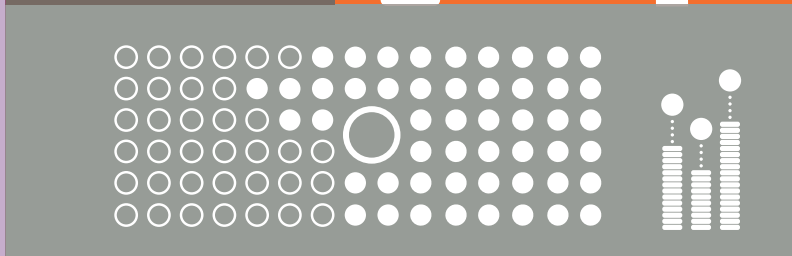
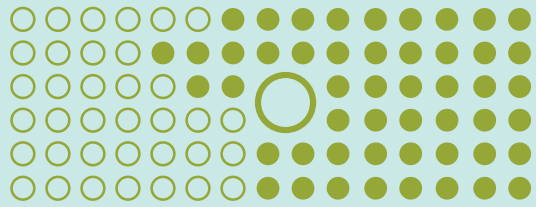


# OMSORG 2020

## Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

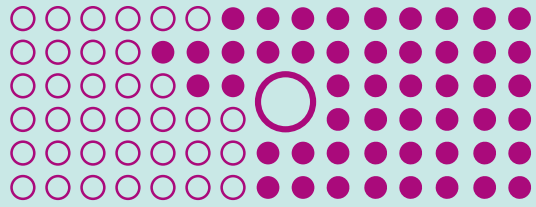
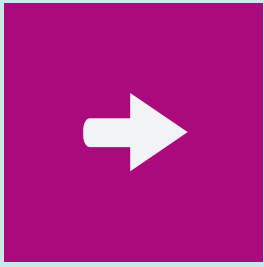






# Innhold

1	Innledning.....	5
2	Sammen med –.....	8
2.1	Brukere og pasienter – Mestring og mangfold.....	10
2.2	Pårørende – Støtte og synliggjøre.....	14
2.3	Frivillige, ideelle og næringslivet.....	16
3	En faglig sterk tjeneste.....	22
3.1	Forebygging, kultur og aktiv omsorg.....	25
3.2	Mestring og hverdagsrehabilitering.....	27
3.3	Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.....	29
3.4	Styrking av helsetjenestene.....	32
3.5	Kompetanseløft 2020.....	33
3.6	Ledelse.....	35
3.7	Utvikling gjennom kunnskap.....	36
4	Ny arkitektur og teknologi.....	40
4.1	Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger.....	41
4.2	Velferdsteknologi.....	44
5	Forenkling, fornying og forbedring gjennom innovasjon.....	48
5.1	Innovasjon.....	49
5.2	Forenkling.....	51
5.3	Innovativ planlegging.....	52
5.4	Bedre kvalitet.....	52
6	Budsjett 2015.....	56
6.1	Husbankens investeringsordning til sykehjem og omsorgsboliger.....	57
6.2	Kompetanse- og innovasjonstilskudd.....	58
6.3	Annet.....	58
	Avslutning.....	60





# Innledning

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103). Når Omsorgsplan 2015 slutføres, har arbeidet allerede startet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger for å møte dagens og framtidens utfordringer.

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg fikk bred politisk tilslutning ved Stortingets behandling i juni 2013, og regjeringen er innstilt på å gjennomføre de tiltak og planer som følger av Stortingets vedtak. Fra første stund har det imidlertid vært nødvendig å forsterke de økonomiske virkemidlene blant annet til kompetanseheving og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger, for å nå målene i omsorgsplanarbeidet.

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil regjeringen i meldingen fremme tiltak for å bedre den medisinske oppfølgingen i sykehjem og hjemmetjenester, og sikre en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene. Det vises til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet for nærmere omtale.

Det skal legges til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. Forenkling, fornyelse og forbedring av offentlig sektor er ett av regjeringens hovedsatsingsområder. En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer.

I møte med fremtidens omsorgsutfordringer vil regjeringen i tråd med allerede vedtatt politikk, oppfordre kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden i kommunalt plan- og utviklingsarbeid, og løfter frem fem hovedsatsingsområder:

## **SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE**

Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov, og får mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Pårørendes situasjon skal styrkes gjennom bedre tilbud om avlastning, støtte og faglig veiledning.

## **EN FAGLIG STERK HELSE- OG OMSORGSTJENESTE**

For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden er det behov for faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Faglig omstilling i tjenestene er blant annet knyttet til sterkere vektlegging av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal den medisinskfaglige oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere bedres. Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, organisering og ledelse skal i større grad settes på dagsorden for bedre planlegging og utvikling av en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste.

En styrket helse- og omsorgstjeneste krever et faglig og strategisk lederskap. Regjeringen vil derfor satse aktivt på lederutvikling, nettverksarbeid og på å skape gode vilkår for et innovativt og fremtidsrettet lederskap. Regjeringen vil legge vekt på at ledere i omsorgstjenesten har gode styringssignaler og verktøy for å følge opp den faglige kvaliteten og drive tjenesteutvikling.

## **MODERNE LOKALER OG BOFORMER**

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Det vil være brukere i alle aldersgrupper. Noen er inne til kort tids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Dette krever et mangfold av boformer. Moderne og godt utstyrte lokaler er også avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som vil arbeide i denne sektoren. Regjeringen satser derfor mange milliarder på utbygging av nye og modernisering av gamle sykehjem og omsorgsboliger.



## DEN NYE HJEMMETJENESTEN

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser. Dette er et resultat av en tredobling av antallet yngre brukere under 67 år. Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Det er fortsatt et stort gap mellom det tjenestetilbudet som gis i eget hjem og det som tilbys i institusjon, spesielt for de eldste aldersgruppene. Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere utbygging av hjemmetjenestene. De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan bidra til at de kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre. En sterkere hjemmetjeneste kan også forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats. Dette vil også gi grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten, den frivillige og familiebaserte omsorgen og spesialisthelsetjenesten.

## FORNYELSE OG INNOVASJON

For å bidra til gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden er det behov for å utforme nye løsninger ved å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, ta i bruk ny teknologi og nye faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid. Det er først og fremst i kommunene innovasjons- og fornyingsarbeidet må foregå. Regjeringen vil støtte kommunenes egen innovasjonsevne og muligheter gjennom forenkling av finansieringsordninger og ved å sikre dokumentasjon og spredning av nye løsninger.

### Formål med dokumentet

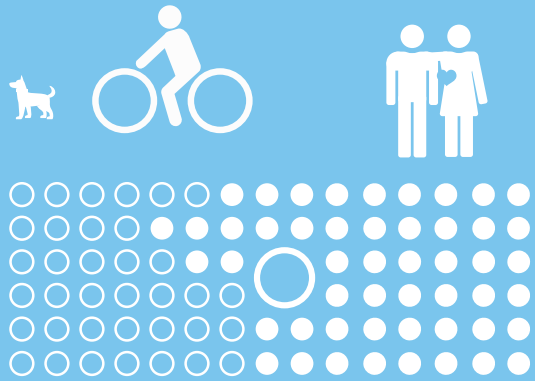
Formålet med dette dokumentet er å presentere denne regjeringens prioriterte satsinger på omsorgsfeltet sammen med konkrete tiltak som oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103) i et samlet dokument med praktiske opplysninger og oversikt over aktuelle samarbeidspartnere.

Dokumentet skal bidra til langsiktighet i vårt felles arbeid med å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, og fungere som et viktig grunnlagsmateriale for kommunene i planlegging, utvikling og drift av helse- og omsorgssektoren.

Sammen med den nye stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan, gir disse dokumentene et mer samlet bilde av regjeringens politikk for helse- og omsorgstjenesten.

2

Sammen med –







Morgendagens omsorg skal skapes og utvikles sammen med brukere, pasienter og pårørende og i et samspill med frivillige, ideelle og private aktører. Fundamentet skal være god kompetanse, godt lederskap og flerfaglig samarbeid. Tjenestene skal drives effektivt og innovativt tilpasset pasienter og brukeres behov, i kombinasjon med å være inspirerende og rekrutteringsattraktive fagmiljøer.

I dag er det to nesten like store aktører i omsorgssektoren målt i antall utførte årsverk: Familien og kommunen. Kommunene utfører over 130.000 årsverk, mens familie og pårørendes omsorgsarbeid anslås til om lag 100.000 årsverk. Utover dette står frivillige, ideelle og private for en mindre andel av tjenesteproduksjonen.

Fremtidens utfordringer vil kreve at flere aktører deltar i helse- og omsorgsarbeid. Samtidig blir det av avgjørende betydning at pårørende som påtar seg omfattende omsorgsoppgaver ikke i tillegg får store økonomiske og helsemessige belastninger, og at de får støtte og faglig veiledning fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

I et velferdssamfunn er det samlede omsorgstilbudet et offentlig ansvar som er nedfelt i helse- og omsorgslovgivningen. Det betyr ikke at alle oppgaver skal løses av kommunen som eneste tjenesteproducent. Kommunen er ikke bare en forvaltning, den er også et lokalsamfunn med familier, sosiale nettverk, organisasjoner, bedrifter og tiltak. For å skape et omsorgsfullt samfunn, er alle involvert i denne oppgaven. Nye innovative løsninger finner vi først og fremst i mellomrommene og samspillet mellom alle samfunnets ulike omsorgsaktører, og med gode fag- og kompetansemiljøer både offentlig og privat.

## EN BÆREKRAFTIG UTVIKLING

For å skape en bærekraftig utvikling for omsorgsfeltet, oppsummerer Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg hovedgrepene slik:

”

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

---

## 2.1 Brukere og pasienter – Mestring og mangfold

---

Omsorgssektoren dekker i dag hele livsløpet, og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. I de siste tiårene er tallet på brukere under 67 år nesten tredoblet og utgjør snart 40 pst. av de som mottar omsorgstjenester. Samtidig er tallet på brukere mellom 67–79 år redusert, mens tallet på brukere 80 år og over har holdt seg på om lag samme nivå, til tross for sterk vekst i de eldste eldres andel av befolkningen.

Mer enn noen gang trengs det derfor et mangfold av boformer, tjenestetilbud og faglige tilnærminger, der den enkeltes individuelle behov må være avgjørende.

Regjeringen ønsker å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får mulighet til å leve et aktivt og godt liv, til tross for sykdom, problemer og funksjonstap. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud, og deres behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene.

Sterkere brukerinvolvering kan skje på minst tre nivå:

- Individuelt i forhold til innflytelse over egen livssituasjon og tjenestetilbud
- På gruppenivå i forhold til å møte, dele erfaringer og stå sammen med andre i samme situasjon
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom pasient- og brukerrepresentasjon

Utover det som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovgivningen, har regjeringen iverksatt flere tiltak som mer direkte bidrar til å styrke pasientens stilling og innflytelse på disse tre nivå:

### **INDIVIDUELL VALGFRIHET OG INNFLYTELSE**

Den individuelle tilnærmingen innebærer tiltak som gir økt valgfrihet gjennom ordninger for fritt brukervalg og andre tiltak som øker tilgjengelighet og fleksibilitet, styrker informasjon og bedrer kommunikasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Tiltakene skal gi den enkelte mulighet til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, ta avgjørelser og påvirke behandlingsforløp, og selv ta sin del av ansvaret for å gjennomføre rehabiliterings- eller behandlingsopplegg. Kommunal- og moderniseringsdepartementets nye veileder om fritt brukervalg i kommunene skal stimulere til å gi brukerne større valgfrihet både når det gjelder valg av leverandør og tjenestenes form og innhold.

Implementering av velferdsteknologi, telemedisin og nye teknologiske løsninger for informasjon og kommunikasjon inngår også i dette.



## BOKS 2.1 FRITT BRUKERVALG

For å legge til rette for økt valgfrihet i det kommunale tjenestetilbudet, oppdaterer Kommunal- og moderniseringsdepartementet veilederen om friere brukervalg i kommunal tjenesteyting. Dagens veileder er fra 2004, og det er nødvendig å oppdatere med nyere kunnskap og nye erfaringer fra kommunene. Veilederen skal fungere som et verktøy for kommuner som ønsker å vurdere å innføre friere brukervalg i sine tjenester. Brukervalg kan omfatte både hvem som leverer tjenester, hva tjenestene består i - og når, hvor og hvordan de blir gitt.

*Kilde: regjeringen.no*

Mange brukere opplever at deres rettigheter til heldøgns omsorg er uklare. Det er derfor startet et arbeid med å se nærmere på dagens rettighetslovgivning knyttet til heldøgns omsorgstjenester. Det vises til regjeringens forslag om å lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns omsorgsplasser i Meld. St. nr 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

## GRUPPEMETODIKK OG LIKEMANNSARBEID

Mer omfattende bruk av gruppearbeid og gruppemethodikk i forebyggende arbeid, rehabilitering og behandling vil bringe brukere og pasienter sammen og invitere til likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og deling av kunnskap og erfaringer. Dette bidrar også til å styrke brukernes stemme ved at de opptrer sammen i møte med fagprofesjoner og offentlige tjenester.

Dette krever bredere kompetanse, tilrettelegging og sterkere tverrfaglig arbeid i helse- og omsorgstjenestene og utfordrer tradisjonelle holdninger til hvem som sitter med kunnskap og ekspertise.

Spesialisthelsetjenesten driver lærings- og mestringssentra (LMS) over hele landet som hviler på et samarbeid mellom brukere og fagfolk. Lærings- og mestringstilbudene har en pedagogisk arbeidsform som er basert på brukermedvirkning og empowerment med gruppearbeid og dialog som grunnleggende metode. Det handler om å mobilisere folks egne krefter og få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke folks selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter. Brukermedvirkning omfatter både planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbudet. Dette er metodikk som er overførbar til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Enkelte kommuner driver også eget lærings- og mestringssenter. Det er etablert to tilskuddsordninger som skal stimulere kommunene til å utvikle modeller for et mer integrert og tverrfaglig kommunalt oppfølgings- og behandlingstilbud til mennesker med kroniske lidelser.

## BOKS 2.2 KOMMUNALT LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTER

Tromsø kommune har etablert sitt eget Lærings- og mestringssenter som er tilknyttet rehabiliteringstjenesten og skal drive forebyggende og helsefremmende lavterskel aktiviteter gjennom gruppebasert opplæring. Formålet er at personer som har en kronisk, langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse og deres nærmeste skal tilegne seg kunnskaper for å kunne leve med situasjonen og mestre hverdagen. Hovedfokus er KOLS, kreft, overvekt, diabetes og psykisk helse. Senteret planlegger også mestingskurs for pårørende til hjerneslagrammede og en møteplass for barn og unge som pårørende.

Lærings- og mestringssenteret i Tromsø kommune tilbyr også selvhjelpsgrupper som en metode for økt egenmestring og bevisst endringsarbeid i forhold til eget liv. Slike grupper møtes regelmessig for å dele og bearbeide opplevelser, erfaringer, tanker og følelser og baseres på gjensidig fellesskap, tillit, respekt og taushetsplikt.

*Kilde: Se [www.tromso.kommune.no/lms](http://www.tromso.kommune.no/lms)*

*Se også Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) på [mestring.no](http://mestring.no)*

## FRA MEDVIRKNING TIL PASIENT- OG BRUKERSTYRING

På kommune- og samfunnsnivå vil både brukerrepresentasjon og brukerdeltakelse i planlegging, innovasjon og utvikling være viktige virkemidler.

De fleste innbyggere er i større eller mindre grad selv brukere eller har brukere av helse- og omsorgstjenesten i nær familie og sosialt nettverk. Mange folkevalgte både lokalt og sentralt har derfor erfaringer som pasienter, brukere og pårørende. I tillegg er brukerne i de fleste kommuner representert gjennom kommunale elderåd og råd for personer med funksjonsnedsettelse. Enkelte kommuner har også “ungdomsråd” og andre måter å organisere brukerrepresentasjon på i kommuner, bydeler og lokalmiljø som kan ha betydning for helse- og omsorgstjenesten. Disse bør også trekkes inn og være representert f.eks. i byggekomiteer og planarbeid. Mange pasient- og brukerorganisasjoner har også lokale lag og foreninger som det er naturlig å trekke inn i planlegging og utforming av tjenestetilbud, og spille sammen med i frivillig arbeid.

Regjeringen ønsker å gå lenger enn dette. På ulike måter skal fagfolk og brukere inviteres til sammen å skape og utforme fremtidens helse- og omsorgstjenester. I arbeidet med den nye Demensplan 2020, har regjeringen helt fra starten involvert personer som selv har demens og deres pårørende i utformingen av tiltak for å skape et mer demensvennlig samfunn. Det tas sikte på en bred høring før fremleggelse av den nye demensplanen høsten 2015.

Brukestyrte ordninger og brukereide virksomheter og tiltak får etter hvert større plass ved siden av ideelle og private aktører som leverandører av helse- og omsorgstjenester etter nærmere avtale med kommunene.



Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

På denne bakgrunn styrkes de frie inntektene til kommunene med 300 mill. kroner til oppfølging av rettighetsfestingen i 2015. Oppfølgingen av rettighetsfestingen må ses i sammenheng med andre tiltak, herunder nytt rundskriv, kompetansetilskudd, samt utarbeiding av opplæringsmateriell og kurs. Departementet vil sørge for en følgeevaluering av rettighetsforslaget.

Helse- og omsorgsdepartementet vil innføre flere kvalitetsindikatorer i omsorgstjenesten. Det skal legges vekt på å vurdere hvordan bruker- og pårørendeerfaringer kan inkluderes i dette arbeidet. Flere og mer relevante kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgssektoren skal bidra til åpenhet om tjenestene for brukere, pårørende og samfunnet ellers, styrke det lokale læringsarbeidet og gi styringsinformasjon for ledere. Det vises til nærmere omtale av dette arbeidet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

### BOKS 2.3 DEMENSPLAN 2020 - BRUKER SOM RESSURS

Regjeringens felles mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Det krever at brukernes egendefinerte behov står i fokus ved utvikling av tjenestene og at det legges opp til prosesser som sikrer reell brukermedvirkning. I arbeidet med utvikling av Demensplan 2020 er det arrangert en rekke regionale dialogmøter for personer med demens, pårørende, frivillige og fagfolk. Dialogen med personer med demens og pårørende skal, sammen med erfaringer fra dagens plan og ny kunnskap, gi grunnlag for demensplanens utfordringer og tiltak. En av hovedsakene som ble løftet fram på dialogmøtene er behovet for involvering av personer med demens og deres pårørende i beslutninger som angår dem.

“Vi har masse ressurser, unntatt hukommelse” (sitat: person med demens)

“Tenk hvor mye glede vi kunne ha skapt hvis vi kunne utnytte ressursene våre” (sitat: person med demens)

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet.no

**Regjeringen vil** at pasienter og brukere skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud, og at deres behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene. Det vil vi gjøre gjennom å:

- Foreslå å lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns omsorgsplasser i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Involvere personer som selv har en demens i utformingen av Demensplan 2020.
- Følge opp rettighetsfestingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), bla. gjennom evaluering av rettigheten og et nytt rundskriv.
- Innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren, bla. basert på bruker- og pårørendeerfaringer.

---

## 2.2 Pårørende – Støtte og synliggjøre

---

Brukernes familie og sosiale nettverk er de viktigste omsorgsaktørene ved siden av kommunen, og utfører fortsatt nesten like mange årsverk som de kommunale tjenestene. Det er ingen selvfølge at dette vil vare i tiårene som kommer. Snarere taler både endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosettingsstruktur for at familiens omsorgsevne kan bli svekket. Dette er en av de mest krevende utfordringene vi står overfor på omsorgsfeltet.

### **PROGRAM FOR EN AKTIV OG FRAMTIDSRETTET PÅRØRENDEPOLITIKK**

Det vedtatte programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk skal gjennomføres i perioden fram mot 2020. Programmet har som ambisjon å opprettholde familieomsorgen på dagens nivå. I tråd med anbefalinger i Hagen-utvalgets og Kaasa-utvalgets utredninger vil regjeringen utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og som legger økt likestilling og mer fleksibilitet til grunn. Programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk har som mål å:

- synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- legge til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer

Det handler om å støtte pårørende og styrke samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende gjennom:

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

Pårørende som tar vare på sine nærmeste, gjør en avgjørende innsats og fortjener å bli møtt av et offentlig tjenesteapparat som arbeider sammen med dem og avlaster dem. Regjeringen vil reformere ordningene med omsorgslønn og pleiepenger for foreldre med syke og funksjonshemmede barn som oppfølging av Kaasa-utvalgets innstilling.

Som oppfølging av programmet har Helse- og omsorgsdepartementet initiert tiltak for å utvikle fleksible avlastningsordninger og tiltak for å gi opplæring og veiledning til pårørende. Videre



har Helsedirektoratet, som oppfølging både av pårørendeprogrammet og regjeringens målsetting om å reformere ordningen med omsorgslønn, igangsatt en kunnskapsinnhenting og et utviklingsarbeid.

For å bedre hverdagen for mennesker med behov for assistanse og deres pårørende, la regjeringen frem forslag til rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), som ble vedtatt av Stortinget 17. juni 2014. Foreldre til barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne og stort behov for assistanse vil sammen med barnet kunne velge å organisere tjenestene som brukerstyrt personlig assistanse. Avlastning til foreldrene telles med når man vurderer om det foreligger stort behov.

## **GI PÅRØRENDE INNFLYTELSE**

Regjeringens mål er å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. I denne visjonen har også pårørende i de fleste tilfeller en viktig plass. Pårørende har ofte erfaring og kompetanse fra kontakten med helse- og omsorgstjenesten gjennom lang tid, og kan være talspersoner for brukere som trenger hjelp til å ivareta sine interesser og behov. Bruk av deres erfaringer og innsikt må settes i system og inngå både i planlegging, utvikling og drift av dagens og fremtidens tjenester.

Kommunene må aktivt sørge for at beboere på sykehjem og i omsorgsboliger, samt brukere av hjemmetjenester og dagtilbud får økt innflytelse, og at det skjer i samarbeid med de pårørende. Den enkeltes innsats bør være gjenstand for en helt annen oppmerksomhet og anerkjennelse fra kommunale myndigheters side. Avtaler som gjøres med pårørende og frivillige bør nedfelles i saksutredninger og i individuelle planer, både for å samordne innsatsen med det offentlige tjenesteapparatet og vurdere tiltak overfor pårørende i form av opplæring, veiledning og avlastning. Forutsetningen er imidlertid at deres deltakelse er i tråd med brukerens egne ønsker og interesser.

Helse- og omsorgsdepartementet vil se nærmere på behovet for arenaer eller møteplasser hvor pasienter, brukere og pårørende kan ta opp saker av felles interesse. Som en del av pårørendeprogrammet, har departementet derfor bedt Helsedirektoratet samle kunnskap og erfaringer fra modeller som allerede er etablert og komme med konkrete forslag til virkemidler for å få til gode løsninger. Målet er å legge bedre til rette for at pårørende får være aktive endringsagenter til beste for sine nærmeste og for kvalitetsutvikling i tjenestene. Det vises til omtale av dette arbeidet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.



## FAMILIEN OG DE NÆRMESTE SOM RESSURS

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

**Regjeringen vil** at pårørende som tar vare på sine nærmeste skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem og avlaster dem. Det skal vi gjøre gjennom å:

- Gjennomføre det vedtatte programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2020.
- Reformere ordningene med omsorgslønn og pleiepenger for foreldre med syke og funksjonshemmede barn som oppfølging av Kaasa-utvalgets innstilling.
- Se nærmere på behovet for arenaer eller møteplasser hvor pasienter, brukere og pårørende kan ta opp saker av felles interesse.

---

## 2.3 Frivillige, ideelle og næringslivet

---

### FRIVILLIGE

En demokratisk og allsidig frivillig sektor er sentralt for et velfungerende og godt lokalsamfunn. Frivilligheten skal være friere fra politisk styring, enn det den har vært de siste årene. Regjeringen vil legge mindre føringer på tilskudd og overføringer til frivillig sektor. Frivillige lag og organisasjoner skal selv styre retning og utvikling i sitt arbeid.

Kulturdepartementet har et overordnet koordinerende ansvar for statens forhold til frivillig sektor. Det betyr blant annet at Kulturdepartementet har ansvaret for de brede rammevilkårene for frivillig sektor. Det er utviklet en intensjonserklæring for samspillet med frivillig sektor.





Samtidig er det et sektoransvar for frivillighet. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for tilskudd og dialog med frivillige organisasjoner som samarbeider med helse- og omsorgstjenestene.

Om lag halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år, men under 10 % av det "ubetalte" frivillige arbeidet i Norge skjer innenfor omsorgssektoren. Det er et behov for økt frivillig innsats på helse- og omsorgsfeltet og det er gode muligheter til å engasjere i frivillig omsorgsarbeid. Organisering, veiledning og motivasjon er viktig for å rekruttere og beholde frivillige. Frivilligheten er i endring, og det er viktig at vi klarer å nå nye potensielle frivillige.

Systematisk nettverksarbeid kan bidra til å rekruttere og beholde frivillige og kartlegge og koble brukerens nettverksressurser. Det er videre viktig å utvikle arenaer for frivillighet og videreutvikle samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. Erfaringer viser at frivillig arbeid blant eldre utløses av aktivitet ved lokale eldresentra, eller systematisk arbeid for å invitere frivillige og pårørende inn i sykehjem og dagtilbud.

## BOKS 2.4 NETTVERKSARBEID PÅ SYKEHJEM

Ammerudhjemmet Bo- og kultursenter er et sykehjem drevet av Kirkens Bymisjon. De har alltid vært opptatte av å skape et åpent hjem for frivillige, pårørende og naboer. De siste årene har de satt det i system, og gjort metodene de bruker tilgjengelig for andre gjennom veilederen "Nettverksarbeid i sykehjem".

*Kilde: bymisjon.no*

## NASJONAL STRATEGI FOR FRIVILLIG ARBEID PÅ HELSE- OG OMSORGSFELTET

Det er etablert et samarbeid med KS og Frivillighet Norge for å utvikle en strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal legge til rette for et systematisk og godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor og bidra til å øke frivillig arbeid og redusere ensomhet. Sentrale områder i strategien vil være rekruttering og oppfølging av frivillige og nye frivillighetsformer, samspill og samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen, organisering og koordinering av frivillig innsats og rammebetingelser som stimulerer til utvikling og innovasjon.

Det er allerede iverksatt flere tiltak for å legge til rette for økt frivillig innsats i omsorgssektoren:

## **AKTIVITET VED ELDRESENTRA**

Det er etablert et tilskudd til aktivitet ved eldresentra, som skal bidra til å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning, og skape aktivitet og sosialt fellesskap. Tilskuddet skal gi rom for å skape møteplasser for seniorer og eldre, enten gjennom egne tilbud til gruppen eller ved å legge til rette for møteplasser på tvers av generasjonene.

## **FRIVILLIGHETSKOORDINATORER**

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige, gis det støtte til opplæring av koordinatorene for frivillig arbeid gjennom Verdighetscenteret i Bergen. Målgruppene er fagpersonell ved sykehjem, frivillig sektor og helse- og omsorgssektoren.

## **KUNNSKAP OG FORSKNING**

Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om frivillig sektor. Forskningsprogrammet om sivilsamfunn og frivillig sektor i regi av Kulturdepartementet, er et viktig virkemiddel i denne sammenheng. I programperioden 2014–2020 legges det særlig vekt på behovet for ny kunnskap om relasjoner og samspill mellom sivilsamfunn, frivillige organisasjoner og andre samfunnssektorer og om hvordan dagens samfunnsengasjement tar nye former. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet.

## **MØTEPLASS FOR FOLKEHELSE**

I samarbeid med Frivillighet Norge har departementet opprettet møteplass for folkehelse. Intensjonen er å avholde to møteplasser årlig. Noen sentrale temaer vil være hvilke helsefremmende effekter organisasjonene har og hvordan organisasjonene kan samarbeide med hverandre og det offentlige for å hente ut dette potensialet.



## IDEELLE ORGANISASJONER

Samspillet med ideell sektor er viktig i utviklingen av velferdsstaten. Regjeringen vil legge til rette for større private og frivillige initiativ for å sikre tjenester med høy kvalitet, mer valgfrihet og større mangfold i tilbudet. Ideelle organisasjoner har ofte vært pionerer, som har vist vei for det som senere er blitt naturlige oppgaver for velferdssamfunnet. Dette er fortsatt den viktigste rollen de ideelle organisasjonene kan ha som tjenesteprodusent: Å ta fatt i områder der velferdssamfunnet er lite utviklet, å være et kritisk korrektiv til offentlig virksomhet, å gå nye veier, drive nybrottsarbeid og utvikle nye behandlingsmetoder.

EØS-regelverket legger enkelte rammer for hvordan offentlige myndigheter kan kjøpe tjenester av ideelle. EUs reviderte direktiver om offentlige anskaffelser innfører nye regler for anskaffelser av helse- og sosialtjenester. De nye reglene tillater ikke å reservere konkurranser bare for ideelle leverandører. Et offentlig utvalg har i NOU 2014:14 "Enklere regler – bedre anskaffelser" lagt fram forslag regjeringen vil se nærmere på, blant annet med hensyn til direktivets konsekvenser for offentlige anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Handlingsrommet skal utnyttes i størst mulig grad der dette er relevant for å sikre brukere og pasienter gode og stabile tjenester. Regjeringen arbeider også med en tiltaksplan for å bedre rammevilkårene for ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester.

Regjeringen har videre innledet dialog med sikte på å styrke den eksisterende samarbeidsavtalen med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester. Det er ønskelig å gjennomføre jevnlig dialogmøter med ideell sektor for å utveksle erfaringer og opplysninger, og for å legge til rette for videreutvikling og fornyelse av helse- og sosialsektoren.

## NÆRINGSLIVET

Regjeringen har som mål at Norge skal være blant Europas mest innovative land. For å få lagt et bredere grunnlag for verdiskaping, skal satsingen på næringsrettet forskning og innovasjon styrkes.

Offentlig sektor kan spille en viktig rolle som pådriver for innovasjon. Stor innkjøpsmakt betyr at stat og kommuner aktivt kan benytte sine bestillerroller til å legge grunnlaget for innovasjon i mange næringer og i grenseflaten mellom offentlig og privat sektor. Sektoren har i tillegg en rolle som bidragsyter til mangfold og innovasjon gjennom å legge til rette for grundervirksomhet. Ved å samarbeide om å utvikle tjenester og produkter kan offentlige og private aktører skape nye løsninger til det beste for brukerne. Et aktivt næringsliv som deltar i utformingen av løsningene på kommunenes utviklingsbehov kan bidra til bedre, tryggere og mer effektive tjenester, og gi positive ringvirkninger i næringslivet.

Det skal legges til rette for en politikk som utvikler nye tilbud i grenseflaten mellom omsorgstjenesten og næringslivet og som utvikler helse- og omsorgstjenester som kan ha interesse også på et eksportrettet marked. Næringslivet besitter en spisskompetanse på innovasjon som omsorgssektoren vil ha stor nytte av i årene som kommer. Her er innovasjon i større grad satt i system og er en integrert del av bedriftenes virksomhet. Det er nødvendig for å øke konkurransekraften, gjennom å skape bedre produkter og tjenester og utvikle mer tilpasningsdyktige bedrifter.

I samhandling med ulike næringer kan omsorgstjenestene finne nye svar på utfordringer og utvikle løsninger som i større grad treffer brukernes behov. Flere av omsorgstjenestenes oppgaver kan løses på andre arenaer og av andre aktører enn det offentlige selv. Et godt eksempel på utvikling og utprøving av nye arenaer er landbrukets tilbud om velferdstjenester med gården som arena, *Inn på tunet*. Regjeringen vil peke på mulighetene som ligger i å utvide INN-ordningen til andre næringer, arbeidsplasser og virksomheter som kan gi spennende omgivelser og miljø for dagtilbud tilrettelagt for aktivitet, læring og mestring.

Sammenlignet med andre land har de nordiske land utviklet offentlige omsorgstjenester på et høyt nivå basert på mange tiårs faglig erfaring. En vellykket satsing på innovasjon i omsorgstjenesten vil kunne bidra til å skape etterspørsel i andre land som står overfor beslektede utfordringer. Norge har allerede kompetansemiljøer og bedrifter som har gode forutsetninger for å utvikle konkurransekraft i større markeder.



### FLERE AKTØRER

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

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

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

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

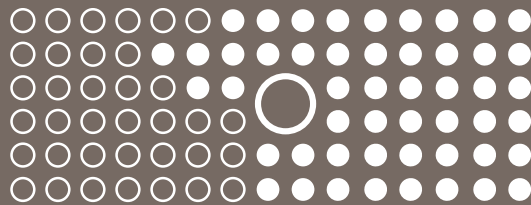


**Regjeringen vil** ta i bruk alle gode krefter for å sikre brukere og pasienter tjenester av god kvalitet, mer valgfrihet og større mangfold i tilbudet. Det skal vi gjøre gjennom å:

- Utvikle en strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet i samarbeid med KS og Frivillighet Norge.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget om frivillig sektor gjennom forskningsprogrammet om sivilsamfunn og frivillig sektor i regi av Kulturdepartementet.
- Bedre rammevilkårene for ideelle leverandører av helse- og sosialtjenester.
- Legge til rette for en politikk som utvikler nye tilbud i samarbeid mellom omsorgstjenesten og næringslivet.

3

## En faglig sterk tjeneste





For å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning, skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid.

Den faglige omleggingen er knyttet til rehabilitering, aktivisering, egenmestring og veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal det blant annet legges til rette for å videreutvikle kompetanse på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming og bedre den medisinske og pleiefaglige oppfølgingen og koordinering av tjenestene til brukere i sykehjem og hjemmetjenesten.

Regjeringen skal utvikle en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling, Kompetanseløft 2020. Planen skal bidra til utvikling av en faglig sterk tjeneste og til å sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning og flere med universitets- og høgskoleutdanning og klinisk kompetanse. Planen skal bygge videre på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. Det planlegges fremleggelse av Kompetanseløft 2020 i forbindelse med budsjettet for 2016. Det vises til forslag i Meld. St. nr 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelse-tjeneste – nærhet og helhet, om å utvide kompetanseløftet fra å omhandle omsorgstjenesten til å omhandle hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### BOKS 3.1 VIRTUELL AVDELING I EIDSBERG

Eidsberg kommune prøver ut "en virtuell avdeling" som følger opp pasienter når de utskrives fra sykehus direkte til eget hjem. Den virtuelle avdelingen består av et kompetanseteam med lege og fysioterapeut og ledes av sykepleier med tilleggsutdanning innen avansert geriatrisk sykepleie. Den skal være et nødvendig bindeledd i oppfølging av den utskrevne multisyke eldre pasienten. Pilotprosjektet følgeforskes, og kommunen planlegger nå et hovedprosjekt.

Hjemmetjenesten i Eidsberg ble tildelt status som Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold i 2009, og har derfor et særlig ansvar for fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling både i egen kommune og ovenfor andre kommuner.

*Kilde: eidsberg.kommune.no*

Ledelse er av avgjørende betydning for utvikling av gode tjenester. Skal helse- og omsorgstjenesten ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke og utvikle lederrollen, både for de administrative lederne og den faglige ledelsen. For å bidra til økt ledelseskompetanse, skal satsingen på lederopplæring for ansatte i helse- og omsorgssektoren videreføres og styrkes. Det skal også utredes innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren. Videre vil regjeringen ta i bruk lov og forskriftsregulering av kompetansekrav i kommunen for å sørge for tilstrekkelig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Det vises til nærmere omtale av dette i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Det er et stort behov for å utvikle og implementere ny kunnskap i omsorgssektoren. For å bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling i omsorgstjenestene, er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og fem sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler og universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene skal videreutvikles for å møte fremtidens behov for forskning, innovasjon og utvikling i sektoren. For å styrke kunnskapsgrunnlaget i tjenestene, skal satsingen på omsorgsforskning videreføres.

I tillegg til utviklingssentrene er det etablert en rekke nasjonale og regionale kompetansemiljø, f. eks. Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede og regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål. Det pågår en samlet gjennomgang av de regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten knyttet til samfunnsoppdrag, organisering og finansiering. Departementet vil komme nærmere tilbake til organiseringen av kunnskaps- og kompetansesentrene i løpet av 2015.

Et kunnskapsløft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en av fem hovedprioriteringer i den første nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien som er laget for helse og omsorgsfeltet, HelseOmsorg21. HelseOmsorg21 påpeker at helseforskningsinnsatsen i liten grad er rettet inn mot kommunene og at ressursinnsatsen ikke står i forhold til kommunenes store utfordringer. Forslagene skal følges opp gjennom en handlingsplan som konkretiserer regjeringens oppfølging av de prioriterte områdene i HelseOmsorg21-strategien.



### FAGLIG OMSTILLING

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg





---

## 3.1 Forebygging, kultur og aktiv omsorg

---

En framtidsrettet og god helse- og omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk, og gi økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov.

### **FOREBYGGING**

En av hovedutfordringene i fremtidens helse -og omsorgstjeneste er å oppnå mer forebygging av sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer. Å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer inngår i kommunenes sørge-for ansvar. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Forebygging skjer på ulike måter og i ulikt omfang i tjenestene. Det handler både om å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer og å forebygge forverring hos personer med etablert sykdom og tjenestebehov. Dette kan oppnås ved en mer aktiv tilnærming til personer eller grupper som er i risikozonen for å utvikle sykdom eller redusere sitt funksjonsnivå, eller som allerede har redusert funksjonsevne. God opplæring, veiledning og støtte av brukere er i tillegg viktig for å unngå forverring og kunne mestre livet med sykdom.

For å veilede kommunene i forebyggende og helsefremmende tiltak for eldre, skal det utvikles nytt veiledningssmateriell. Materialet skal gi anbefalinger om modeller for forebyggende hjemmebesøk og andre tiltak for å stimulere kommunene og lokalsamfunnet til å etablere virkningsfulle forebyggende- og helsefremmende tilbud til sine eldre innbyggere. Det vises til nærmere omtale av dette i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

### **DAGAKTIVITETSTILBUD**

Dagaktivitetstilbud er ofte omtalt som et manglende mellomledd i helse- og omsorgstjenesten. For å bygge ut dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens ble det i 2012 etablert en øremerket tilskuddsordning. Det er hittil etablert om lag 2400 dagaktivitetsplasser. Regjeringen vil øke dag- og aktivitetstilbudet, og det er i budsjettet for 2015 lagt til rette for vel 1000 nye plasser. Dagaktivitetstilbud gir meningsfulle dager og gode opplevelser for den enkelte, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

## KULTUR, AKTIVITET OG OMSORG

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

Det er de senere årene utviklet mye kunnskap om effekter av systematisk og integrert bruk av musikk og andre kulturuttrykk i behandling og daglige aktiviteter i omsorgstjenestene. For å utvikle og spre miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer er det opprettet et nasjonalt kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg tilknyttet Levanger kommune i samarbeid med fag- og forskningsmiljøer.

Det er videre gjennom Prop. 1 S (2014–2015), Jf. Innst. 11 S (2014–2015) bevilget midler til videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene.

I samsvar med satsingen på Aktiv omsorg har Den kulturelle spaserstokken vært finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Kulturdepartementet i fellesskap. Gjennom budsjettavtalen for 2015 mellom Kristelig folkeparti, Venstre, Høyre og Fremskrittspartiet er det bevilget 30,8 mill. kroner for videreføring av Den kulturelle spaserstokken. Fra 2014 er det fylkeskommunen som fordeler tilskudd til kommunene fra Den kulturelle spaserstokken.

### BOKS 3.2 MUSIKK KAN HJELPE VED DEMENS

Miljøtiltak skal være primærbehandling i fremtidens sykehjem, men er per i dag lite definert og dokumentert. En doktorgradsavhandling undersøker hvordan musikk kan utvikles som miljøtiltak. Funnene fra studiene i avhandlingen viser at:

- Musikk kan hjelpe mot uro ved demens.
- Musikken må tilpasses den enkeltes behov.
- Musikk kan øke velvære og mestring, særlig via økt vitalitet, glede og indre ro.
- Riktig bruk av musikk kan gi en modell for gode miljøtiltak, og hjelpe ansatte til å forstå beboernes behov bedre, særlig ved langtkommet demens med språkløshet.
- Riktig bruk av musikk krever systematikk – tilfeldig bruk av musikk kan fungere som støy, og forverrer demenssymptomer.
- Individualisert musikk og omsorgssang kan innføres på sykehjem og integreres i vanlige behandlingsopplegg, uten store ekstrakostnader.

*Kilde: Myskja, Audun (2011) Integrated music in nursing homes – An approach to dementia care.*



### BOKS 3.3 MILJØTILTAK I STEDET FOR MEDISINER

Sykehjemsetaten i Oslo kommune står bak et omfattende legemiddelprosjekt ved sykehjemmene i Oslo i perioden 2011 til 2014. Det førte til at sykehjemspasientene fikk et bedre liv med økt overskudd og bedre livskvalitet.

Sykehjemmene reduserte bl a bruken av sovemidler, antidepressiva, vanndrivende legemidler og blodfortynnende midler, men de tok i bruk mer smertestillende. Samtidig ble alternative miljøtiltak satt i verk.

Prosjektet har vært tredelt:

Fagmiljøet har jobbet systematisk med en gjennomgang av legemidlene pasientene får. Sykepleiere og leger ved sykehjemmene har fått kurs for å bedre sin medisinkompetanse. Sykehjemmene har innført miljøtiltak av ulik karakter med flere sosiale sammenkomster, kulturtiltak og fysisk aktivitet.

*Kilde: oslo.kommune.no*

”

#### AKTIV OMSORG

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

---

## 3.2 Mestring og hverdagsrehabilitering

---

Ett av hovedmålene for denne regjeringen er å legge til rette for at mennesker kan leve meningsfulle liv selv om de har alvorlige sykdommer og lidelser. Brukernes egne erfaringer og ønsker er utgangspunktet for å skape et godt liv og for å utvikle gode tjenester. Regjeringen vil legge til rette for egenmestring, og ønsker å spille på lag med alle gode krefter både i helse- og omsorgstjenestene og gjennom organisasjoners likemannsarbeid. Det er et mål å styrke brukerens muligheter for opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering og egenmestring være en naturlig og integrert del av all innsats i helse- og omsorgssektoren. Hverdagsrehabilitering kan være et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og en aktiv alderdom. En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir helse- og omsorgstjenesten flere verktøy å arbeide

med. For kommunene kan hverdagsrehabilitering bli viktig for utvikling av nye forebyggende tjenester. Erfaring viser at tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensialet og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsnivået og reduserer hjelpebehovet. Regjeringen vil derfor bidra til utvikling og spredning av hverdagsrehabilitering i norske kommuner.

## BOKS 3.4 BOKS 3.3 HVERDAGSREHABILITERING

### HVERDAGSREHABILITERING I NORGE FEBRUAR 2015

102 kommuner gjør praktisk erfaring  
Mange kommuner planlegger oppstart



Kilde: [hverdagsrehabilitering.no](http://hverdagsrehabilitering.no)



Videre skal det utarbeides en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen skal bidra til å bedre rehabiliteringstilbudet i helse- og omsorgstjenestene, med hovedvekt på de kommunale tjenestene.

Regjeringen vil også styrke innsatsen på rusfeltet gjennom en ny opptrappingsplan som skal bidra til kapasitet og kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer. Planen skal ha et langsiktig og helhetlig perspektiv, men tiltaksdelen skal spisses mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusmiddelproblem. Forebyggende og rehabiliterende tjenester vil derfor omfattes av planen. Regjeringen tar sikte på å fremme opptrappingsplanen for Stortinget i løpet av 2015.



### MESTRE HVERDAGEN

Det er et mål både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for mestre å hverdagen. Derfor må habilitering og rehabilitering være en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne.

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

---

## 3.3 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

---

Målet med all behandling og omsorg er best mulig livskvalitet for brukerne og deres pårørende. Ved livets slutt er ofte god pleie og omsorg det viktigste. Da handler det om å bli møtt med respekt, og om lindring av smerte og ivaretagelse av psykiske, sosiale og åndelige behov.

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

Nesten halvparten (48,5 pst.) av alle dødsfall skjer i kommunale sykehjem og institusjoner, mens bare 14,5 % skjer hjemme, 32,5 pst. skjer i sykehus og spesialisthelsetjeneste og 5,5 pst. skjer andre steder (2012). Utviklingen de siste tiårene går både fra spesialisthelsetjeneste til sykehjem – og fra eget hjem til sykehjem. For 20 år siden (1992) var det under 30 pst. av alle dødsfall som skjedde i kommunale sykehjem og institusjoner (SSB Statistikkbanken).

### BOKS 3.5 "VED Å SETTE PASIENTEN I SENTRUM HAR VI ENDRET MÅTEN VI TENKER OG JOBBER PÅ."

Askøy kommune har satset på kreftomsorg og lindrende behandling og har satt fokus på tverrfaglig samarbeid mellom omsorgstjeneste, fastleger, fysio-/ergoterapitjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også med nye instanser, som skole og barnehage.

Ved å møte kreftpasienter og pårørende i en tidlig fase og tilrettelegge ut fra deres behov er antall sykehusinnleggelses og sykehjemsinnleggelses gått ned. Av 55 kreftammede som døde i prosjektperioden, avsluttet 45 % livet i hjemmet. Antall innleggelses i sykehjem og sykehus er redusert. Personalet har lang erfaring og er trygge i møte med pasienter med alvorlig sykdom. Det er satset planmessig på kompetanseoppbygging og lokalt informasjonsarbeid.

På lindrende enhet som drives interkommunalt er det ukentlig previsitt med lege fra palliativt team ved universitetssykehuset, der pasientens fastlege blir invitert til å delta. Kommunen har egen "Handlingsplan for Kreftomsorg og lindrende behandling 2012–2016".

Se <http://www.askoy.kommune.no/>

Regjeringen er opptatt av at uhelbredelig syke og døende skal oppleve livets slutfase så trygg og meningsfull som mulig, og vil styrke kompetansen og tilbudet innen palliasjon. Å ha hjemmetid og få dø i eget hjem kan forsterke tilhørighet til og samarbeid med familien og lokalsamfunnet, gi bedre forutsetninger for å beholde region enn på et sykehus og bidra til at døden ikke bare blir noe som profesjonene skal ta seg av.

For å kunne ivareta pasienter og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene.

Det er iverksatt en rekke tiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som skal bidra til dette. Gjennom tilskudd til kompetansehevede tiltak innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er det etablert prosjekter for å styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling generelt og kompetansen på lindrende behandling for barn spesielt. Det skal også utvikles et opplæringsprogram for ansatte i omsorgstjenesten som skal gi grunnleggende kompetanse i lindrende behandling.



### BOKS 3.6 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNER OG SYKEHUS I TELEMARK

Det ambulante teamet ved det palliative senteret på Sykehuset Telemark, Skien har pasientkonsultasjoner med pasienter som har behov for lindrende behandling i hele fylket. Teamet møter pasient og pårørende sammen med det lokale personalet i pasientens hjem eller på sykehjem for å drøfte utfordringer og gi veiledning og undervisning.

I tillegg drifter nettverkskoordinator ved palliativ enhet et kompetansenettverk av 120 ressursykepleiere fra sykehus, hjemmetjenester og sykehjem i kommunene. Det er inngått samarbeidsavtale mellom sykehuset og alle 18 kommuner i Telemark.

Det er laget en kompetanseplan for systematisk opplæring av fagpersonell som står nærmest pasienten både gjennom nettverkssamlinger og månedlig videoundervisning.

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

Omsorg for døende barn er en av de mest krevende oppgavene i helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for kunnskap og kompetanse på dette området. Denne regjeringen har derfor bevilget midler til frivillige organisasjoner som jobber med lindrende behandling overfor barn og unge. Gjennom budsjettavtalen for 2015 mellom Kristelig folkeparti, Venstre, Høyre og Fremskrittspartiet er det bevilget ytterligere midler til dette formålet blant annet til videreutdannings-tilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell. I tillegg har Verdighetssenteret i Bergen fått midler for å tilrettelegge for kursvirksomhet innen palliasjon og lindrende behandling.

Det skal utarbeides diagnoseuavhengig nasjonal faglig retningslinje om lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov, som skal ferdigstilles våren 2015. Retningslinjene skal blant annet angi hvordan lindrende behandling kan gis på best mulig måte til barn med livsbegrensende sykdommer og hvordan man bør organisere lindrende behandling for barn i helse- og omsorgstjenestene, og sikre et godt samarbeid mellom tjenestenivåene.

Det er flere år siden det sist ble foretatt en samlet gjennomgang av palliasjonsområdet. For å få et oppdatert kunnskapsgrunnlag for å vurdere, planlegge og iverksette tiltak og virkemidler som sikrer god behandling og omsorg for døende mennesker, har Helsedirektoratet utviklet en fagrapport på dette området. Helse og omsorgsdepartementet vil følge opp palliasjonsfeltet på en helhetlig måte, gjennom særlige tiltak og generelle virkemidler i helse- og omsorgstjenesten. Det vises til omtale av palliasjonsfeltet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

---

## 3.4 Styrking av helsetjenestene

---

Som følge av en rekke reformer, har de kommunale helse- og omsorgstjenestene fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Sykehjemsreformen, ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplan for psykisk helse, demensplan og nevroplan mv. har bidratt til at ansvar og oppgaver er blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, uten at den medisinske kompetansen i tilstrekkelig grad har blitt tilsvarende bygget opp.

Omsorgssektoren dekker nå hele livsløpet, og tallet på brukere under 67 år utgjør snart 40 pst. av hjemmetjenestenes brukere. Dette har bidratt til en mer mangfoldig og sammensatt brukergruppe, ofte med omfattende og langvarige behov, som krever både høyere og mer tverrfaglig kompetanse. Ikke minst etterlyses det tettere samarbeid med den kommunale helsetjenesten og bedre oppfølging fra spesialisthelsetjenestene, spesielt innenfor områdene geriatri, nevrologi, psykisk helse, kognitiv svikt, habilitering/rehabilitering og sosialmedisin.

Samhandlingsreformen vil forsterke dette bildet i årene som kommer. Det samme gjør den faglige omleggingen av tjenestene, med sterkere vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, sosialt nettverksarbeid og lindrende behandling. Denne utviklingen vil kreve forsterket samhandling innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, fysikalsk behandling, rehabilitering og medisinsk diagnostikk, behandling og oppfølging.

I meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste, er den medisinske oppfølgingen av brukerne i tjenestene og bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike del-tjenestene i kommunene vesentlige temaer. Meldingen vektlegger tiltak for å arbeide mer teambasert og utvikle nye arbeidsformer og metoder. Ansatte må arbeide mer forebyggende, tilby oppfølging, gi opplæring som bidrar til mestring og lage behandlingsplaner i samråd med brukerne. Videre skal den kliniske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene styrkes. Det vises til nærmere omtale i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.





”

### SVAKHETER I MEDISINSK OPPFØLGING

Tidligere undersøkelser viser at det er svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenesten. Dette gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene. Det har de senere årene vært en positiv utvikling i legedekningen i sykehjem, som kan bety at forutsetningene for å gi nødvendig og forsvarlig medisinsk hjelp er bedret. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til den helsefaglige oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere.

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

---

## 3.5 Kompetanseløft 2020

---

Tjenestene står overfor store personell- og kompetansemessige utfordringer. Om lag 25 pst. av årsverkene i brukerrettede omsorgstjenester består av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Fremskrivninger av tilbud og etterspørsel i arbeidsmarkedet viser samtidig at det vil være en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere de kommende år. På lengre sikt viser fremskrivninger i tillegg at det i takt med et økende antall eldre vil være et betydelig behov for å øke antall årsverk i omsorgssektoren etter 2020.

For å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det også behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået, blant annet gjennom å øke andelen personell med høyskoleutdanning, skape større faglig bredde, flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Videre er det behov for å styrke tjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsutvikling.

### HANDLINGSPLAN FOR REKRUTTERING, KOMPETANSE OG FAGUTVIKLING

Regjeringen har i Prop. 1 S (2014–2015) varslet at det skal utarbeides en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Planen skal bidra til utvikling av en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Planen skal bygge videre på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015. Planen skal ses i sammenheng med stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, samt oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien. Planen planlegges fremlagt i forbindelse med budsjettet for 2016. Det er i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet foreslått at Kompetanseløft 2020 skal omfatte hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Planen følger opp den langsiktige strategien som er lagt til grunn i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, om å utnytte den demografisk sett stabile perioden de nærmeste ti år til å heve utdanningsnivået i omsorgssektoren. Slik vil kommunene stå kompetansemessig rustet før den raske behovsveksten setter inn for alvor.

Gjennom aktiv rekruttering, tilstrekkelig utdanningskapasitet og opplæring, kan andelen ansatte uten fagutdanning reduseres. Regjeringen har allerede styrket satsingen på kompetanseheving til ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning gjennom å øke tilskuddet til grunn-, videre- og etterutdanning. Formålet med tilskuddet er å øke rekrutteringen til sektoren, stabilisere personellsituasjonen og styrke kompetansen i tjenestene blant annet innen demens, geriatri, psykisk helse og rusomsorg.

I oppfølgingen av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg er det blant annet bevilget midler til styrking av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, til kompetanseheving innenfor velferdsteknologi, og til et nasjonalt prosjekt om økt rekruttering av menn til omsorgssektoren.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har som formål å være pådrivere for økt kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene, gjennom å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving. Det er i dag utviklingssentra i alle fylker, som både skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter.

Det er under utvikling et opplæringsprogram for ansatte som gir tjenester til personer med utviklingshemning. Kompetanseheving innen velferdsteknologi er nærmere omtalt under kap. 4.2.

Det er behov for å motivere og rekruttere ansatte til omsorgssektoren. Menn representerer muligens den største ubenyttede ressursen i omsorgstjenestene. For å bidra til økt rekruttering av menn er det etablert et nasjonalt prosjekt basert på erfaringer fra prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune. Gjennom et samarbeid mellom kommuner og NAV lokalt, står menn nå i kø for å prøve ut helse- og omsorgstjenesten som framtidig arbeidsplass og levevei.

Som del av arbeidet for å styrke kompetansen og kvaliteten i tjenestene, skal det også utredes innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren. Videre skal innføring av kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester utredes. Det vises til nærmere omtale i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.



## FAGLIG OMSTILLING OG BREDERE KOMPETANSE

For å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste med god kvalitet i framtida er det nødvendig med faglig omstilling i omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal det legges til rette for å videreutvikle kompetansen på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

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

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

---

## 3.6 Ledelse

---

Helse- og omsorgstjenester er viktige velferdsordninger for befolkningen. De som er ledere i disse tjenestene har fått et samfunnsoppdrag med å forvalte og lede tjenestene slik at samfunnets mål med tjenestene i størst mulig grad nås. Å være leder i helse- og omsorgssektoren er både spennende og utfordrende. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgnkontinuerlig virksomhet hele uka hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene forventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser. Sett i forhold til størrelse og kompleksitet, er det få ledere i denne sektoren.

God ledelse på alle nivå er avgjørende for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Lederansvar forutsetter formelle muligheter og virkemidler til å utøve ledelse, og at ledelsen har kunnskap om disse. Tilsynserfaringer tyder på at styring og ledelse ikke alltid ivaretas på en god nok måte. Mange kommuner kan dokumentere at de arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god ledelse og styring. Skal tjenestene ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke lederskapet, øke ledertettheten og utvikle lederrollene i tjenestene.

## KOMPETANSETILTAK

For å styrke ledelseskompetansen i tjenestene er det som del av Kompetanseløftet 2015 etablert en lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Utdanningen kan bestilles av en eller flere samarbeidende kommuner for virksomhetsledere innen helse og omsorg, og kan skreddersys etter behov. Opplæringen består av samlinger og arbeid mellom samlingene. Det er så langt 100 deltakende kommuner. Helsedirektoratet vurderer lederutdanningen som vellykket. Skreddersøm og at det er kommunen, ikke enkeltpersoner, som er utgangspunkt for opplæringen gjør den unik. Kommuner som har deltatt med flere personer på tvers av tjenesteområder rapporterer om bedre samhandling og at kompetanseheving kommer alle deler av tjenestene til gode.

I oppfølgingen av avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS, er det også igangsatt et arbeid med å utvikle en ny lederopplæring for ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og fylkeskommuner. I oppdraget er det blant annet påpekt at det kunne være relevant å se hen til rektorutdanningen i regi av KD og Utdanningsdirektoratet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har mange av de samme ledelsesutfordringene som spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor kunne være nyttig å dele erfaringer og kunnskap innen ledelse på tvers av ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Det vises til omtale og forslag i Meld St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

---

### 3.7 Utvikling gjennom kunnskap

---

Helse- og omsorgssektoren har behov for et styrket kunnskapsgrunnlag. Det er behov for kunnskap både om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, ledelse og styring av tjenestene, effekter av arbeidsformer og faglige tilnærminger, samt samspill med brukere og andre omsorgsressurser. Det er også behov for kunnskap om status og utvikling av den frivillige og uformelle omsorgen.

Et kunnskapsløft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en av fem hovedprioriteringer i den første nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien som er laget for helse- og omsorgsfeltet, HelseOmsorg21. HelseOmsorg21 påpeker at helseforskningsinnsatsen i liten grad er rettet inn mot kommunene, og at ressursinnsatsen ikke står i forhold til kommunenes store utfordringer. Videre påpekes det at datagrunnlaget for forskning er mangelfullt. HelseOmsorg21 peker på behovet for at kommunesektoren har sterke og tilgjengelige forsknings- og innovasjonsmiljøer å samarbeide med, tiltak for å sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøene når en kritisk masse, at det utvikles gode og målrettede forskningsnettverk innenfor de ulike fagområdene, og at det er tydelige arenaer for implementering, forsøk og kunnskapsformidling. Det skal utarbeides en HO21 handlingsplan som konkretiserer regjeringens oppfølging av de prioriterte områdene i HelseOmsorg21-strategien. Forskning kan være et viktig virkemiddel for å endre



praksis og møte de langsiktige utfordringene tjenestene står overfor, bl.a. knyttet til nye brukergrupper og flere eldre. Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil bidra til å bedre kommunal planlegging, løfte omsorgstjenestens status og skape økt faglig interesse for sektoren. Regjeringen vil prioritere forskning på omsorg, og viderefører satsingen på omsorgsforskning gjennom Norges forskningsråd.

Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Kunnskapsbasert praksis er en syntese av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede.

Det er et stort behov for å spre og implementere ny kunnskap i helse- og omsorgssektoren. Ofte er det en lang vei fra forskning til planlegging og kunnskapsbasert praksis. Dette gjelder i stor grad implementering av nye arbeidsmetoder og utradisjonelle faglige tilnærminger. For å bidra til kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og fem sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler eller universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Forskningssentrene skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling på feltet og drive forskningsformidling og kompetanseheving overfor kommunene. Gjennom budsjettavtalen for 2015 mellom Kristelig folkeparti, Venstre, Høyre og Fremskrittspartiet er det bevilget prosjektstøtte til Senter for alders- og sykehjemsmedisin.

For å bidra til at forskningen er relevant og nyttig for tjenesten er det viktig at sluttbrukeren av forskningen involveres i planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekter. Brukermedvirkning i forskningen bidrar til at forskningen møter brukerens og pasientens behov, som gir bedre behandling og brukeropplevelse. Brukermedvirkning i forskning gir tillit, det tydeliggjør samfunnsansvaret hos forskeren og det tydeliggjør hvorfor investeringer i forskning er viktig.

### BOKS 3.7 FAGUTVIKLING AV OMSORGSTJENESTER I OSLO KOMMUNE

Sykehjemsetaten i Oslo har samlet utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenesten sammen med kommunens geriatrike ressurscenter. Dette har gitt mulighet for samordning av fagutvikling og undervisning. Sammenslåingen har også gitt en større mulighet for forskning på området. Gjennom tilrettelegging av praksisnær forskning framskaffes ny kunnskap, som kan bidra til å bedre tjenestene til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.

*Kilde: oslo.kommune.no*

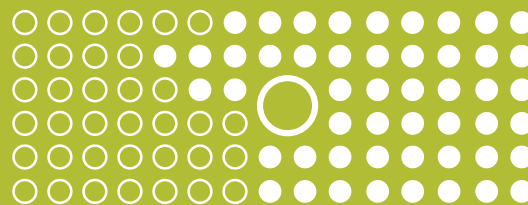
**Regjeringen vil** utvikle en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent ledelse og bemanning. En framtidrettet og god kommunal helse- og omsorgstjeneste må legge større vekt på rehabilitering og aktivisering, både sosialt og fysisk og gi økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov. Samtidig må den medisinske og kliniske oppfølgingen av brukere i sykehjem og hjemmetjenester bli bedre. Det skal vi gjøre gjennom å:

- Utarbeide et nytt Kompetanseløft 2020 som handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling.
- Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling generelt og kompetansen på lindrende behandling for barn spesielt.
- Videreutvikle satsingen på lederopplæring i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for et samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Utrede innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren.
- Innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Utvikle mer teambaserte arbeidsformer og metoder og styrke den kliniske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene jf Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Heve faglig nivå, skape større faglig bredde og styrke de kommunale tjenestenes eget kunnskapsgrunnlag i tråd med Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.
- Øke dag- og aktivitetstilbudet for personer med demens.
- Prioritere forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og videreføre satsingen på omsorgsforskning gjennom Norges forskningsråd.
- Utarbeide en handlingsplan som konkretiserer regjeringens oppfølging av de prioriterte områdene i HelseOmsorg21-strategien.



# 4

## Ny arkitektur og teknologi







For å styrke dagens tjenestetilbud og møte de omsorgsutfordringene samfunnet står overfor om noen år med moderne bygg og lokaler, har regjeringen forsterket Husbankens investerings-tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser. Dette er gjort både for å ruste opp, modernisere og skifte ut eldre institusjonsbygg og boliger til pleie- og omsorgsformål, og øke kapasiteten av slike bygg. Samtidig gjennomføres det et velferdsteknologiprogram med sikte på å styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet, enten en bor i egen bolig, omsorgsbolig eller sykehjem.

---

## 4.1 Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

---

Ved utgangen av 2014 bodde nesten 90.000 av omsorgstjenestenes 270.000 brukere i sykehjem eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper med svært ulike boligbehov. Noen er inne til kort tids avlastning eller rehabilitering, andre skal motta heldøgns omsorg over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke å ødelegge livet for andre. Andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være brukernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger. "Det nye sykehjemmet" ser derfor ikke lenger ut som et tradisjonelt sykehjem med store avdelinger og like rom i mange etasjer med lange korridorer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming.



## NYTT KONSEPT

Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner sykehjemsrommene å ligne fullverdige boliger, og på den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjonsløsninger når vi skal finne svar på framtidens utfordringer.

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

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

Botilbudene skal heller ikke bare fungere godt for beboerne, de skal også legges til rette for og gi plass til pårørende og gi et godt arbeidsmiljø for tjenesteutøverne i helse- og omsorgstjenesten.

Behovet for korttidsplasser til rehabilitering og avlastning er sterkt økende, og bør så langt som mulig skilles fra bo- og institusjonstilbud som er innrettet for lengre opphold.

Regjeringen skal på denne bakgrunn utrede en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for framtidens institusjons- og boligløsninger.



## BOKS 4.1 HUSBANKENS FORBILDEPROSJEKTER

### **Bofellesskap for sju i Trondheim**

Trondheim kommune har bygd et bofellesskap i Ranheimsveien for personer med heldøgns pleie- og omsorgsbehov som består av 7 leiligheter, fellesareal for beboerne samt en personaldel fordelt på to etasjer. Leilighetene har soverom, bad, entre og stue/kjøkken. Alle leiligheter har en egen oppholdsplass mot vest. Bofellesskapet ligger i et småhusområde i nærheten av nye Ranheim skole og idrettsanlegg og Ranheimsbukta. Prosjektet følger Trondheim kommunes retningslinjer om fortetting. Det er realisert gjennom utstrakt bruk av tre, og er Norges første offisielle passivhus etter godkjent standard.

### **To små bofellesskap i Andebu**

På stor tomt i Andebu sentrum ligger to bofellesskap med felles hage. Hvert bygg har felles spisekjøkken og stue sentralt plassert for sine 6 beboere. Private boenheter og fellesareal har alle terrasser. Hjelpemidler i «rullestolgarasje» og boder er lett tilgjengelig. De bygde omgivelser legger til rette for et trivelig og praktisk liv.

Dette er to av eksemplene Husbanken tar fram som forbildeprosjekt for omsorgsboliger og sykehjem.

*Kilde: <http://www.husbanken.no/forbildeprosjekter>*

## HUSBANKENS INVESTERINGSORDNING

Tilskuddsordningen i Husbanken til sykehjem og omsorgsboliger skal videreføres. Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, som ble innført i 2008, skal stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Noe av det første regjeringen gjorde var å styrke investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser betydelig gjennom budsjettbehandlingen for 2014. Den gjennomsnittlige statlige tilskuddsandelen per enhet ble økt fra 35 pst. til 50 pst. av maksimal anleggskostnad, som i 2015 er satt til 2,972 mill. kroner og 3,4 mill. kroner for pressområdekommuner. I 2015 er det satt av en tilsagnsramme som kan dekke tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsbolig.

Regjeringen har med disse grepene sørget for at staten tar et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgstjenesten. Gjennom den betydelige styrkingen av investeringstilskuddet har regjeringen etablert et virkningsfullt og treffsikkert stimuleringsiltak for å gjøre kommunene bedre i stand til å fornye og øke antallet kommunale heldøgns omsorgsplasser.

Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming. Det innebærer små avdelinger og bofelleskap lokalisert som en del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, gjerne med sambruk av fellesarealer til hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud, kantine/kafeteria og lett tilgang til tilpasset uteareal, forretninger og transport.

KS har spurt kommunene om deres behov og planer for utbygging av heldøgns omsorgsplasser i årene framover. Resultatene fra undersøkelsen anslår et samlet investeringsbehov på om lag 60 000 plasser fram mot 2030. Dette inkluderer både utskifting, renovering og kapasitetsvekst. Regjeringen vil i samarbeid med KS utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

Videre vil regjeringen vurdere enklere regler for bruk av statens finansieringsordninger ved utbygging i regi av private, ideelle og borettslag.

## **FINANSIERINGS- OG EGENBETALINGSORDNINGER**

Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger for kommunenes omsorgstjenester er ulike avhengig av om tjenestemottakeren bor i eget hjem/omsorgsbolig eller i institusjon. Regjeringen har derfor satt i gang arbeidet med å utrede mulige modeller for finansiering og egenbetalingsordninger for tjenestetilbud uavhengig av boform (se punkt 5.2).

---

### 4.2 Velferdsteknologi

---

For å gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem, er det etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet bygger på samhandlingsreformens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og om å yte tjenestene der folk bor. Programmet skal også bygge på kommunenes lokale forutsetninger, og ivareta behovet for at velferdsteknologiske løsninger og tjenesteinnovasjon skal ses i sammenheng.

Programmet skal bidra til utvikling, utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kompetanseheving og opplæring, samt etablering av åpne standarder for velferdsteknologi

Helsedirektoratet har hovedansvaret for å gjennomføre Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi, og skal drive nasjonalt utviklingsarbeid på området. Dette innebærer at Helsedirektoratet har overordnet faglig ansvar for blant annet utvikling, utprø-



ing og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, og for etablering av åpne standarder innenfor velferdsteknologiområdet. Helsedirektoratet har i oppgave å sikre at programmet gjennomføres på en koordinert måte, at kommunene får prosessveiledning, at nettverkssamlinger blant forsøkskommuner blir avholdt, og at erfaringene fra forsøkskommunene blir samordnet nasjonalt.

Kommunene må delta i utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i et treparts-samarbeid med næringslivet og FUI-miljøer. Det er gjennom Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi gitt støtte til ti prosjekter med formål å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Prosjekter knyttet til utvikling av trygghetspakker er blitt prioritert. Prosjektene dekker 31 kommuner i et tett samarbeid med FoU-miljøer og næringsliv.

## BOKS 4.2 LINDÅSPROSJEKTET

Lindåsprosjektet handler om å prøve ut velferdsteknologi for hjemmeboende innbyggere i Lindås kommune. Prosjektet skal se på hvilken virkning innføring av slik teknologi har for brukere, pårørende, ansatte og organiseringen av omsorgstjenestene. Prosjektet har kommet halvveis, og om lag 130 brukere har fått installert velferdsteknologi i form av en rekke ulike sensorer og alarmsystem knyttet til en alarmsentral. Prosjektet kan så langt vise til positive erfaringer, der brukere og pårørende opplever økt trygghet i hverdagen.

Lindåsprosjektet er også et forskningsbasert prosjekt ledet av Senter for omsorgsforskning Vest og Høgskolen i Bergen i samarbeid med Lindås kommune, Vakt og Alarm AS og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. Forskningsprosjektet er realisert gjennom forskningsmidler fra Regionalt forskningsfond Vestlandet, men har også mottatt midler gjennom velferdsteknologiprogrammet, Husbanken, Helsedirektoratets samhandlingsmidler, skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Hordaland og midler til stipendiat fra Norsk Sykepleierforbund. Prosjektet er pekt ut som ett av to norske prosjekter inn i Nordisk ministerråds velferdsteknologiprojekt, Connect.

*Kilde: <http://www.lindas.kommune.no/omsorgsteknologi>*

Opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende må skje både i forkant av, og parallelt, med innføring av velferdsteknologi. I hovedsak må opplæringen foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid og ved hjelp av utdanningsinstitusjoner, hjelpe-middelsentraler og andre fagmiljøer. Helsedirektoratet inngikk i juli 2014 en avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC. Veikart for velferdsteknologi gir veiledning for kommunene i hvordan velferdsteknologiprojekter kan drives fram i praksis, og skal etter planen lanseres med nye verktøy i 2015. Velferdsteknologiens ABC vil foreligge i første versjon i 2015, og skal bli en praktisk opplæringspakke for kommunene.

Det er nødvendig med sterkere nasjonal styring av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Standardiseringsarbeidet på velferdsteknologiområdet skal bidra til å legge til rette for integrerte og leverandøruavhengige velferdsteknologiske løsninger på tvers av offentlig og privat sektor, slik at brukerne får en god, koordinert og forutsigbar tjeneste. Regjeringen har besluttet å innføre Continua Health Alliance som anbefalt rammeverk på velferdsteknologiområdet i Norge.

Stortinget besluttet ved behandlingen av Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015), å bevilge midler til etablering av et nasjonalt prosjekt innen teknologi og tjenester for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på “avstand” ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Helsedirektoratet har i 2015 fått i oppgave å etablere prosjektet.



## VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAMMET

Bruk av velferdsteknologi åpner flere mulighetsrom. Det kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne, og bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse.

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

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

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

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

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

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

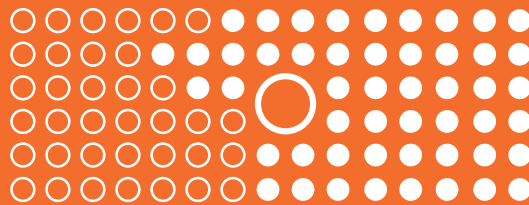


**Regjeringen vil** at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgssektoren og samtidig styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet enten de bor i egen bolig, omsorgsbolig eller sykehjem. Det skal vi gjøre gjennom å:

- Videreføre investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i Husbanken
- Legge til rette for at det kan gis tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i 2015.
- Samarbeide med KS om å utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.
- Vurdere enklere regler for bruk av statens finansieringsordninger ved utbygging og regi av private, ideelle og borettslag.
- Gjennomføre nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

# 5

## Forenkling, fornying og forbedring gjennom innovasjon







Regjeringen vil skape en enklere hverdag for folk flest gjennom å forenkle, fornye og forbedre offentlig sektor. I omsorgssektoren vil dette arbeidet være nært knyttet til satsingen på innovasjon og oppfølging av Meld St 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Det er først og fremst gjennom å ta i bruk nye løsninger, ny teknologi og nye metoder og ved å styrke samspillet med familie, lokalsamfunn, frivillige, ideelle og private virksomheter vi kan fornye og forbedre helse- og omsorgstilbudet i kommunene. Dette forutsetter at brukerne involveres i utformingen av tjenestetilbudet på en annen og mer grunnleggende måte enn i dag.

---

## 5.1 Innovasjon

---

Innovasjon handler om å skape nytt, åpne framtida for nye utveier og muligheter, og om å legge til rette for nye løsninger på problemer som brukere og ansatte møter i hverdagen. Som metode kan innovasjon brukes når videreutvikling av dagens løsninger og strukturer ikke strekker til eller svarer på de nye utfordringene en står overfor. Innovasjon kan brukes både for å løse små hverdagsproblemer og for å håndtere store samfunnsfloker. Innovasjon skiller seg fra vanlig utviklingsarbeid ved at en ikke vet hvordan løsningen vil se ut når en starter.

Regjeringen er opptatt av å styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk. Helse- og omsorgssektoren har de siste årene gått foran i kommunenes innovasjonsarbeid. Både framtidens krevende omsorgsutfordringer og endringer som følge av samhandlingsreformen har utfordret kommunene til å finne nye organisasjonsformer, utvikle nye boformer i og utenfor institusjon, bygge opp dagaktivitetstilbud, styrke forebyggende og rehabiliterende virksomhet, og til å samhandle på tvers av faggrenser og forvaltningsnivå.

I hovedsak må finansieringen av det kommunale innovasjonsarbeidet skje gjennom inntekts-systemet og den generelle kommuneøkonomien. Utover dette gir regjeringen tilskuddsmidler først og fremst for å sikre følgeforskning og dokumentasjon med sikte på spredning og implementering av nye gode løsninger. I tillegg gis noen av kommunenes viktigste samarbeidspartnere på forskning, innovasjon og tjenstedesign tilskudd og virkemidler til å bistå helse- og omsorgstjenestene.

InnoMed er etablert som et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er ansvarlig for InnoMeds virksomhet, og Innovasjon Norge er en sentral samarbeidspartner og bidragsyter. Som en del av Omsorg 2020 har InnoMed utvidet sitt virkeområde til også å dekke de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Videre skal Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) bidra til å gjøre offentlig sektor mer innovativ og har fått i oppdrag å etablere et kompetansemiljø for innovasjon i stat og kommune. De vil etter hvert bli en viktig samarbeidspartner for også kommunal innovasjon på helse- og omsorgstjenestenes område.

De fem regionale omsorgsforskningssentrene og utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke vil ha viktige funksjoner knyttet til følgeforskning, dokumentasjon og formidling.

Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til at offentlige anskaffelser i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. Programmet videreføres i et samarbeid mellom Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), Kommunenes Interesse- og arbeidsgiverorganisasjon KS og Difi.

KS har utviklet verktøy for kommuner som ønsker å gå systematisk til verks i sitt innovasjonsarbeid:

- SLIK (Systematisk Ledelse av Innovasjon i kommunene) er et nettbasert verktøy som skal gi kunnskap og inspirasjon til å jobbe systematisk med innovasjon.
- N3 (Nytt, nyttig og nyttiggjort) er et praktisk metodeverktøy til bruk i konkrete innovasjonsprosesser.

Se ellers vedlagte oversikt over viktige samarbeidspartnere og tilskuddsforvaltere.



## NYTT, NYTTIG OG NYTTIGGJORT

Morgendagens omsorg er et innovasjonsprogram som tar sikte på å utforme nye løsninger for framtidens omsorg sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger og boformer som er tilpasset morgendagen...

Det finnes mange definisjoner på innovasjon, og det er ikke alle som er like godt tilpasset offentlig sektor og den virksomheten som foregår i helse- og omsorgstjenestene. Men innovasjon betegner i hvert fall noe som både er nytt, nyttig og nyttiggjort. Det nyskapte skal ikke bare være nyttig, men også være tatt i bruk...

Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Dette er nok en av de største barrierene for den kommunale omsorgssektoren. En viktig oppgave for staten er å bidra til å legitimere innovasjonsprosesser i omsorgstjenestene og ta grep som fungerer koordinerende og gir retning til det lokale arbeidet.

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg



---

## 5.2 Forenkling

---

Å skape en enklere hverdag for folk flest handler om å gjøre livet mer forutsigbart med færre byråkratiske hindre i hverdagen. En enklere hverdag for brukere i omsorgstjenestene kan handle om tilgjengelig informasjon, enkel og klar kommunikasjon, færre ansatte å forholde seg til, kontinuitet i hjelpetilbudet og bedre samhandling mellom de ulike tjenestene.

I forenkling av omsorgssektoren er regjeringen opptatt av å utvikle tjenester som bidrar til å skape forutsigbarhet, kontinuitet og valgfrihet for den enkelte. Tjenestene må ha enkle og forståelige regleverk og ordninger.

Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger for kommunenes helse- og omsorgstjenestene er ulike avhengig av om tjenestemottakeren bor i eget hjem eller i institusjon. Ulikhetene i regelverket kan føre til at brukere betaler ulikt for de samme tjenestene avhengig av om kommunen tilbyr plass i institusjon, eller om tjenestene gis i eid eller leid bolig.

Regjeringen har derfor satt i gang et utredningsarbeid om finansiering og egenbetaling for ulike boformer for å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene. Videre bør regelverket sikre at kommunene vurderer og planlegger sitt kapasitetsbehov ut fra hva befolkningen faktisk trenger, hva som gir best kvalitet og hva som er samfunnsøkonomisk fornuftig. Dette utredningsarbeidet skal vurdere hvordan en kan utforme ordningene slik at de hindrer skjevfordeling mellom omsorgsboliger og sykehjem, og sikrer raskere utbygging av flere heldøgns plasser.

Som oppfølging av regjeringens mål om å forenkle og fornye offentlig sektor, samles tilskuddene til kommunenes kompetanse- og innovasjonsarbeid på omsorgsfeltet. En sammenslåing av tilskudd sikrer en enklere og mindre byråkratisk tilskuddsforvaltning, i tråd med kommunenes behov. Se nærmere omtale under 6.2.

### BOKS 5.1 TIDSTYVER

Regjeringen vil fjerne tidstyver, både foran og bak skrankene. Regjeringen vil fjerne unødvendige oppgaver for å gi arbeidstakerne mer tid til de brukerrettede oppgavene:

- forenkle prosedyrer og regelverk som skaper unødvendig byråkrati
- utvikle flere brukervennlige digitale tjenester og digitalisere saksbehandlingen i det offentlige
- stimulere til at stat og kommune skriver klart og forståelig slik at innbyggerne kan ivareta sine rettigheter og plikter og bruke mindre tid på kommunikasjon med det offentlige.

*Kilde: regjeringen.no*

---

## 5.3 Innovativ planlegging

---

Fortsatt er det ifølge forskning mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringene på dagsorden i sin kommuneplanlegging, til tross for at denne sektoren utgjør om lag 1/3 av den kommunale virksomhet og står overfor krevende framtid utfordringer.

Som oppfølging av samhandlingsreformen og omsorgsplanarbeidet er det derfor etablert et utdanningstilbud om "Helse- og omsorg i plan" ved fem universitet/høgskoler som en del av et nasjonalt utviklingsprosjekt for å øke kompetansen på planverk og planprosesser på kommunalt og statlig nivå. Prosjektet omfatter etter- og videreutdanningstilbud på masternivå, nettverksarbeid, kurs og seminarer, utvikling av planleggingsverktøy og videreformidling av planleggingskunnskap.

Departementet har også støttet et utviklingsarbeid i regi av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag med sikte på å gi kommunene bedre verktøy for analyse og planlegging av kommunale omsorgstjenester med egen portal inn til ulike datakilder og en veileder utarbeidet sammen med 3 kommuner.

I møte med framtidens omsorgsutfordringer blir det nødvendig å gjøre mer enn å framskrive demografi og behov i ulike grupper av befolkningen og bare utvide eller effektivisere dagens tiltak og løsninger. De kommunale planprosessene må benyttes mer innovativt til å utrede alternativer og finne nye løsninger, ta i bruk nye metoder, ny teknologi og trekke inn andre aktører. I dette arbeidet må fagfolk og politikere trekke inn brukere, pårørende, organisasjoner, bedrifter og andre lokale ressurser med sikte på hvordan omsorgsoppgavene skal løses i framtidssamfunnet.

---

## 5.4 Bedre kvalitet

---

Framtidens kvalitetssystemer må i større grad etterspørre dokumentert kvalitet og sikkerhet i omsorgstjenestene. Arbeidet for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten må i all hovedsak skje i virksomhetene. Systematisk kvalitetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten.

Det er de siste årene gjort viktige grep for å bedre kvaliteten i omsorgssektoren. Eksempler på dette er en storstilt satsing på kompetanseheving av ansatte i omsorgstjenestene og forbedring og fornying av omsorgssektorens boligmasse, i tillegg til lovfesting av systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid og utvikling av kvalitetsindikatorer.

I budsjettet for 2014 innførte regjeringen redusert egenbetaling for sykehjemsbeboere som ufrivillig bor på dobbeltrom. Endringene skal bidra til at kommunene legger til rette for enerom for de beboere som ønsker det. Videre økte tilskuddene til fornyelse og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger betydelig både for å utvide kapasiteten og øke kvaliteten på botilbud og lokaler i omsorgstjenesten.



Regjeringen vil lovfeste rett til heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og planlegger en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, med sikte på å prøve ut nye grep for å sikre brukerne forsvarlige og gode tjenestetilbud. Det vises til nærmere omtale i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Men det er fortsatt utfordringer på mange områder. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring påvirker pasientsikkerheten. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten og å etablere gode fag- og dokumentasjonssystemer for beslutningstøtte og kunnskapsstøtte.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” er fra 2014 videreført i det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet ”I trygge hender. Programmet vektlegger pasient- og brukersikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. To sentrale innsatsområder er riktig legemiddelbruk i sykehjem og legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddelliste i hjemmetjenesten.

Det er i 2014 igangsatt et pilotprosjekt for å vurdere organiseringen av laboratorievirksomheten for brukere av hjemmetjenestene. Det utvikles ulike modeller som prøves ut i tre fylker i 2014 og 2015. Hjemmetjenesteprojektet må ses i sammenheng med arbeidet for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet i sykehjem.

Regjeringen vil legge til rette for løpende læring og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det skal utvikles kvalitetsindikatorer basert på bruker- og pårøndererfaringer. Utfallet av tjenestene for den enkelte bruker må tilleggs vekt. Indikatorene skal gi kunnskap om tjenestene som grunnlag for læring og forbedring. Videre skal det iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid basert på fem hovedområder; ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Målet er å gi brukere trygge og sikre omsorgstjenester. Det vises til nærmere omtale i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Det skal utvikles et register for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget om disse tjenestene både knyttet til aktivitet og kvalitet. Formålet med registeret skal være å samle inn og gjøre tilgjengelig systematiske og pålitelige data fra alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Data fra registeret vil bl.a. kunne brukes som grunnlag for administrasjon, styring, kvalitetsutvikling og forskning. Det er behov for å styrke kommunenes fagsystemer og sikre god beslutning-, og prosessstøtte for ansatte i tjenestene.

Gjennom prosjektet Samarbeid for etisk kompetanseheving gjennomfører over 200 kommuner systematisk etisk refleksjon i tjenestene. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS, arbeidstakerorganisasjonene og Helsedirektoratet, og varer ut 2015. Etisk refleksjon bidrar til at helse- og omsorgstjenesten finner nye og bedre løsninger. Det ser også ut til at denne type refleksjon gjør de ansatte mer innovative. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo er også tildelt et spesielt ansvar for å sikre langsiktig oppbygging og forankring av etisk kompetanse, blant annet gjennom veiledning, undervisning, utvikling av læremateriell, forskning og formidling.

## BOKS 5.2 PPS

Praktiske Prosedyrer i Sykepleiertjenesten (PPS) er et digitalt støtteverktøy for helsesektoren, med kunnskapsbaserte prosedyrer og tilhørende kunnskapsstoff til bruk i praktisk utøvelse, kvalitets-sikring og dokumentasjon, samt kompetanseutvikling.

Over 300 kommuner i Norge benytter PPS, i tillegg til høyskoler og universitet som utdanner sykepleiere i Norge. PPS utgjør fagstandarder for kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling, og gir støtte i praktisk utøvelse og er et konkret verktøy for å motvirke rutinesvikt og avvik.

*Kilde: cappelendammundervisning.no*

**Regjeringen vil** skape en enklere hverdag for folk flest gjennom å forenkle, fornye og forbedre offentlig sektor og utvikle bedre verktøy for planlegging og utvikling av tjenestene.

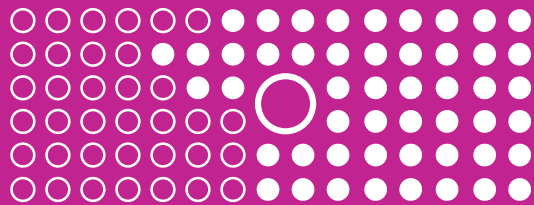
Det skal vi gjøre gjennom å:

- Styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk.
- Utrede modeller for finansiering og egenbetalingsordninger for tjenestetilbud uavhengig av boform.
- Forenkle søknadsprosessen for kommunene ved å samle flere av tilskuddene til kommunenes kompetanse- og innovasjonsarbeid på helse- og omsorgsfeltet.
- Ta initiativ til en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, med sikte på å prøve ut nye grep for å sikre brukerne forsvarlige og gode tjenestetilbud.
- Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet "I trygge hender".
- Iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid.
- Etablere et register for kommunale helse- og omsorgstjenester.



6

# Budsjett 2015







Regjeringen har som mål å gi kommunesektoren rammevilkår som kan styrke kommunen som tjenesteprodusent og demokratisk arena. Denne målsettingen er fulgt opp gjennom en vekst i de frie inntektene til kommunesektoren på 4,4 mrd. kroner i budsjettet for 2015. Dette gir grunnlag for å øke kapasiteten, bedre kvaliteten og heve kompetansen i omsorgstjenestene.

I 2015 kan kommuner som ønsker å prøve ut innovative tiltak, søke fylkesmannen om skjønnsmidler til innovasjons- og fornyingstiltak. Midlene fordeles over Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Regjeringen vil komme tilbake til de ulike programmer og tiltak i de enkelte års statsbudsjett.

## 6.1 Husbankens investeringsordning til sykehjem og omsorgsboliger

I 2015 er det satt av en tilsagnsramme på 3 982,5 mill. kroner som kan dekke tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsbolig.

**TABELL 6.1 TILSKUDDSSATSER I 2015 FOR INVESTERINGSTILSKUDET TIL HELDØGNS OMSORGPLASSER**

<b>Tilskuddssatser per enhet i 2015 (tusen kroner)</b>	<b>Pressområde- kommuner</b>	<b>Andre kommuner</b>
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 870	1 634,6
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 530	1 337,4
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 700	1 486
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 400	2 972

---

## 6.2 Kompetanse- og innovasjonstilskudd

---

Det er i Prop. 1 S (2014–2015), jfr. Innst.11 S (2014–2015), bevilget 259,9 mill. kroner til et nytt tilskudd til innovasjon og kompetanse i kommunene. Tilskuddet er etablert ved en sammenslåing av flere mindre kommunale tilskudd på omsorgsfeltet

Tilskuddet skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansetiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Det skal prioriteres midler til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse og til grunn-, videre- og etterutdanning for ansatte i omsorgstjenestene. Videre skal utvikling av nye tiltak og metoder, som bidrar til større grad av forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet, kultur og rehabilitering, samspill med pårørende og frivillige og utvikling av velferdsteknologiske løsninger prioriteres. I en overgangsfase må pågående tiltak sikres finansiering, slik at de fullføres.

En sammenslåing av tilskudd sikrer en enklere og mindre byråkratisk tilskuddsforvaltning i tråd med kommunenes behov. En større og mer fleksibel tilskuddsordning skal legge til rette for å se de ulike satsingene under Omsorg 2020 i sammenheng, og sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenesteområder. Tilskuddet skal forvaltes av fylkesmennene. Fylkesmennene har med sin nærhet og kjennskap til kommunene et svært godt utgangspunkt for å vurdere søknader, og følge opp kommunene med råd og veiledning på en enkel måte. Samtidig har Helsedirektoratet ansvaret for å lede og koordinere arbeidet med gjennomføringen av Omsorg 2020, herunder også Kompetanseløftet og det nasjonale programmet for velferdsteknologi.

---

## 6.3 Annet

---

Det er vedtatt en samlet netto styrking av omsorgstjenestene på 568 mill. kroner i 2015.

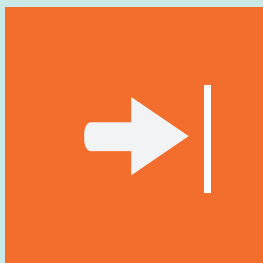
Dette inkluderer:

- 199 mill. kroner til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Midlene dekker første års utbetaling av innvilgede tilskudd til utskifting, oppgradering og bygging av 2500 heldøgns omsorgsplasser.
- 62 mill. kroner til 1070 nye dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens i 2015. I tillegg er arbeidet med Demensplan 2020 i gang.
- 20 mill. kroner til forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- 300 mill. kroner til oppfølging av rettighetsfestingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

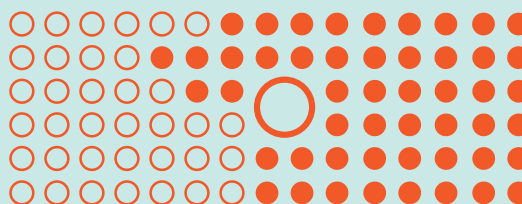


I forbindelse med budsjettavtalen mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre ble omsorgssektoren styrket med 42 mill. kroner til velferdsteknologi, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og Senter for alders- og sykehjemsmedisin.

Det vises videre til samlet omtale av midler til Omsorg 2020 i Prop. 1 S (2014–2015), jf. Innst. 11 S (2014–2015).



## Avslutning



Regjeringen vil utvikle en helse- og omsorgssektor som i større grad preges av kvalitet og aktivitet.

Mange av de yngre brukerne trenger bistand et helt liv for å kunne være aktive deltakere i arbeids- og samfunnsliv. Andre trenger rehabilitering over en lengre periode for å kunne komme tilbake og håndtere hverdagslivet på egen hånd.

De siste årene av livet må også ha et meningsfylt innhold for eldre som kan rammes av demens eller andre lidelser. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet hører derfor til omsorgstjenestenes kjerneoppgaver sammen med stell og pleie for de som trenger det.

For å få til det, må brukere og fagfolk gå sammen i kommunene for å skape en helse- og omsorgstjeneste som er faglig sterk med bred og tverrfaglig kompetanse, og som lytter til brukernes egne mål og ønsker.



## Vedlegg 1. Tilskuddsforvaltere og samarbeidspartnere

Helsedirektoratet har et hovedansvar for gjennomføringen av Omsorg 2020.  
Se <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/default.aspx>

Fylkesmennene er sentrale samarbeidspartnere for kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, og forvalter bl.a. kompetanse- og innovasjonstilskuddet og skjønnstilskuddet til kommunene. Se <http://www.fylkesmannen.no/>

Husbanken forvalter investeringsordningen for sykehjem og omsorgsboliger.  
Se <http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/>

Regionale forskningsfond. Se <http://www.regionaleforskningsfond.no/>

Forskningsrådet. Se [http://www.forskningsradet.no/no/Sok\\_om\\_midler/1173268235931](http://www.forskningsradet.no/no/Sok_om_midler/1173268235931)

Innovasjon Norge gir årlig nesten 300 mill. kroner i tilskudd til industrielle og offentlige forsknings- og utviklingskontrakter - IFU/OFU. Se <http://www.innovasjonnorge.no/no/finansiering/tilskudd-til-forskning-og-utvikling/>

DOGA - Stiftelsen Norsk design- og arkitektursenter (tidligere Norsk Designråd og Norsk Form) har et eget designdrevet innovasjonsprogram som siden 2009 har finansiert mange pilotprosjekter i bedrifter og offentlige foretak.  
Se <http://www.norskdesign.no/programmer/>

## Vedlegg 2. Andre viktige samarbeidspartnere

Sentrene for omsorgsforskning er sentrale samarbeidspartnere i arbeidet med følgeforskning og dokumentasjon. Se <http://www.omsorgsforskning.no/>

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har viktige funksjoner knyttet til formidling og implementering. Det er et senter i hvert fylke. Se <http://www.utviklingssenter.no/>

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren, og er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Se <http://www.innomed.no/nb/>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet arbeider bl.a. med kommunereformen og tiltak for "En enklere hverdag for folk flest". Se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd.html?id=504>

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) er sentrale samarbeidspartnere for innovasjonsarbeidet i kommunal forvaltning. Se <http://www.difi.no/>

KS har etablert Innovasjonsalliansen og utviklet innovasjonsverktøyene N3 og SLIK. Se <http://www.ks.no/tema/Innovasjon-og-forskning1/Innovasjon/>

Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til innovative offentlige anskaffelser. Se <http://leverandorutvikling.no/>





Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet  
Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefon: 22 24 20 00  
Publikasjonskode: I-1162 B  
Design og ombrekking: Gjerholm Design AS  
Illustrasjon: Anne Leela, Gjerholm Design AS  
Trykk: 07 Media AS  
05/2015 - opplag 5.000