



Fylkesmannen i Trøndelag  
Trööndelagen fylhkenålma

## Rapport

### Oppsummering av Fylkesmannens dialogmøter i Trøndelag høsten 2018:

### "Dagens og morgendagens eldreomsorg"

*Rapport fra RO – januar 2019*



---

**RO**

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal  
Sentralbord: 74 83 97 99

[www.ro.no](http://www.ro.no)

# Innhold

<b>0. SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. FAGLIG OG TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	<b>4</b>
2.1 HOVEDFOKUSOMRÅDER FOR DIALOGMØTENE.....	4
2.1.1 <i>Eldre og rus</i> .....	4
2.1.2 <i>Vold i nære relasjoner</i> .....	5
2.1.3 <i>Tvang og makt</i> .....	6
2.2 "LEVE HELE LIVET".....	7
2.2.1 <i>Et aldersvennlig samfunn</i> .....	8
2.2.2 <i>Aktivitet og fellesskap</i> .....	8
2.2.3 <i>Mat og måltider</i> .....	8
2.2.4 <i>Helsehjelp</i> .....	8
2.2.5 <i>Sammenheng i tjenestene</i> .....	8
2.3 KOMPETANSE OG REKRUTTERING.....	9
2.4 NASJONALE FØRINGER.....	10
2.5 FYLKESMANNENS ROLLE OG OPPGAVE.....	10
2.6 UTVIKLINGSENTRENESES ROLLE OG OPPGAVE.....	10
<b>3. METODE</b> .....	<b>11</b>
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>12</b>
4.1 HOVEDFOKUSOMRÅDER.....	12
4.1.1 <i>Eldre og rus</i> .....	13
4.1.2 <i>Vold i nære relasjoner</i> .....	14
4.1.3 <i>Tvang og makt</i> .....	15
4.2 LEVE HELE LIVET.....	15
4.2.1 <i>Et aldersvennlig samfunn</i> .....	15
4.2.2 <i>Aktivitet og fellesskap</i> .....	16
4.2.3 <i>Mat og måltider</i> .....	17
4.2.4 <i>Helsehjelp</i> .....	18
4.2.5 <i>Sammenheng i tjenestene</i> .....	18
<b>5. KOMPETANSE OG REKRUTTERING</b> .....	<b>20</b>
<b>6. FYLKESMANNENS ROLLE OG DIALOGMØTENE SOM ARENA</b> .....	<b>22</b>
<b>7. DRØFTING</b> .....	<b>23</b>
Vedlegg.....	29

## 0. Sammendrag

Denne rapporten er en oppsummering av referatene fra 11 dialogmøter Fylkesmannen i Trøndelag hadde med Trøndelagskommunene høsten 2018. Tema var dagens og morgendagens eldreomsorg. Rapporten gjør rede for det faglige og teoretiske grunnlaget, før resultatene presenteres og til slutt drøftes. Det er først og fremst Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt som vies spesiell oppmerksomhet. Der nest ligger Stortingsmeldingen "Leve hele livet" også til grunn. Behovet for kompetanse har vært et gjennomgående tema i alle dialogmøtene, det gis derfor plass i rapporten. Rapporten skal svare på om det er divergens mellom de nasjonale føringer og det kommunene er opptatt av. Om Fylkesmannen er treffsikker i sine virkemidler og en relevant aktør for kommunene. Til slutt og ikke minst skal rapporten fange opp og sammenstille det kommunene er opptatt av, hva de jobber med, hva de utfordres på og hva de trenger bistand til.

Det er i størst grad behovet for kompetanse som preger referater og tilbakemeldinger fra kommunene. Samtidig er tilbudet om kompetanseheving i form av deltidsutdanninger blitt mindre enn tidligere og ikke nødvendigvis tilrettelagt for at kommunene skal kunne utdanne og samtidig beholde kompetansen. Verken gjennom praksisordninger eller desentraliserte deltidstilbud. Behovet for kompetanse er stort, samtidig som utdanningstilbudet ikke står i forhold til behovet. Med tanke på det utfordringsbildet kommunene står overfor demografisk med flere eldre og færre yrkesaktive og omsorgsgivere, og stadig flere lovpålagte krav og oppgaver, er dette et tankekors.

Av de tre hovedfokusområdene ser det ut til at Tvang og makt er det kommunene jobber best med. For Eldre og rus og Vold i nære relasjoner lykkes antagelig ikke kommunene i tilstrekkelig grad med forebygging og tidlig innsats. Rapporten ser på "Leve hele livet" sine 5 innsatsområder og det er særlig innen aktivitet, helsehjelp og mat og måltider at kommunene ser ut til å ha mange og gode tiltak. Det er stort fokus på demens, forebyggende besøk og frivillighet. Dog ser det ut til at kommunene "famler" litt i hvordan frivilligheten best kan brukes og koordineres. På innsatsområdene aldersvennlig samfunn og sammenhengende pasientforløp, ser det ut til at kommunene har en litt lengre vei å gå.

Fylkesmannen har en viktig funksjon og er en sentral samarbeidspartner for kommunene. Særlig tilbud for å bygge fagkompetanse og drive veiledning, samt tilskuddsordninger er viktig for kommunene. Dialogmøtene som møteform og møtearena er generelt godt mottatt og ønskes også i fremtiden.

## 1. Innledning

Fylkesmannen inviterte høsten 2018 alle kommunene i Trøndelag til dialogmøter om dagens og fremtidens eldreomsorg. Bakgrunnen var de utfordringene kommunene står overfor innenfor omsorg, habilitering og rehabilitering, folkehelse, rus og psykisk helse. Flere stortingsmeldinger beskriver en utvikling der kravene til kommunal helse og omsorg stadig økes. Samhandlingsreformen har også gitt større utfordringer til kommunene med flere oppgaver og pasienter med større pleietyngde.<sup>1</sup> Andelen eldre med hjelpebehov øker i årene fremover. Nye måter å jobbe på i kommunal helse- og omsorgssektor blir nødvendig.

---

<sup>1</sup> Status for samhandlingsreformen. Rapport fra H-dir 2015.

Et viktig mål med dialogmøtene har vært å få tilbakemeldinger fra kommunene, som igjen skal danne grunnlaget for Fylkesmannens rådgivningsoppdrag overfor kommunene innen eldreomsorg. Derfor er RO (Ressursenter for omstilling i kommunene) gitt i oppdrag å lage en rapport som samler alle tilbakemeldingene fra kommunene. I rapporten vil det legges vekt på å vurdere kommunens egen vurdering opp mot statlige føringer, fordi man er opptatt av å se om det er divergens mellom nasjonal politikk og det kommunen er opptatt av. Det har også vært viktig for Fylkesmannen å få tilbakemeldinger på sin rolle overfor kommunene. I hvilken grad de er en relevant aktør, gjør de riktige tiltakene og har treffsikre virkemidler. Og til slutt å få en tilbakemelding fra kommune på om dialogmøtene er nyttig for kommunene.

Rapporten fra RO har også en viktig funksjon for erfaringsdeling. De fleste kommuner er gode på mange områder, men få lykkes på alle områder. I rapporten vil vi trekke frem de gode eksemplene. Kommuner som lykkes på enkeltområder, kan gi gode råd og være til inspirasjon for andre.

Fylkesmannen har et ønske og en forventning om at rapporten løfter frem og diskuterer temaene; Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt, samt Meld. St. nr. 15 "Leve hele livet" og andre nasjonale føringer.

## 2. Faglig og teoretisk grunnlag

### 2.1 Hovedfokusområder for dialogmøtene

Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt, er tema som kan oppleves som vanskelige og tabubelagte. Dette er en del av årsaken til at Fylkesmannen retter søkelyset på dem i dialogmøtene. I den første delen av rapporten gis en kort introduksjon til temaene som et faglig og teoretisk grunnlag. I

presentasjonen av kommunenes referater ser vi på hvordan de vektlegger og beskriver sitt forhold til fokusområdene og hvordan de jobber med dem. Også andre tema som kommunene diskuterte belyses i rapporten. Kvalitetsreformen for eldre "Leve hele livet" er for tiden et aktuelt dokument. Arbeidet med reformen starter for alvor i 2019 og skal evalueres i 2023. Meldingen ble kort presentert på dialogmøtene og er et viktig retningsgivende dokument fra myndighetene.

#### 2.1.1 Eldre og rus

Eldre utgjør en større stadig del av befolkningen. De er oppvokst med et annet forhold til alkohol enn tidligere generasjoner. Det er flere eldre som drikker og de drikker også oftere enn før. Særlig øker konsumet av vin.

Utviklingstrekkene er at alkoholkonsumet i befolkningen øker blant eldre. *"Den registrerte alkoholomsetningen har økt med 33 pst. mellom 1993 og 2014. Det er ikke de unge, men de eldre som står for denne økningen i forbruket. ....Andelen i befolkningen over 65 år vil øke de neste tiårene. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen."*<sup>2</sup>. (s.10)

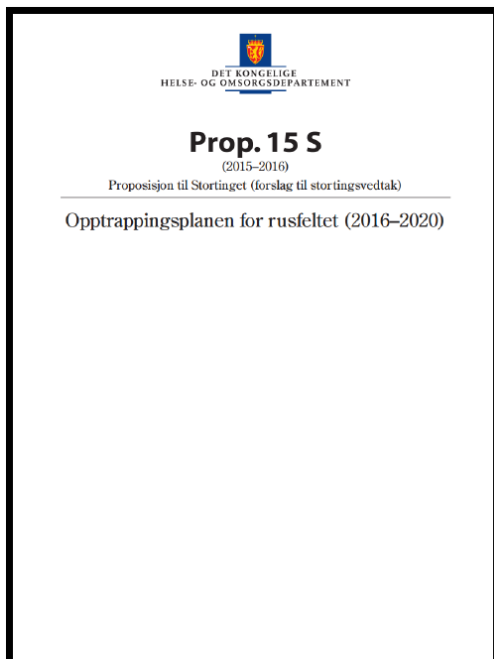
Årsakene til denne trenden er det ikke åpenbare forklaringer på. Forskning på resultatene fra NorLAG-studien<sup>3</sup> leter etter forklaringer, men finner ofte ikke åpenbare sammenhenger. For eksempel øker ikke alkoholkonsumet i de første 5 årene etter at barna har flyttet ut av hjemmet. Overgangen fra et yrkesaktivt liv til en pensjonisttilværelse, ser heller ikke ut til å påvirke alkoholkonsumet. Verken samvær med venner eller ensomhet kan sees i sammenheng med økt alkoholkonsum hos eldre. Det er derimot en tendens til at søvnproblemer og bruk av beroligende midler henger sammen med høyere alkoholkonsum.

<sup>2</sup> Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020. Prop. 15 S (2015-2016)

<sup>3</sup> Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004. Horverak. Ø., Bye, E.K., Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.

Artikkelen om eldre alkoholkonsum<sup>4</sup> oppsummerer slik: "*Eldre som drikker mye er ikke mer sammen med venner, men de er heller ikke mer ensomme enn de som drikker lite, slik tilfellet er i yngre aldersgrupper. Det er heller ingen negativ sammenheng mellom høyt alkoholkonsum og tilfredshet med livet i eldre år, slik det er i yngre år. Derimot finner vi at eldre med høyt konsum i noe større grad har søvnproblemer og bruker noe mer sovemedisin og andre beroligende midler*" (s.13)

Myndighetenes bekymring knytter seg ikke bare til økt alkoholkonsum alene. Kombinasjonen med bruk av legemidler, som ofte også øker med økende alder, kan gi negative effekter. Kombinasjonen av legemidler og alkohol kan gi kroppen flere uønskede virkninger. Det kan blant annet dreie seg om rusforsterkning eller sviktende virkning av legemidlene. Det påvirker både helsen generelt og kan gi økt risiko for ulykker.



Bilde: Forside Prop. 15 S

<sup>4</sup> Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien? Slagsvold, B. og Løset, GK. NOVA 2014.

<sup>5</sup> Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

Alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer beskrives som en bekymring i Opptrappingsplanen for rusfeltet<sup>5</sup>. Dette er et økende problem som vil utsette helsevesenet for større press og mer utfordrende oppgaver i fremtiden. I tillegg vet vi allerede at helse- og omsorgstjenestene i fremtiden vil utfordres av at antallet eldre øker, antallet med demens/kognitiv svikt øker og at behovet for riktig type kompetanse og mengde vil øke. Det tegner et relativt utfordrende fremtidsbilde. Derfor er tidlig innsats og forebygging svært viktige tiltak.

Det er ofte vanskelig å for helsepersonell å ta opp alkoholforbruket med pasientene og brukerne. Derfor er kompetanse, kommunikasjon og kartlegging viktig. Særlig er det hjemmetjenesten som får ansvar for og møter utfordringene med for høyt alkoholforbruk i sine møter med brukerne av kommunale tjenester. Temaet er ofte tabubelagt og det er knyttet etiske barrierer og usikkerhet til hvordan og om man kan ta det opp, og i hvilken grad intervensjoner vil hjelpe. For tidlig å kunne identifisere bekymringsfull bruk av alkohol og legemidler, må helsepersonellet ha kompetanse og oppmerksomhet på problemstillingen, ha egnede kartleggingsverktøy og gode intervensjonsmetoder.<sup>6</sup>

### 2.1.2 Vold i nære relasjoner

Vold i nære relasjoner defineres som ulike former for vold og overgrep mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer. I begrepet inngår også negativ sosial kontroll. *Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil (Isdal).*<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Frydenlund, R. Kompetansesenter- rus, Oslo Kommune. 2011.

<sup>7</sup> Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner– Hva er vold i nære relasjoner. NKVTS 2018

Ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester har et selvstendig faglig, juridisk og etisk ansvar for å forhindre at pasienter utsettes for vold. Dette er et tabubelagt og sensitivt tema som svært mange i helse- og omsorgstjenestene synes det er vanskelig å oppdage. Det knytter seg ofte usikkerhet til hva som skal gjøres for å identifisere og følge opp personer som utsettes for vold. I regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner er målet at alle hjem skal være en arena for trygghet og omsorg - uten vold. Her vektlegges tidlig og forebyggende innsats.



Bilde: Vold i nære relasjoner. Kilde: Regjeringen.no

Studier viser at også på sykehjem kan beboere utsettes for forsømmelser og overgrep. Dette kan være personer som, på grunn av sin livssituasjon, mottar offentlige eller private tjenester, og som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. De mest utsatte gruppene er pleietrengende beboere med demens/kognitiv svikt, psykiske lidelser eller fysiske svakheter. Wenche Malmedal viser i artikkelen "Omsorg på vranga"<sup>8</sup> til studier på dette området. De ulike formene for vold, overgrep og forsømmelser kan være fysisk og psykisk vold, økonomisk og seksuell vold, men også mangel på grunnleggende omsorg som mat og drikke, påkledning og sosial kontakt inngår i forståelsen av begrepet. Vold, overgrep og omsorgssvikt utøvd av ansatte, andre beboere eller pårørende, er et område som har vært viet relativt liten oppmerksomhet. Malmedal, har skrevet doktorgrad om temaet og hennes studier viser en sterk sammenheng mellom vold (særlig

fysisk) og situasjoner hvor de ansatte opplever aggresjon fra brukerne. Det er ikke noe entydig svar på hva som kan motvirke hendelser av denne typen, men både økt kompetanse, god kommunikasjon og rom for etisk refleksjon er viktig for å identifisere og forebygge overgrep. Det er også viktig med gode varslingsrutiner som de ansatte må være kjent med. Kommunens ansvar er tydeliggjort gjennom Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) §3-3a: «Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep». Det er derfor viktige og riktige grep som gjøres når det settes fokus på problematikken og jobbes både med kompetansehevinge og andre tiltak som kan forebygge og avdekke vold og overgrep mot eldre i institusjon. Denne problemstillingen dekkes blant annet av Meld. St. 45 (2012-2013) "Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming"

### 2.1.3 Tvang og makt

Med tvang og makt menes tiltak som tjenestemottaker motsetter seg og som er så inngripende at det må regnes som bruk av tvang og makt. Ansatte i helsetjenestene kan ofte se seg nødt til å bruke tvang overfor eldre både for å beskytte pasienten, seg selv og andre. Kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven er en av flere lover som regulerer bruk av tvang. Denne er spesielt rettet mot eldre og mot somatikk. Formålet med bestemmelsen er å kunne yte helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Det er en rekke vilkår som skal være til stede før tvang utøves, blant annet må pasienten mangle samtykkekompetanse (evnen til å ta en meningsfull beslutning), tillitsskapende tiltak må være prøvd først, helsehjelpen må være nødvendig og det må fattes vedtak før tvang kan gjennomføres. Eksempler på

<sup>8</sup> Omsorg på vranga, Malmedal, Wenche. Tidsskrift for omsorgsforskning, 03/2018 (Vol. 4)

situasjoner der tvang og makt brukes, er motstand mot medisiner, motstand mot stell og pleie og tilbakeholdelse (bare i institusjon). Det er viktig at tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen. Fylkesmannen har en viktig rolle ved å kunne overprøve vedtak og være klageinstans, føre tilsyn og gi veiledning og opplæring.

Bruk av tvang etter lovverket er utfordrende. Problemstillingene står i spenningsfeltet mellom fag, jus og etikk. Helsepersonell står overfor mange vanskelige situasjoner hvor det "fornuftige og rasjonelle" må veies opp mot lovverket og hvor det å "lirke og lure" for å gi medisiner og pleie når pasientene yter motstand, gir samvittighetskvaler. Ifølge Fylkesmannen er det grunn til å anta at det er store mørketall for utøvelse av tvang og makt. Et landsomfattende tilsyn<sup>9</sup> om bruk av tvungen helsehjelp i 2011 og 2012 viste utstrakt bruk av tvang i strid med lovverket. Over 80% av kommunene fikk avvik som følge av manglende oppfyllelse av lovkrav. Årsakene til dette er sammensatte, manglende kunnskap om innarbeiding i praksis og behov for systematisk opplæring trekkes frem etter tilsynet. Bruk av tvang krever at helsepersonell tolker og forstår begreper i lovverket som "helsehjelp", "nødvendig helsehjelp" og når "unntakelse av helsehjelp kan føre til alvorlig skade". Det krever både faglige og etiske vurderinger. Det krever byråkratiske forordninger med beslutninger om samtykkekompetanse og vedtak om tvangstiltak og som er tidkrevende. Dette er en del av forklaringen som gis når ansatte blir spurt om årsakene til at tvang ikke er gjennomført på vedtak. Dette viser en kvalitativ undersøkelse gjort i 2013 blant 65 ansatte i sykehjem.<sup>10</sup> Derfor er kompetansen i helsetjenesten svært viktig. Helsepersonell har behov for kompetanse om selve lovbestemmelsen, forståelsen av begrepene, rutiner for vurdering av samtykke og vedtak om tvang og hvem som gjør disse. Det er også

behov for jevnlig diskusjoner og refleksjoner i fagmiljøene om omkring etiske vurderinger. Det er en forutsetning at temaet Tvang og makt settes på dagorden, for at anvendelsen av lovverket skal være korrekt og at unødvendig bruk av tvang og makt skal unngås.

## 2.2 "Leve hele livet"

Kvalitetsreformen for eldre "Leve hele livet"<sup>11</sup> presenteres som en annerledes reform i den forstand at den ikke har blitt til i "byråkratiets korridorer", men gjennom 5 dialogmøter ulike steder i landet. På dialogmøtene ble det gitt innspill til løsninger og gode eksempler. Dialogmøtene samlet eldre og pårørende, ansatte, ledere, frivillige, fagfolk og forskere. Til sammen deltok over 400 personer. Alle innspill og forslag ble oppsummert og sammenstilt med nyere forskning og kunnskap. "Leve hele livet" består av 5 innsatsområder:

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene

Hvert av innsatsområdene har et overordnet mål og presenteres med 5 utfordringer og 5 forslag til løsninger. En sammenstilling av disse er lagt med som et vedlegg til rapporten.

Vi vil kort beskrive de fem innsatsområdene for å legge et grunnlag for å forstå og sette informasjonen i referatene i sammenheng med kvalitetsreformen.

<sup>9</sup> Tvil om tvang. Rapport fra Helsetilsynet 5/2013

<sup>10</sup> Tidsskriftet.no. Den norske legeforening. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E., Førde, R. Utg. 18/2013.

<sup>11</sup> Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. Kvalitetsreform for eldre



Foto: forsiden av Stortingsmelding nr 15 "Leve hele livet". Kilde: regjeringen.no

### **2.2.1 Et aldersvennlig samfunn**

Et aldersvennlig samfunn er et felles ansvar. Det innebærer partnerskap og samarbeid mellom organisasjoner, institusjoner og næringsliv. Det innebærer å involvere de eldre i planlegging av utforming av nærmiljø og lokalsamfunn. Det handler om å se, legge til rette for og bruke seniorressursen. Formelt og uformelt frivillig arbeid er et stort bidrag til samfunnet. Eldre skal også planlegge egen alderdom i forhold til egnet bolig, sosialt nettverk og å opprettholde et best mulig funksjonsnivå. Dette kan utfordre dagens holdninger og forventninger i befolkningen og skaper ambivalens. Vi vil leve lenge, men ikke bli gamle. For at flest mulig skal ha et aktivt forhold til hvordan alderdommen skal møtes, krever det informasjon og påvirkning over tid. Kommunene bør ha en bevissthet om og strategi for dette.

### **2.2.2 Aktivitet og fellesskap**

Aktivitet og fellesskap innebærer gode opplevelser sammen med venner og familie og å være en del av et sosialt nettverk. Tilbud om aktiviteter – fysiske og sosiale, i regi av frivillige eller kommunen er viktige tiltak. Aktiviteter som legger opp til både religionsutøvelse, møte mellom generasjoner og som man har interesse for og glede av og gir gode øyeblikk. Kommunene kan for eksempel opprette en funksjon som samfunnskontakt som kan være et bindeledd og koordinator mot ulike aktører og aktiviteter i samfunnet. En slik funksjon kan styrke samarbeid på tvers av offentlige og private organisasjoner, frivillige og lokalsamfunnet.

### **2.2.3 Mat og måltider**

Mat og måltider er en del av vårt dagligliv, vår kultur og vårt sosiale liv. Å sette søkelyset på gode måltidsopplevelser er viktig. Både hva som serveres og rammene det serveres i, bidrar til gode opplevelser. Det er også et uttalt mål å redusere underernæring. God ernæring er et godt pasientsikkerhetstiltak. For kommunene må kjøkkenet og den matfaglige kompetansen blir en større del av helse- og omsorgstjenesten. De ansatte i helse- og omsorgstjenesten må se på mat og måltider som en viktig del av behandling og pleie. Kommunene bør jobbe systematisk med ernæringsarbeid.

### **2.2.4 Helsehjelp**

Eldre skal føle seg verdsatt, respektert og involvert. Gode helse- og omsorgstjenester ivaretar den enkeltes behov og spørsmålet "hva er viktig for deg", skaper et utgangspunkt for å la eldre være sjef i eget liv. Hverdagsmestring innebærer å legge til rette for å kunne klare seg selv i størst mulig grad. Helse- og omsorgstjenestene tilrettelegger gjennom å tilby hjelpemidler, opptrening og løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet og selvstendighet. Helsepersonellet må heller tenke "hva kan jeg gjøre sammen med deg" enn "hva kan jeg gjøre for deg". Det innebærer at kommunen har proaktive tjenester, driver aktivt med forebyggende arbeid og kartlegging. Tilbud om fysisk trening og miljøtiltak kan bidra til økt mestring og velvære.

### **2.2.5 Sammenheng i tjenestene**

Gode og sammenhengende tjenester gir trygghet og forutsigbarhet. Overgangene mellom hjem, sykehus og sykehjem krever både god planlegging og god kommunikasjon. En personsentrert tilnærming innebærer at det er den enkeltes behov som danner utgangspunktet for planene som legges sammen med brukeren og pårørende. Pårørende trenger god støtte og avlastning, både avlastningstilbud, dialog og pårørendeskoler kan bidra. Kommunene bør organisere tjenestene slik at både beboere i sykehjem og brukere i hjemmetjenesten får faste primærkontakter. Det gir økt trygghet og



avklarte ansvarsforhold. Både organiseringen og samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenester og alternativ turnusordning med bruk av langvakter, kan bidra til økt kontinuitet.

Oppsummert er "Leve hele livet" en kvalitetsreform som skal gi de eldre mulighet til å velge. Den setter brukernes behov i sentrum. Kommunene skal bli bedre på å koordinere og tilrettelegge. Reformen stiller ikke bare forventninger til pleie- og omsorgstjenesten, men til hele samfunnet og de eldre selv.

## 2.3 Kompetanse og rekruttering

*"Innbyggerne i kommunene skal kunne møte en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste med kompetent og nok helse- og sosialfaglig personell som kan håndtere sammensatte behov hos brukerne. Fagpersoner må derfor kunne levere kunnskapsbaserte tjenester i samarbeid med brukere og pårørende, og kompetente ledere må ha innovasjon, fag- og tjenesteutvikling integrert i sitt daglige arbeid."<sup>12</sup> (s 5) Dette skrives i*

Kompetanseløftet 2020 – oppgaver og budsjett for 2017. Årsrapporten 2016 for Kompetanseløftet 2020<sup>13</sup> viser at det skjer et løft i kompetansehevingen i kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor mange fagområder, også ledelse. Kompetansenivået er stigende og nye utdanninger og opplæringsprogrammer tas i bruk. Men fortsatt er det en lang vei å gå. En fjerdedel av de ansatte i brukerrettede omsorgstjenester er fortsatt ufaglærte. Den første delrapporten i følgeevalueringen<sup>14</sup> av regjeringens satsing Kompetanseløft 2020 er gjennomført av de tre forskningsinstituttene Sintef as, NIBR og NIFU. Evalueringen viser at etter- og videreutdanning, kurs og deltagelse i læringsnettverk brukes som et virkemiddel for

å beholde personell. Etter- og videreutdanning ser også ut til å være det aller viktigste trekkplasteret for å rekruttere personell, foran lønn.

Arbeidskraft og kompetanse til helse- og omsorg er en knapp ressurs og det er konkurranse om den. Behovet for kompetanse øker, samtidig som en rekke kommuner har en negativ befolkningsutvikling. Tilbudet om utdanning som kan kombineres med jobb og familieliv er derfor viktig for å rekruttere og beholde kompetanse i kommunene. Med økt spesialisering og økt kompleksitet står kommunene overfor store utfordringer i årene som kommer for å opprettholde et tilbud som både er tilstrekkelig i omfang og kvalitet og som oppfyller alle lovmessige krav.



Bilde: Kompetanseløft 2020 – et av flere hovedprosjekter i regjeringens satsing på omsorgsfeltet. Kilde: Fylkesmannen.no

Tilbudet om deltidsstudier både for bachelorutdanning innen helse- og omsorg, etter- og videreutdanning og enkeltkurs er begrenset i Trøndelag. Kommunene i Orkland-regionen har i dag et pågående deltidsstudium i sykepleier i regi av NTNU. Heltids desentralisert sykepleierutdanning tilbys i Hemne, Hitra, Meldal og Selbu i 2018. Det er

<sup>12</sup> Kompetanseløftet 2020, Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Rapport H-Dir

<sup>13</sup> Kompetanse og personell i Helse- og omsorgstjenesten, Status 2015 for Kompetanseløftet 2020. Rapport H-dir

<sup>14</sup> Evaluering av kompetanseløft 2020. Første delrapport 2018. Sintef, NIBR, NIFU. Rapport 2018

ikke opptak til desentralisert sykepleieutdanning i 2019 i regi av NTNU. NTNU har deltidsutdanning i avansert klinisk sykepleie og emnekurs, for eksempel i smerte/palliasjon med studiested Trondheim. NORD Universitet har et svært lite tilbud i Trøndelag ut over heltids sykepleierutdanning i Levanger og Namsos og deltids vernepleierutdanning i Namsos. Gjennom Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg gis en videreutdanning i kunst og kultur i Helse og omsorg og opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling. Senter for omsorgsforskning Midt, er dessuten en bidragsyter til kunnskapsutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenesten.

I de videregående skolene i Trøndelag er det tilbud om 1. års Helse- og oppvekstfag ved 26 offentlige skoler i 2018/19. 4 av disse skolene har ikke tilbud om 2. år Helsearbeiderfag.<sup>15</sup> Valg av skole er dermed viktig og for noen vil bytte av skole være nødvendig for å gå et 2-årig løp for å fullføre en utdanning som helsefagarbeider.

## 2.4 Nasjonale føringer

Nasjonale meldinger, utredninger, strategier, reformer, lover og evalueringer ligger til grunn for kommunenes prioriteringer, satsinger og valg av retning i helse- og omsorgssektoren.

Foruten "Leve hele livet" er de viktigste dokumentene vi har lagt til grunn i denne rapporten Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Demens 2020 skal også bidra til å målrette de generelle virkemidlene i Omsorg 2020. Tiltakene i denne kan sees i sammenheng med Kompetanseløft 2020 som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Opptrappingsplaner for rusfeltet (2016-2020) og mot vold og overgrep (2017-2021), samt Handlingsplan mot vold i nære relasjoner

(2014-2017) er også grunnlagsdokumenter for denne rapporten. Dokumentene beskriver nasjonale myndigheters planer og virkemidler innenfor det som er hovedfokusområder i denne rapporten. Som vedlegg til rapporten ligger en oversikt over dokumentene.

## 2.5 Fylkesmannens rolle og oppgave

Fylkesmannen skal som sektormyndighet medvirke til iverksetting av nasjonal politikk. Dette gjøres gjennom veiledning, dialog og tilsyn. Fylkesmannen skal bidra til å gjøre nasjonale strategier, retningslinjer, veiledere, rundskriv og handlings- og tiltaksplaner på folkehelseområdet og innen helse- og omsorgsfeltet kjent og implementert.<sup>16</sup>

Fylkesmannens oppdrag for 2018 er blant annet å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* og bidra til at kommunene integrerer rusfeltet i sitt ordinære planverk. Fylkesmannen skal i 2018 bidra til å gjøre det helserelaterte arbeidet knyttet til *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* kjent.

## 2.6 Utviklingssentrenes rolle og oppgave

Det er totalt 20 utviklingssentre i Norge. I Trøndelag er det to. Det er Verdal og Åfjord som er vertskommuner for disse. De har et viktig oppdrag med å spre kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren i sitt fylke. Det overordnede formålet er å styrke kvaliteten på tjenestene. Målgruppene er først og fremst sykehjem og hjemmebaserte tjenester i kommunene. Det er definert nasjonale satsningsområder for utviklingssentrene og hvert av sentrene bidrar til dette med utgangspunkt i lokale behov. Senterne har en bred tverrfaglig kompetanse og har knyttet til seg ressurser ved Senter for omsorgsforskning Midt. Tematikken i

<sup>15</sup> Tall basert på informasjon fra internett om videregående studietilbud 2018/19 i Trøndelag

<sup>16</sup> <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018>

prosjektene de er inne i, varierer fra pasientsikkerhet til velferdsteknologi, forebyggende og frivilligarbeid, til demens og palliasjon, for å nevne noe. Ut over prosjekter drives også nettverk og fagarrangementer.



**Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester**

### 3. Metode

Det er 47 kommuner i nye Trøndelag Fylkeskommune i 2018. 19 av disse er i en prosess med sammenslåing som resultat av kommunereformen. Målgruppen for dialogmøtene har vært politisk og administrativ ledelse, ledere og mellomledere i helse- og omsorgssektoren, ansatte i helse- og omsorgssektoren og bruker- og pårørendeorganisasjoner i kommunene.

Møtene har vært holdt 11 steder i Trøndelag i perioden 11. september til 18. oktober 2018.

- ✓ 11. september: Hitra, Frøya, Hemne, Snillfjord
- ✓ 12. september: Orkdal, Skaun, Agdenes, Oppdal, Meldal, Rennebu
- ✓ 13. september: Ørland, Åfjord, Roan, Indre Fosen, Bjugn
- ✓ 25. september: Røros, Holtålen
- ✓ 26. september: Stjørdal, Tydal, Selbu, Meråker
- ✓ 27. september: Malvik, Trondheim, Melhus, Klæbu, Midtre Gauldal
- ✓ 3. oktober: Levanger, Verdal, Frosta
- ✓ 4. oktober: Inderøy, Steinkjer, Verran, Snåsa
- ✓ 16. oktober: Vikna, Nærøy, Leka
- ✓ 17. oktober: Namdalseid, Namsos, Fosnes, Flatanger, Overhalla, Osen, Høylandet
- ✓ 18. oktober: Grong, Røyrvik, Lierne, Namsskogan

Det har til sammen deltatt i underkant av 500 personer fordelt på de 11 møtene.

Programmet for dagene har vært like og todelt (se vedlegg). I første del av programmet har Fylkesmannen hatt introduksjon og presentasjon av utvalgte tema. Samt en presentasjon av data- og tallmateriale fra Ressursportalen for de aktuelle kommunene på hvert møte. I andre del av møtene har hver

kommune jobbet i et gruppearbeid. Dialogmøtene skulle først og fremst handle om kommunens virkelighetsbeskrivelse. De ble derfor bedt om å diskutere fritt basert på følgende spørsmål:

1. Hva jobber dere godt med i forhold til tjenestene til eldre? Hva har dere startet opp med?
2. Med bakgrunn i den kunnskap dere har om tjenestetilbudene i kommunen og de momenter som er trukket fram her i dag- hvilke utfordringer har dere og hvordan tenker dere å løse dette?
3. Hva ønsker dere bistand til fra Fylkesmannen?

Kommunen ble oppfordret til å ha fokus på de områdene som ble løftet frem av Fylkesmannen på første del av dagen; Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt.

Flere av kommunene som skal slås sammen fra 2020 valgte å ha felles gruppearbeid. Alle gruppene har utnevnt egne prosessledere og referenter. Referatene ble sendt Fylkesmannen i etterkant av møtene. 44 av 47 kommuner har sendt sine referater, enten som eget dokument eller i et fellesdokument fra kommuner som er i en sammenslåingsprosess. Noen har også laget presentasjoner ut over referatet og fra enkelte kommuner har det kommet tilleggsinformasjon, som utfyllende informasjon. RO deltok på 4 av de 11 møtene og fikk ut over presentasjonene høre på diskusjoner i plenum og i de ulike gruppene. Deltakelsen og engasjementet på dialogmøtene har vært stor. Diskusjonene har gått livlig både i plenum og gruppearbeid.

RO har mottatt og bearbeidet alt materialet. Referatene er gjennomgått systematisk. I gjennomgangen av referatene har vi hatt spesielt fokus på hvordan kommunene beskriver sitt arbeid med hovedfokusområdene Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt. Dernest har vi vært spesielt oppmerksom på kommuner som lykkes spesielt på noen områder eller har spennende prosjekter. En del av disse trekkes

frem i rapporten. Hensikten med det er ikke bare å vise det gode arbeidet som gjøres, men like mye å inspirere til utvikling og forbedring. Kommunene etterspør nettverk og deling av gode ideer. Å være med på å dele kunnskap og erfaring er et av formålene med denne rapporten. RO har derfor tatt kontakt med noen av kommunene i etterkant av dialogmøtene for å hente inn mer informasjon om vellykkede satsinger eller prosjekter.



Bilde: Presentasjon under dialogmøte høsten 2018.  
Kilde: Fylkesmannen i Trøndelag.

Ut over gode eksempler og prosjekter har vi i presentasjonen så langt som mulig unngått å bruke kommunenavn, men heller vektlagt å se på referatene oppsummert og under ett og opp mot nasjonale føringer. Dersom vi bruker sitater vil det være for å uttrykk generelle oppfattelser, problemstillinger eller viktige tema uten å navngi kommunene for sitatene.

I etterkant av dialogmøtene har RO i samarbeid med Fylkesmannen sendt ut en kort spørreundersøkelse til kommunene. På dialogmøtene ble det informert muntlig om at en slik undersøkelse ble sendt til kommunens kontaktperson (som regel kommunalsjef eller rådmann). Hensikten med undersøkelsen var å komplettere og utfylle referatene i rapporten og gi et oversiktsbilde over situasjonen for kommunene i Trøndelag. Spørreskjemaet er vedlagt rapporten. Det var 42 kommuner som svarte. Det ble sendt purring en gang. Resultatene presenteres og drøftes i de neste kapitlene i rapporten.

## Metodiske svakheter

Metodisk er det viktig å være klar over at det som fremkommer i referatene ikke utelukker at kommunene gjør mer enn det som omtales skriftlig. Referatene er ingen kvalitetssikret gjennomgang av kommunenes aktivitet og materialet må derfor forstås på den bakgrunnen. Referatene fra gruppene er gjerne skrevet i stikkordsform eller muntlig form. Hvem som har skrevet referatene og hva som er skriftliggjort av diskusjonene er også tilfeldig for hver gruppe. Det er en oppsummering av en ofte lite strukturert gruppediskusjon. Vi er derfor svært forsiktige med tolkning og konklusjoner basert på dette skriftlige materialet. Referatene kan likevel gi grunn for å reflektere over kommunenes arbeid. Vi kan se på hva som gjentas ofte, og hva som nevnes svært sjelden. I hvilken grad mener kommunene å lykkes eller ha utfordringer på viktige områder som nasjonale myndigheter vektlegger. Dette søker vi å finne noen svar på i denne rapporten.

## 4. Resultater

### 4.1 Hovedfokusområder

I spørreundersøkelsens 3 første spørsmål ble kommunene bedt om å gi en helhetlig vurdering av kommunens innsats innenfor områdene Eldre og rus, Vold i nære relasjoner og Tvang og makt på en skala fra 1 til 5 der 5 var best. Dernest ble det spurt om hva som er den viktigste faktoren for å lykkes på disse innsatsområdene i fritekst og til slutt bedt om å angi i hvilken grad dialogmøtene er en hensiktsmessig arena for kommunikasjon med Fylkesmannen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er innenfor temaet tvang og makt kommunene vurderer seg som sterkest. Vold i nære relasjoner, er det feltet kommunene skårer seg selv dårligst på. I det videre presenterer vi resultatene mer detaljert.





det noen som sier. Svært få kommuner never planarbeid i forbindelse med eldre og rus. To større kommuner og en litt mindre kommune har planer på området ellers fremkommer det lite informasjon om hvor kommunene står i forhold til å ha ruspolitiske handlingsplaner eller temaplaner for psykisk helse og rus.

#### **4.1.2 Vold i nære relasjoner**

Det generelle inntrykket av kommunenes ståsted i forhold til temaet vold i nære relasjoner er at det er et område de er relativt dårlig rustet til å avdekke og håndtere, både i forhold til planverk og kompetanse. Vi får inntrykk av at noen kommuner som har hatt fokus på temaet, ikke nødvendigvis har sett spesielt på eldre som målgruppe. I noen grad kan vi se at størrelsen på kommunen spiller inn. Enkelte nevner at det å være en liten kommune gir god oversikt. De har et lite samfunn der folk ser hverandre og det er kort vei mellom og til tjenestene. For en stor kommune som Trondheim beskrives dette som et kjent problem. Det er ikke så sjelden er eldre brukere på krisesenteret. Trondheim kommune er dessuten en av tre kommuner i Norge som er medlem av "Vern for eldre". og har en egen eldreplan og temaplan.

**"Vern for eldre** hjelper de som står i fare for eller er utsatt for overgrep. Tilbudet er gratis, og man kan være anonym. Alle over 62 år som er utsatt for overgrep, kan ringe for å få råd, veiledning og hjelp. Også pårørende eller andre som har mistanke om overgrep mot eldre, kan få hjelp. Vern for eldre i Trondheim kommune er bemannet med en vernepleier med kompetanse på eldre og krisearbeid."

*Handlingsplan mot vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep 2016 – 2019.  
Trondheim kommune*

#### **ARBEIDET MED VOLD I NÆRE RELASJONER I HEMNE KOMMUNE**

Hemne kommune har hatt fokus på dette i mange år. Først og fremst på systemnivå. Kommunen har et godt kvalitetssystem. Der ligger prosedyrer for å avdekke og håndtere vold i nære relasjoner. For kommunen er det viktig at de ansatte kjenner og bruker kvalitetssystemet og det er utsjekk på opplæringen. Gjennom dette blir ansatte også kjent med rutiner og prosedyrer og får trygghet i hvordan saker skal håndteres. Dette gjelder uansett hvilken arena det er på, om det er hjemme, på skolen eller i sykehjemmet. Forhold som avdekkes meldes det avvik på og rutiner for å trekke inn andre instanser som barnevern eller politi iverksettes. Kommunen har en sektorovergripende Folkehelsegruppe der dette temaet er tatt opp. Kommunen har også en bred tverrfaglig fagkompetanse å bruke på tvers av enheter og avdelinger. Aller viktigst sier de likevel at det er med bred forankring blant de som er ute i praktisk arbeid. "De som jobber med praktisk bistand, er de som er der lengst og kan observere mest" sier Eli Mette som er Enhetsleder for pleie og omsorg. Kommunen ser frem til å få på plass en ny plan når Heim kommune etableres."

**Kontakt:**  
[Eli.Mette.Vitso@hemne.kommune.no](mailto:Eli.Mette.Vitso@hemne.kommune.no)

Ved gjennomgangen av referatene er det en kommune vi vil trekke frem. Hemne kommune har både gode rutiner og prosedyrer og god kompetanse. Hemne skal bli en del av nye Heim kommune og handlingsplan om vold i nære relasjoner står på dagsorden i den prosessen.

I spørreundersøkelsen vi sendte til kommunene har de i snitt vurdert seg til 3,12 på en skala fra 1 til 5 når de gjør en helhetlig vurdering av sin innsats mot vold i nære relasjoner. Det er ingen kommuner som vurderer seg som svært gode (5) eller svært dårlige (1). 6 kommuner har sagt at de vurderer seg til å ligge på en 2'er på skalaen og 11 kommuner skårer seg til 4.

Noen kommuner skriver i referatet at dette ikke er et aktuelt problem. I hele 18 av referatene nevnes ikke temaet vold i nære relasjoner. Omtrent 10 kommuner sier at de har en plan, eller at de jobber med en plan. Som tidligere nevnt er det en del av utfordringsbildet at kommunene mangler kompetanse på området. 7 kommuner nevner i sitt referat at de driver med opplæring og kompetanseheving. Ofte er dette fagdager og temadager. Noen kommuner skriver også i referatet at dette er et tema de mangler kompetanse på og ønsker mer kunnskap vold i nære relasjoner.

#### **4.1.3 Tvang og makt**

Hovedinntrykket fra referatene er at tvang og makt er noe en del kommuner har jobbet bevisst med over tid. Særlig trekkes kompetanseheving og tillitsskapende og miljørettet arbeid og frem som de viktigste tiltakene. Tilsyn fra og dialog med Fylkesmannen er også en del av bildet som tegner seg når kommunene skriver om tvang og makt. Det er behov for veiledning på saker og i forbindelse med tilsyn. Det er flere kommuner som ser et kompetansebehov og vil jobbe med det. Flere ønsker at Fylkesmannen skal bidra til kompetanseheving både faglig og ved tilskudd.

Det er 10 kommuner som eksplisitt sier at de er gode på tvang og makt. Det konkretiseres i beskrivelser av tillitsskapende arbeid, samarbeid med fastlege, spesialisthelsetjenesten og Fylkesmannen, kompetanseoppbygging og prosedyrer. 8 av kommunene trekker også frem at de har opplæring og kompetanse på området. 3 kommuner sier de har mye å gå på og/eller behov for opplæring og veiledning. 24 kommuner skriver ikke om tvang og makt i sine referater.

I spørreundersøkelsen ble kommunene bedt om å gi en helhetlig vurdering av egen innsats innenfor tvang og makt og det er ingen kommuner som skårer seg til karakteren 1 (svært dårlig) eller 2. 30 kommuner sier at de vurderer seg til 4 på skalaen og 6 kommuner vurderer seg til 5 (svært godt). Dette stemmer overens med inntrykket fra referatene. Av de

tre hovedfokusområdene er det tvang og makt kommunene jobber best med og mener de har målrettede tiltak på.

## **4.2 Leve hele livet**

Så langt i rapporten har vi trukket ut dokumentasjon fra referatene om hovedfokusområdene. Hovedtyngden av informasjonen i referatene har likevel ikke handlet om disse hovedfokusområdene, men om svært mange andre ting som kommunene jobber med og gjør bra og som kan relateres til satsningene i "Leve hele livet". På dialogmøtene ble kommunene sendt i gruppearbeidet for å svare på noen spørsmål. Det første var: "Hva jobber dere godt med i forhold til tjenestene til eldre? Hva har dere startet opp med?" Svært mange har vært opptatt av kompetanse og dette omtales i et eget kapittel (5). I det videre skal vi trekke sammen essensen av det kommunene gjør bra og satser på. Kommunene har dessuten også svart på spørsmålet nummer to, om hva som er utfordringsbildet og hvordan de skal møte det. Disse utfordringene og løsningene er også en del av informasjonen vi bruker for å forstå og tolke referatene.

### **4.2.1 Et aldersvennlig samfunn**

Det er bare to kommuner som bruker betegnelsen aldersvennlig eller eldrevennlig samfunn i sitt referat. Det er med ett unntak heller ingen informasjon i referatene om at kommunene inkluderer eldre innbyggere som aktive beslutningstakere. Basert på den informasjonen vi har, er det ikke mulig å danne seg noe bilde av hvordan seniorressursen er tatt i bruk. Men, det er få som beskriver en systematisk bruk av seniorressursen i frivilligheten, næringslivet eller planarbeidet.

Unntaket er Steinkjer som har et ressurscenter for seniorer, et godt planverk og bo-felleskapsutvikling integrert med samfunnet.

I et aldersvennlig samfunn inngår også å påvirke holdningene til eldre. Blant annet at eldre skal planlegge egen alderdom. For kommunene er det ofte et viktig første trinn i

omsorgstrappa, at egen bolig skal tilpasses det å bli gammel og få redusert funksjonsevne. Det er flere kommuner som sier at de må jobbe med både holdninger og å ta i bruk omsorgstrappa. "Holdninger og forventninger til kommunens tjenester utfordrer" er det en kommune som skriver. I dokumentasjonen fra dialogmøtene finner vi lite informasjon om hvordan behovet for holdningsendring møtes, selv om noen erkjenner at det trengs – både blant eldre og ansatte. I Melhus har de prosjektet "100 år i egen heim", som blant annet har som mål å skape holdningsendring og kan trekkes frem som et godt eksempel.

#### Hva betyr Hundre år i eget hjem for meg som innbygger?

- Som innbygger i Melhus kommune skal du oppleve å få hjelp når du trenger det, der hvor du trenger det, uavhengig av alder, bosted og økonomi.
- Gjennom opprettelsen av et "forvaltningskontor for saksbehandling og tildeling av tjenester" vil du få en dør å henvende deg til når du har behov for hjelp, og alle vil være sikret tilgang til tjenestene.
- Som bruker av tjenestene skal du oppleve
- mer deltakelse, mer medbestemmelse og mer frihet.
- Som bruker av tjenestene vil du oppleve at fokus ligger på hverdagsaktiviteter og hva som motiverer deg til å jobbe helsefremmende i ditt eget liv.

*Fra nettsidene til Melhus kommune*

Det er mange kommuner som beskriver at de samarbeider med frivilligheten i kommunen. Det er en rekke enkelttiltak eller eksempler på aktiviteter i regi av eller i samarbeid med frivillige og mange av disse frivillige kan godt være eldre. Det å få oversikt over og koordinere frivillighetsarbeidet ligger enda som en litt uløst "nøtt" i mange kommuner. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

#### **4.2.2 Aktivitet og fellesskap**

Aktiviteter som trim, treff og møteplasser er konkrete tiltak som er lette å huske og beskrive. Halvparten av kommunene beskriver

at de har aktiviteter, der noen er knyttet til frivillighet eller til dagsenter. Aktivitetsvenn, generasjonsmøter og "kaillkafe" er blant det som nevnes konkret. Noen legger aktiviteter bevisst til dagsenteret, og noen legger det bevisst utenfor dagsenteret. Noen aktiviteter på dagtid er for demente, mens andre ikke spesifiserer hvilken målgruppe aktivitetene er for.

Det er også en del kommuner som mener at de kan bli bedre på aktiviteter både i og utenfor institusjoner. Det er 7 kommuner som sier at de utfordres på områdene dagaktiviteter og frivillighet. Det vil si at dette er noe de ser de må forbedre, eller synes er vanskelig. En del kommuner har frivilligkoordinatorer, demenskoordinatorer eller koordinatorer knyttet til dagsenter. En funksjon som samfunnskontakt er det ingen som nevner. Samfunnskontakt beskrives i kvalitetsmeldingen for eldre som et bindeledd og koordinator mot nærmiljø, familie og pårørende, frivillige, næringsliv, organisasjoner og institusjoner i lokalsamfunnet. Funksjonen er ment å dekke alle koordinator- og kontaktfunksjoner på en systematisk og overordnet måte. Dette virker å være et tiltak som ikke er verken påtenkt eller gjennomført i kommunene, selv om et par kommuner retorisk spør "bør vi ha frivilligkoordinator?" i sine referater.

Samarbeidet med frivillige tar like mange former og varianter som det er kommuner. De fleste nevner ordet frivillig i sine referater. Det er ikke mulig å gi en samlet og fremstilling av verken omfang eller vellykkethet. Bortsett fra at det er ut som om noen kommuner har en veldig positiv beskrivelse av antallet frivillige og aktivitetsnivået og andre har det stikk motsatte. Noen kommuner har få frivillige og sliter med å rekruttere flere

Hovedinntrykket er at det er mange kommuner som har aktiviteter, og mange mener de kunne hatt flere og mer varierte aktiviteter. Samarbeidet med og rekruttering av frivillige opptar mange kommuner med både positive og negative erfaringer.



## FRA PLAN TIL PRAKSIS – FRIVILLIGARBEIDET I LEVANGER KOMMUNE

Levanger kommune ønsker seg kultur for frivillighet! Ved hjelp av en koordinator som drivkraft for å legge til rette for frivilligheten, lykkes kommunen med å omsette frivillighetspolitikken i praksis. "Det er viktig å sette handling bak ordene i en kommunal plan", sier er Ingvild Rønning Radwan, frivilligkoordinator i kommunen. Hun betegner seg som en rådgiver og en "motor" i å omsette frivillighetspolitikken i praksis. Det forutsetter en kommune som forstår rollen og prioriterer den.

Behovet er nemlig stort og det er et langsiktig arbeid. Kommunen ønsker å ikke kalle det frivillighetsarbeid. "Fordi det ikke er et arbeid, det er et overskuddsengasjement", sier Ingvild om synet på frivilligressursen. Det er like viktig at den frivillige innsatsen oppleves som givende for den frivillige, som for kommunen og brukerne. De frivillige i Levanger kan bidra gjennom en rekke lag og foreninger eller ta direkte kontakt med kommunen for å bidra. Frivillighetskoordinatoren jobber på systemnivå med tilrettelegging, det kan være alt fra lokaler til avtaler, taushetsklæringer, fellesmøter og forsikringsordninger. Hun jobber med å sette kommunen i stand til å ta imot de frivillige og har hatt særlig fokus mot helse-sektoren siden hun startet i jobben i oktober 2016.

"Det er ikke lett å komme som frivillig inn i en sykehjemsavdeling som verken vet om eller legger til rette for aktivitetene" sier Ingvild. Alle ansatte må derfor bidra og engasjere seg i å ta vare på de frivillige og huske å takke for bidraget. Det er en del av kultur-byggingen og holdningsarbeidet.

Kommunen har også utdannet 5 frivilligkontakter som har 20% av sin stilling dedikert til dette arbeidet på sin arbeidsplass. Det er laget funksjonsbeskrivelser og standardiserte maler for arbeidet og de møtes som et nettverk en gang i måneden sammen med frivilligkoordinatoren som også tok den samme utdanningen. "Det var en fantastisk nyttig og god utdanning" sier Ingvild og roser Verdighetssenteret i Bergen, der de tok utdanningen. Utdanningen kvalifiserer til å mobilisere, organisere og lede frivillig innsats. Levanger kommune har utarbeidet en modell for samarbeid mellom kommune og frivillighet i eldreomsorgen. Målet er at kommunen skal ha et parat mottaksapparat og de opplever å være i god gang med å lykkes med dette.

Det er en vinn-vinn-situasjon som krever en "motor".

**Kontakt: [ingvild.radwan@levanger.kommune.no](mailto:ingvild.radwan@levanger.kommune.no)**

Livgledehjem er en sertifiseringsordning som sykehjemsinstitusjonene kan søke på. Det er hele 15 kommuner som nevner i referatene at de er eller vil bli Livsgledehjem.

Livgledesykehjem skal blant annet legge til rette for generasjonskontakt, sang og musikk i hverdagen, og hyggelige rammer rundt måltidene. Fra nettsidene til Livsglede ser vi at i Trøndelag er det 47 sykehjem som er Livsgledesertifisert og 6 som er i en søkeprosess.

### 4.2.3 Mat og måltider

I "Leve hele livet" foreslås 5 løsninger for å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte; det gode måltidet, måltidstider, valgfrihet og variasjon, systematisk ernæringsarbeid og kjøkken og kompetanse lokalt.

Gode måltidsopplevelser inngår i sertifiseringen for Livsgledehjem og derav kan vi anta at mange sykehjem har oppmerksomhet på det. En av fire kommuner nevner ernæring når de trekker frem hva de jobber godt med. Dette er tiltak som flytting av måltider, ernæringsgrupper og ernæringsprosjekter, godt kjøkken med tilbud også til hjemmeboende og en systematisk satsing på måltider og ernæring. Åfjord er trukket frem som eksempel i "Leve hele livet". De har en tverrfaglig satsing som innebærer at hele prosessen fra å handle inn og dekke bord, til å lage og nyte måltidet, er gjennomtenkt og gjennomført med stor grad av bruker-involvering. Mat og aktiviteter henger sammen i Åfjord. De har også et nært og godt samarbeid mellom kjøkken og helsearbeidere med fokus på ernæring.

I referatene er det verdt å merke seg at det er svært få kommuner som nevner mat, måltider og kjøkken som et utfordringsområde, men som noe de jobber godt med. Det gjøres antagelig mye godt arbeid innenfor ernæring i kommunene og så må man anta at det fortsatt er mye som fortsatt kan gjøres bedre.

I pasientsikkerhetsprogrammet er forebygging av underernæring et eget innsatsområde med tiltakspakker både for hjemmetjeneste og sykehjem. Det er ingen som skriver at de har tatt det i bruk. Det er for øvrig heller ingen

kommuner som ber om veiledning eller bistand fra Fylkesmannen i rundt tema mat, ernæring eller kjøkken.

#### **4.2.4 Helsehjelp**

I "Leve hele livet" er helsehjelp proaktive tjenester som kartlegger, forebygger, gir hverdagsmestring, fysisk aktivitet og miljøbehandling. Dette er tiltak for en aktiv og verdig alderdom som gir mulighet til å leve livet – hele livet. Det er trolig dette området som er omtalt i størst grad i referatene også.

For det første er kartlegging og forebygging ofte omtalt. Hele 18 kommuner sier at de har forebyggende hjemmebesøk og flere mener også at disse hjemmebesøkene kan bli ytterligere bedre ved å ta i bruk kartleggingsverktøy og kartlegge flere forhold, som blant annet vold og rus. Forebyggende besøk gjøres for aldersgruppene 75 år og oppover til 80. For flere kommuner ser dette ut til å være et viktig tiltak som det jobbes strukturert med.

Dernest omtales også hverdagsmestring og velferdsteknologi i over halvparten av kommunenes referater. Noen omtaler hverdagsmestring som prosjektorganisert, andre nevner at ressursen til fysioterapi og ergoterapi i er styrket i kommunen. I én kommune er det satset på et kommunalt Lærings- og mestringssenter. En annen er i ferd med å iverksette en plan for velferdsteknologi og en kommune sier at *"det går det sport i å bli god på rehabilitering"*. Hverdagsmestring og velferdsteknologi er en del av det kommunale tilbudet som kan understøtte arbeidet med å la eldre bo hjemme lengst mulig. Det er derfor også et viktig tiltak for å ta i bruk omsorgs-trappa som mange kommuner har. Det er flere som omtaler nettopp omsorgstrappa som en del av sitt utfordringsbilde. Ofte i sammenheng med den bygningsmessige situasjonen eller at kommunen beskriver seg som "institusjonstung", en situasjon de ønsker seg ut av. Hverdagsmestring og velferdsteknologi er et område kommunene er opptatt av og har mange tiltak på. Hvorvidt de lykkes sier ikke referatene noe om. Men noen sier at tankegangen om mestring og hjelp til selvhjelp

må gjennomsyre hele organisasjonen for at de virkelig skal merke effektene og dreie tjenestene mot å ha lengre og større trinn på lavere nivå i omsorgstrappa enn høyere.

Derfor er gjerne aktiviteter, mestring, velferdsteknologi og forebygging nevnt som utfordringsområder i mange referater. Enten at de må ha mer av eller satse mer systematisk på det. I et referat sier de at de ser på Stortingsmeldingen "Leve hele livet" som et prosjekt som skal bidra til inspirasjon og holdningsendring som svaret på en del av utfordringene.

I en av de større kommunene satses det på musikkbasert miljøbehandling. Miljøbehandling kan øke mestring, dempe angst og uro og redusere unødig legemiddelbruk hos eldre. Også et par andre beskriver miljøtiltak. Ut over det ser det ikke som kommunene vektlegger denne type behandling og aktiviteter i referatene.

#### **4.2.5 Sammenheng i tjenestene**

Mer sammenhengende tjenester handler om å skape gode overganger, trygghet og forutsigbarhet for brukere og pårørende. Det innebærer en personsentrert tilnærming og myke og planlagte overganger. Det stiller krav til informasjon mellom aktører og en helhetlig tankegang. Avlastning og støtte til pårørende som har store omsorgsoppgaver er også et tiltak for at brukere kan bo lenger i eget hjem.

Det er relativt få (8) kommuner som nevner helhetlige pasientforløp eller gode overganger i sine referater. Flertallet som omtaler det, mener de jobber godt, enten de har prosedyrer eller jobber systematisk med overganger mellom sykehus og kommune eller internt i kommunen. Et par-tre kommer sier at dette er et utfordringsområde de ønsker å bli bedre på. De aller fleste kommunene har ikke beskrevet arbeidet med pasientforløp i sine referater. Å skape gode pasientforløp handler

ofte om god og presis kommunikasjon<sup>17</sup> og om å ta ansvar for helheten. Vi trekker derfor frem et prosjekt fra Overhalla som illustrerer i praksis hva godt pasientforløpsarbeid kan være.

Mange pårørende har en stor belastning, og deres innsats er ofte en forutsetning for at brukere kan bo lengre hjemme.

Omsorgsoppgavene de pårørende har må anerkjennes. I "Leve hele livet" er tiltakene avlastningsopphold, pårørendeskoler og informasjon og dialog trukket frem som

### **DOKUMENTASJONSPROSJEKTET I OVERHALLA**

Bedre oversikt og bedre kvalitet er stikkordene når fagutviklingssykepleier i Overhalla kommune oppsummerer dokumentasjonsprosjektet som har gått over 4 år. Prosjektet kom i gang etter at en gruppe ansatte i kommunen gikk en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, der en litteraturstudie i forhold til dokumentasjon viste de samme resultatene som de erfarte i egen kommune: Dokumentasjonspraksisen i elektronisk pasientjournal (EPJ) var altfor dårlig. I samarbeid med Senter for Omsorgsforskning og med ekstern finansiering oppsummeres nå erfaringene fra prosjektet i en egen rapport. Både innhold og struktur i dokumentasjonen er gjennomgått og standardisert.

Det er flyten i pasientforløpet som er grunnlaget for strukturen. Å kartlegge behov, planlegge tiltak basert på brukers mål, utføre tiltak, evaluere og endre. Det betyr at det er den riktige og viktige informasjonen som dokumenteres på rett måte. Blant annet ved bruk av sjekklister og med blick for hvilken informasjon neste ledd i pasientforløpet har behov for. Dokumentasjonsflyten mellom kommunen og sykehuset oppleves mer utfyllende og bedre nå. Det er ikke evaluert med sykehusene, men standarden fra regionalt fagråd for digital samhandling følges nå. Det var mer tilfeldig tidligere.

Kommunen selv ser allerede gevinster i form av mye bedre kvalitet på dokumentasjonen. "Den største gevinsten er at vi ser hele pasientforløpet og får god oversikt over den aktuelle situasjonen" sier fagutviklingssykepleier Tone Mette Flått. Det letter også den muntlige rapporten. Lederne merker positive effekter av prosjektet. Det har medført at tjenestene som ytes er tryggere og mer målrettet. Det er lettere å gi rett tjeneste til rett tid når en har bedre oversikt over pasientstatusen og mer målrettede tiltak. Prosjektet er breddet til både sykehjem, hjemmetjeneste og bo- og miljøtjenesten. Det er laget en standardisert opplæringsmodell for ansatte ut fra de ulike profesjonene. En ser at det er tidkrevende å gi tilstrekkelig og god opplæring til alle medarbeidere. "Den jobben er vi ikke ferdig med og det er viktig at alle nyansatte får opplæring for å opprettholde kvaliteten på dokumentasjonen" sier Tone Mette. I lengden håper kommunen å se at dette også er tidsbesparende. Med den digitale utviklingen som skjer, håper de på mer bruk av digitale verktøy til opplæringen. At det gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet har de allerede erfart. Gjennom rapporten som kommer i løpet av våren håper de å kunne dele sine erfaringer med andre kommuner.

Kontaktperson:

**tone-mette.flatt@overhalla.kommune.no**

løsninger. Det er 12 kommuner som sier de har pårørendeskoler eller jobber godt med pårørende og avlastningstilbud. Hvilke typer avlastningsordninger som benyttes, sier referatene ikke noe om. Det er 7 kommuner som mener at det er en utfordring å gi avlastning i tilstrekkelig grad eller på rett måte. Det gjelder både samhandling, koordinering og hvor avlastningsoppholdene er.

17

## 5. Kompetanse og rekruttering

Grunnsteinen i helse- og omsorgstjenestene er ansatterressursen. Ansattes kompetanse er garantisten for god kvalitet på tjenestene. En av de største utfordringene for helse- og omsorgstjenestene i kommune, er å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Behovet for bredere klinisk kompetanse følger brukere med større og mer sammensatte behov. Gjennom referatene kommer behovet for kompetanse og rekruttering svært tydelig frem. Vi vier derfor tematikken oppmerksomhet i et eget kapittel i rapporten.

Mangelen på kvalifisert arbeidskraft er stor, ikke bare i Norge, men i hele Europa. Spesielt stor mangel er det på sykepleiere og annet helsepersonell. Konkurransen om arbeidskraften er følgelig også stor. Blant nyutdannede sykepleiere er det over 70% som sier at jobb på sykehus er førstevalget etter endt utdanning. Bare 21% har kommunehelsetjenesten som førstevalg. Det viser en undersøkelse NSF Student gjorde i januar 2018<sup>18</sup>. Estimerte tall fra NAV bedriftsundersøkelse<sup>19</sup> for 2018 viser at det mangler 4550 sykepleiere og 8850 personer totalt til helse, pleie og omsorg. Mange, særlig nyutdannede vil søke seg til større fagmiljøer både for trygghet og utviklingsmuligheter. Da er de mange små og mellomstore kommunene i Norge tapere i konkurransen om arbeidskraften. *"Innen en del helserelaterte yrker er det omfattende bruk av deltidsarbeid. Innen disse yrkene er det også et høyt sykefravær og organisatoriske og institusjonelle forhold som gjør det krevende å utnytte arbeidskraften effektivt."*<sup>20</sup> (kap. 4.3) Sett i lys av alle disse forholdene er det ikke overraskende behovet for kompetanse og rekruttering som utmerker seg i referatene.

Det er bare 3 av de 44 kommunene som **ikke** nevner kompetanse eller rekruttering. I referatene er det dette som omtales oftest:

- Mer kompetanse på områdene "eldre og rus", "vold i nære relasjoner" og "tvang og makt" er ønskelig, gjerne som fagdager, men også på andre måter.
- Rekruttering og bruk av ressursene med fordeling av heltid- og deltidsstillinger
- Desentraliserte utdanningstilbud. Behov for å utdanne sykepleiere og vernepleiere uten å miste ressursen fra kommunen. Det er også behov for videreutdanning.

I spørreundersøkelsen som ble sendt til kommunene, spurte vi etter hva som var den viktigste faktoren for å lykkes. Det er uten tvil kompetanse som er det unisone svaret. I en kommune som har etablert et tverrfaglig rusteam og bruker AUDIT og AUDIT C i kartleggingssamtaler, merker de god effekt av kompetanseheving og skriver i referatet at: *"det oppleves at kompetanseheving gir økt forståelse for utfordringene med eldre og rus"*.

Når kompetansen er vanskelig tilgjengelig på det åpne arbeidsmarkedet, er det et viktig tiltak for kommunen å bygge kompetanse på den ansatterressursen de allerede har. Noen kommuner jobber strategisk for få rekruttere både ungdom og innvandrere gjennom å tilby praksis både arbeidspraksis og praksis for språktrening. En kommune kaller dem "sommerfugler", elvene på 16-17 år som får noen ukers sommerjobb i helse- og omsorgstjenesten. Det er altså viktig å forsøke å rekruttere ungdom i kommunen til å jobbe på hjemstedet. I forlengelsen av det ønsker kommunene også å tilby utdanning, fagutdanning eller videreutdanning for å øke kompetansen og unngå at ansatte søker seg ut av kommunen.

Mulighetene for å ta utdanning og samtidig beholde tilknytningen til hjemkommunen, er en av de tingene som bekymrer kommunene. Det er bare NTNU som nå har et kull for desentralisert sykepleieutdanning i Orklandsregionen. For øvrige kommuner i Trøndelag, er det ikke et tilbud. Det er en

<sup>18</sup> Sykepleien.no "Nyutdannede sykepleiere vil jobbe på sykehus" 26.04.2018

<sup>19</sup> www.nav.no/bedrift

<sup>20</sup> NOU 2018:2, Fremtidige kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget

gjenganger i referatene, at det er behov for et tilbud om desentralisert utdanning. Ansatte som er godt etablerte i hjemkommunen sin med familie og forpliktelser, ønsker å kunne ta en utdanning som kan kombineres med familielivet og en fortsatt tilknytning til arbeidsplassen innen helse og omsorg i hjemkommunen. Det har tidligere vært tilbud om desentraliserte deltidsutdanninger og dette har vært en svært god løsning, både for kommunen og den ansatte.

Ved Universitetet i Tromsø har de akkurat utdannet 75 nye sykepleiere gjennom desentralisert deltidsutdanning og i et intervju<sup>21</sup> med instituttleder ved IHO Nina Emaus, sier hun at behovet for sykepleiere i den nordlige landsdelen er enormt og at de som utdanner seg i nord blir i nord. Hun sier samtidig at det er mer krevende for Universitetet å administrere denne type utdanningstilbud kontra vanlige utdanningsløp, men at det for samfunnet blir et positivt resultat.

Paradokset mellom kommunens og samfunnets behov for helsefagkompetanse, særlig i helse- og omsorgssektoren i kommunene, og manglende tilbud om desentralisert utdanning er derfor åpenbart.

Det er likevel noen kommuner som gjennom en strategisk satsing over lang tid klarer å rekruttere kvalifisert personell inn til kommunen. Kompetanse mobiliseres<sup>22</sup> gjennom virkemidler som tilbud om heltidsstillinger, gode systemer, godt arbeidsmiljø og ikke minst fagutvikling. Kommunene som bygger et positivt omdømme på disse faktorene kan se ut til å lykkes. En slik kommune er Holtålen, som har erfart at særlig godt fagmiljø motiverer helsepersonellet.

Det ligger også en "kompetansereserve" hos kommunene som svært mange burde dra bedre nytte av. Det er godt kvalifisert helsepersonell som ikke jobber 100% stilling.

## VELLYKKET REKRUTTERING I HOLTÅLEN KOMMUNE

Holtålen er en kommune som lykkes med rekruttering. Kommunen har et godt omdømme når det gjelder fagutvikling og arbeidsmiljø innen pleie og omsorg. De har derfor kvalifiserte søkere til utlyste stillinger. I 2013 startet de et prosjekt på sykehjemmet for å få ned et høyt sykefravær. Ved hjelp av prosjektmidler økte de grunnbemanningen med litt over ett årsverk, og tilbøy alle om ønsket det, å øke sine stillinger. Alle sykepleiere fikk på hver sine ukedager fristilt hele sin vakt for å utføre spesifikke sykepleieoppgaver og fagutvikling basert på tildelte ansvarsområder. Disse vaktene ble høyt verdsatt. Sykefraværet gikk ned fra 12-13% til 4-6% og medførte en kostnadsreduksjon som finansierte den økte grunnbemanningen. Ved naturlig avgang får fast ansatte tilbud om å øke stillinger i tråd med eget ønske, uten at det innebærer økt vaktbelastning på helg. Alle sykepleiere tilbys 100% stilling. Kompetanse og kontinuitet gir kvalitet. Kommunen har ikke prøvd langvakter. De får heller ikke studenter i praksis fra sykepleieutdanningen, årsaken er perifer geografisk beliggenhet. Kommunen kartlegger sitt kompetansebehov og endringsønsker i forhold til stillingsstørrelser hvert 2.-3. år. "Dette er en liten og oversiktlig kommune", sier enhetsleder Ann Mari Grønli. Hun kan fortelle om flere tiltak som trekker ungdommene til kommunen. Helgevakter dekkes opp av studenter på årskontrakter. Studentene får fortrinnsrett til faste stillinger om de ønsker å jobbe i kommunen etter endt utdanning og fortrinnsrett for utvidelse av stilling ved ledighet. De sørger også for å ha lærlinger, de er en viktig ressurs både for rekruttering og for å få ungdommene til å bli i kommunen. Resultatene av dette er at ungdommene som har vært sommervikarer og hatt helgestillinger, kommer hjem. Kommunen har et godt omdømme for sitt arbeidsmiljø og for sin fagutvikling. Noen av midlene de har til kompetanseheving velger de å bruke på å kjøpe E-læringskurs som er åpne for alle. Alle ansatte blir pålagt enkelte prioriterte kurs hvert år, samt tilgang til alle valgfrie kurs. Kommunen hadde som mål at 40% av ansatte skulle ha høgskoleutdanning, resultatet pr i dag er 36% og sykefraværet er fortsatt lavt. Nå jobber de med de samme tiltakene for hjemmetjenesten.

**Kontakt:** [ann.mari.gronli@holtalen.kommune.no](mailto:ann.mari.gronli@holtalen.kommune.no)

<sup>21</sup> <https://uit.no/nyheter/artikkel>

<sup>22</sup> Strategisk kompetansestyring. L. Lai. 2012, Fagbokforlaget

Bruk av deltidsstillinger er svært utbredt i kommunene og særlig innenfor helse- og omsorgstjenestene. Å utnytte kompetanseressursen eller å mobilisere denne kompetansen kan være et viktig tiltak for kommunene som har behov for mer kompetanse.

## 6. Fylkesmannens rolle og dialogmøtene som arena

Over 80% av kommunene vi spurte mener at dialogmøtene er en hensiktsmessig arena for kommunikasjon med Fylkesmannen. Vedlagte figur viser fordelingen av de 42 svarene.



Figur 3: I hvilken grad er dialogmøtene i hensiktsmessig arena for kommunikasjon med Fylkesmannen?

Flere kommuner nevner dialogmøtene som en god og nyttig arena også i referatene. Kommunene ønsker å "bli sett" av Fylkesmannen. Det er en arena for kommunikasjon og nettverk både i kommunen, mellom kommuner og mellom kommunene og Fylkesmannen. Dette var også den muntlige tilbakemeldingen i flere av dialogmøtene.

For kommunene er Fylkesmannen en viktig samarbeidspartner for kompetanseheving, rådgivning og veiledning. I forhold til kompetanseheving kan det se ut som det er store forventninger. Kommunene ønsker helt spesifikt bistand fra Fylkesmannen til å få på plass en desentralisert deltidsutdanning, først og fremst innen sykepleie, men også vernepleie. De ønsker at Fylkesmannen skal gå i dialog med utdanningsinstitusjonene om dette. Det generelt et stort behov for kompetanseheving og rekruttering og mange kommuner har forventninger om at Fylkesmannen skal bidra til dette på mange nivåer og arenaer. Det er ønske om fagdager med tema som tvang og makt og juridiske problemstillinger, for eksempel samtykkekompetanse. Det er ønske om veiledning og kompetanseheving på tall, statistikk og økonomi. Mange opplever det utfordrende å registrere og rapportere og ønsker hjelp til å forstå hvordan det kan gjøres bedre og å bruke dataene i sitt planleggingsarbeid.

Flere kommuner trekker frem tilsyn som årsak til eller i forbindelse med gode tiltak og opplæring. En kommune mener at tilsyn i kombinasjon med veiledning er å foretrekke. Juridisk og faglig veiledning i ønskes i enkeltsaker, gjerne med en personlig kontakt hos Fylkesmannen.

Flere kommer også med ønske om at Fylkesmannen kan bli bedre på enkelte ting. Særlig når det gjelder søknad om tilskudd er det flere som mener det å skrive søknad er for komplisert. "Søknadsskjema og rapporteringsskjema er for omstendelige og til hinder for å søke midler", er det en kommune som skriver. Det er også fokus på når på året søknader innvilges. Tiltaksmidlene til kompetanseheving kommer for sent til å komme i gang. Tilskuddene ønskes så tidlig som mulig på året. Det ønskes også raskere saksbehandling og mindre byråkrati. Noen opplever også at de ikke får entydige svar fra Fylkesmannen og at dette gjør at regelverket oppleves som "ullent".

Det fremkommer relativt mange andre og ulike behov for hjelp fra Fylkesmannen, her er mange av dem listet opp:

- Hjelp til å skaffe psykolog
- Hjelp til å utvikle/fasilitere helhetlige pasientforløp
- Hjelp til å få oversikt/fremstille riktig og oversiktlig datagrunnlag
- Bidra med tallanalyse og statistikkforståelse
- Hjelp til digitalisering
- Hjelp til byggeløsninger som fremmer brukervennlighet
- Ha oversikt over kommunenes kompetanse/lage kompetansebank som alle kan dra nytte av
- Streaming av fagdager
- Bidra med nettverk for deling av kompetanse og erfaring
- Koble kommunene opp mot forskningsmiljøer
- Informasjon og opplæring til folkevalgte
- Prosesshjelp til kommune 3.0 med mål ressurssterke og aktive samfunnsborgere
- Ha gode rutiner ved vold mot ansatte og når ansatte utøver vold mot en pasient.
- At Fylkesmannen påvirke oppover i systemet. Definisjoner i KOSTRA og utvidet økonomisk støtte (blant annet til ressurskrevende brukere som passerer 67 år) er systemforhold som kommunene ønsker endringer i.

## 7. Drøfting

I denne siste delen av rapporten følger en kort drøfting, der RO gjør seg noen refleksjoner over utfordringene både for kommunene og Fylkesmannen. Det er verdt å minne om at informasjonen vi har fra kommunene må brukes med forsiktighet i forhold til å trekke bastante konklusjoner. Vi tar forbehold om at vi ikke sitter med hele bildet og sannheten, men et samlet inntrykk av situasjonen for kommunene i Trøndelag, basert på dokumentasjonen etter dialogmøtene.

Står kommunene seg i forhold til nasjonale føringer og satsninger? Hva er utfordringene

og hvilke tiltak kan tenkes å være de viktigste for utviklingen?

Kravene til kommunene og den kommunale helsetjenesten spesielt, er store. Vi vet hvilke demografiske utfordringer mange står overfor i årene som kommer, der aldersbæreevnen er synkende og tilgangen på kompetanse blir mindre.

Har kommunene sett og forstått betydningen og innholdet i budskapet som nasjonale meldinger og handlingsplaner har? Forebygging og tidlig innsats er ment å gi mindre belastning på helsevesenet på lang sikt. RO's i inntrykk er at oppmerksomheten er relativt liten i kommunene på områder som vold i nære relasjoner i den eldre befolkningen, eller rus. Tiltak som tidlig innsats og forebygging er det antagelig lite av. Hva kan forklaringen på dette være? Det er ikke urimelig å anta at manglende kunnskap er en viktig forklaring. Hvor skal kommunene få eller hente denne kunnskapen fra? Her er Fylkesmannen en viktig aktør, men heller ikke tilstrekkelig alene. De nasjonale kompetansemiljøene må antagelig på banen i større grad enn tidligere. Sammen med regjeringens opptrappingsplaner følger det også med finansiering. Den har blant annet resultert i et nasjonalt kompetanseutviklingsprosjekt.

Vi trekker frem et nasjonalt kompetanseutviklingsprosjekt ledet av KoRus Midt og RVTS Midt, som et godt eksempel i denne rapporten. Denne type kompetansemoduler er kanskje nettopp det som trengs. Det kan hende at faren i dette prosjektet er at det blir større fokus på implementeringen i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten og at omfanget og behovet i kommunene er undervurdert. Både tidsperspektiv og metode for implementering vil være avgjørende for om dette er nyttig for kommunene.



Det pågår nå et **nasjonalt kompetanseutviklingsprosjekt** for å utvikle og implementere kunnskapsmoduler om rus og vold som vi finner verdt trekke frem. Prosjektet er ledet av KoRus Midt og RVTS Midt. Det er et samarbeidsprosjekt om kunnskapsutvikling og implementering av kompetanse, først i spesialisthelsetjenesten og senere i primærhelsetjenesten. Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021) og Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020) er forankrings- og styringsgrunnlag. Prosjektet er statlig finansiert. Det skal være stor grad av brukererfaring og brukermedvirkning i prosjektet. Kunnskapsmoduler skal etter planen implementeres i primærhelsetjenesten høsten 2020. Mer informasjon om prosjektet finnes på <https://stolav.no/korus/storprosjekt-innen-rus-og-vold>

Å avdekke rusproblemer blant eldre har vist seg problematisk, særlig for hjemme-tjenestene. Det kan være oppfatningene om at det å drikke alkohol hjemme er en privatsak. De fleste kan godt drikke et par glass i uka uten at noen ser grunn til å sette i verk tiltak eller ta det opp. Det er relativt vanlig og noen ganger også oppmuntret til, å kose seg. På enkelte sykehjem i Norge arrangeres for eksempel barkvelder. Det er en kommune som skriver i referatet at de mangler etiske retningslinjer i forhold til alkohol på sykehjem. Det kan altså være at myndighetens oppfatning av alvorlighetsgraden i problematikken er større enn det som er den allmenne oppfatning fra helsearbeidere i kommune-Norge. Vi sitter igjen med et inntrykk av at kunnskapen om alkoholbruk hos eldre og de helse- og

samfunnsmessige konsekvensene dette har ikke er høy nok, og derfor heller ikke har så stort fokus i kommunene. Vi faller derfor igjen tilbake på at kompetanse er forutsetningen for at kommunene skal kunne følge opp nasjonale handlingsplaner.

Vold i nære relasjoner har mest sannsynlig et betydelig omfang og oppfattes å være et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Omfanget og konsekvensene burde tilsa at dette er et område som bør vies stor oppmerksomhet i kommunene. Dette gjenfinner vi ikke i dokumentasjonen vi har fått gjennom dialogmøtene, verken når de beskriver hva de jobber godt med eller hvilke utfordringer de og hvordan disse skal løses. Kommunenes egenervaluering tilsier likevel at det er noen gode tiltak i kommunene. Det kan være at dette er et større problem i mellomstore og store kommuner enn i småkommuner som er mer "gjennomsiktige" og derfor ikke kommer så høyt på dagsorden. 30 kommuner i Trøndelag har under 5000 innbyggere. Oppmerksomheten på at dette også er et problem for den eldre befolkningen har vært liten i samfunnet generelt. Det er vanskelig å fastslå omfanget av vold i nære relasjoner og vi kan gå ut fra at det er store mørketall. Resultatene fra en nasjonal forekomststudie som ble avsluttet i 2017, antyder at det er et sted mellom 56 500 og 76 000 hjemmeboende personer som har vært utsatt for vold eller overgrep etter fylte 65 år.<sup>23</sup> Studien finner at voldsutsatte eldre i liten grad kontakter hjelpeapparatet. Dette er altså et **usynlig samfunnsproblem** og dette gjenspeiles også i kommunenes prioriteringer og oppmerksomhet.

Det har de siste årene vært oppmerksomhet i nasjonale medier rundt bruk av tvang. Tilsyn i forhold til lovverk har vært gjennomført nasjonalt. Kommunene er opptatt av og ønsker å være innenfor lovens rammer. Prosedyrer og fagseminarer om loven er tiltak som virker å være vanlige i mange kommuner.

---

<sup>23</sup> *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie.* NKVTS (Rapport 9/2017).



Hva som kreves av vurderinger i hverdagsdilemmaene den enkelte helsearbeider står i, er likevel den egentlige utfordringen. Når er et tiltak tvang? Når kan en dør låses? Når kommer vi på kant med personvernet? Hva er holdningene og kulturen i kommunen? Når skal vi melde avvik? Det er i de daglige situasjonene, på hver arbeidsplass, hos hver medarbeider at handlingsvalg tas. Er det nok å ha sett paragrafene på et lysark i personalmøtet eller kreves det mer for å omsette lovens intensjon i praksis? Tid til etiske refleksjoner og diskusjoner påvirker kanskje vel så mye valgene som tas i situasjonene, som kunnskapen om paragrafene. Flere kommuner forebygger bruk av tvang gjennom tiltak som reduserer aggresjon. Det er kanskje den aller beste medisinen, å unngå situasjonene. Men når situasjonene likevel oppstår, er den helhetlige, systematiske tilnærmingen og holdningen til tvang i organisasjonene antagelig like viktig som den enkeltes kompetanse. Det krever mye av kommunene og kommunens ledere.

Når vi ser på hovedutfordringsområdene som Fylkesmannen har løftet frem i dialogmøtene, er nok avstanden mellom nasjonale mål og kommunenes forutsetninger relativt stor. Situasjonen skal likevel ikke svartmales, det gjøres mye godt arbeid i kommunene. Fylkesmannen har og vil fortsatt ha en viktig rolle både som tilsyns- og fagmyndighet. Det er antagelig ikke tilstrekkelig. Andre, kompetansemiljøer, utdanningsinstitusjoner og utviklingssentre må også sterkere på banen for styrke den kommunale kompetansen.

Kvalitetsreformen for eldre, "Leve hele livet" løfter frem 5 innsatsområder og 25 løsningsforslag. Mange av disse har kommunene gode tiltak på, særlig innsatsområdet helsehjelp peker seg ut i beskrivelsene fra kommunene. Både hverdagsmestring og velferdsteknologi omtales hyppig sammen med at mange kommuner ønsker å dreie tjenesteprofil fra institusjon til mestring i eget hjem.

Det ikke noe tvil om at boligpolitikk og bygningsmasse er viktige forutsetninger. Er bygningsmassen god nok? Er det behov for renovering eller nybygg? Har kommunen nok omsorgsboliger med beliggenhet og standard som gir mulighet for heldøgns omsorg? Ombygging og nybygging er krevende prosesser for kommunene og de tar ofte lang tid. Dette understøttes når vi leser referatene. Det er mange som i nevner hvilke utfordringer og løsninger kommunen har eller skal få på boliger og kommunale institusjonsbygg i sammenheng med å ta i bruk omsorgstrappa. Kommunene må også vurdere fremtidig dimensjonering hvor dreining av tjenesteprofilen er et stort usikkerhetsmoment. Hva kan de klare? Kan sykehjemmet bli en spesialisert enhet med få rom? Hva betyr det for hjemmetjenesten? Hva forventer innbyggerne og ikke minst politikerne?

I mange kommuner er behovsanalyser- og vurderinger en krevende øvelse. Det er viktig at de har gode tall å bygge analysene på. Derfor er Fylkesmannens bidrag med ressursportalen<sup>24</sup> svært viktig. Dog vil ikke tallene derfra ha bedre kvalitet enn det kommunene selv registrerer. Et system som vanskeliggjør riktig registrering og utydelige definisjoner (som f.eks. forståelsen av heldøgns omsorgsbolig) gjør en slik analyse enda vanskeligere. Dette er systemproblematikk som er lik over hele landet. Det bør være en prioritert oppgave å gjøre systemforbedringene slik at kommunene kan registrere sine tall og data på en enkel og kvalitetsmessig god måte.

Innsatsområdet et aldersvennlig samfunn, er kanskje det som peker seg ut som minst konkret og minst i omfang i referatene. Et aldersvennlig samfunn er trygt, inkluderende og tilgjengelig for eldre. Det er kommune 3.0 vi snakker om da. Oslo og Trondheim er medlem av nettverk for aldersvennlige byer og samfunn. I referatene er det stort sett bare Trondheim som gir omtaler aldersvennlig samfunn direkte og da med ønske om hjelp og veiledning. Kan det være et uttrykk for at

---

<sup>24</sup> [www.ressursportal.no](http://www.ressursportal.no)

dette er et innsatsområde som egner seg best for store kommuner? At små kommuner ofte har mer enn nok med å gi gode og lovpålagte helsetjenester? I Stortingsmeldingen skrives det at det å skape et aldersvennlig samfunn må utvikles nedenfra gjennom lokale initiativ og med støtte og koordinering på nasjonalt nivå. Har kommunene nok kunnskap om hva som kreves? Regjeringen la i 2016 frem en strategi for et aldersvennlig samfunn. Tiltakene der involverer flere deler av samfunnslivet og kommunen enn helse- og omsorgstjenestene. Det kan også være en forklaring på at den skriftlige dokumentasjonen fra dialogmøtene er tynn og lite konkret. Fylkesmannen inviterte i all hovedsak ledere, ansatte, politikere og brukere fra området helse og omsorg til dialogmøtene. Når det er sagt er det viktig å understreke at kommunene ikke på noen måte er fraværende når det gjelder å legge til rette for aktivitet, både sosial og fysisk. Mange kommuner ønsker å påvirke innbyggerne slik at de blir bedre på å planlegge for egen alderdom og legge til rette for å kunne bo i egen bolig. Det vil være det nederste trinnet i omsorgstrappa for mange kommuner.

Et aldersvennlig samfunn er inkluderende og tilgjengelig og fremmer aktiv aldring. Dette er overordnet samfunnsansvar, og det forventes at helse- omsorgssektoren bidrar med å skape aldersvennlige sykehjem, botilbud og tjenester. Det må ikke forveksles med et demensvennlig samfunn, en kampanje i regi av Nasjonalforeningen for folkehelse. Formålet med kampanjen er å skape et mer demensvennlig samfunn, som med enkle tiltak ivaretar og integrerer personer med demens, og er i tråd med regjeringens «Demensplan 2020». Det er en del kommuner som sier at de er eller jobber med å bli et demensvennlig samfunn. Dette er tiltak for en avgrenset gruppe eldre, dog viktige tiltak i lokalsamfunnet for å gi kunnskap og skape forståelse, slik at det blir lettere for personer med demens å utføre vanlige hverdagsaktiviteter. Det er på sin plass å gratulere Oppdal kommune som nylig fikk prisen for årets kommune 2018, i kampanjen for et mer demensvennlig samfunn.

Det andre området det kan virke som kommunene har mye gjort på, er sammenhengende tjenester og pasientforløp. Selv om kommunen har avtaler og dialog med spesialisthelsetjenesten er ikke det noen garanti for gode forløp. Pasientforløp som henger sammen krever forbedring av arbeidsprosesser på detaljnivå. Læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av KS og Folkehelseinstituttet har så langt 8 nettverk i Norge, dessverre ingen i Trøndelag foreløpig. Tiltak for økt kontinuitet og alternative turnusordninger nevnes nesten ikke i referatene. Heller ikke integrerte tjenester, selv om noen kommuner sier at de er gode på eller ønsker å bli bedre på overganger mellom hjem og sykehjem. Utviklingssenteret i Verdal kan bistå kommunene i utviklingen av helhetlig pasientforløp og dette er kanskje noe som burde prioriteres både i forhold til tid og ressurser.

Det er mange kommuner som trekker frem frivilligheten. De har både gode og dårlige erfaringer med den. Det er også mange måter å organisere frivilligheten på og det er veldig ulikt hva slags rolle kommunene påtar seg opp mot det frivillige. Det hadde vært interessant å forstå mer om årsakene til dette. Det kan ha med antall innbyggere å gjøre selvsagt, men kan det ha noe med kultur, ildsjeler eller tilrettelegging å gjøre? Det kan se ut som at når kommunen påtar seg en aktiv koordinerende og tilretteleggende funksjon, at det fungerer bedre. Noen kommuner kombinerer Folkehelsekoordinator med koordinering av frivilligheten. Det er ikke sikkert at det er en god løsning med tanke på at Folkehelsekoordinator skal jobbe overordnet i med Folkehelse i kommunene.

Når det kommer til enkelttiltak og aktiviteter, er det her vi finner det gode arbeidet. I både små og større kommuner. Det kan være aktiviteter med generasjonsmøter, fysiske aktiviteter, ulike sosiale møteplasser eller aktiviteter tilpasset spesielle grupper. Dette er konkret, mange ganger prosjektbasert og springer ut fra ideer og initiativ fra ansatte og ledere. Aktivitetene er tilpasset i sin form til de forutsetningene kommunen har. Og det er

kanskje akkurat det som er suksessfaktoren? Den lokale forankringen og tilpasningen? Og aktivitetene er i tråd med kvalitetsreformen "Leve hele livet". Den beskriver også mange gode enkelttiltak for inspirasjon og oppmuntring til det samme. Det kunne godt være at man skulle forvente mer, at flere kommuner hadde flere aktiviteter, at aktivitetene var rettet enda mer mot forebygging og folkehelse. Men det viktigste er kanskje at hver av dem betyr i forskjell i hverdagen til brukerne. At "kaillkafeen" er det gode øyeblikket å se frem til og at julebaksten gjøres sammen, kakene skal ikke bare spises, de skal lages og det er den aktiviteten som gir glede og verdi. Slik at det er mulig å leve livet - hele livet.



*Bilde: Grappa fra Fylkesmannen i Trøndelag som gjennomførte 11 dialogmøter i fylket høsten 2018.  
Kilde: Fylkesmannen i Trøndelag*

## Referanser

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) Lov-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet. Kvalitetsreform for eldre*

NOU 2018: 2 *Fremtidige kompetansebehov I— Kunnskapsgrunnlaget*

Prop 12 S (2016-2017) *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)*

Prop. 15 S (2015-2016) *Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020*

Rapport fra Helsetilsynet 5/2013. *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem April 2013*

Rapport fra Helsetilsynet. *Status for samhandlingsreformen*. 2015. (IS-2483)

Rapport fra Helsedirektoratet. *Kompetanseløftet 2020, Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017 (IS-2560)*

Rapport fra Helsedirektoratet. *Kompetanse og personell i Helse- og omsorgstjenesten, Status 2015 for Kompetanseløftet 2020. (IS-2684)*

Første delrapport 2018. *Evaluering av kompetanseløft 2020. Sintef, NIBR, NIFU. Rapport nr. 2018:00595*

Rapport 9/2017 fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge* Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T., & Hjemdal, O. K.

Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – *Hva er vold i nære relasjoner*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2018

Omsorg 2020. *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet

Demensplan 2020. *Et mer demensvennlig samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.

*Et liv uten vold*. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017. Justis- og beredskapsdepartementet

Tidsskriftet.no Den norske legeforening. *Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning*. Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E., Førde, R. Utg. 18/2013

Tidsskrift for omsorgsforskning, 03/2018 (Vol. 4) *Omsorg på vranga* Malmedal, Wenche.

*Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004*. Horverak, Ø., Bye, E.K., Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.

*Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien?* Slagsvold, B. og Løset, G.K. NOVA 2014.

*Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*. Frydenlund, R. Kompetansesenter- rus, Oslo Kommune. 2011.

*Strategisk kompetansestyring*. Lai, L., 2. utg. Fagbokforlaget, Bergen. 2012

<https://stolav.no/korus/storprosjekt-innen-rus-og-vold>

<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientsikkerhet/god-kommunikasjon-viktig-ved-overforing-av-pasienter/>

<https://sykepleien.no/2018/04/nyutdannede-sykepleiere-vil-jobbe-pa-sykehus>

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/bedriftsunders%C3%B8kelsen>

[https://uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=607769](https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=607769)

<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018>

<https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

**Vedlegg** Oversikt over aktuelle nasjonale føringer/dokumenter

<a href="#">Omsorg 2020</a>	<a href="#">Demensplan 2020</a>	<a href="#">Kompetanseløft 2020</a>	<a href="#">Leve hele livet</a>
<p>Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 og følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Planen skal bidra til langsiktighet i arbeidet med å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og skal fungere som et viktig grunnlagsmateriale for kommunene i planlegging, utvikling og drift av helse- og omsorgssektoren</p>	<p>Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Planen skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose. Demensplan 2020 skal også bidra til å målrette de generelle virkemidlene i Omsorg 2020. Tiltakene kan sees i sammenheng med regjeringens Kompetanseløft 2020</p>	<p>Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Planen beskriver 6 strategier og tiltak for en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste. Planen er lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). K2020 er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelse-tjenestemeldingen), Omsorg 2020 Regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020 og Prop. 15S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet.</p>	<p>Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Leve hele livet handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene</p>
<p>Fylkesmennenes rolle er å veilede og følge opp kommunene</p>	<p>Fylkesmannen skal rapportere en samlet vurdering av hvorvidt det kommunale helse- og omsorgstilbudet i fylket utvikles i henhold til retning og målsettinger i Omsorgsplan 2020, herunder Demensplan 2020</p>	<p>Fylkesmennene har delegert ansvar for flere av tilskuddsordningene under Kompetanseløft 2020</p>	<p>Fylkesmannen skal bistå i forberedelsen av reformen Leve hele livet i 2018, bl.a. bistå i gjennomførings-konferanser, bistå/veilede kommunene i planlegging for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet og sette temaene i reformen på dagsorden i kommunal planlegging.</p>

<a href="#"><u>Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)</u></a>	<a href="#"><u>Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)</u></a>	<a href="#"><u>Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017 «Et liv uten vold»</u></a>
<p>Planen retter seg først og fremst mot tidlig og primær-forebyggende innsats. Opptappingsplanen for rusfeltet skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende.</p>	<p>Planen gir en oversikt over tiltak (både kortsiktige og langsiktige) og strategier for å bekjempe vold i nære relasjoner og vold og overgrep mot barn. Tiltakene omhandler blant annet forebygging og kompetanseheving. "Planen skal sikre en tverrfaglig bredde i tiltakene, god samordning og en langsiktig forpliktelse til økt finansiering og øremerkede midler." (fra vedtak 623 i Stortinget 2015)</p>	<p>Planen følger opp Meld. St. 15 (2012-2013) "Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve". Målet er at alle hjem skal være en arena for trygghet og omsorg – uten vold. Planen gir konkrete tiltak på områdene forebygging, kunnskap og kompetanse, hjelpe- og behandlingstilbud, straffeforfølgning og samarbeid og samordning.</p> <p>"Vold som finner sted innenfor omsorgssektoren mot eldre eller personer med nedsatt funksjonsevne fra en person den utsatte har et avhengighetsforhold til, har visse likhetstrekk med volden som finner sted i nære relasjoner. Tiltak på dette området faller imidlertid utenfor rammene for denne handlingsplanen og behandles blant annet i Meld. St. 45 (2012-2013) "Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming"." (s. 5)</p>

## Sammenfatning Leve Hele Livet (Meld. St. 15 (2017-2018))

INNSATSSOMRÅDE	<p><b>NASJ. PROG. FOR ET ALDERSVENNLIG NORGE</b>  <u>Mål:</u> Møte utfordringene med økende antall eldre.  <u>Middel:</u> Egeninnsats og partnerskap mellom offentlige myndigheter, arbeids- og næringsliv, private aktører, sivilsamfunn og forskning og utdanning.</p>	<p><b>AKTIVITET OG FELLESKAP</b>  <u>Mål:</u> Å ta vare på Eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene.  <u>Middel:</u> Skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap</p>	<p><b>MAT OG MÅLTIDER</b>  <u>Mål:</u> Skape gode måltider og redusere underernæring  <u>Middel:</u> Riktig mat til rett tid basert på behov, valgfrihet og systematisk ernæringsarbeid</p>	<p><b>HELSEHJELP</b>  <u>Mål:</u> Helse- og omsorgstjenestene skal i større grad ta utgangspunkt i de Eldres behov og la Eldre få være sjef i eget liv lengst mulig.  <u>Middel:</u> Forebygging, kartlegging, mestring og miljø</p>	<p><b>SAMMENHENG</b>  <u>Mål:</u> Gi eldre økt trygghet for forutsigbarhet gjennom pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem med færre ansatte å forholde seg til, samt å se og ivareta pårørende  <u>Middel:</u> Personsentrert tilnærming, fokus på overganger og primærkontakt (m.m)</p>
LØSNINGER	<p><b>PLANLEGG EGEN ALDERDOM</b>                      Utfordre befolkningen til selv i større grad å ta ansvar for å planlegge for egen alderdom. Tilrettelagt, sosialt og aktivt</p>	<p><b>GODE ØYEBLIKK</b>                      Eldre bør få tilbud om minst én time aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov</p>	<p><b>DET GODE MÅLTIDET</b>                      Et godt måltid skal bestå av næringsrik mat som ser god ut, lukter godt og smaker godt. Maten og måltidet må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov og serveres i en hyggelig ramme</p>	<p><b>HVERDAGSMESTRING</b>                      Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selv-hjulpne og klare seg selv i størst mulig grad. Hverdagsmestring er et virkemiddel for økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedret funksjonsevne og utsettelse av funksjonsfall. Velferdsteknologi er viktig på løsnings-siden</p>	<p><b>DEN ENKELTES BEHOV</b>                      En personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Individuell plan må utformes og jevnlig samtaler med bruker og pårørende er viktig. Spør: "Hva er viktig for deg?"</p>
	<p><b>ELDRESTYRT PLANLEGGING</b>                      Kommunene bør involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø og lokalsamfunn</p>	<p><b>TRO OG LIV</b>                      Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivarettatt</p>	<p><b>MÅLTIDSTIDER</b>                      Måltidene bør fordeles jevnt ut over dagen og kvelden og det bør ikke gå mer enn 11 timer mellom kvelds- og frokostmåltidet</p>	<p><b>PROAKTIVE TJENESTER</b>                      Tjenester som settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom har utviklet seg. Innebærer å oppsøke innbyggere som ikke oppsøker helsetjenestene selv og tilby tettere oppfølging. Kartlegging ved hjemmebesøk</p>	<p><b>AVLASTNING OG STØTTE TIL PÅRØRENDE</b>                      Pårørende må få støtte, avlastning og anerkjennelse gjennom fleksible kommunale avlastningstilbud, informasjon og dialog (bruke digitale verktøy) og pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til mestring og læring</p>
	<p><b>NASJONALT NETTVERK</b>                      Knytte seg til globale nettverk for aldersvennlige byer og kommuner</p>	<p><b>GENERASJONSMØTER</b>                      Å etablere møteplasser mellom unge og eldre i dagliglivet og om å organisere aktivitet og virksomhet på tvers av generasjonene</p>	<p><b>VALGFRIHET OG VARIASJON</b>                      Den enkelte må i størst mulig grad få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med</p>	<p><b>MÅLRETTEDE BRUK AV FYSISK TRENING</b>                      Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Gjærne organisert og i grupper</p>	<p><b>FÆRRE Å FORHOLDE SEG TIL, ØKT KONTINUITET</b>                      Organisering slik at beboere i sykehjem og eldre brukere i hjemmetjenesten får primærkontakt. Gir tydelighet i rolle og ansvar. Alle brukere i hjemmetjenesten bør være sikret at hjelpen kommer til avtalt tid. Kommuner oppfordres til å organiseres i funksjonsinndelte arbeidslag og å prøve ut alternative turnusordninger, som langturnus.</p>
	<p><b>PARTNERSKAP PÅ TVERS AV SEKTORER</b>                      Partnerskapsordning for institusjoner, organisasjonsliv, utdanning, forskning og næringsliv med sikte på å skape med aldersvennlige institusjoner og bedrifter</p>	<p><b>SAMFUNNSKONTAKT</b>                      Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å opprette en funksjon som samfunnskontakt, som kan være bindeledd og koordinator mellom nærmiljø, familie og pårørende, frivillige og andre i lokalsamfunnet</p>	<p><b>SYSTEMATISK ERNÆRINGSARBEID</b>                      Eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i sykehus, sykehjem og av hjemmesykepleie må kartlegges for ernæringsstatus. Det må vurderes risiko for feil- og underernæring og det skal utarbeides individuell ernæringsplan</p>	<p><b>MILJØBEHANDLING</b>                      Målet er å øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødige legemiddelbruk. Eksempelvis enkelttiltak eller miljøterapeutiske metoder, samt god fysiske og psykososiale rammebetingelser</p>	<p><b>MYKERE OVERGANG MELLOM EGET HJEM OG SYKEHJEM.</b>                      Gradvis overgang med mer avlastning, lengre vekslingsfelt og bedre overlappning ved flytting. Samordning av ressurser på tvers av hjemmetjeneste og sykehjem. Eventuelt statlig regelverk som er til hinder skal gjennomgås.</p>
	<p><b>SENIORRESSURSEN</b>                      Rekruttering og tilrettelegging til frivillig arbeid, formelt og uformelt, privat og offentlig.</p>	<p><b>SAMBRUK OG LOKALISERING</b>                      Sykehjem og omsorgsboliger bør bygges slik at de blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjoner og funksjoner</p>	<p><b>KJØKKEN OG KOMPETANSE LOKALT</b>                      Alle kommuner bør ha kjøkken og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor maten produseres. Tilskudd til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem fra 2020 utredes</p>	<p><b>SYSTEMATISK KARTLEGGING OG OPPFØLGING</b>                      Med formål om tidlig intervensjon bør helse- og omsorgstjenesten utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk kartlegging, observasjon og oppfølging. Omfatter fysisk helse og funksjon, ernæringsstatus, munn- og tannhelse, sanseapparat, psykisk helse og sosiale forhold</p>	<p><b>PLANLAGTE OVERGANGER MELLOM KOMMUNER OG SYKEHUS</b>                      Det bør legges til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskrivning i samråd med pasient og pårørende, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Læringsnettverk for gode pasientforløp forlenges til 2022.</p>



**Program for dialogmötene:**

0830- 0840 Velkommen til mötet- praktisk informasjon

0840-0930 Fylkesmannen presenterer statlige föringer som er retningsgivende for kommunenes arbeid.

Blant annet:

- Stortingsmelding: «Leve hele livet»
- Tvang og makt
- Vold i nære relasjoner

0930-1000 Eldre og rus

1000- 1015 Pause

1015-1110 Kunnskapsdata om kommunene

1110-1130 Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester presenterer sine satsninger og samarbeid med kommunene.

1130-1215 Lunsj

1215-1220 Introduksjon til gruppearbeid

1220- 1400 Kommunene jobber i grupper

1400- 1500 Kommunene presenterer sine gruppearbeid

1500-1515 Avslutning og hjemreise

**Gruppeoppgaver som blir presentert på dialogmöte:**

1. Hva jobber dere godt med i forhold til tjenestene til eldre? Hva har dere startet opp med?
2. Med bakgrunn i den kunnskap dere har om tjenestetilbudene i kommunen og de momenter som er trukket fram her i dag- hvilke utfordringer har dere og hvordan tenker dere å løse dette?
3. Hva ønsker dere bistand til fra Fylkesmannen?



## Kort spørreundersøkelse til kommunene i etterkant av dialogmøtet med Fylkesmannen i Trøndelag høsten 2018

Svarene fra denne undersøkelsen sendes alle kommuner og skal komplettere og utfylle referatene i rapporten og gi et oversiktsbilde over situasjonen for kommunene i Trøndelag.

**Vi ber kommunen gjøre en helhetlig vurdering av hvordan de lykkes på de enkelte innsatsområdene eldre og rus, vold i nære relasjoner og tvang og makt på en skala fra 1 til 5, der 5 er svært godt.**

\*Kommunenavn: \_\_\_\_\_

### 1. Gi en helhetlig vurdering av kommunens innsats innenfor området Eldre og rus.

1 = svært dårlig, 5 = svært godt

① ② ③ ④ ⑤

### 2. Gi en helhetlig vurdering av kommunens innsats innenfor området Vold i nære relasjoner

1 = svært dårlig, 5 = svært godt

① ② ③ ④ ⑤

### 3. Gi en helhetlig vurdering av kommunens innsats innenfor området Tvang og makt

1 = svært dårlig, 5 = svært godt

① ② ③ ④ ⑤

### 4. Hva mener kommunen er den viktigste faktoren for å lykkes på disse innsatsområdene?

Fritekst:

### 5. I hvilken grad er Dialogmøtene er hensiktsmessig arena for kommunikasjon med Fylkesmannen?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad