2. Oslo: Norsk Institutt for by og regionforskning.
- Brevik, I. (2012) Kjennetegn ved yngre brukere av heimebaserte tjenester, b. Notat 2012:106. Norsk institutt for by- og regionforskning. '<http://www.nibr.no/filet/2012-106.pdf>.' <http://www.nibr.no/filet/2012-106.pdf>

www.nibr.no/filer/2012-106.pdf.

- Brevik, I. (2014). Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester. (pp. 245). Oslo: Brelanta Analyse
- Daatland S. O. red, (2015), Boliggjøring av eldreomsorgen?, NOVA rapport 16/14, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo
- Daatland S.O. og Otnes B. (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? Lokale variasjoner I S.O.Daatlans (red.), Boliggjøring av eldreomsorgen? NOVA rapport 16/14. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Dale B, Hvalvik S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*; 6: 379–389
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2015) Innbyggerundersøkelsen. [online] Direktoratet for forvaltning og IKT. URL: <http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/> (01.04.2015).
- Disch P.G og Lorenzen G. (2012) Aktiv omsorg : prioritering, kompetanse og kompetansebehov. Senter for omsorgsforskning rapportserie 6/12. www.omsorgsforskning.no
- Dykstra, P.A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Aging*, 6(2), 91-100.
- ECON (2009). Bemanning i kommunal pleie og omsorg. <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/258546/Bemanning%20i%20kommunal%20pleie%20og%20omsorg.pdf>
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt P & Aasland, O. G. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 15(126), 1913-6.
- Førland, O. og B. Folkestad (2016) Hvem er hjemmetjenestenes nye brukere? En studie om hva som kjenner tegner brukerne og ikke-brukerne av hjemmetjenester basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015. I: Senter for omsorgsforskning - Rapportserie. nr. 1/2016.

- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. og Folkestad, B. (2015): Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusionsprosesser og spredning. Tidsskrift for omsorgsforskning nr. 2/2015, s.119-130.
- Gautun H. (2012). Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Fafo-rapport 2012:05.
- Gautun H., Bratt C. (2014). Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA rapport 14/2014
- Gautun H., Grødem A.S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24: 73-80.
- Gautun H., Grødem A.S., Hermansen Å. (2012). Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom yngre og eldre brukere. Fafo rapport 2012
- Gautun H., Hermansen Å. (2011). Eldreomsorg under press. Fafo rapport. 2011: 12
- 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.
- Gjøa L. Eek A. , Kirkevol Ø. (2014). Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens. Aldring og Helse rapport, Tønsberg
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Iversen, T., & Øien, H. (2011). Utviklingen i kommunenes helseog omsorgstjenester 1986-2010. [Oslo]: [Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo].
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2015). Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger. Oslo University, Health Economics Research Programme
- Hamran T., Moe S. (2012). Yngre og Eldre brukere i hjemmetjenesten. Ulike behov eller forskjellsbehandling. Senter for omsorgsforskning Nord-Norge. Rapportserie 3-2012
- Haukelien H., Vike H., Vardheim I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Telemarksforskning. TF-rapport nr. 362.

- Helsedirektoratet (2012). Årsrapport 2012. Omsorgsplan 2015. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2003). Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf
- Helsetilsynet (2005). Pleie- og omsorgstjenester på strekk. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport7_2005.pdf
- Holmeide A.M, Eimot M. (2010). Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Analysecenteret
- Huseby B.M., Paulsen B. (2009). Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden? SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Hvalvik S., Dale B. (2013). Nurses' Experiences of Caring for Older Persons in Transition to Receive Homecare: Being Somewhere in between Competing Values. Nursing Research and Practice, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/181670KS>. (2015).
- Johannesen A., Tufte P.A., Christoffersen L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag
- Kassah B.L., Tønnesen S., Tingvoll W.-A. (2014). Samhandlingsreformen – utfordringer, løsninger og implikasjoner. I: Kassah B.L., Tingvoll W.-A., Kassah A.K. (red). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kjelvik, J. og A. Mundal (2013) Utgifter til eldres helse og omsorg. I: Ramm, J. (red.), Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå, s. 63-68.
- Kvinge T. 2015 Kompetanseløftet (2015) - Konsekvenser i kommunene? NIBR notat 2015:102. Norsk institutt for by- og regionsforskning. Oslo.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) (2011)
- Ludviksen K., Ravneberg B. (2012). Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene. Uni

- Rokkansenteret, Notat 3-2012.
- Meld. St. 29 (2012 -2013) Morgendagens omsorg. Helse- og Omsorgsdepartementet
- Meld. St. 47 S (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – på rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St.13 (2011 -2012) Utdanning for velferd. Kunnskapsdepartementet.
- Moe, A., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2012). “Daily Life for Chronically Ill Oldest Old Persons”. *Nursing Reports*, 2, 8.
- Mørk E., Sundby B., Otnes B., Wahlgren M., Gabrielsen B. (2013). Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB. Rapport 3/2013. aldringoghelse.no/?PageID=731&ItemID=2366, lest 01.11.15
- Mørk, E. (2013) Hjemme så lenge som mulig. I: Ramm, J. (red.), Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå, s. 63-68.
- Otnes B. (2014). Stier i omsorgslandskapet de siste leveårene. I S.O.Daatlans (red.), Boliggjøring av eldreomsorgen? NOVA rapport 16/14. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Otnes B., (2015), Utviklingene I pleie og omsorgstjenestene 1994 – 2013, Tidsskrift for omsorgsforskning 1/2015, 48-61.
- 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.
- Pedersen K.R., Tingvoll W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I: Kassah B.L., Tingvoll W.-A., Kassah A.K. (red). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ramm, J. (2013) Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester, b. Statistiske analyser 137. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

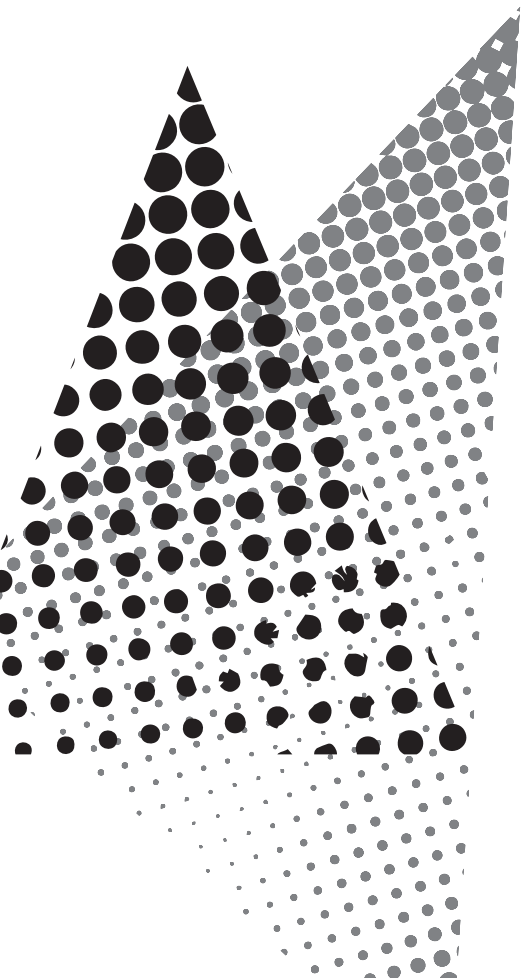
- RO. (2004). Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren, rapport til Helse- og omsorgsdepartementet
- Romøren, T. I. (2009). Yngre personer med nevrologiske sykdommer eller skader: hvem er de som mottar hjemmetjenester, og hva slags hjelp får de? [Gjøvik]: Høgskolen i Gjøvik.
- Romøren, T. I. (2012) Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? : en kvantitativ analyse, b. 2012 nr. 4. Høgskolen i Gjøvik.
- Segelman M. et al. (2015) Transitioning From Community-Based to Institutional Long-Term Care: Comparing 1915 (c) Waiver and PACE Enrollees. *The Gerontologist*: 1-9
- Skinner, M. S. (2015) Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (2).
- Slettebø Å (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*, 87 (28 No 1 pp 22-25.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter, mening. *Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og Omsorgsdepartement.
- St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Sundström, G. mfl.. (2011) Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. I: *Journal of Care Services management*, 5(1), s. 35-42.
- Sørbo J., Jacobsen K. (2012). *Bedriftsundersøkelsen 2012*. Arbeid og velferd. Nr 2/2012.
- Sørvoll J., Martens C., Daatland S.O. (2014). Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene. NOVA rapport 17/14.
- Texmon, I. (2013) Dagens og morgendagens eldre - en demografisk beskrivelse. I: Ramm, J. (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, s. 63-68.

- Tingvoll L. og Romøren T.I. (2015) Evaluering av Omsorgsplan 2015 Tjenestenes innhold og fordeling. Senter for omsorgsforskning rapportserie 5/15. www.omsorgsforskning.no
- Tjerbo T, Aamodt P.O., Stigen I.M. (2012). Bemanning i pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. NIBR-rapport 2012:3
- Tuntland H., Ness N.E. (2014). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vabø M. Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. (2009). *Journal of Health Organization and Management.* 23(3):346-359.
- Veenstra M., Havig A.K., Gautun H. (2015). Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging. NOVA rapport 4/2015. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Vetvik E., Disch P.G. (2009). Framtidas omsorgsbilde – slik dets er ut på tegnebrettet. Rapport nr 1/2009. Senter for omsorgsforskning rapportserie www.omsorgsforskning.no
- Vetvik E., Disch P.G. (2014). Kommunal omsorg – plan? Status 2011 – utfordringer mot 2025. 2. utgave. Rapport nr 6/2014. Senter for omsorgsforskning rapportserie. www.omsorgsforskning.no



Vedlegg

De kommunale omsorgstjenestene
10 år etter Helsetilsynsundersøkelsen.
Et forprosjekt.







INTERVJUGUIDE

Vi ønsker å intervju den som er øverste leder for kommunens helse- og omsorgstjenester (den som har ansvar for sykehjem og hjemmetjenester), på nivået under rådmann.

BAKGRUNN

I 2003 gjennomførte Helsetilsynet en undersøkelse for å se på brukere og tjenester i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Undersøkelsen avdekket blant annet at tjenestene var ulikt fordelt, slik at brukere som oppholdt seg i sykehjem i større grad en hjemmeboende brukere fikk tilstrekkelige tjenester.

I en oppfølgingsundersøkelse i 2005 ble det vist at kommunene fikk oppgaver og ansvar i større tempo enn de klarer å bygge ut tilbud, dette gjaldt både tjeneste tilbud og kompetanse.

Senter for omsorgsforskning har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å undersøke hvordan tilstanden er nå 10 år etter. For å kunne gi svar på dette ønsker vi blant annet å gjøre en intervjuundersøkelse blant et utvalg av ledere for kommunens helse- og omsorgstjenester.

Resultatene fra denne undersøkelsen vil danne grunnlag for utvikling av et forskningsprosjekt som vil gå mer i dybden på utvikling, muligheter og utfordringer i disse kommunale tjenestene.

Alle svar vil bli behandlet og presentert i anonymisert form og det vil ikke kunne spores tilbake hvilken kommune som er opphav til ulike svar.

BAKGRUNNSVARIABLER:

1. Hva er din stillingstittel?
2. Kan du kort beskrive dine viktigste ansvarsområder?
3. Hvor lenge har du jobbet i denne kommunen?
4. Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen?
5. Hva er din faglige bakgrunn/utdanning?

OM KOMMUNENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER:

6. Har dere i din kommune hatt en helhetlig gjennomgang for å avgrense og tydeliggjøre hva som skal dekkes av de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
7. Kan du kort beskrive denne prosessen og hva som ble resultatet?
8. Hvor godt eller dårlig mener du, som leder, at det følgende er i din kommune?

	Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening
Tilgangen på hjemmehjelp								
Tilgangen på hjemmesykepleie								
Tilgangen på sykehjems plasser								
Tilgangen på boliger tilpasset personer med spesielle behov (for eksempel omsorgsbolig og aldershjem)								
Tilgangen på øyeblikkelig hjelp døgnopphold								
Tilgangen på brukerstyrt personlig assistanse								

9. Hvor gode eller dårlige (med tanke på kvalitet) mener du de følgende tjenestene er i din kommune?

	Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening
Hjemmehjelp								
Hjemmesykepleie								
Sykehjem								
Omsorgsbolig								
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold								
Brukerstyrt personlig assistanse								

10. I hvilken grad vurderer du at tjenestemottakere som bor i eget opprinnelige hjem får tilstrekkelig omfang av følgende tjenester?

	Altfor lite -3	-2	-1	Til- strekkelig 0	+1	+2	Altfor mye +3	Ingen mening
Hjelp til pers. hygiene og stell								
Tilsyn om kvelden/natten								
Hjelp til mat og måltider								
Praktisk hjelp i huset o.a								
Aktivitetstiltak								
Sosiale tiltak								
Sykepleiefaglig tilsyn								
Legetilsyn								
Rehabilitering og trening								

11. Hvor god eller dårlig vurderer du at bemanningen i hjemmesykepleien er i din kommune (antall ansatte)?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

12. Hvor god eller dårlig vurderer du at kompetansen er i hjemmesykepleien i din kommune?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

13. I hvilken grad vurderer du at tjenestemottakere som bor i omsorgsbolig får tilstrekkelig omfang av følgende tjenester?

	Altfor lite -3	-2	-1	Til- strekkelig 0	+1	+2	Altfor mye +3	Ingen mening
Hjelp til pers. hygiene og stell								
Tilsyn om kvelden/natten								
Hjelp til mat og måltider								
Praktisk hjelp i huset o.a								
Aktivitetstiltak								
Sosiale tiltak								
Sykepleiefaglig tilsyn								
Legetilsyn								
Rehabilitering og trening								

14. Hvor god eller dårlig vurderer du at bemanningen er i omsorgsboliger i din kommune (antall ansatte)?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

15. Hvor god eller dårlig vurderer du at kompetansen er blant ansatte i omsorgsboligene i din kommune?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

16. I hvilken grad vurderer du at tjenestemottakere som bor i sykehjem får tilstrekkelig omfang av følgende tjenester?

	Altfor lite -3	-2	-1	Til- strekkelig 0	+1	+2	Altfor mye +3	Ingen mening
Hjelp til pers. hygiene og stell								
Tilsyn om kvelden/natten								
Hjelp til mat og måltider								
Praktisk hjelp i huset o.a								
Aktivitetstiltak								
Sosiale tiltak								
Sykepleiefaglig tilsyn								
Legetilsyn								
Rehabilitering og trening								

17. Hvor god eller dårlig vurderer du at bemanningen er i sykehjem i din kommune (antall ansatte)?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

18. Hvor god eller dårlig vurderer du at kompetansen er i sykehjemmene i din kommune?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

21. I hvilken grad vurderer du at tjenestemottakere med demens får tilstrekkelig omfang av følgende tjenester?

	Altfor lite -3	-2	-1	Til- strekkelig 0	+1	+2	Altfor mye +3	Ingen mening
Hjelp til personlig hygiene og stell								
Tilsyn på dagen								
Tilsyn om kvelden/natten								
Hjelp til mat og måltider								
Praktisk hjelp i hjemmet								
Aktivitetstiltak								
Sosiale tiltak								
Sykepleiefaglig tilsyn								
Legetilsyn								
Rehabilitering og trening								

22. I hvilken grad vurderer du at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming får tilstrekkelig omfang av følgende tjenester?

	Altfor lite -3	-2	-1	Til- strekkelig 0	+1	+2	Altfor mye +3	Ingen mening
Hjelp til personlig hygiene og stell								
Tilsyn på dagen								
Tilsyn om kvelden/natten								
Hjelp til mat og måltider								
Praktisk hjelp i hjemmet								
Aktivitetstiltak								
Sosiale tiltak								
Sykepleiefaglig tilsyn								
Legetilsyn								
Rehabilitering og trening								

27. I hvilken grad mener du brukermedvirkning er ivaretatt i din kommune?

Svært dårlig -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært god +3	Ingen mening

KOMPETANSE

28. Hvilke tiltak er gjort i din kommune for å følge opp krav til økt kompetanse blant de ansatte?

29. I hvor stor grad er det behov for å rekruttere følgende personellgrupper?

	Svært liten grad -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært høy grad +3	Ingen mening
Helsefagarbeiderel								
Sykepleiere								
Ergoterapeuter								
Leger								
Vernepleiere								
Helsepersonell med videreutdanning								
- Hvilke?								
- Hvilke?								
- Hvilke?								

LEDERTETTHET

30. Hvor mange formelle ledernivå har du under deg?

31. Hvordan vurderer du antall ledere i din avdeling, i forhold til behovet for ledelse?

Altfor få -3	-2	-1	Passelig 0	+1	+2	Altfor mange +3	Ingen mening

32. Hvordan vurderer du ledertettheten i din avdeling/etat i forhold til skoleetaten i din kommune?

Mye færre leder hos oss -3	-2	-1	Lik 0	+1	+2	Mye flere ledere hos oss +3	Ingen mening

ENDRINGER I TJENESTENE

33. I hvilken grad mener du at tjenestene har endret seg de siste 10 årene?

Svært lite -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært mye +3	Ingen mening

34. Hva er de største endringene?

35. Er det endringer som gir særlige utfordringer i din kommune?

36. Er det noe du vil utdype eller noe vi ikke har spurt om som du mener det er viktig å si noe om?

I 2005 slo Helsetilsynet fast at kommunale helse – og omsorgstjenester opplevdes å være «på strekk», ved at kommunene fikk tilført nye brukergrupper og nye oppgaver i et større tempo enn de klarte å bygge ut tjenester og kompetanse. Denne rapporten ser på utviklingstrekk i tjenestene fra 2003 til 2015 og viser at det har vært en betydelig utvikling i tjenestene både når det gjelder omfang og innhold. Det har dessuten vært en utvikling med økt spesialisering av tjenester for ulike brukergrupper både i institusjonsbaserte tjenester og i hjemmetjenesten.

Resultatene viser også at samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning på tjenestenes utvikling fra den trådte i kraft i 2012. Kommunene har fått nye oppgaver og pasienter med mer komplekse og sammensatte omsorgsbehov. Dette stiller store krav til utbygging av tjenestene, men også til rekruttering av personell som har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse. Intervjuene med øverste leder i tjenesten viser at de i hovedsak bedømmer tjenestene som tilstrekkelig, både når det gjelder tilgang og kvalitet, men at det er utfordringer særlig knyttet til behov for aktivitet og sosiale tiltak. Det var en klar oppfatning blant kommunale ledere om at det har foregått store endringer i de siste 10 årene, i hovedsak knyttet til nye og komplekse oppgaver med tilsvarende behov for økt kompetanse. De opplever også at det stadig er tøffere økonomiske prioriteringer og at befolkningens forventninger til tjenestene har økt. Alt i alt viser rapporten at tjenestene har hatt en omfattende utvikling. Økte brukerforventninger og nye oppgaver, med påfølgende behov for økt kompetanse og stadig mer spesialiserte tilbud, gjør at tjenestene fremdeles synes å være «på strekk».