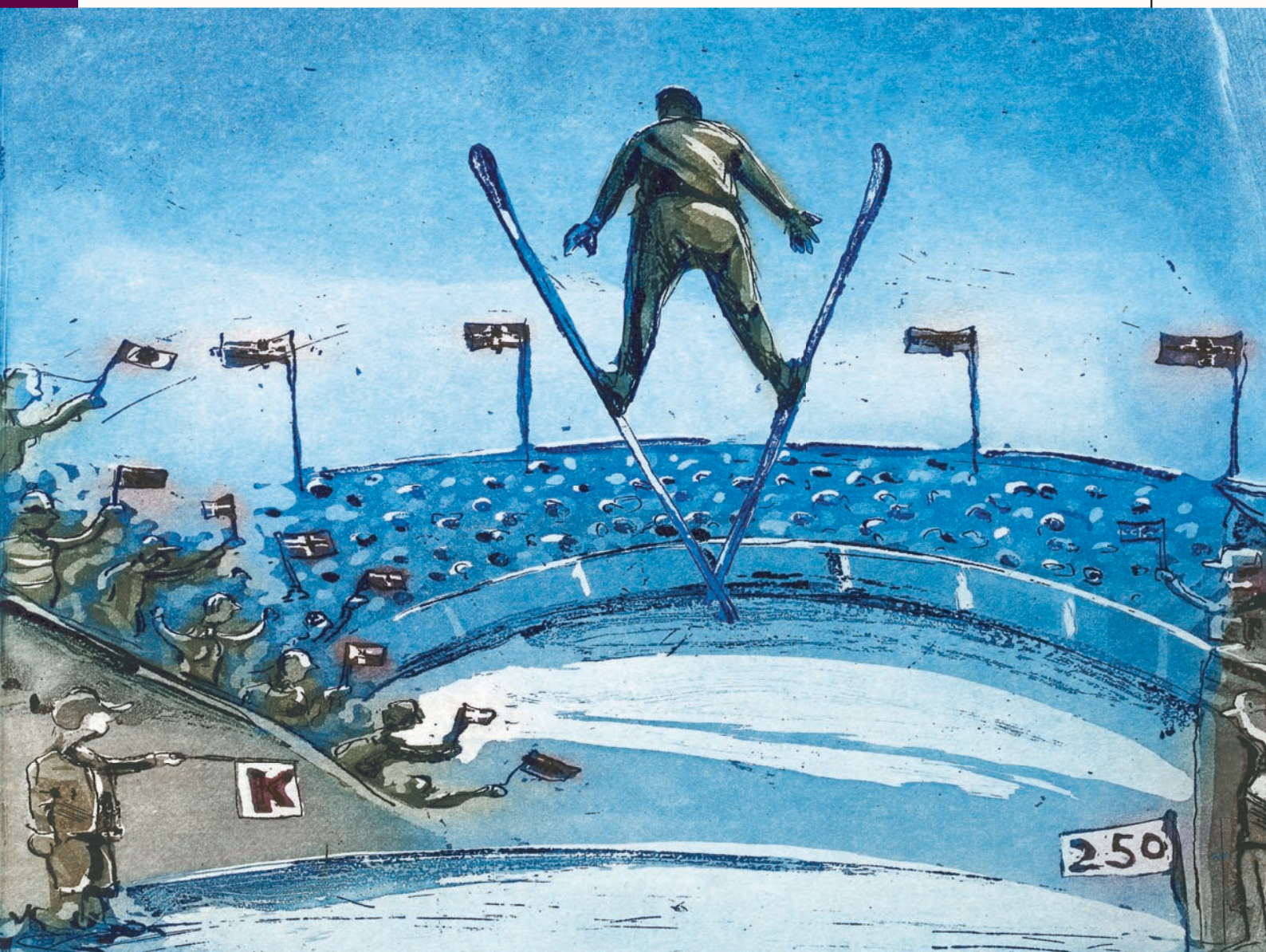


NOU

Norges offentlige utredninger 2011:11

Innovasjon i omsorg



Norges offentlige utredninger 2011

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Bedre rustet mot finanskriser.
Finansdepartementet.
2. Mellomlagerløsning for brukt reaktorbrensel og langlivet mellomaktivt avfall.
Nærings- og handelsdepartementet.
3. Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet.
Kommunal- og regionaldepartementet.
4. Mat, makt og avmakt.
Landbruks- og matdepartementet.
5. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011.
Arbeidsdepartementet.
6. Et åpnere forskningssystem.
Kunnskapsdepartementet.
7. Velferd og migrasjon.
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
8. Ny finanslovgivning.
Finansdepartementet.
9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.
Helse- og omsorgsdepartementet.
10. I velferdsstatens venterom.
Justis- og politidepartementet.
11. Innovasjon i omsorg.
Helse- og omsorgsdepartementet.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1099-7

07 Oslo AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalg om nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer ble oppnevnt ved kongelig resolusjon av 26.juni 2009. Utvalget legger med dette fram sin innstilling.

Oslo 16. juni 2011

Kåre Hagen
Leder

Siv Iren Stormo
Andersson

Glenn Kenneth Bruun

Siri Bjørvig

Tove Johanna Fagertun

Per Gammelsæther

Annichen Hauan

Karin Høyland

Ivar Leveraas

Shahzad Rana

Bente Skansgård

Steinar Barstad
sekretariatsleder

På sporet

*Vi er på sporet
etter en ny og bedre virkelighet
som skal finnes ikke så langt herfra
Den ligger forhåpentlig
i nærheten av
det hjertet forstår*

Kate Næss i «Blindgjengere» (1969)

Innhold

1	Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid	9	4.2	Den moderne omsorgstjenestens korte historie	35
1.1	Oppnevning	9	4.2.1	Fattigforsorg og gjenreisning (-1965)	35
1.2	Mandat	9	4.2.2	Den offentlige revolusjon (1965-1980)	35
1.3	Utvalgets arbeid	11	4.2.3	Konsolidering og reorganisering (1980-1995)	35
1.4	Til mandatet	12	4.2.4	Fornyelse og effektivisering (1995- i dag)	36
2	Perspektiv og sammendrag	13	4.2.5	Dagens tjenester – noen nøkkeltall	37
2.1	Innovasjon i omsorg	13	4.2.6	Utviklingstrekk	37
2.1.1	Omsorgssektoren som historisk innovasjon	13	4.3	Begrepet omsorg	38
2.1.2	Nye løsninger på seks framtid utfordringer	14	4.3.1	Omsorg i offentlige dokument	38
2.2	Ny politikk	14	4.3.2	Omsorgens doble natur	39
2.2.1	En barrierebrytende politikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne	15	4.3.3	Omsorgskritikken	40
2.2.2	En aktiv seniorpolitikk	15	4.3.4	Noen avklaringer	41
2.2.3	En moderne pårørendepolitikk	16	4.4	Innovasjon	42
2.3	Utvalgets fem forslag	17	4.4.1	Innovasjon i offentlig sektor	43
2.3.1	«Næromsorg» – Den andre samhandlingsreformen	17	4.4.2	Den innovative kommune	43
2.3.2	«Teknoplan 2015» – teknologistøtte til omsorg	17	4.4.3	Innovasjonsressurser i kommunen	44
2.3.3	«Nye rom»- Framtidas boligløsninger og nærmiljø	18	4.4.4	Innovasjonsbarrierer i kommunen	45
2.3.4	Et nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg ...	19	4.4.5	Kommunene og det statlige virkemiddelapparatet	45
2.3.5	Omsorgsfeltet som næring	20	4.4.6	Innovasjon og ledelse	46
3	Omsorgsmyter og framtidstema	22	4.4.7	Lokaldemokrati som innovativ kraft	47
3.1	Framtidas omsorgsutfordringer ...	22	4.4.8	Ulike former for innovasjon	47
3.2	De fem omsorgsmytene	23	4.4.9	Tredje generasjons innovasjon	49
3.2.1	Eldreomsorgsmyten	23	4.5	I mellomrommene	50
3.2.2	Myten om «eldrebølgen»	25	5	Ny samhandling	51
3.2.3	25% – myten	26	5.1	Den andre samhandlingsreformen	51
3.2.4	Familieomsorgsmyten	27	5.2	«Omsorg3» – Nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap	52
3.2.5	Sykdomsmyten	28	5.2.1	Internasjonale eksempler	52
3.3	Fall, ensomhet og kognitiv svikt ..	29	5.2.2	En norsk overenskomst på omsorgsfeltet	53
3.3.1	Fall	29	5.2.3	Fra 5% til 25% som ideell virksomhet	54
3.3.2	Ensomhet	30	5.3	Medborgerskap	54
3.3.3	Kognitiv svikt	31	5.3.1	Independent Living	55
3.4	Den grenseløse omsorgen	32	5.3.2	Samproduksjon og samskaping ...	55
3.4.1	Pasienter og brukere uten grenser	32	5.4	Alternative organisasjonsformer ..	57
3.4.2	Internasjonalt arbeidsmarked	32	5.4.1	Sosial økonomi	57
3.4.3	Internasjonale tilbydere	33	5.4.2	Nye samvirkeformer- og modeller	58
4	Innovasjon og omsorg	34			
4.1	Omsorgssektoren som historisk innovasjon	34			

5.4.3	Frivilligsentraler	61	6.4.2	Fra vanførehjem og sentralinstitusjoner til omsorgsboliger og egne hjem	88
5.4.4	Sosialt entreprenørskap	61	6.4.3	Ulike tradisjoner smelter sammen	89
5.5	Alternative arbeidsmetoder	63	6.5	Nye konsept	89
5.5.1	Aktiv omsorg	63	6.5.1	«Smått er godt»	90
5.5.2	Hverdagsrehabilitering	63	6.5.2	Skille mellom bolig og kort tids opphold	91
5.5.3	Lengst mulig i eget liv	63	6.5.3	Skille mellom privat areal og offentlig areal	91
5.5.4	Gruppemetodikk	65	6.5.4	Både hjemme og ute.	92
5.5.5	The Eden Alternative på norsk	65	6.5.5	Integrert i nærmiljøet	93
5.5.6	Kultur og omsorg	65	6.5.6	«My home is my hospital»	94
5.5.7	Kommunale lærings- og mestringssentra	67	6.5.7	Samme finansiering og egenbetaling	95
5.6	«Omsorg mellom generasjoner» – en solidarisk omsorgstjeneste	68	6.5.8	De nye boligløsningene	95
5.7	«NÆR» – en ny politikk for de nærmeste	69	6.5.9	Felles navn og betegnelser	96
5.7.1	Tre mål	69	7	Ny teknologistøtte	98
5.7.2	Seks kjennetegn på en ny pårørendepolitikk	70	7.1	Velferdsteknologi	98
5.7.3	Fem skritt mot en ny pårørendepolitikk	73	7.1.1	Velferdsteknologi – brukere og formål	100
5.8	«I de tusen hjem»	75	7.1.2	Hjelpemiddelsentralene	105
5.8.1	Sterkere satsing på hjemmebasert omsorg	76	7.1.3	Telemedisin og e-Helse	106
5.8.2	Trygghetsplasser	77	7.1.4	Forvaltning og selvbetjening	107
5.8.3	Åpne sykehjem	77	7.2	Teknologien finnes – hvorfor tas den ikke i bruk?	109
5.8.4	Nettverksarbeidere – en ny yrkesgruppe	78	7.2.1	Smarthuseksemplet	110
5.9	Samhandlingsreform II – Næromsorg	79	7.2.2	Vurdering av framtidige muligheter	112
6	Nye rom	81	7.3	Velferdsteknologi – muligheter og gevinster	114
6.1	Bolig og livsløp	82	7.3.1	Andre lands initiativ	114
6.1.1	Planlegging i livsløpsperspektiv ...	82	7.3.2	Hjemmetjenesteorientering krever velferdsteknologi	115
6.1.2	Universell utforming	82	7.3.3	Samfunnsøkonomiske gevinster ..	115
6.2	Politikk for den eksisterende boligmasse	83	7.3.4	Brukerevaluering av velferdsteknologiske hjelpemidler	116
6.2.1	Rådgivningstjeneste for boligtilpasning	83	7.3.5	Bedre ressursutnyttelse i fagutøvelse og forvaltning	116
6.2.2	System for klassifisering av boliger og boområder	84	7.4	Nasjonalt program for velferdsteknologi	118
6.2.3	Økonomiske stimulerings tiltak	84	7.4.1	Tre trinns utbygging av velferdsteknologi	119
6.3	Krav og innspill til den generelle boligpolitikken	85	7.4.2	En felles infrastruktur for kommunikasjon i hjemmet	121
6.3.1	Krav til nye boliger og omgivelser	85	7.4.3	Parallell satsing på IKT i kommunesektoren	121
6.3.2	Omgivelser som stimulerer til aktivitet	86	7.4.4	Endringer i lov- og regelverk	122
6.3.3	Stimulerings tiltak for utprøving av nye innovative løsninger	86	7.4.5	Fagmiljøer som må møtes	123
6.4	Boformer til omsorgsformål – noen utviklingstrekk	87	7.4.6	Kompetanseheving og opplæring	123
6.4.1	Fra fattighus og gamle hjem til sykehjem og omsorgsboliger	87	7.5	Etikk, personvern og velferdsteknologi	124

7.5.1	Generelt om etikk og velferdsteknologi	125	8.3.4	En innovasjonsskole for kommunesektoren	147
7.5.2	Særskilt om sosiale roboter	126	8.3.5	En nasjonal forløpstudie	148
7.5.3	Særskilt om personvern og sporings- og varslingsteknologi ..	127	8.3.6	Skille mellom helse og omsorg i virkemiddelapparatet	150
8	Ny innsikt	129	9	Ny næring	151
8.1	En kunnskapsbasert omsorgssektor	129	9.1	Omsorgsfeltet – en ny næring	151
8.1.1	En innovativ kunnskapsutvikling	129	9.1.1	Et møte mellom to verdener?	151
8.1.2	En flerfaglig, praksisnær kunnskapsutvikling	129	9.1.2	En bred tilnærning	152
8.1.3	Omsorgssektorens identitet og kunnskapsgrunnlag.	130	9.1.3	Tre markedssegmenter	153
8.1.4	Tjenesteeekspansjon gjennom kunnskapsinvestering og planlegging	130	9.2	En næringspolitikk for omsorgsfeltet	154
8.1.5	Innovasjon som kunnskapsøkende strategi	131	9.2.1	Forbrukerinformasjon	154
8.1.6	En overordnet kunnskapsarkitektur	132	9.2.2	Individrettede økonomiske stimulanser	155
8.1.7	Strategisk kunnskapsutvikling	133	9.2.3	Kommunen som krevende kunde	155
8.2	Kunnskapsgrunnlaget – Tilbakeblikk og status	134	9.2.4	Kommunen som konstruktiv samarbeidspartner	156
8.2.1	Omsorgsforskning – et kort historisk tilbakeblikk	134	9.2.5	Kommunen som offentlig innkjøper	157
8.2.2	Oppsummering – et 30-årig historisk tilbakeblikk	137	9.2.6	Offentlig-privat innovasjons-samarbeid	158
8.2.3	Ståsted: Disiplinforankret forskning	138	9.2.7	Bestillerkompetanse som innovasjonsdriver	159
8.2.4	Ståsted: Praksisnært utviklingsarbeid	138	9.2.8	Industrimarkedet	160
8.2.5	Ståsted: Nettverk og innovasjon....	139	9.3	Næringsutvikling – mer enn markedsbygging	161
8.2.6	Ståsted: Markedsutvikling	140	9.3.1	Samhandling med andre næringer	161
8.2.7	Status – for smått, for kort og for lite	140	9.3.2	Aktivitetensinnhold fra nye tilbydere	161
8.3	En strategi for nasjonal kunnskapsutvikling	141	9.3.3	Ikke-kommersielle tilbydere av hjelpetjenester	162
8.3.1	Udekkede kunnskapsbehov og en nasjonal strategi	141	9.3.4	Den gode bestilling	162
8.3.2	Et nasjonalt sekretariat for innovasjon i kommunesektoren ...	143	9.4	Omsorgstjenester – import og eksport	162
8.3.3	Nettverk, fagfellesskap og formidling	146	9.4.1	Import av – og til – omsorgstjenester	162
			9.4.2	Eksport fra omsorgsfeltet	163
			9.5	Oppsummering: En samlet kunnskaps- og næringsutviklingspolitikk	164

10	Økonomiske og administrative konsekvenser ..	166	10.2.4	«INN»- ordningen	169
10.1	En prosent av budsjettet til forskning, utvikling og innovasjon (FUI)	166	10.2.5	Eksportstiftelsen NORCARE	169
10.2	Konsekvenser av utvalgets øvrige forslag	168	Referanser		170
10.2.1	Teknoplan 2015	168	Vedlegg		
10.2.2	Eksisterende boliger og nye boligkonsept	168	1	Foredrag	177
10.2.3	Den andre store samhandlingsreformen	169	2	Brev fra Datatilsynet av 9. mai 2011 til Hagen-utvalget	178

Kapittel 1

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid

1.1 Oppnevning

I St meld nr 7 (2008-2009) – Et nyskapende og bærekraftig Norge, foreslo regjeringen å nedsette et utvalg til å utrede nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

Utvalget ble oppnevnt i statsråd 26. juni 2009 og fikk følgende sammensetning:

Kåre Hagen, Oslo (leder)
Siv Iren Stormo Andersson, Bjugn
Glenn Kenneth Bruun, Oslo
Siri Bjørvig, Tromsø
Annichen Hauan, Oslo
Karin Høyland, Trondheim
Shahzad Rana, Oslo
Bente Skansgård, Oslo
Per Gammelsæther, Fræna
Tove Johanna Fagertun, Bodø
Ivar Leveraas, Oslo

Utvalgsmedlem Shahzad Rana deltok bare på utvalgets første møte.

Sekretariatet har hatt følgende sammensetning:
Fagdirektør Steinar Barstad, Helse- og omsorgsdepartementet (sekretariatsleder)
Seniorrådgiver Astri Myhrvang, fra sekretariatet for Statens Seniorråd til 19.02.2010
Førstekonsulent Allis Granberg, Helse- og omsorgsdepartementet fra 01.02.2010
Strategisk rådgiver Åshild Willersrud, KS Innovasjon og utvikling
Innovasjonsrådgiver Espen H. Aspnes, InnoMed
Rådgiver Geir Petterson, Nærings- og handelsdepartementet har fulgt utvalgets arbeid.

I tillegg har seniorrådgiver Siv Svardal, Helse- og omsorgsdepartementet og rådgiver Une Tangen, KS-Konsulent bidratt med tekster.

1.2 Mandat

Foredrag

«Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene knyttet til et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere, jfr. St meld nr 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer.

Den kommunale omsorgstjenesten består av store døgnkontinuerlige virksomheter som drives med få ledere, høy personalfaktor, en høy andel ansatte uten fagutdanning, mange deltidsarbeidende, en svært høy andel kvinner og ofte enkle hjelpemidler. De fleste undersøkelser peker ellers på dagligliv, måltider, aktivitet og sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Både behovet og potensialet for å ta nye innovative grep og finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer er derfor stort.

De kommunale omsorgstjenestene er en virksomhet med brutto driftsutgifter på om lag 70 mrd kr, som fordeler seg 50/50 på om lag 40.000 beboere i sykehjem og vel 160.000 som mottar hjemmetjenester. Til tross for sin størrelse har denne sektoren i svært liten grad vært gjenstand for systematisk forsknings- og utviklingsarbeid.

Det er derfor mye å hente på å gi oppmerksomhet til og konsentrere innsatsen om en sektor hvor det er mulig å gjøre mye med relativt små midler. De kommunale omsorgstjenestene har et stort potensial for innovative grep og nyskaping i forhold til blant annet:

- ny teknologi i en sektor som er konservativ og har hatt for liten evne til å ta i bruk nye hjelpemidler, ny omsorgsteknologi, smarthusløsninger og ny kommunikasjonsteknologi.
- ny arkitektur i en sektor som ikke er godt nok forberedt på å møte morgendagens preferanser, krav og utfordringer fra nye brukergrupper og nye generasjoner eldre

- organisasjonsutvikling i store virksomheter med brede samhandlingsflater mot familie og lokalsamfunn og spesialisthelsetjeneste, og der brukerne bør utfordres og gis større innflytelse
- forskning på en sektor som nesten ikke har vært gjenstand for forskningsinnsats, og hvor hardt tilkjempede forskningsmidler foreløpig utgjør langt under en promille av totalbudsjettet

Dette er noe av bakgrunnen for at Innovasjonsmeldinga (St meld nr 7 (2008-2009) 'Et nyskape og bærekraftig Norge') valgte seg ut omsorgssektoren når den skulle se nærmere på innovasjon i offentlig sektor. Meldinga foreslo å opprette et offentlig utvalg for å arbeide med disse spørsmål og ga en del føringer som nå er avgrenset og presisert i vedlagte mandat for utvalget.

Mandatet legger særskilt vekt på at utvalget skal arbeide med:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling

Utvalget får på denne bakgrunn i oppgave å vurdere nye løsninger og komme med forslag til utforming av framtidens sykehjem, boformer og tjenestetilbud, slik at de møter framtidige brukeres behov og tar i bruk deres ressurser.

Utvalget skal legge vekt på at framtidens tjenestetilbud i tråd med Omsorgsplan 2015 skal ha en mer aktiv profil, som stimulerer til sterkere brukerinnflytelse, egenmestring og aktiv deltakelse fra den enkelte, deres familie og sosiale nettverk. Nye boformer, organisasjonsformer og bruk av ny teknologi skal først og fremst fremme et slikt siktemål. Utvalget skal vurdere mulighetene for å utvikle nye eier- og driftsformer og samvirketiltak, basert på et utvidet samarbeid med brukerorganisasjoner og ideelle virksomheter.

Samtidig skal utvalget vurdere mulighetene for produktutvikling gjennom et samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor på omsorgsfeltet, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur og ny teknologi.

St meld nr 7 (2008-2009) Et nyskape og bærekraftig Norge, la til grunn at

«Utvalget skal være sammensatt på en slik måte at det kan se på omsorgssektoren med nye øyne, med representanter fra næringsliv, fagmiljøer og med utviklingsorienterte representanter fra kommunesektoren, omsorgstjenesten og brukerne av den.»

Utvalget er på grunnlag av dette satt sammen av 11 medlemmer som kommer fra næringsliv, teknologi, innovasjon, arkitektur, forskning, helse- og sosialfag og sentrale representanter for brukerne. Lederen for utvalget har vært forskningsleder ved FAFO og instituttleder ved BI, styreleder for Velferdsforskningsprogrammet og deltatt i flere framtidensforsknings- og utviklingsprosjekter.

Det er seks kvinner og fem menn i utvalget.

Utvalget skal levere sin endelige utredning og innstilling innen første halvår 2011.

Mandat

Med bakgrunn i St meld nr 7 (2008-2009) Et nyskape og bærekraftig Norge, i samspill mellom offentlig sektor og næringsliv, skal utvalget utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med vekt på:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling

Utvalget får på denne bakgrunn i oppgave å vurdere nye løsninger og komme med forslag til utforming av framtidens sykehjem, boformer og tjenestetilbud, slik at de møter framtidige brukeres behov og tar i bruk deres ressurser. Utvalget skal legge vekt på at framtidens tjenestetilbud i tråd med Omsorgsplan 2015 skal ha en mer aktiv profil, som stimulerer til sterkere brukerinnflytelse, egenmestring og aktiv deltakelse fra den enkelte, deres familie og sosiale nettverk. Nye boformer, organisasjonsformer og bruk av ny teknologi skal først og fremst fremme et slikt siktemål. Utvalget skal vurdere mulighetene for å utvikle nye eier- og driftsformer og samvirketiltak, basert på et utvidet samarbeid med brukerorganisasjoner og ideelle virksomheter.

Utvalget skal se arbeidet i lys av langsiktige hovedlinjer og utviklingstrekk og sette oppgaven inn i et forebyggende perspektiv. Samtidig skal utvalget legge som forutsetning for sitt arbeid at de lokale omsorgstjenestene skal settes i stand til å ta på seg nye faglig krevende oppgaver, slik det blir lagt opp til i Samhandlingsreformen. Med henblikk på planlegging av framtidens omsorgstilbud, skal utvalget identifisere særskilte forskningsbehov, og komme med forslag som kan styrke forsknings- og utviklingsarbeidet i de kommunale omsorgstjenestene. På eget initiativ kan utvalget også reise spørsmål og foreslå tiltak med sikte på å styrke innovasjon og forskning i omsorgssektoren.

Utvalget skal gi en vurdering av mulighetene for produktutvikling, næringsutvikling og eksport som følge av et samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor på omsorgsfeltet, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur og ny teknologi.

Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi gir brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten. Utvalget skal vurdere de etiske sidene ved de forslag de legger fram og de konsekvenser utvalgets forslag vil ha for den enkeltes personvern, spesielt i forhold til bruk av ny teknologi for varsling og overvåkning.

Over mange år er det utviklet institusjonstilbud og boformer i den kommunale helse- og sosialtjenesten med mange ulike navn, betegnelser og ordninger. Utvalget skal derfor gjennomgå og systematisere de ulike institusjons- og boformene til pleie- og omsorgsformål, med sikte på å standardisere betegnelser og forenkle statistikk og regelverk.

Utvalgets arbeid skal være basert på at framtidens omsorgstilbud er forankret i offentlige ordninger og et levende og omsorgsfullt sivilt samfunn. En slik fellesskapsomsorg omfatter både kommunale omsorgstjenester, familieomsorg, lokalsamfunn, brukerstyrte og frivillige organisasjoner i tett samspill med spesialisthelsetjeneste og andre sektorer. Utvalgets forslag utformes med utgangspunkt i at de samlede ressurser, både i sivilsamfunn og offentlig og privat sektor, blir utnyttet på en samfunnsøkonomisk god måte.

Utvalget skal levere sin endelige utredning og innstilling innen første halvår 2011. Departementet forutsetter at utvalget legger opp til en åpen arbeidsform og kan ta i mot innspill og drøfte sentrale tema med ulike fagmiljø, statlige råd og interesseorganisasjoner, og herunder blant annet finner en hensiktsmessig koordinering med arbeidet i Hjelpemiddelutvalget.

1.3 Utvalgets arbeid

Arbeidet i utvalget ble i utgangspunktet lagt opp i tre faser:

1. Høst 2009: Idedugnad
2. Vår/høst 2010: Kunnskapsinnhenting og systematisering
3. Vinter/vår 2011: Skrivning og ferdigstilling

Det er gjennomført til sammen 12 utvalgsmøter. Ett tre dagers møte, fire to dagers møter og sju

dagsmøter i Oslo, Drammen, Gardermoen, Drøbak, Trondheim og Arendal.

Utvalget bestilte i utgangspunktet 3 kunnskapsoppsummeringer og rapporter fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten:

- Holte, Hilde H., Kirkehei, Ingvild og Gunn E Vist: «Omsorgsforskning i Norge»
- Bakke, Toril og Hilde H. Holte: «Kartlegging av nye eier- og driftsformer i omsorgssektoren basert på samvirke, brukerstyring og kooperasjon»
- Hofmann, Bjørn: «Ethiske utfordringer med velferdsteknologi»

I tillegg utarbeidet forsker Ivar Brevik, NIBR, en historisk framstilling av utviklingen i ulike institusjons- og boformer til pleie- og omsorgsformål, som grunnlag for utvalgets arbeid med framtidige boformer (Brevik 2011).

Stipendiat Eline S Lorentzen Ingstad har levert grunnlagsnotat til utvalgets behandling av sosialt entreprenørskap.

Til alle møtene som ble avholdt i 2010, i fasen for kunnskapsinnhenting og systematisering, ble ulike foredragsholdere invitert til å holde innlegg om aktuelle tema (se vedlegg 1).

Utvalget har fått bistand fra ulike avdelinger i Helse- og omsorgsdepartementet og fra Forsknings- og innovasjonsavdelingen i NHD.

Det er avholdt møte med leder i Hjelpemiddelutvalget, Arnt Holte om spørsmål og avgrensninger knyttet til hjelpemidler og velferdsteknologi (se NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering).

Videre er det avholdt møte med Kaasa-utvalgets leder Karen Kaasa med sikte på å finne en hensiktsmessig koordinering og arbeidsfordeling knyttet til spørsmål om omsorgslønn og pårørendepolitikk.

Utvalgsleder og sekretariat har hatt møter med ulike aktører i Skottland, Sverige og Danmark for innhenting av kunnskap og erfaringer.

I tråd med utvalgets mandat ble det lagt opp til en åpen arbeidsform som innebar kontakt og møter med en rekke bedrifter, organisasjoner og fagmiljø. Det ble praktisert en «åpen dør», der de som hadde noe de ønsket å formidle til utvalget, fikk møte utvalgsleder og sekretariat. Utvalgets leder har deltatt med innlegg og foredrag på flere større arrangement, som Helsekonferansen 2010, Kommunedagene (KS) og Arendalskonferansen. På de to siste sto utvalget ansvarlig for workshops, der deltakerne ble invitert med i arbeidet med framtid utfordringene på omsorgsområdet.

I juni 2010 hadde hele utvalget et felles møte med medlemmene i Innovasjonsalliansen for kommunesektoren (KS), hvor hovedtemaene i utvalgets mandat ble behandlet i arbeidsgrupper.

I tilknytning til InnoMeds årskonferanse i 2010 ble fagorganisasjoner, brukerorganisasjoner, kommuner og næringsliv mv invitert til en egen samling der de ble orientert om utvalgets arbeid og invitert til å komme med innspill og reaksjoner. Arrangementet skjedde i samarbeid med Innovasjon Norge og InnoMed.

Utvalgsleder har holdt 48 presentasjoner og foredrag på konferanser, samlinger, møter og arrangementer både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Sammen med sekretariatet har utvalgsleder hatt egne møter med Norsk Pensjonistforbund, Statens råd for likestilling av funksjonshemmede, Statens Seniorråd, KS, NHO, Innovasjon Norge, en rekke fagorganisasjoner, sammenslutninger, brukerorganisasjoner, kommuner, bransjer, bedrifter, høgskoler og fagmiljø. Det er også kommet skriftlige innspill fra flere organisasjoner og virksomheter.

KS har under utvalgets arbeid gjennomført to spørreundersøkelser blant sine medlemmer om bruk av velferdsteknologi og lokale partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner i kommunene. Statistisk Sentralbyrå har deltatt i en nordisk undersøkelse om innovasjon i offentlig virksomhet, der utvalget fikk anledning til å stille spørsmål til norske kommuner.

Abelia (NHO) satte under utvalgets arbeid på eget initiativ i gang en undersøkelse blant sine medlemmer som gir oversikt over hvor mange som er involvert i produksjon av tjenester og produkter til omsorgssektoren, og har fulgt opp dette arbeidet med å etablere Arena«Trygg omsorg».

Utvalget har ellers vært i dialog med Datatilsynet med sikte på nærmere avklaringer og råd knyttet til personvern og sporingsteknologi (se vedlegg).

1.4 Til mandatet

I den perioden utredningsarbeidet har pågått, har utvalget møtt en sterkt økende interesse for de spørsmål som står sentralt i utvalgets mandat. Utvalget har derfor sett det som en viktig oppgave å stimulere dette engasjementet, og bidra til å skape felles bevegelse ved å føre ganske ulike fagmiljø sammen og koble omsorgsfeltet i kommunene til kunnskapsmiljøer som ser den betydningen omsorgssektoren har for verdiskapningen i samfunnet.

Under arbeidet med utredningen har utvalget kommet til at det vil være en spesielt viktig oppgave å løfte fram omsorgstjenestenes egenart og styrke deres identitet og stolthet, gjennom å gi omsorgsfeltet mulighet til å utvikle sitt eget kunnskapsgrunnlag. Utvalget er på den bakgrunn glad fordi mandatet er så klart avgrenset og ikke inviterer til å gå inn i større medisinske og helsefaglige spørsmål og tema. En helsetjeneste- og behandlingsdimensjon vil alltid være til stede. Omsorgstjenestene oppfatter seg nok ofte som en «annenrangs helsetjeneste», når de måler seg opp mot spesialisthelsetjenestene. Utvalget har derfor satt fokus på andre sentrale sider av omsorgstjenestene, og berører spesielt samhandlingen med familie og sivilsamfunn. Det er i relasjon til og samspillet med familie og nærmiljø disse tjenestene finner sin egenart, som ingen i spesialisthelsetjenesten gjør dem etter. Dette er næromsorg.

Mandatet utvalget har fått er svært vidt og tar opp framtidstema som hver for seg kunne fortjent en hel utredning. Utvalget har forsøkt å løse sin oppgave ved først og fremst å oppholde seg ved de store linjene og deretter velge seg ut noen spørsmål som blir grundigere behandlet. Samtidig har utvalget valgt å kaste fram og videreformidle noen av de ideer det har funnet på sin vei, ikke minst i møte med mange engasjerte brukere og fagfolk i sektoren eller aktører i forskning og næringsliv som nå har vendt blikket mot omsorgsfeltet. Dette er ideer som trenger videre vurdering og utredning.

Kapittel 2

Perspektiv og sammendrag

«Det er etter hvert blitt min tro at alternativet ligger i det uferdige, i skissen, i det som ennå ikke er til. Det «ferdige alternativ» er «ferdig» i dobbel forstand.»
Thomas Mathiesen i «Det uferdige» (Mathiesen 1971)

2.1 Innovasjon i omsorg

Innovasjon og omsorg er ord hentet fra to ulike verdener. Mange vil nærmest oppfatte dem som ild og vann, og derfor være skeptiske til å stille disse begrepene sammen. Et slikt begrepspar har imidlertid en spenning i seg som både påkaller nysgjerrighet og utfordrer til å tenke nytt. Innovasjon er et begrep for forandring og nyskaping med relevans på alle livets og samfunnets områder.

2.1.1 Omsorgssektoren som historisk innovasjon

Historisk sett kan den offentlige omsorgssektoren, slik den er utviklet i de nordiske land, betraktes som en eneste stor innovasjon i seg selv. Vi har bare ikke brukt ordet innovasjon på den sterke framveksten av kommunale hjemmetjenestetilbud og institusjonsomsorg for om lag 40 år siden. Utbyggingen av slike tjenester, var et svar på noen av de viktigste utfordringene samfunnet da sto overfor:

- den sterke veksten i tallet på eldre
- mangelen på arbeidskraft
- behovet for likestilling i familie og arbeidsliv

Den innovative løsningen ble å flytte en del av omsorgsarenaen ut av familien og den private sfære, ved å bygge ut de offentlige velferdsordningene. Denne formen for overføring («outsourcing») av omsorgsoppgaver bidro til større likestilling og frigjorde kvinnelig arbeidskraft. Yrkesaktiviteten blant kvinner i Norge er nå av de høyeste i verden. Samtidig skapte den grunnlag for en ny fordeling av omsorgsoppgavene i samspillet mellom familie og offentlig sektor, som var mulig å kombinere med arbeid og utdanning. Den nye omsorgssektoren ble

dermed et helt sentralt element i den sosiale verdiskapningen i samfunnet og en infrastruktur for arbeidslivet. Mange var skeptiske til hva denne utviklingen ville ha å si for fødselstall og familiens omsorgsevne. Ertertiden har vist at den nordiske velferdsmodellen har hatt både økonomisk og demografisk bærekraft. Fødselstallene i Norge er betydelig høyere enn i land der kvinnene i familien fortsatt står for mesteparten av omsorgsoppgavene.

Dette innebærer ikke at den løsningen vi fant for 40-50 år siden, uten videre vil være robust nok til å møte de oppgaver vi står overfor de neste tiårene. De fleste forsøk på å framskrive utviklingen gjennom videre utbygging av dagens system med samme veksttakt som vi har hatt de seinere år, ender i en umulig situasjon om noen tiår. Ser vi på den vellykkede innovasjonen utbyggingen av omsorgstjenestene representerer historisk sett, bør det heller gi inspirasjon til å tenke nytt også om framtida. Dersom det skjer like mye i denne sektoren de neste femti år, som de siste femti år, vil det meste kunne se helt annerledes ut.

Utvalget vil på den andre siden advare mot å kaste vrak på en modell som har vist seg å være levedyktig og ha et godt grep på de store samfunnsmessige endringene som har skjedd i denne perioden. Utvalget har derfor valgt å holde fast på en velferdsmodell med lokalt kommunalt ansvar for omsorgsoppgavene, og har vært mer opptatt av å finne nye tilpasninger og foreta endringer som gjør at vi også i framtida kan basere oss på fellesskapsløsninger, slik mandatet legger til grunn.

På jakt etter innovasjonsmuligheter peker utvalget spesielt på at det er i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn noe av den mest spennende fornyelsen kan komme til å skje i årene som kommer. Det forutsetter nærhet til det lokale. Omsorgssektoren er slik sett strategisk godt plassert i kommunen. Den trenger ikke å gå så langt. Den er de fleste steder en del av nærmiljøet og samarbeider tett med brukere, familie og lokalsamfunn. Inn i framtida bør omsorgstjenesten i større grad utnytte det potensialet som ligger rett foran dem, til innovasjoner

på tvers av kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn.

Omsorgstjenestene utgjør 1/3 av den kommunale virksomhet. Det som skjer i omsorgssektoren er derfor avgjørende for hele kommunen. Innovasjonsarbeidet i omsorgssektoren bør derfor skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing i kommunesektoren, der en finner løsninger i mellomrommet mellom helse- og sosialtjenestene og de øvrige kommunale sektorene og mellom kommune, nærmiljø og næringsliv.

2.1.2 Nye løsninger på seks framtid utfordringer

Regjeringen har i St meld nr 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer pekt på 5 framtid utfordringer. To handler om det det blir mer av:

- nye yngre brukergrupper
- flere eldre med hjelpebehov

og tre av utfordringene handler om det som det blir for lite av:

- knapphet på frivillige omsorgsyttere og helse- og sosialpersonell,
- manglende samhandling og medisinsk oppfølging
- mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov

Utvalget har lagt disse fem hovedutfordringene til grunn for sitt arbeid, og viser til de analyser som er gjort i regjeringens omsorgsmelding (St meld nr 25 (2005-2006)). Regjeringen har selv fulgt opp arbeidet med disse fem utfordringene gjennom Omsorgsplan 2015, og utarbeidet en egen Samhandlingsreform for samspillet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget har derfor valgt å gå videre på de spørsmål og behov som ikke på samme måte er dekket gjennom dette arbeidet. I tråd med mandatet har utvalget på denne bakgrunn lagt vekt på å utrede nye grep og løsninger for å møte omsorgsutfordringene i et tidsperspektiv som strekker seg utover regjeringens Omsorgsplan 2015, med spesiell vekt på teknologi, alternative bolig- og organisasjonsløsninger, forskning, innovasjon og næringsmuligheter.

I arbeidet med dette har utvalget tatt utgangspunkt i tre av de vanligste problemene omsorgstjenestene møter:

- Fall
- Ensomhet
- Kognitiv svikt

Dette er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig, og berører de fleste fagområder i helse- og sosialsektoren. Utvalget har valgt å bruke dem som illustrasjon og praktisk utgangspunkt for å finne og prøve ut nye løsninger, arbeidsmetoder og tilnæringsmåter.

Den sjettede utfordring

I tillegg peker utvalget på de utfordringer og muligheter som ligger i å se disse problemstillingene i internasjonal sammenheng, der:

- personellmarkedet internasjonaliseres og omsorgsarbeidskraft i økende grad både eksporteres og importeres
- større tjenestetilbydere opererer i et internasjonalt marked, ofte som multinasjonale selskap
- og flere og flere pasienter og brukere krysser landegrensene for å få behandling, rekreasjon og opptrening

Konturene av framtida må også ses i lys av de store endringene som skjer i befolkningens aldring både i Europa og i verdenssamfunnet. Det er grunn til å anta at dette vil prege alle markeder og samfunnssektorer globalt. I en slik sammenheng er Norge heldigere stilt med mindre dramatiske endringer i alderssammensetning enn de øvrige land i Europa. Vi vil imidlertid bli sterkt påvirket av det som skjer i verden for øvrig, og bør også se de markedsmessige muligheter dette åpner for.

Samfunnet står overfor store oppgaver på omsorgsfeltet de neste tiårene. De blir krevende nok om de ikke svartmales gjennom krisepregede framskrivninger og verste-fall-scenarier. Framtidens omsorgsutfordringer kan etter utvalgets oppfatning ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene. De må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle nye former for engasjement og deltakelse fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Dette handler minst like mye om hva slags framtidssamfunn vi skal bygge, som hvordan helse- og omsorgssektoren skal utvikle seg.

2.2 Ny politikk

En omsorgstjeneste for alle.

Den kommunale omsorgstjenesten dekker nå hele livsløpet fra barn og unge til voksne og eldre med en rekke ulike problemer, diagnoser og funksjonshemminger. Tjenesten har vært i sterk vekst,

fått mange nye brukergrupper og påtatt seg en rekke nye oppgaver de siste 20 årene. Slik er den blitt en omsorgstjeneste for alle som har behov for bistand og assistanse, hjelp og pleie.

En framtidsrettet omsorgspolitikkk forutsetter en bred samfunnsmessig tilnærning til framtidens brukergrupper. Utvalgets forslag bygger derfor på at politikken for å bygge ned funksjonshemmende barrierer i samfunnet videreføres og forsterkes. Videre anbefaler utvalget at det blir utformet en ny aktiv seniorpolitikk for alle samfunnsområder og en moderne pårørendepolitikk bygd på likestilling mellom menn og kvinner og partnerskap mellom brukere, nærstående og omsorgstjeneste.

2.2.1 En barrierebrytende politikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Nedbygging av funksjonshemmende barrierer i samfunnet, likestilling og deltakelse står som overskrifter på den kamp mennesker med nedsatt funksjonsevne har ført de siste tiårene. Fortsatt er det nødvendig å bekjempe diskriminering og motarbeide segregering, for å legge grunnlag for deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv og ha et vanlig dagligliv i fellesskap med andre.

Yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne framstår også i stor grad som fortroppen i utviklingen av omsorgssektoren. De har, og vil fortsatt lede an i:

- Å ta i bruk ny teknologi og hjelpemidler for å mestre dagliglivet på egenhånd, og være mest mulig uavhengig
- Krav om universell utforming av boliger og omgivelser
- Brukerstyrt eierskap til tjenesteytende organisasjoner og botilbud
- Gjennomføring av reformer med avvikling av institusjoner og oppbygging av lokale tjenestetilbud, selvstendige boliger og et mest mulig normalt liv

Skal velferdssamfunnet virkeliggjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon.

Utvalget legger til grunn at dette er en politikk som på svært mange områder er robust i møtet med framtidens utfordringer. Det er grunn til å anta at de yngre brukerne av kommunale tjenester vil få følge av den nye eldregenerasjonen. Nye generasjoner eldre har andre ressurser å møte alderdommen med og vil ikke finne seg i å bli satt på

sidelinjen. Deler av det som i dag kalles institusjonsbasert eldreomsorg er derfor modent for reformer med samme mål som tilsvarende reformer de siste 20 årene er gjennomført for ulike grupper med nedsatt funksjonsevne.

Mange av de innovative løsninger og grep som bør tas i den kommunale omsorgstjenesten, kan rett og slett være å overføre erfaringene fra 90-tallets ansvarsreform for mennesker med utviklingshemming til eldreomsorgsområdet.

2.2.2 En aktiv seniorpolitikk

Utvalget mener videre at Norge må utvikle en ny seniorpolitikk som handler om mer enn pensjon og eldreomsorg. Det må utformes en aktiv seniorpolitikk for alle samfunnsområder.

Den nye seniorgenerasjonen vil være stor. Den vil ha bedre utdanning, bedre helse, lengre levealder, bedre boforhold og mer ressurser å møte alderdommen med. Mer enn noen gang tidligere i historien, vil en ressurssterk eldre befolkning med god kjøpekraft prege alle markeder, alle samfunnsinstitusjoner, handel og økonomi, etterspørsel og forbruk – verden over. På den ene siden vil de ha bedre forutsetninger for å klare seg selv enn noen annen generasjon før dem. På den andre siden vil de opptre kravstore overfor velferdssamfunnet.

En aktiv seniorpolitikk inviterer til og forventer deltakelse i samfunnsliv og politikk, i utdanning og kulturliv, i familie og frivillig arbeid, og for de som har muligheter: i næringsliv og arbeidsliv.

En aktiv seniorpolitikk bygger bro mellom generasjonene, og motarbeider segregering og aldersdiskriminering.

En aktiv seniorpolitikk på helse- og omsorgsområdet tenker forebyggende og legger forholdene til rette for at folk kan ta det ansvar for eget liv som de ønsker, ved:

- å tilrettelegge egne boforhold og nære omgivelser
- å ta del i fysisk, sosial og kulturell aktivitet
- å delta i opplæring, opptrening og rehabilitering

En aktiv seniorpolitikk bygger på prinsipper om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

EU har besluttet at 2012 skal bli det europeiske år for «Aktiv Aldring og solidaritet mellom generasjonene», der hele Europa vil forberede seg på og planlegge for de demografiske endringene alle vil bli berørt av i tiårene som kommer.

Boks 2.1 Sju prinsipper for aktiv aldring

1. Aktiv aldring gjelder all aktivitet som gir mening og velvære både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet, og er ikke begrenset til betalt arbeid eller produksjon.
2. Aktiv aldring omfatter alle eldre, også de som av ulike grunner er skrøpelige eller avhengige.
3. Aktiv aldring er først og fremst et forebyggende konsept og involverer derfor alle aldersgrupper gjennom hele livsløpet.
4. Å opprettholde solidariteten på tvers av generasjonene er et grunnleggende trekk ved aktiv aldring.
5. Aktiv aldring innebærer både rettigheter og plikter.
6. En strategi for aktiv aldring må fremme deltagelse og empowerment.
7. Et konsept for aktiv aldring må respektere kulturelle ulikheter og fremme mangfold.

Den engelske professoren i sosialpolitikk Alan Walker som har utformet disse sju prinsippene for aktiv aldring (Walker 1999 og 2002), sier at:

«Active ageing is intergenerational: it is about all of our futures and not just about older people. We are all stakeholders in this endeavour.»

Utvalget vil anbefale at Norge deltar aktivt i dette framtidsrettede arbeidet, og utformer en seniorpolitikk for alle samfunnsområder. Seniorpolitikken vil være så sentral for samfunnsutviklingen at regjeringen bør vurdere å løfte den fram og gi den en tydeligere plass.

2.2.3 En moderne pårørendepolitikk

Framtidas knapphet på både frivillige omsorgsyttere og arbeidskraft, forutsetter at det blir mulig å kombinere arbeid og omsorg på en annen og mer fleksibel måte enn i dag.

En ny politikk for de nærmeste må først og fremst synliggjøre og verdsette den innsats familie, venner og naboer yter. Dernest må den løse opp den tidsklemma mange står i, gjennom større fleksibilitet i arbeidslivet, og lette omsorgsbyrden

gjennom et tett samspill med de kommunale omsorgstjenestene.

Utvalget foreslår derfor en ny pårørendepolitikk med seks fortegn:

- Synliggjøring
- Likestilling
- Fleksibilitet
- Veiledning
- Avlastning
- Verdsetting

Familieomsorgen er den usynlige omsorgen. Den registreres knapt i saksbehandling, statistikker eller offentlige utredninger, til tross for at den fortsatt har en årsverksinnsats på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten.

Utvalget tilrår derfor at det settes sterkere søkelys på familieomsorg i forsknings- og utredningsarbeid og sterkere politisk fokus på pårørende og frivillige som ressurs og at det utformes en samlet politikk på området.

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 saksutredning og i individuell plan, både for å samordne innsatsen med det offentlige hjelpeapparat, og vurdere tiltak overfor pårørende i form av opplæring, veiledning, avlastning og økonomi.

En moderne pårørendepolitikk må bygge på likestilling mellom menn og kvinner. Vi ønsker ikke en omsorgspolitik som setter likestillingsarbeidet mange år tilbake. Derfor er det tilfredsstillende å se at det i følge helse- og levekårsundersøkelsen (SSB 2008) er nesten like mange sønner som døtre som gir regelmessig hjelp eller tilsyn med sine gamle foreldre. I denne sammenheng blir det viktig å videreføre det fokus som har vært på menns farsrolle, til også å sette fokus på menns omsorgsfunksjoner som sønner og ektefeller.

En samlet og mer helhetlig pårørendepolitikk sørger for nye rettigheter og velferdsordninger med:

- opplæring, støtte og veiledning til pårørende
- avlastning til de som bærer tunge omsorgsbyrder
- økonomisk trygghet slik at de ikke i tillegg blir sittende i en vanskelig økonomisk situasjon
- nødvendig permisjon slik at de ikke mister rett til arbeid eller må sykmeldes for å kunne ta seg av sine nærmeste

Utvalget mener framtidas knapphet både på arbeidskraft og frivillige omsorgsyttere krever løsninger som gjør det lettere å kombinere arbeid og

omsorg, og foreslår på denne bakgrunn at rett til permisjon for pleie- og omsorg av nære pårørende vurderes utvidet til et år.

Samtidig foreslår utvalget mer omfattende og fleksible avlastningsordninger både i eget hjem, som dagaktivitetstilbud og korttidsopphold utenfor hjemmet.

Utvalget peker også på de muligheter nye sosiale medier og ny kommunikasjonsteknologi gir for bekymringsreduksjon, trygghet, veiledning, kontakt og oppfølging i forholdet mellom brukere, pårørende og hjelpeapparat.

2.3 Utvalgets fem forslag

2.3.1 «Næromsorg» – Den andre samhandlingsreformen

Den første samhandlingsreformen har hovedfokus på en bedre ressursutnyttelse i den kommunale helse- og omsorgstjenestenes helsefaglige og medisinske samarbeid med spesialisthelsetjenesten. «Den andre samhandlingsreformen» handler like mye om å mobilisere ressurser og setter samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten.

Medborgerskap innbærer mer enn forbruk av offentlige ytelser. Samfunnets fellesskapsløsninger forutsetter at folk også tar ansvar for oppbygging og utforming av tjenestetilbudet og har en rolle både som produsenter og konsumenter. Omsorg skal være en selvfølgelig del av et levende og pulserende samfunn og prege mellommenneskelige relasjoner i familie og lokalsamfunn, organisasjoner og institusjoner og i uformelle sammenhenger der mennesker møtes, arbeider sammen og bor sammen.

Det er nødvendig å tenke nytt om samspillet mellom de offentlige ordningene og det sivile samfunn, utforske de nye formene frivilligheten tar, og sette fokus på alternative arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer til medborgerskap. Utvalget har valgt å kalle dette prosjektet «Den andre samhandlingsreformen», der blikket rettes mot familie og lokalsamfunn. En slik reform er basert på næromsorg, medborgerskap og samproduksjon, og inneholder:

- En nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet på omsorgsområdet
- Nye eier- og driftsformer som samvirkeforetak, brukerstyrte ordninger og sosialt entreprenørskap

- Nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppemetodikk, kultur og trivsel
- En ny og moderne pårørendepolitikk
- En omsorgstjeneste som organiserer seg inn mot familie og nærmiljø, med satsing på hjemmetjenester, åpne institusjoner og nettverksarbeid

Utvalget vil understreke betydningen av å søke nye løsninger og samarbeidsmønstre gjennom dialog og forhandlinger mellom offentlig og frivillig virksomhet på omsorgsfeltet. Det er i mellomrommet mellom det offentlige og sivilsamfunnet de nye fellesskapsløsningene kan utvikles.

Ideelle tiltak og virksomheter i form av frivillige organisasjoner og brukerstyrte samvirkeforetak bør gis betydelig større rom i utviklingen av framtidens omsorgstjenester. Utvalget har tro på at dette vil styrke innovasjons- og utviklingsarbeidet på omsorgsfeltet og invitere til aktiv deltakelse og samskaping av nye eierformer og driftsmodeller for å møte den sterke veksten i omsorgsbehov som ventes i årene etter 2025. Da bør en sette seg store mål. Utvalget foreslår at et av målene kan være å la 25 % av den samlede virksomhet i omsorgssektoren bli organisert og drevet som ideell virksomhet innen 2025.

2.3.2 «Teknoplan 2015» – teknologistøtte til omsorg

Omsorgstjenestene har et stort uutnyttet potensial for å ta i bruk tilgjengelig teknologi og for å utvikle ny. Dette gjelder både velferdsteknologi som kan gi brukerne større trygghet og bedre mulighet til å klare seg selv i hverdagen, telemedisinske løsninger til hjelp i behandling, tilsyn og pleie og teknisk støtte til kommunikasjon, administrasjon og forvaltning som frigjør mer tid til direkte brukerkontakt.

Utvalget legger fram en 3-trinns plan for utbredelse og praktisk bruk av velferdsteknologi, og foreslår at den inngår som en del av regjeringens Omsorgsplan 2015:

Trinn 1 videreutvikler trygghetsalarmen til en trygghetspakke som inkluderer tilrettelegging for smarthus

Trinn 2 tar i bruk moderne kommunikasjons-teknologi og sosiale medier for å ta kontakt med helse- og sosialtjenesten, redusere ensomhet, holde kontakt med familie og venner og delta i brukerfora

Trinn 3 tar i bruk teknologi som stimulerer, underholder, aktiviserer og strukturerer hverdagen

Planen legger stor vekt på opplæring og kompetansetiltak, organisasjonsutvikling og utvikling av samarbeidsarenaer for innovative kommuner og fagmiljø.

Utvalget foreslår at det settes som krav at nye eller renoverte bygg som finansieres gjennom Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for tilkopping av alarmer, sensorer og smarthusteknologi. I denne sammenheng peker også utvalget på behovet for å utvikle en standardisert kommunikasjonsplattform i hjemmet, med tjenester som etter hvert kan tilpasses den enkelte brukers behov.

Utvalget foreslår videre at bruken av sporings- og varslingshjelpemidler (f eks med GPS) reguleres mer direkte i helse- og sosiallovgivningen. Det vil gi klarere regler, forenkle saksbehandlingen og tydeliggjøre hvilke avveininger som må gjøres for å ta i bruk hjelpemidler som åpenbart vil bidra til økt uavhengighet og frihet for mange brukere.

Datatilsynet har på utvalgets anmodning foretatt en ny vurdering av personvernsspørsmål knyttet til bruk av velferdsteknologi, som utvalget finner avklarende. Datatilsynets brev av 9.mai 2011 er derfor lagt ved utredningen.

2.3.3 «Nye rom»- Framtidas boligløsninger og nærmiljø

En viktig del av planleggingen av morgendagens samfunn vil handle om gjøre boliger og omgivelser gode å bli gamle i. De fleste av de boliger og institusjoner vi skal bo og leve i og motta helse- og sosialtjenester i de neste tiårene, er allerede bygd. Dette gjelder først og fremst den ordinære boligmassen av eneboliger, rekkehus og leiligheter. Dernest gjelder det også de over 40.000 alders- og sykehjemsplassene og de nesten 50.000 boligene til pleie- og omsorgsformål.

Det store ombyggingsprosjektet

Utvalget er redd for at en for stor oppmerksomhet på nybygging kan lede til en neglisjering av ombygging, og foreslår å styrke virkemidlene i boligpolitikken til ombygging og fornyelse av de boliger som allerede står der. Med de utfordringer samfunnet står overfor på helse- og sosialområdet, vil det være av svært stor betydning å fjerne barrierer og tiltrettelegge boliger og omgivelser slik at de kan fungere gjennom hele livsløpet. Utvalget ønsker å bidra til at det må bli like vanlig

å forberede boligen på egen alderdom, som å tilrettelegge boligen i andre livsfaser, og foreslår opprettet en rådgivningstjeneste for boligtilpassning i et samarbeid mellom Husbanken, kommunene og NAV hjelpemiddelsentraler. Videre foreslås et system for klassifisering av boliger med utgangspunkt i kravene til universell utforming.

Nye konsept

Det foregår en spennende utvikling i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, der to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner rommene i sykehjemmene å ligne mer og mer på fullverdige omsorgsboliger. På den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Utvalget ønsker å ta med seg det beste fra de to ulike tradisjonene og framskynde en slik sammensmeltning.

Det nye konseptet utvalget foreslår, innebærer en «fusjon» der høy bostandard og tjenestetilbud kan kombineres på ulike måter og stimulere til at det utvikles et mangfold av løsninger som bygger på seks grunnleggende prinsipper:

- Et skille mellom kommunenes boligpolitikk og kommunens tjenestepolitikk på helse- og sosialtjenesteområdet, slik at tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov uavhengig av boform
- Et tydelig fysisk og juridisk skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og sosialtjenesteformål
- Et faglig og organisatorisk skille mellom helse-tjenester på den ene siden og matservering, kulturaktiviteter og andre servicetjenester på den andre siden
- Boligløsninger som har tilgang til alle nødvendige bofunksjoner (bad/toalett, kjøkkenkrok, soveplass og oppholdsareal) innenfor privatareale, tilrettelagt for både beboer og pårørende
- Boliger som har infrastruktur tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi
- En felles husleie- og egenbetalingsordning uavhengig av boform, med likestilt rett til bostøtte fra Husbanken, samme betaling for tjenester og dekning av medisiner og hjelpemidler over folketrygden

Utvalget konstaterer at de store institusjonenes tid er forbi, og vil ha en omsorgstjeneste med boliger og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige fellesa-

realene deles med den øvrige befolkning. Knutepunkt med lokalisering av velferdssenter og ulike boligtilbud må derfor inngå som et ledd i kommunens helhetlige planlegging.

Utvalget ønsker å legge disse hovedelementene til grunn for den videre utbyggingen av morgendagens kommunale boligløsninger for mennesker med behov for helse- og sosialtjenester. I den sammenheng viser utvalget til Omsorgsplan 2015 som anslår et fornyelses- og utbyggingsbehov på 12.000 heldøgns omsorgsplasser fram mot 2015.

Behovet for sterk kapasitetsvekst kommer først om 10-15 år. Derfor bør oppmerksomheten konsentreres om modernisering, utskifting og fornyelse av eksisterende sykehjem og omsorgsboliger. Nær halvparten av landets 90.000 institusjonsplasser og boliger er snart modne for fornyelse og utskifting. En del av denne bygningsmassen har en lokalisering og utforming som gjør den dårlig egnet for morgendagens brukerbehov. Utvalget er opptatt av at en har gjort seg ferdig med opprustingen av den gamle bygningsmassen i god tid før 2025, når en økning i behovene treffer sektoren. Samtidig må en utnytte denne perioden aktivt til å planlegge den utbyggingen som da skal skje.

En slik fornyelse gir store muligheter til å skape nye rammer og omgivelser både for de som trenger et tjenestetilbud og for de som skal stå for utøvelsen av framtidens omsorgstjenester. Det vil skape muligheter for næringsutvikling og en økt etterspørsel mot bygge- og teknologimiljøer. Utvalget vil anbefale kommuner, fagmiljøer og næringsliv å se på dette som en utfordring til innovasjon, der behovet er å finne nye løsninger som både er tilpasset framtidige generasjoners behov og preferanser og morgendagens lokalsamfunn.

2.3.4 Et nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg

Innovasjon i omsorg vil først og fremst foregå lokalt i den enkelte kommune, med nærhet til brukerne og folkevalgt ansvar for tjenestene. De sentrale myndigheters rolle vil være å lage en insentivstruktur som fremmer innovasjon og nyskaping innenfor sektoren, og bygge opp en infrastruktur for forskning, utvikling og innovasjon på omsorg som tar initiativ og ansvar for koordinering, nettverksbygging og resultatformidling på nasjonalt nivå.

Det som skjer i omsorgssektoren er også bestemmende for kommunens utvikling. Det er derfor etter utvalgets vurdering nødvendig å gi

kommunene tilgang til et eget virkemiddelapparat målrettet for å gi kommunene risikoavlastning og skjermede økonomiske ordninger for å styrke innovasjonsevnen, prøve ut nye arbeidsformer og finne nye måter å løse omsorgsoppgavene på. Utviklingen av omsorgssektoren kan ses i sammenheng med andre deler av den kommunale virksomhet, og med fordel suppleres med tilsvarende bidrag fra andre departement til øvrige sektorer i kommunen.

En kommunal innovasjonsskole

Utvalget foreslår at det i samarbeid med KS blir etablert et nasjonalt utdanningstilbud i innovasjon for kommunale ledere og andre som har nøkkel-funksjoner i eller for omsorgstjenestene og eventuelt andre deler av kommunesektoren.

En prosent av budsjettet til forskning, utvikling og innovasjon (FUI)

Utvalget mener det er uforsvarlig å drive en offentlig omsorgssektor videre med et årlig driftsbudsjett på nærmere 80 milliarder kroner, med under 2 promille til kunnskapsutvikling og forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid. De omfattende utfordringene samfunnet står overfor på omsorgsfeltet vil kreve:

- økt forskningsbasert kunnskap for å kunne planlegge framtidens tjenestetilbud både på lokalt og nasjonalt nivå
- risikovilje og innovasjonsevne for å prøve ut nye faglige tilnæringsmåter og finne nye måter å løse omsorgsoppgavene på
- langsiktig utviklingsarbeid for å forberede og gjennomføre nødvendige endringer og omstillinger

Utvalget foreslår at det i perioden fram til 2020 gjennom en opptrappingsplan tilføres statlige midler slik at en prosent av omsorgstjenestens totalbudsjett brukes til å utvikle tjenestenes kunnskapsgrunnlag. Finansierungsordningen skal først og fremst benyttes til utprøving og spredning av nye måter å løse omsorgsoppgavene på, for eksempel ved bruk av teknologi eller nye arbeids- og organisasjonsformer som bidrar til at folk klarer seg selv lenger eller frigjør medarbeiderne til å bruke mer av sin tid hos den enkelte bruker. Tilskuddstildeling forutsetter et trepartssamarbeid mellom en praksisaktør, en kommune og en tredje part fra sivilsamfunn, næringsliv eller forskning.

NISO – Et samlet nasjonalt ansvar for kunnskapsspredning og innovasjon på omsorgsfeltet

Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet i samarbeid med KS etablerer et sekretariat for kommunal innovasjon, som i første omgang setter fokus på omsorgssektoren med forgreininger til de regionale sentrene for omsorgsforskning og de fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Sekretariatets hovedoppgave vil være:

- rådgivning til praksisaktørene ved utvikling og utprøving av nye løsninger
- tildeling og forvaltning av innovasjonstilskudd med evaluering, dokumentasjon og resultatformidling
- koordinering og videreutvikling av lokale og regionale innovasjonsnettverk

NORAGE – En nasjonal forløpsstudie

Utvalget foreslår at det blir etablert en nasjonal database (NORAGE) og et omfattende forskningsprosjekt som følger et stort antall individer gjennom siste tredjedel av livet, og skaffer kunnskapsgrunnlag både for planlegging av omsorgstjenestene og samfunnets seniorpolitikk på de fleste områder. En slik database vil skape en god forutsetning for utvikling og utforskning av problemstillinger for forskere med både samfunnsvitenskapelig, medisinsk og annen fagbakgrunn.

2.3.5 Omsorgsfeltet som næring

Utvalget ser store potensialer i å utvikle en norsk-basert næring for leveranser til omsorgsfeltet. Etterspørselen etter hensiktsmessige boligløsninger, aktivitetsinnhold og velferdsteknologiske virkemidler vil øke både fra husholdninger og fra den kommunale omsorgssektoren. I økende grad vil dette innebære at omsorgsfeltet blir åpnet, og import og eksport vil kjennetegne omsorgssektoren på samme måte som andre næringer.

En samlet kunnskaps- og næringsutviklingspolitikk

I dag preges omsorgsfeltet av at samhandlingen med andre næringer i det alt vesentlige skjer i form av kommunalt innkjøp av underleveranser. På boligsiden utgjør dette en viktig del av tjenesteproduksjonen med store investeringer i sykehjem og omsorgsboliger. Samtidig kan det forventes økte innkjøp av velferdsteknologiske løsninger. Det er viktig at denne innkjøpermakten styrkes,

utvikles og forvaltes slik at den også bidrar til å fremme innovasjon på leverandørsiden. På denne måten kan det gis tydeligere signaler til næringslivsaktører og andre leverandørinteresser, om hva omsorgssektoren etterspør for å kunne utføre sitt samfunnsoppdrag på en bedre måte i framtida.

For å styrke omsorgssektorens evne til å utøve sin funksjon som en synlig, kompetent og krevende bestiller, har utvalget foreslått tre typer av tiltak:

- En systematisk opplæring av kommunale aktører til å utøve rollen som bestiller av innkjøp med innovasjonspotensial, og kompetanse i å lede leverandørutviklings- og innovasjonsprosesser i samarbeid med aktører utenfor omsorgssektoren
- En finansieringsordning for innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren, organisert gjennom et nasjonalt sekretariat for innovasjon i omsorgssektoren
- Et nasjonalt program for utbredelse av velferdsteknologi som både vil øke de kommunale aktørenes kunnskap og interesse for velferdsteknologi og utvikle den kommunale bestillerkompetanse i dette markedet.

Seniormarked

Utvalget vil spesielt peke på at individmarkedet sannsynligvis vil vokse sterkt i årene som kommer, både innenlands og internasjonalt. En stor og kjøpesterk seniorgenerasjon vil prege etterspørselen. Mange tjenester og produkter som tidligere ble kanalisert gjennom behovsprøvde offentlige ordninger vil bli hylleware. Seniormarkedet blir stort. Derfor bør norsk næringsvirksomhet på omsorgsfeltet utvikle interesse og satsing på andre markedssegmenter enn bare innenlandsk offentlig sektor. Dette gjelder særlig individmarkedet, og i de eksportmuligheter som ligger i leveranser til andre lands offentlige innkjøp. For å tydeliggjøre og øke etterspørselen fra individmarkedet, foreslår utvalget tiltak for

- å bevisstgjøre og styrke den enkelte forbruker i markedene for tilrettelagte boligløsninger og velferdsteknologi
- å øke etterspørselen etter ombygging av boliger slik at de får en mer hensiktsmessig utforming og innredning

Utvalget vil også i næringsmessig sammenheng peke på de mulighetene som ligger i å bygge om og oppgradere dagens boliger og boligområder, og behovet for å skifte ut eller fornye inntil halvparten av landets 90.000 omsorgsboliger og insti-

tusjonsplasser det nærmeste tiåret. Utvalget vil utfordre både byggenæringen og kommunene til å finne framtidsrettede løsninger på dette basert på kunnskap om nye generasjoners og brukergrupperes preferanser og behov.

Bedriftssamarbeid

Samarbeid mellom private bedrifter er av avgjørende betydning for utvikling av produkter som etterspørres i omsorgsfeltet. Særlig er det viktig at bolignæring og teknologimiljøer samhandler om å se boligløsning og velferdsteknologi under ett. Industrielt samarbeid med involvering av forsknings- og utviklingsmiljøer bør stimuleres fram, uavhengig av den kommunale dimensjon i omsorgsfeltet. Etter utvalgets oppfatning er det tre viktige betingelser som kan fremme en slik utvikling:

- Spørsmålet om industrielle tekniske standarder må belyses og avklares, slik at norske produkter utvikles etter standarder som er framtidsrettede.
- Det generelle offentlige virkemiddelapparat må brukes til å øke interessen for omsorgsfeltets muligheter, og stimulere og finansiere utviklingsprosjekter med nytteverdi og kommersielle potensial for individmarkeder og eksport.
- For å fremme norsk eksport av produkter og løsninger på omsorgsfeltet foreslår utvalget at det opprettes en egen stiftelse som har dette som sitt tydelige formål.

«NORCARE» – Omsorg som eksportprodukt

Mange land viser interesse for den nordiske modellen med godt utbygde offentlige velferds-

ordninger, likestilling og høy yrkesaktivitet. Med den som varemerke, 50 års tradisjon på omsorg som fag og en gunstigere demografisk utvikling enn resten av Europa, bør det være grunnlag for å vurdere omsorg som et norsk eksportprodukt på et raskt voksende internasjonalt marked i nært samarbeid med andre nordiske land.

Utvalget foreslår på den bakgrunn at Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet tar initiativ til å etablere en egen eksportstiftelse for omsorgstjenester etter modell av den svenske stiftelsen SWECARE og på den måten legge til rette for et nordisk samarbeid.

INN-ordning

Utvalget ser ellers store samfunnsøkonomiske gevinster ved at andre samfunnssektorer involveres som leverandører til omsorgssektoren. Dette kan både skape et mer spennende innhold i tjenestene, og bli en ny og alternativ inntektskilde for slike virksomheter.

«Inn på tunet» er en egen satsing i jordbruksavtalen, der gårdsmiljø brukes til kommunale dagaktivitetstilbud for mennesker som trenger spesiell tilrettelegging. Utvalget foreslår at INN-ordningen ikke begrenses til landbruket, men utvides til flere næringer, arbeidsplasser og virksomheter som kan gi spennende omgivelser og miljø for dagtilbud tilrettelagt for aktivitet, læring og mestring.

På den måten kan den enkelte finne aktiviteter som er tilpasset egen historie, bakgrunn og interesse, og bedrifter og virksomheter utnytte sine spesielle omgivelser og kompetanse til å utvikle et tilleggsprodukt det er stor mangel på i helse- og sosialtjenesten.

Kapittel 3

Omsorgsmyter og framtidstema

«Vi kom ikke hit for å frykte fremtiden.
Vi kom for å forme den.»
Barack Obama

3.1 Framtidas omsorgsutfordringer

I St meld nr 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening» peker regjeringen ut 5 framtid utfordringer på omsorgsfeltet:

«Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til:

Nye brukergrupper

Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

Aldring

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. Utfordringenes omfang må likevel ses i lys av at den nye eldregenerasjonen har bedre helse og mer ressurser i form av høyere utdanning og bedre økonomi å møte og mestre alderdommen med.

Knapphet på omsorgsytere

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg innebærer at det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten, og forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn.

Medisinsk oppfølging

Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Aktiv omsorg

De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.»

Utvalget har lagt disse fem hovedutfordringene til grunn for sitt arbeid, og viser til de analyser som er gjort i regjeringens omsorgsmelding (St meld nr 25 (2005-2006)). Regjeringen har selv fulgt opp arbeidet med disse fem utfordringene gjennom Omsorgsplan 2015, der hovedstrategien er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss

- til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes om 10-15 år

- og til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet gjennom å foreta investeringer i forebyggende tiltak, utdanning/kompetanse, ny teknologi, boliger og anlegg

Videre har regjeringen utarbeidet en egen Samhandlingsreform for samspillet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget har valgt å gå videre på de spørsmål og behov som ikke er dekket gjennom dette arbeidet. I tråd med mandatet har utvalget på denne bakgrunn lagt vekt på å utrede nye grep og løsninger for å møte omsorgsutfordringene i et tidsperspektiv som strekker seg utover regjeringens Omsorgsplan 2015, med spesiell vekt på teknologi, alternative bo- og organisasjonsformer, forskning og innovasjon.

I tillegg peker utvalget på de utfordringer og muligheter som ligger i å se disse problemstillingene i internasjonal sammenheng, der:

- personellmarkedet internasjonaliseres og omsorgsarbeidskraft eksporteres/importeres
- større tjenestetilbydere opererer i et internasjonalt marked
- og flere og flere pasienter og brukere krysser landegrensene for å få behandling, rekreasjon og opptrening

Framtidsutsiktene må sees i lys av de store endringene som skjer i befolkningens alderssammensetning i Europa og verden forøvrig. Det er grunn til å anta at dette vil sette sitt preg på alle markeder og samfunnssektorer globalt. I en slik sammenheng er Norge heldigere stilt med mindre dramatiske utfordringer enn de øvrige land i Europa. Samfunnet står overfor omfattende omsorgsoppgaver de neste tiårene. De blir krevende nok om de ikke svartmales gjennom krisepregede framskrivninger og verste-fall-scenarier.

Framtidas omsorgsutfordringer kan etter utvalgets oppfatning ikke løses bare av helse- og sosialsektoren ved hjelp av mer fagpersonell, flere institusjoner og nye formelle hjelpeordninger. Med grunnlag i et offentlig ansvar, må de fleste samfunnssektorer bidra til å videreutvikle fellesskapsløsninger som er tilpasset nye behov og tilgjengelige ressurser. Helt avgjørende vil det være å støtte og utvikle nye former for frivillig engasjement fra familie og lokalsamfunn, brukerstyrte organisasjoner og virksomheter basert på samvirke mellom det offentlige og sivilsamfunnet. Dette handler minst like mye om hva slags framtidssamfunn vi skal bygge, som hvordan helse- og omsorgssektoren skal utvikle seg.

3.2 De fem omsorgsmytene

For å kunne arbeide med framtid utfordringene har det vært avgjørende for utvalget å kunne gjøre seg opp en oppfatning om hvordan dagens omsorgsbilde ser ut. Det har dannet seg mange oppfatninger om dette, dels gjennom beskrivelser i media, og dels som en følge av det fokus som preger den offentlige debatten på nasjonalt nivå. For utvalget har det vært nødvendig å rydde av veien noen av de forestillinger som har festet seg om omsorgssektoren, og tegne et oppdatert bilde ved bruk av det som finnes av aktuelle data og forskning på området.

3.2.1 Eldreomsorgsmyten

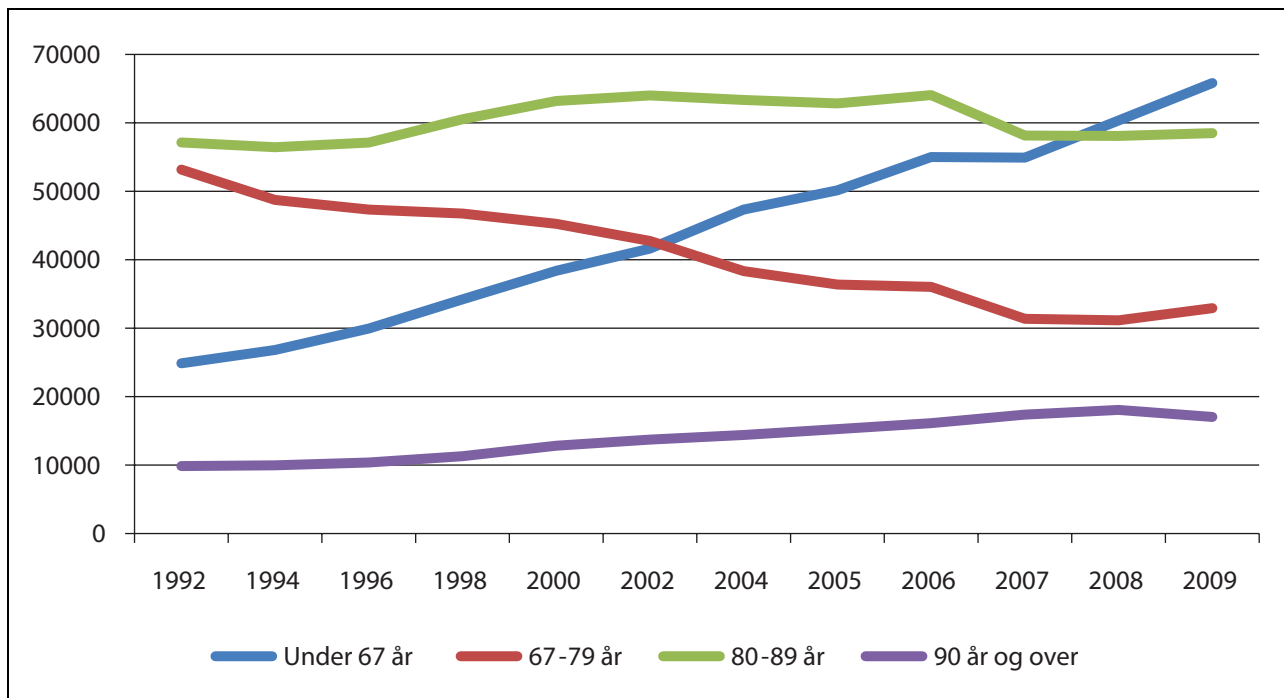
De kommunale omsorgstjenestene er ikke lenger bare eldreomsorg. De dekker hele livsløpet med tjenestetilbud til familier med barn, voksne med nedsatt funksjonsevne og eldre med alvorlig sykdom og funksjonstap. Tjenestene blir gitt i alt fra barneboliger til omsorgsboliger og sykehjem, men de fleste som mottar omsorgstjenester bor i sin egen bolig.

I den offentlige debatten blir imidlertid omsorg ofte omtalt synonymt med eldreomsorg. Innsatsen i disse tjenestene måles i media og det politiske ordskiftet ofte i tallet på sykehjemsplasser. Det faktiske bildet er langt mer nyansert. Mens det bare er om lag 40.000 som får tjenestetilbudet sitt i sykehjem, er det 225.000 som får omsorgstjenester i eget hjem eller i omsorgsboliger. 1/3 av disse er under 67 år.

For 20 år siden ble 2/3 av ressursene i omsorgstjenestene brukt i alders- og sykehjem, mens bare 1/3 ble brukt på hjemmetjenester. I dag brukes mer enn halvparten av ressursene i denne sektoren til hjemmetjenester og tiltak utenfor institusjon (Brevik 2010).

I diskusjonen om sykehjem versus omsorgsboliger og institusjonstilbud versus hjemmetjenester, glemmer en ofte at de kommunale omsorgstjenestene har tjenestemottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både med hensyn til boform og tjenestetilbud.

Derfor er eldreomsorg heller ikke et begrep i helse- og sosiallovgivningen, eller i statlige eller kommunale budsjett. Lovgivning og ressurstilgang er i hovedsak basert på at det ikke skal gjøres forskjell på folk på grunn av alder. Omsorgstjenestene omfatter derfor alle som har behov for det, uavhengig av alder, kjønn, diagnose, funksjonsevne eller problem.



Figur 3.1 Antall mottakere av hjemmetjenester, etter alder. 1992-2009

Kilde: SSB Se <http://www.ssb.no/pleie/>

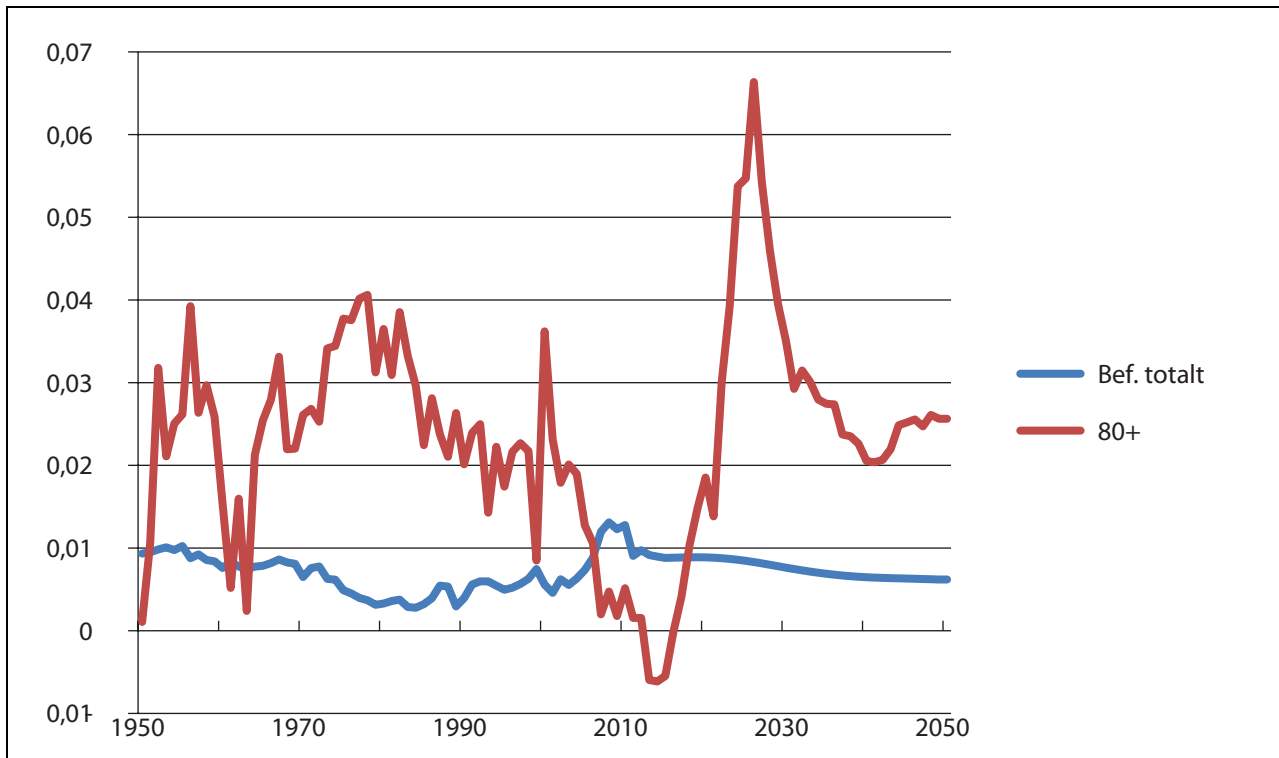
At den kommunale omsorgstjenesten er ensbetydende med eldreomsorg, er med tiden blitt mer og mer galt. De siste 20 årene er det faktisk ikke blitt flere eldre brukere av slike tjenester, mens tallet på brukere under 67 år snart er tredoblet i samme periode. Nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste årene har gått til å dekke veksten i de yngre brukergruppene.

Til tross for sterk vekst i de eldste aldersgruppene de siste tiårene, er det ikke blitt flere eldre brukere av alders- og sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingen er altså ikke bare drevet av aldring, men preget av andre samfunnsendringer og oppgaveutvekslingen som over tid foregår mellom spesialisthelsetjeneste, familieomsorg og kommunale omsorgstjenester. De kommunale tjenestene befinner seg i denne sammenheng midt mellom spesialisthelsetjenesten og familieomsorgen, med brede samhandlingsfelt til begge sider.

Utvalget ser betydningen av å fastholde at omsorgstjenestene også i framtida skal gis uavhengig av alder. Mer enn noen gang blir det viktig å bygge et fundament for velferdsordningene som er basert på oppslutning både fra unge og eldre, og som inviterer til solidaritet mellom generasjonene. Lik rett til tjenester for alle med behov uavhengig av alder, blir det grunnleggende prinsipp for gjensidig forståelse og felles ansvar.

Tjenestetilbudet må likevel være tilpasset ulike livsfaser og den enkeltes individuelle ressurser og behov. Tilbudet til en ung bruker med nedsatt funksjonsevne som trenger assistanse for å fullføre utdanning eller være i arbeid, kan derfor bli annerledes enn tilbudet til et eldre ektepar der den ene har utviklet en alvorlig demenssykdom. I det ene tilfellet vil muligheten til å leve et selvstendig liv mest mulig uavhengig av andre være et hovedfokus, i det andre tilfellet vil behovet for trygghet og beskyttelse stå mer sentralt, selv om det skulle gå på bekostning av uavhengigheten.

Ser vi på bruken av ny teknologi og avanserte hjelpemidler, danner yngre med nedsatt funksjonsevne fortroppen i utviklingen i denne sektoren, nettopp fordi slike teknologiske hjelpemidler bidrar til at den enkelte kan mestre dagliglivet bedre på egenhånd og være uavhengig av hjelp fra andre. Det er grunn til å anta at den nye seniorgenerasjonen vil følge etter, om vi ser hvilke holdninger de har til selvstendighet og styring over eget liv. Med en omsorgssektor som i utgangspunktet har liten historisk erfaring med å ta i bruk ny teknologi, kan innovasjoner og implementering av slik teknologi i større grad komme til å bli drevet fram av brukerne selv. Etterspørsel fra en mye større og mer kjøpekraftig brukergruppe, vil sannsynligvis også skape forutsetninger for et mer markedsbasert tilbud.



Figur 3.2 Prosent endring fra foregående år i antall personer 80 år og eldre, og for befolkningen som helhet. 1950-2050

Kilde: SSB 2010 Befolkningsframskrivninger middelalternativet, MMMM

Slik omsorgstjenestene utvikler seg, ligger det et stort potensial for nye løsninger i det tradisjonelle tjenestetilbudet til eldre brukere, ved overføring av de erfaringer som er gjort gjennom reformer for andre brukergrupper. Reformen for mennesker med utviklingshemming viste for eksempel at det var mulig å etablere gode hel-døgns tjenestetilbud utenfor institusjonsrammene. Den utfordret også andre sektorer til å ta ansvar for mennesker med utviklingshemming på linje med den øvrige befolkning, enten det var snakk om utdanning, arbeids- og aktivitetstilbud, transport eller deltakelse i kultur- og idrettsliv. Utvalget ser dette som viktige mål for utviklingen av framtidens tjenester.

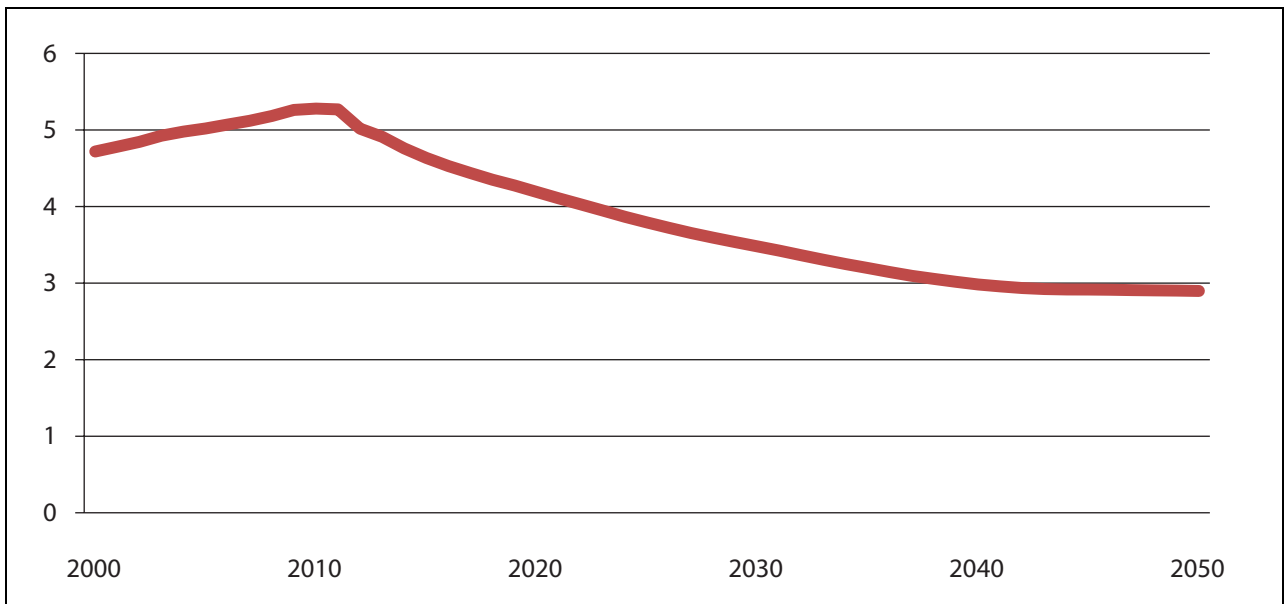
3.2.2 Myten om «eldrebølgen»

Ofta framstilles de demografiske endringene vi går i møte som en ukontrollert «eldrebølge» som skyller inn over verden nærmest som en tsunami. Det utvikles kriseperspektiver på pensjonssystemer, arbeidskraft og mangel på helse- og sosialpersonell og utarbeides dramatiske framskrivninger av sykdomstilstand og omsorgsbehov i befolkningen.

Den såkalte «eldrebølgen» blir imidlertid kre- vende nok om vi ikke svartmaler den. Utvalget

legger til grunn et mer nøkternt perspektiv på konsekvensene av de endringer som vil skje i alderssammensetningen i befolkningen, og vil peke på noen forhold som bidrar til å modifisere de utfordringer vi står overfor i Norge, spesielt på omsorgsområdet:

- Det blir ikke flere eldre over 80 år de nærmeste 10-15 år. Ettersom en betydelig andel av ressursene i omsorgssektoren er knyttet til aldersgruppen over 80 år, har vi nå et «demografisk moratorium» eller «pusterom» (Barstad 2006). Denne perioden bør benyttes til å forberede og planlegge for den sterke veksten som kommer fra 2025 og videre framover (fig 3.2).
- Demografisk sett er Norge av de land i Europa som vil ha de minst dramatiske endringer i alderssammensetning i befolkningen, dels fordi vi allerede har gjennomgått slike endringer, og dels fordi vi har høyere fødselstall, slik at aldringen er kombinert med fortsatt befolkningsvekst. Koeffisienten for aldersbæreevne (The Potential Support Ratio) viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og den eldre delen av befolkningen (67 år og eldre) og er av vesentlig interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og sosialtjenester. Figur 3.3 viser at mens det



Figur 3.3 Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per person 67 år og eldre. 2000-2050

Kilde: SSB 2010 Befolkningsframskrivinger middelalternativet, MMMM

var 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000, blir koeffisienten for aldersbæreevne redusert til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.

- Den nye seniorgenerasjonen vil ha flere ressurser å møte alderdommen med. «De nye eldre» har bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn noen annen tidligere eldregenerasjon (ÆldreSagen 2001, Barstad 2006). Undersøkelser viser også at flere eldre vil ha noen å bo sammen med i årene som kommer (Keilman 2010). En 80-åring i 2030 blir derfor ikke det samme som en 80-åring i 2010. I framtidsplanlegging bør en på denne bakgrunn ikke bare framskrive problem- og sykdomsbildet, men også ta utgangspunkt i de ressursene den eldre befolkningen vil ha, og sørge for at de blir tatt i bruk.
- Den framtidige sammenhengen mellom økt levealder og behovene for helsetjenester er usikre. Det foreligger tre ulike hypoteser:
 - a. At flere leveår betyr flere gode leveår, fordi perioden med alvorlig funksjonstap blir om lag like lang som for dagens eldre,
 - b. At flere leveår også innebærer en generelt bedre helse, så perioden med store funksjonstap blir kortere enn i dag, og
 - c. At perioden med store funksjonstap blir lengre.

Samtidig er det også et relevant forhold, at selv om framtidens eldre vil ha større helseproblemer,

vil de samtidig også ha flere ressurser å møte redusert funksjonsevne med (Thorslund og Parker 2005).

3.2.3 25% – myten

I offentlige debatter blir det i mange sammenhenger hevdet at det er behov for 25 % dekning av sykehjemsplasser i pst av eldre 80 år og over, og at dette er en statlig norm for sykehjemsdekning. Dette er en myte som brukes både i politisk ordskifte, fra interesseorganisasjoner og i lokal planlegging.

Det eksisterer imidlertid ingen slik statlig norm. En dekningsgrad på 25 % savner også et faglig vitenskapelig belegg, og blir spesielt vanskelig når den forsøkes anvendt på enkeltkommuner.

Det har fra regjeringens side aldri blitt vedtatt en norm eller en minimums dekningsgrad verken for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem eller omsorgsboliger. Det er behovet i befolkningen i den enkelte kommune til enhver tid som er avgjørende for hvor mange som skal gis et heldøgnsstilbud i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. På dette området er det forholdsvis store kommunale variasjoner i behov, både ut fra befolkningssammensetning og ulike lokale forhold. Tvert i mot ble det i St meld nr 31 (2001-2002) om avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen advart mot å benytte slike normtall:

«Regjeringen vil understreke at dekningsgradene ikke er å betrakte som normtall eller minimumsstandarder, og at de i denne sammenheng bare er benyttet som måltall for handlingsplanen»

Tallet 25 % skriver seg fra St meld nr 50 (1996-1997) om Handlingsplan for eldreomsorgen, der det står at det for planperioden 1998-2001 er *«lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst av befolkningen 80 år og eldre»*.

Det blir understreket at dette er et anslag for behovsdekning på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. Det gjelder alle aldersgrupper enten heldøgns omsorg gis i sykehjem, omsorgsboliger eller eget hjem.

Dette tallet er altså et 15 år gammelt anslag som aldri har vært ment som en norm for dekningsgrad i den enkelte kommune, men som i sin tid ble lagt til grunn for å beregne kostnadene for Handlingsplan for eldreomsorgen. Dette anslaget har imidlertid begynt å leve sitt eget liv og fått status som statlig normtall i den offentlige debatten.

De siste årene er det først og fremst tallet på tjenestemottakere under 67 år som har økt i den kommunale omsorgstjenesten. En dekningsgrad som bare sees i forhold til tallet på eldre over 80 år blir derfor mindre og mindre riktig. I dag er for øvrig heldøgnsdekningen i sykehjem og omsorgsboliger ifølge SSB 28 plasser i prosent av befolkningen over 80 år, og ligger altså høyere enn forutsatt da Handlingsplan for eldreomsorgen ble satt i verk.

3.2.4 Familieomsorgsmyten

Oppfatningen om at offentlig omsorg fortrenger familieomsorgen, og at familien trekker seg ut hvis det offentlige tar ansvar, står fortsatt sterkt.

Det er imidlertid lite som tyder på at familien svikter. Tvert i mot ser det ut til at offentlig omsorg og frivillig familiebasert omsorg spiller sammen og utfyller hverandre. Familieomsorgen har vist seg robust og sterk, og mer uavhengig av den offentlige omsorgspolitikken enn antatt (Lingsom 1997). Det synes å være en påfallende stabilitet i omfanget av familieomsorg de 20-30 årene vi har kunnet følge utviklingen (Daatland og Solem 2000, Rønning 2009). Det er heller ingenting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige omsorgsapparatet går inn med hjelp fra hjemmetjenestene. Selv om velferdsstaten har erstattet familiens tidligere forpliktelser ved alderdom, sykdom og uførhet, ser det ikke ut til at dette har

svekket familiesolidariteten slik det ofte hevdes (Langsether og Hellevik 2002).

Eldre som mottar hjelp fra kommunale hjemmetjenester får faktisk mer hjelp fra døtre og sønner enn eldre som ikke får hjemmehjelp/hjemmesykepleie. Her er det mer samspill enn et konkurranseforhold. En studie av dette samspillet mellom offentlige tjenester og familieomsorg i perioden 1965-1995 viser at familieomsorgen kjennetegnes av stabilitet og ikke nedgang. Selv om de som gir omsorg, gir noe mindre enn før, tyder mye på større deltakelse i slikt omsorgsarbeid (Lingsom 1997). Flere menn deltar, og omsorgsforpliktelsene fordeles på flere generasjoner. Selv om det samlede volumet på familieomsorgen har holdt seg på nesten samme nivå, fordeles innsatsen nå på flere mottakere på grunn av store endringer i befolkningens alderssammensetning.

Familien har imidlertid mindre kontakt og yter mindre praktisk hjelp når eldre oppholder seg i sykehjem. Det er lettere for familien og det offentlige å dele omsorgsansvar når den som trenger omsorg bor hjemme og i omsorgsbolig enn i aldersinstitusjon (Lingsom 1997; Bogen og Høyland 2006). På den måten har utbyggingen av hjemmetjenestene sørget for at velferdsstaten fortsatt kan basere seg på og spille sammen med familien i omsorgsarbeidet. Det offentlige hjemmetjenestetilbudet gjør det mulig for familien å stille opp uten å måtte ta hele ansvaret, og det utvikles et slags partnerskapsforhold med en uformell oppgave- og arbeidsfordeling. Dette styrker det vi kaller komplementeringshypotesen som går ut på at den offentlige og den uformelle omsorgen under visse vilkår kan utfylle og forsterke hverandre. Motsatt antar enkelte at den offentlige omsorgen erstatter og dels konkurrerer ut familieomsorgen (substitusjonshypotesen) (Lingsom 1997; Daatland og Solem 2000; Daatland 1994).

Den offentlige omsorgen har ikke vokst fram fordi familie, venner og frivillige svikter sine nærmeste, men fordi det har vært behov for å flytte en del av omsorgsarenaen fra familien og den private sfære, og organisere en del av omsorgsarbeidet på en annen måte. Drivkraften var først og fremst å legge forholdene til rette for at arbeidslivet kunne ta i bruk kvinner i en periode med stor etterspørsel etter arbeidskraft. Dette falt i tid sammen med at behovene til en sterkt økende eldrebefolkning vokste seg ut av det som kunne løses i familiens og frivillighetens rom.

Det var tidligere en utbredt oppfatning at kvinners yrkesaktivitet førte til at de sviktet omsorgsoppgavene i familien. I virkeligheten ser det ut til å være en positiv sammenheng mellom yrkesaktivi-

tet, og omsorg. Yrkesaktive menn og kvinner stiller like mye opp for foreldrene som ikke-yrkesaktive.

Den såkalte 68-generasjonenens middelaldrende kvinner og menn er også formet av tradisjonene og verdiene i det samfunnet de er vokst opp i, og det ser ikke ut til at de vil svikte sine foreldre. Det ser ut til å være små forskjeller mellom de som har tatt moderne, individualistiske valg i familie og yrkesliv og de som har tatt mer tradisjonelle valg (Gautun 2003). Det er likevel grunn til å følge med på om selvrealisering og individualisering i nye generasjoner fører til redusert omsorg for eldre, eller om omsorgen er stabil eller øker fordi den finner nye former.

Ved siden av barn, er det først og fremst barnebarn som yter praktisk hjelp til eldre. Hjelpetilstandet til den eldre generasjon motsvares av at unge i etableringsfasen får praktisk og økonomisk hjelp av foreldre og besteforeldre. Familierelasjonenes hjelpepotensial er altså fortsatt stort og må ses på som uttrykk for at familiebåndene er sterke. Geografisk nærhet ser ut til å være av stor betydning for omfanget av hjelp barn yter til foreldre. Jo nærmere barn og foreldre bor, jo mer hjelp yter barna til foreldrene (Gautun 1999).

Venner utenom familie framstår ellers gjennom hele livet som viktige hjelpeyttere. Faktisk er venner oftere hjelpeyttere enn søsken, også i de eldste aldersgrupper. Blant de som er 80 år og eldre har om lag $\frac{3}{4}$ mottatt praktisk hjelp fra sine barn siste året, nesten 40 % fra sine barnebarn og nesten $\frac{1}{4}$ fra venner (Langsether og Hellevik 2002).

Som et resultat av økningen i folks levealder og reduksjon i barnetallet, er det flere og flere som har både besteforeldre og oldeforeldre i live. Mange opplever altså å ha både barnebarn og oldebarn på sine gamle dager. Ettersom det først og fremst er i rett opp- og nedadstigende linje praktisk hjelp og kontakt utveksles, er det kanskje slik at økt innsats fra barnebarn kan kompensere for færre søsken, nieser og nevøer.

Den «generasjonsklemme» som ofte beskrives som «Sandwich-generasjonen», med ansvar både for gamle foreldre og omsorg for barn, har begrenset omfang. Dersom det er en slik klemme, finner vi den heller i forhold til å ha omsorg for gamle foreldre og selv være besteforeldre som stiller opp for barnebarna (Hagestad 2003).

Det er indikasjoner på at formell og moralsk plikt avløses av gjensidige forpliktelser skapt av samhandling og utviklingen av gode gjensidige relasjoner gjennom livsløpet (Gautun 1999 og 2003). Mer enn før må vi derfor selv bidra til å veve vårt eget nettverk, og ikke bare vedlikeholde det vi er født inn i. Kanskje kan nære personlige relasjo-

ner og avtaler mellom familiemedlemmer og venner i framtida kompensere og erstatte det som går tapt, dersom det er riktig at den sterkt normative omsorgsplikten overfor familie og slekt går i oppløsning i det moderne samfunnet.

Nære og gode personlige forhold kan på denne bakgrunn bli viktigere enn ren moralsk plikt som grunnlag for å gi omsorg i framtida. Dette åpner for flere omsorgsyttere både i og utenfor familiekerne, og setter fokus på evnen til å bygge sosiale relasjoner. I et slikt perspektiv vil muligheten til å få uformell støtte og omsorg i større grad enn tidligere være avhengig av gode sosiale nettverk og hvor stor «sosial kapital» den enkelte tar med seg inn i alderdommen (Barstad 2006).

3.2.5 Sykdomsmyten

Det kommunale tjenestetilbudet utvikler seg i helseretning, med sterkere vekt på medikamentell behandling, medisinsk oppfølging og pleie. I Helsedirektoratets rapport om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten de siste 20 år, slås det fast at «Medisinske tjenester prioriteres framfor sosiale tjenester» (Helsedirektoratet 2010a). Det blir blant annet vist til at det først og fremst er hjemmesykepleien som har stått for det meste av veksten i sektoren, mens tallet på de som får praktisk bistand og hjemmehjelp har gått ned. Forskere peker på at hjemmetjenestene på denne måten er blitt mer medisinsk rettet (Romøren 2007):

«Og en kan reise spørsmål om i hvor stor grad det har funnet sted en medikalisering av hjemmetjenestene for eldre på bekostning av forebygging, sosial og praktisk bistand» (Brevik 2010).

Utfasingen av aldershjemmene har samtidig bidratt til at medisinsk pleie har fått en langt mer sentral plass også i institusjonsomsorgen. Dette er derfor et sentralt trekk ved utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene de seinere år, og avspeiles i hvilke yrkesgrupper som styrer sektoren og hvilken kompetanse som etterspørres.

Utvalget er bekymret for en slik utvikling med tanke på å finne løsninger på det framtidige utfordringsbildet.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ikke nødvendigvis pasienter eller syke. Aldring er heller ingen sykdom. Den handler om helt normale funksjonstap, større praktiske hindringer, sosiale forhold og levekår. Dette må møtes med fjerning av funksjonshemmende barrierer og praktisk og personlig bistand, assistanse, aktivitet,

gode måltider, hverdagsliv, aktiv forebygging og tidlig intervensjon.

Angst og sorg kan være en adekvat reaksjon på eget funksjonstap eller tap av noen som har stått en nær, uten at det trenger å gi seg sykelige uttrykk. Problemer i relasjoner mellom mennesker, eller i et menneskes forhold til sosiale og fysiske omgivelser, bør også som hovedregel løses før det blir sykdom av det.

Et system som forutsetter at du først må ha pasientstatus før du kan få hjelp med enkle og grunnleggende ting i dagliglivet, kan risikere å komme for seint inn. Det innebærer en utvikling vekk fra tidlig intervensjon og forebygging og over mot pasientbehandling av de som har størst behov. Antakelig er en slik utvikling en tilpasning til en helsetjeneste med profesjonelt helsepersonell som får stadig høyere kompetanse på behandling.

Såkalt «Anti-ageing Medicine» er i rask vekst internasjonalt. The World Anti-Aging Academy of Medicine (WAAAM) ble etablert i 1995, og presenterer utviklingen slik:

«Anti-aging and regenerative medicine are among the fastest-growing medical specialty throughout the world and is founded on the application of advanced scientific and medical technologies for the early detection, prevention, treatment, and reversal of age-related dysfunction, disorders, and diseases. It is a health-care model promoting innovative science and research to prolong the healthy life span in humans (WAAAM 2011).»

Det handler ikke lenger bare om rynkekrem og fettsuging, men om plastisk-kosmetisk kirurgi, hormonterapi, genterapi, bioteknologi, stamcelleterapi og nanoteknologi.

Utvalget vil advare mot å sykeliggjøre aldring. Eldre blir riktignok oftere syke enn andre, og skal ha behandling for det. Men aldring må også få være en naturlig del av livet, både for det enkelte mennesket og i samfunnsmessig sammenheng. Aldringen er både biologisk, sosial og psykologisk, og det er god grunn til å gjennomgå og vurdere aldringens kulturelle og samfunnsmessige sider, ikke minst i forhold til den rolle eldre bør tildeles i framtidssamfunnet.

På samme måte bør en unngå å sykeliggjøre mennesker med nedsatt funksjonsevne, og heller bidra til å fjerne fysiske, sosiale og kulturelle barrierer for deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv.

3.3 Fall, ensomhet og kognitiv svikt

Mange av oss vil oppleve både fallulykker, ensomhet og kognitiv svikt i løpet av livet. Det kan være fordi vi selv blir rammet eller fordi noen vi kjenner blir det. Resultatet vil ofte være redusert allmenntilstand og nedsatt funksjonsevne. Mye tyder på at disse tre faktorene er knyttet tett sammen og påvirker hverandre gjensidig. Redusert allmenntilstand på et område får gjerne konsekvenser for de andre, som igjen gir ringvirkninger på andre områder i livet:

- Ubehagelige opplevelser med fall fører gjerne til redsel for nytt fall, med tilbaketrekning, sosial isolasjon og inaktivitet som resultat.
- Mangel på sosial kontakt og stimulans kan føre til raskere utvikling av kognitiv svikt.
- Kognitiv svikt kan føre til glemsomhet, manglende koordinasjon og mindre oppmerksomhet overfor risiko. Dette kan igjen øke sannsynligheten for fall.

Denne «onde sirkelen», kan snus til en «mulighets-sirkel» ved hjelp av forebyggende tiltak, innovative grep og riktig og fornuftig bruk av teknologi.

Det er det irske senteret Technology Research for Independent Living (TRIL) (se www.trilcentre.org) som har påvist hvordan fysisk eller psykisk redusert allmenntilstand hos enkeltpersoner kan resultere i:

- Ustabilitet eller tilbøyelighet til å falle
- Sosial isolasjon
- Kognitiv svikt

Utvalget har valgt å bruke disse tre faktorene som utgangspunkt og illustrasjon i arbeidet med å finne nye løsninger og å prøve dem ut. Dette gjelder både i forhold til boformer, teknologi, nye arbeidsmetoder og måter å tilnærme seg framtidens omsorgsutfordringer på. På mange måter representerer disse faktorene også ulike faglige tradisjoner i helse- og sosialsektoren, den helsefaglige, den sosiale og den tekniske, og viser den avgjørende betydning tverrfaglig arbeid vil ha for nytenkning og innovative løsninger på omsorgsfeltet.

3.3.1 Fall

Det kan være mange årsaker til fall. Fall kan skyldes et rent uhell, en tilfældighet, eller det kan være tegn på sykdom og redusert allmenntilstand. Fall og fallskader er en av de vanligste enkeltårsakene til at eldre blir innlagt på sykehus. Årlig opplever om lag 30 % av alle over 65 år og 50 % av alle over

80 år å falle. Fallulykker forårsaker årlig hofteleddsbrudd hos om lag 10000 personer over 65 år. Av disse er 8 av 10 kvinner. Et hoftebrudd gir den enkelte mye lidelse og forringelse av livskvalitet, og konsekvensene er ofte så alvorlige at de kan forårsake langvarig funksjonsnedsettelse, komplikasjoner, følgesykdommer og død. Mange kommer aldri opp på samme funksjonsnivå som før bruddet og blir avhengige av hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller opphold i sykehjem (Skadeforebyggende Forum 2011; Sletvold 2010).

Risikofaktorene for fall blant eldre er sammensatt, men kan klassifiseres i tre kategorier: *Indre, ytre og risikoeksponering* (Todd & Skelton, 2004). *Indre faktorer* inkluderer alder, kjønn, om man lever alene, medisinbruk, medisinsk tilstand, redusert mobilitets-/gangfunksjon, mangelsykdommer, kognitiv svikt og fotsykdommer. *Ytre faktorer* inkluderer for dårlig belysning, glatte gulv, ujevne overflater, fottøy, bekledning, uhenksmessige ganghjelpemidler eller andre tekniske hjelpemidler. *Risikoeksponering* omhandler aktivitetsnivå. Indre faktorer synes å være vanligst blant personer over 80 år, mens ytre faktorer er mest vanlig blant yngre.

I et prosjekt i Nord-Trøndelag analyserte de over 1200 fallhendelser som fant sted i løpet av ett år (Kjølstad, Pettersen, & Tvette, 2009). Datagrunnlaget ble hentet fra fem kommuner og bestod av personer i aldersgruppen over 65 år. Funnene viser at nesten halvparten av alle fall skjer i soverommet. I 1/3 av tilfellene var fall forårsaket av sykdom eller svimmelhet, en annen tredjedel av at personen snublet. 15 % falt fra stol eller seng og 13 % falt på grunn av glatt underlag. Brudd og hodeskade er blant de mest alvorlige skadene som følge av fall.

Fall og fallskader er et helse- og samfunnsøkonomisk problem og en stor belastning for dem som rammes. Konsekvensene av fall omfatter ikke bare skader, men også frykt for å falle på nytt, inaktivitet med påfølgende funksjonssvikt, sosial isolasjon, nedsatt livskvalitet og i de mest alvorlige tilfellene også død. Mange faller uten å skade seg fysisk, men opplever den samme utryggheten og frykten for nye fall og for å skade seg. Dette fører i mange tilfeller til nedsatt fysisk aktivitet og sosial tilbaketrekning.

Risikoen for fall kan forebygges og reduseres gjennom ulike former for fysisk aktivitet, trening, rehabilitering og medisinsk behandling. Et eksempel på slik forebygging er «Fallprosjektet» i Trondheim. Prosjektet er et samarbeid mellom flere aktører som jobber aktivt og målrettet med å forebygge fall blant eldre (Sletvold 2010).

3.3.2 Ensomhet

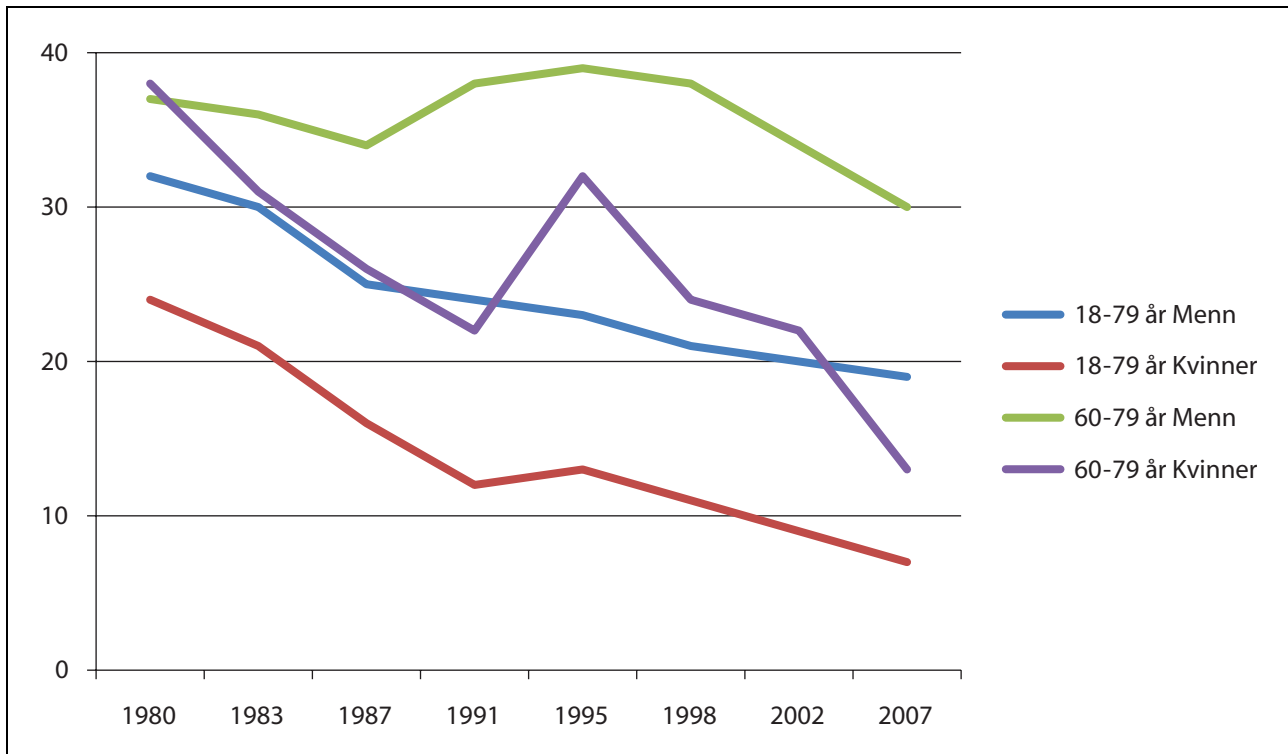
Ensomhet er å oppleve et savn av ønsket kontakt med andre. Den som er ensom, har mindre kontakt med andre eller dårligere innhold i kontakten enn han eller hun ønsker. Det er altså av betydning hvilke ønsker en har, ikke bare den faktiske kontakten. Å være ensom er derfor ikke det samme som å være alene eller isolert, bo alene, ha få venner eller ha liten sosial omgang. Ensomhet og «alenehet» er to ulike forhold. Mennesker med få kontakter sier likevel oftere at de er ensomme enn mennesker med mange kontakter (Thorsen & Clausen 2009).

Bare vel 1 % av befolkningen mangler etter eget utsagn gode venner. Eldre mangler gode venner i noe større grad enn yngre, men det har vært en jevn nedgang i antall personer mellom 60-79 år som sier at de mangler gode venner, fra 7 % i 1980 til 3 % i 2007 (Barstad A. 2009). Om lag én av ti oppgir at de ikke har noen gode venner på stedet der de bor. Fra 1987 og fram til 2007 har dette tallet vært stabilt. Blant de som har relativt mangelfulle vennsforhold finner vi flest eldre enslige menn. De har lavt utdanningsnivå og står ofte utenfor arbeidslivet. De har uførepensjon eller er hjemmearbeidende, har dårlig helse og er i en vanskelig økonomisk situasjon.

Kvinner oppgir oftere enn menn at de føler seg ensomme (Barstad A 2000). Menn har færre nære venner enn det kvinner har, og de oppgir ofte ektefellen som sin nærmeste og eneste fortrolige. Ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, blant dem over 80 år og i gruppen 70-79 år, og forskjellen i opplevd ensomhet mellom kvinner og menn øker med økende alder. Kvinner er vanligvis gift med eldre menn, de opplever oftere å miste ektefellen, de bor oftere alene, lever lenger og får flere helseplager. Alt dette kan være medvirkende årsaker til at kvinner opplever ensomhet oftere enn menn.

Unge mennesker begrunner ofte ensomheten i egenskaper ved dem selv, og det rammer derfor selvfølelsen deres i større grad enn hos eldre, som i større grad tillegger ensomheten ytre forhold, som for eksempel at de har blitt alene eller har mistet sine nærmeste venner. Minst ensomhet er det blant unge voksne, personer i etableringsfasen og voksne «etablerte».

Opplevelse av ensomhet henger også sammen med det å ha dårlig helse. Dårlig helse kan føre til ensomhet og følelse av ensomhet kan gi dårlig helse. Vi vet at ensomhet kan forårsake depresjon, søvnløshet, spenninger, angst og fortvilelse (Luanaigh og Lawlor 2008). Blant mennesker som



Figur 3.4 Prosent som oppgir at de ikke har noen å snakke fortrolig med utenom egen familie. 1980-2007

Kilde: SSB, A. Barstad 2009. Levekårsundersøkelsen og LOGG 2007, SSB og NOVA

opplever at de har dårlig helse er det tre ganger så mange som også opplever ensomhet, sammenlignet med dem som sier de har utmerket eller meget god helse (Tornstam 1988, Lunaigh og Lawlor 2008). Det ser ut til å være en sterkere sammenheng mellom ensomhet og psykisk helse enn mellom ensomhet og fysisk helse (Thorsen og Solem 2005).

3.3.3 Kognitiv svikt

Med kognitive funksjoner forstår vi vanligvis evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den og planlegge og handle ut fra informasjonen vi har. Selv dagligdagse gjøremål som å føre en samtale, krever et finstemt samspill mellom mange ulike tankeprosesser. Selv om det er individuelle forskjeller i kognitive ferdigheter fra naturens side, finnes det gode referansedata som forteller hva som regnes som en normal kognitiv funksjon. For å betegne noe som en kognitiv svikt, må den ha et omfang som virker negativt inn på personens evne til å håndtere dagliglivets utfordringer og krav. Kognitiv svikt blir således et begrep som sees i forhold til den enkelte persons livssituasjon (Follesø 2010).

Mild kognitiv svikt kan beskrives som gradvis reduksjon i kognitive prestasjoner, og er velkjent ved økende alder. I noen tilfeller registreres en litt mer uttalt kognitiv svikt enn forventet ved aldring, uten at det fyller kriteriene for diagnosen demens. Det kan ofte gi seg utslag i et opplevd eller påvist hukommelsesproblem, og kan ha mange ulike årsaker.

Nevrologiske sykdommer som er forårsaket av patologiske forandringer i sentralnervesystemet, klassifiseres ofte etter de fysiske symptomene de produserer. Samtidig opplever mange at sykdommen deres slett ikke er avgrenset til det fysiske, men at forstyrrelser i kognisjon utgjør en vesentlig del av sykdomsbildet.

Demens er en felles benevnelse for flere hjerne-sykdommer som oftest opptrer i høy alder og som fører til kognitiv svikt. Det viktigste symptom eller kjennetegn på demenssykdom er hukommessvikt. Personer som rammes av demens får vansker med å opprettholde innlærte ferdigheter og vansker med å mestre hverdagsysler. En del personer utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft. Andre hyppige symptomer er angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd.

Det er i dag om lag 70.000 personer i Norge som har en demenssykdom. Vi regner med at 10.000 personer får sykdommen hvert år. Undersøkelser viser at bare halvparten er utredet og diagnostisert (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og kognitiv svikt og i noen grad forsinke sykdomsutviklingen og redusere behovet for medikamentell behandling.

Konklusjon

Fall, ensomhet og kognitiv svikt representerer en «ond sirkel» med store konsekvenser for de som rammes og samfunnet for øvrig. Forebyggende tiltak som bidrar til å fjerne risikofaktorene eller redusere konsekvensene av fall, ensomhet og kognitiv svikt vil derfor være en god investering for framtida.

Utvalget har valgt å bruke disse tre faktorene som utgangspunkt og illustrasjon i arbeidet med å finne nye løsninger og å prøve dem ut. Fall handler om menneskets forhold til de fysiske omgivelsene. Ensomhet handler om mennesket som sosialt vesen og forholdet mennesker i mellom. Kognitiv svikt handler om hjernen og mennesket som biologisk vesen. Sammen representerer de viktige utfordringer og inviterer til tverrfaglig samarbeid mellom medisinske, sosiale og tekniske fag for å finne nye løsninger der bruk av ny teknologi og nye boligløsninger, kombinert med aktivitet og behandling kan forebygge at fall inntreffer, ensomhet oppstår eller redusere konsekvensene av at kognitiv svikt utvikler seg. Utvalget viser til den behandling dette er gitt fra kapittel 5 og videre i utredningen.

3.4 Den grenseløse omsorgen

Utvalget har valgt å kalle internasjonaliseringen av omsorgsfeltet for «den sjette utfordring». Framtida vil innebære at folk mer enn tidligere krysser kommunegrensene og landegrensene for å få helse- og omsorgstjenester, og at helse- og sosialarbeidere og selskaper som yter slike tjenester opererer i flere land.

3.4.1 Pasienter og brukere uten grenser

I dag krysser flere og flere pasienter og brukere landegrensene for å få behandling, rekreasjon og opptrening. Enkelte kombinerer ferieopphold med tannbehandling eller øyeoperasjoner i Asia,

andre reiser til kysten av Middelhavet deler av året for rekreasjon og av helsemessige årsaker. Det er ikke bare fra Norge dette skjer. Over hele verden internasjonaliseres pasient- og brukerstrømmene på tvers av regioner og landegrensene. Det er lett å skaffe seg informasjon på nettet og den nye seniorgenerasjonen har mer ressurser enn tidligere og ser ut til å være mer mobil. I enkelte land løses også noen av omsorgsutfordringene ved å sende de som trenger pleie- og omsorg til andre land, der arbeidskraften er billigere og der det er lettere tilgang på omsorgspersonell (Isaksen 2005).

3.4.2 Internasjonalt arbeidsmarked

Personellmarkedet internasjonaliseres, også for helse- og sosialpersonell, og omsorgsytere krysser landegrensene for å ta seg av andres familie i utlandet.

«Den globale omsorgskjeden»

En stadig større andel av jordens befolkning er på vandring og flytter fra et land til et annet. En betydelig andel av den arbeidsmigrasjon som skjer blant kvinner er knyttet til det vi kan kalle omsorgsunderskuddet i den rike del av verden. Eksport av omsorgsarbeidskraft er derfor allerede blitt en betydelig vekstnæring for fattige land.

Dette er på den ene siden kvinner som ansettes som au pair eller hushjelper i familier med tidsklemme mellom arbeid og omsorg for barn eller eldre. Mange forsørger på denne måten egne barn og egen familie i hjemlandet, ved å ta seg av andres barn og andres familie i utlandet. Det er dette som har fått betegnelsen «den globale omsorgskjeden» (Hochschild 2001, Isaksen 2001, Yeates 2005). Noen gifter seg også i et annet land, og tar etter hvert med seg mødrene sine til å ta seg av barna. Slike «transnasjonale tilsynsbestemødre» bidrar til å utvide «den globale omsorgskjeden» ytterligere. En del av dette bildet er nok ellers illegale immigranter som utnyttes som «svarte» hushjelper og hjemmeassistenter, der en del blir tvunget inn i prostitusjon (Isaksen 2001).

«Care drain»

På den andre siden er det fagfolk med utdanning i helse- og sosialfag som får mulighet til å arbeidsmigrere til vestlige land, for å dekke noe av etterspørselen etter helse- og omsorgspersonell i sykehus og eldreomsorg. De kommer fra India, Thai-

Boks 3.1 Sunrise Senior Living

«Sunrise Senior Living» er operatør for 365 «Senior living communities» med nesten 40.000 beboere i de fleste amerikanske stater, samt i Canada, England og Tyskland, og tilbyr:

- Independent Living
- Assisted Living
- Alzheimer's Care
- Nursing & Rehabilitative Care
- Hospice Care
- Short-term Stays

Kilde: <http://www.sunriseseniorliving.com/>

land og Filippinene til USA, Europa og Midtøsten eller de kommer fra land i det tidligere Øst-Europa til Vest-Europa (Isaksen 2005). «Care drain» eller omsorgstapping blir på denne måten en del av det en kaller «Brain drain», der kompetanse flyttes fra de områder behovet er størst, til dit etterspørselen og betalingsevnen er størst.

3.4.3 Internasjonale tilbydere

På samme tid krysser også tjenestetilbyderne landegrensene. Norske kommuner etablerer sykehjem, opptreningstilbud og omsorgsboliger i Syden, eller gjør avtaler med andre som driver slike tilbud. Og de mange tusen nordmenn som har etablert seg eller er langtidsturister i Spania, arbeider for å få Norge til å utvide sitt engasjement på sosiale tiltak og omsorgstjenester på spanskekysten.

Forholdet mellom helse og klima oppgis som hovedmotivasjonsfaktor for den ganske omfattende utvandringen og langtidsturismen til Spania. Særlig opplever reumatikere og astmatikere stor helseeffekt, med mindre smerter, enklere hverdag, bedre treningsmuligheter og mindre medisinforgbruk. Selv om bare en snau fjerdedel sier de vil dra hjem til Norge hvis de blir sterkt omsorgstrengende, nærer nordmenn i Spania likevel stor bekymring for å komme i en slik situasjon og arbeider aktivt for å få etablert gode omsorgstilbud med bistand fra hjemlandet. Spørsmålet er da om det både er enklere, billigere og bedre, ikke bare for brukerne, men også for den

Boks 3.2 To små prosjekter i grenselandet

Gränsprojekt

Midt-Skandinavisk Regionprosjekt er et EU-finansiert Interreg-prosjekt som omfatter Frostviken i Strömsunds kommune og Hota-gen i Krokoms kommune i Jämtland samt kommunene Lierne och Røyrvik i Nord-Trøndelag. Prosjektet arbeider med næringsutvikling, samarbeid og utvikling av offentlig tjenesteproduksjon samt avvikling av grensehindringer, for å vende den negative befolkningsutviklingen i regionen. Samarbeidet omfatter også helse- og omsorgsfeltet.

Se <http://www.gransprojekt.eu/>

Gränslös omsorg

Gränslös omsorg er et samarbeidsprosjekt mellom Inari kommun og Sör-Varanger kommune som tar sikte på å utvikle nye, innovative virksomhetsmodeller for grenseoverskridende samarbeid for eldreomsorg og hjemmetjenester.

Kilde: Se www.interregnord.com/

norske hjemkommunen å finansiere eller utvikle omsorgstilbud i Spania, slik mange ønsker seg (Helset m fl 2004, Sørbye m fl 2004).

Flere og flere tjenestetilbydere opererer i dette internasjonale markedet på rekreasjon, opptrening og omsorgstjenester. Det er både store internasjonale humanitære organisasjoner og mer kommersielle aktører som kan tilby alt fra kortvarige og tradisjonelle kurbadopphold, til langvarige institusjonsopphold og permanent flytting til «Senior living communities». Dette er tilrettelagte seniorsamfunn der du må være 55 år for å bo, med aktiviteter, dagtilbud, praktisk og personlig assistanse og egne sykehjem og særlige tilbud til personer med demens (Barstad 2007).

I Norge driver nordiske selskap som Norlandia Care og Alleris hjemmetjenester og institusjonstilbud til ulike brukergrupper, og verdens største bemanningsselskap Adecco har vært involvert i drift av flere sykehjem.

Kapittel 4

Innovasjon og omsorg

Måste innovationer vara av metall?
Mats Utbult (2007)

Innovasjon og omsorg framstår ikke umiddelbart som et naturlig begrepspar. Snarere vil mange oppfatte ordene like motsetningsfylte som ild og vann. Det er på mange måter ord hentet fra forskjellige verdener. Innovasjon er det nye og ukjente, det risikable og eksperimenterende. Omsorg er det forutsigbare, det trygge og det tilvante. Innovasjon er et lite benyttet og nesten ukjent begrep i omsorgsverdenen, og omsorg er heller ikke det som først har fanget innovasjonsmiljøenes interesse.

Å stille sammen begrepene innovasjon og omsorg, har derfor vært et spennende mandat. Det er imidlertid utvalgets innfallsvinkel at det har skjedd mange innovasjoner i omsorgstjenestene, uten at det er blitt kalt for innovasjon.

Det er flere måter å definere innovasjon på. Alle bygger på at innovasjoner er noe nytt. Det kan være nytt for markedet eller det kan være nytt for virksomheten. Innenfor næringslivet defineres gjerne innovasjon som «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier» (St meld nr 7 (2008-2009)).

I vår sammenheng kan det være like riktig å si at innovasjonen skal skape merverdi ut fra det som er virksomhetens formål. Innovasjon trenger ikke å være basert på helt ny forskning eller teknisk viten, men kan like godt være kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller brukes på en ny måte. Ofte er det nettopp dette som er tilfelle ved innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon.

4.1 Omsorgssektoren som historisk innovasjon

Den offentlige omsorgssektoren, slik den er utviklet i de nordiske land, tilfredsstillende alle krav til å kunne karakteriseres som en innovasjon. Vi har

bare ikke brukt det ordet på den sterke framveksten av kommunale hjemmetjenestetilbud og institusjonsomsorg som startet for om lag 40 år siden. Utbyggingen av slike tjenester, var et svar på noen av de viktigste utfordringene samfunnet da sto overfor.

Framveksten av den moderne omsorgstjenesten må sees i lys av demografiske endringer og aldringen i befolkningen de siste 30 år. Den sterke veksten i omsorgsoppgaver som følge av det økende tallet på innbyggere med behov for hjelp og bistand, kunne etter hvert ikke lenger løses innenfor familierammen. Offentlig sektor ble derfor et instrument for å avlaste privatsfæren. Oppgavene vokste rett og slett familieomsorgen over hodet.

Det var imidlertid flere grunner til å avlaste privatsfæren for omsorgsoppgaver. Arbeidsmarkedet hadde behov for mer arbeidskraft. Det var behov for kvinnene på arbeidsmarkedet. Og kvinnene ønsket nye roller i samfunnet. De tok utdanning, gikk ut i arbeidslivet og inntok stadig flere offentlige arenaer. På noen få år økte yrkesaktiviteten blant kvinner kraftig. Om dette prosjektet skulle lykkes, måtte offentlig sektor inn og avlaste hjemmene for omsorgsansvar, både i forhold til barn, eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Framveksten av offentlige tjenester kan derfor forstås i spenningen mellom kvinnelig yrkesaktivitet og løsningen på samfunnets sterkt økende omsorgsoppgaver. Den må også forstås i spenningen mellom kvinnefrigjøring og forestillingen om at flere kvinner ute i arbeidslivet ville føre til lave fødselstall. Spørsmålet ble derfor hva som måtte til for å sikre både fødselstilvekst, tilgang på arbeidskraft, kvinnefrigjøring og omsorg for et økende antall eldre samtidig. De kommunale omsorgstjenestenes siste 40-årige historie kan på denne bakgrunn beskrives som en av de virkelig store innovasjoner i etterkrigstidens norske samfunn. En stor offentlig velferdssektor i de nordiske land har både vært med på å legge grunnlaget for økonomisk vekst og utvikling og skapt

trygghet for å sette barn til verden (Esping-Ander- sen 2002; Kuhnle 2001). Den nordiske modellen framstår på denne bakgrunn både med større økonomisk og demografisk bærekraft enn mange andre rike land uten samme utbygging av en omsorgssektor.

I motsetning til Norden, har landene i Sør-Europa en stor ubenyttet kvinnelig arbeidskraftreserve som kan settes inn i møte med utfordringene det aldrende samfunnet stiller disse landene overfor. Det er nok større sannsynlighet for at de vil legge forholdene til rette for høyere kvinnelig yrkesaktivitet enn at landene i Nord-Europa skulle presse omsorgsoppgavene tilbake til familien og privatsfæren.

Den moderne velferdsstaten er altså ikke blitt til bare for de som trenger assistanse, hjelp og omsorg i dagliglivet. Den er like mye et resultat av en ønsket økonomisk utvikling, behov for å mobilisere kvinnelig arbeidskraft og for å finne gode løsninger på en rekke dels motstridende hensyn og mål. I dette ligger denne velferdsinnovasjonens store merverdi.

4.2 Den moderne omsorgstjenestens korte historie

De kommunale omsorgstjenestene slik vi kjenner dem i dag, er i hovedsak blitt til de siste 40-50 år, og kan grovt beskrives i følgende fire faser (Barstad 2006):

4.2.1 Fattigforsorg og gjenreisning (-1965)

Helt fram til 1960-tallet tok forsorgen hånd om mennesker som ikke kunne dra omsorg for seg selv. Familien hadde hovedansvaret for å yte omsorg, og det var først og fremst kvinner som sto for dette arbeidet. Mødrene var ofte hjemmeværende og hadde ansvar for husarbeid og omsorg for barn og slektninger som var gamle eller syke.

Etter krigen sto det norske samfunnet overfor både nye og gamle problemer. Det var store forventninger til velferdspolitikken, og staten tok et stadig større ansvar gjennom lovgivning og en gradvis utbygging av tjenester. På grunn av gjenreisningen, tok det likevel tid før tjenestene ble bygd ut. De frivillige organisasjonene begynte å bygge ut tjenestetilbudet til eldre og samarbeidet etter hvert tett med det offentlige. Samtidig ble institusjonstilbudene bygd ut, blant annet for mennesker med utviklingshemming.

I 1940 var det 476 alders- og sykehjem med om lag 13 400 plasser. I 1960 hadde antallet økt til 754 institusjoner med 22 400 plasser. Av disse institusjonene var 70 prosent kommunale (Seip 1994). I 1965 var det organisert hjemmehjelpstjenester i nær halvparten av landets kommuner.

4.2.2 Den offentlige revolusjon (1965-1980)

På midten av 1960-tallet kom en offentlig velferdsrevolusjon, først gjennom lovgivning og deretter en omfattende utbygging av tjenester på 1970-tallet. Myndighetene tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende. Med ny lovgivning falt siste rest av det juridiske omsorgsansvaret for slektninger bort. Lov om sosial omsorg av 1964 la sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970, et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i helse- og sosialsektoren. Statlige refusjonsordninger la samtidig det økonomiske grunnlaget for den omfattende utbyggingen av sykehjem, hjemmehjelp og hjemmesykepleie som fant sted fram til 1980-tallet. Målt i årsverk ble tjenestetilbudet fordoblet fra 1970 til 1980. Antallet personer som mottok hjemmetjenester, og som oppholdt seg i aldersinstitusjoner, økte kraftig i samme periode.

Den kraftige veksten i velferdsstatens tjenester skyldtes flere forhold. Politisk var det også et ønske om å bygge ut velferdsstaten, og økonomisk vekst la grunnlaget for at en slik ekspansjon var mulig. Kvinnene beveget seg over fra ulønnet omsorgsarbeid i familien til lønnet arbeid. Forutsetningen for den sterke veksten i yrkesaktiviteten blant kvinner fantes både på etterspørselssiden og tilbudssiden i arbeidsmarkedet. Det kom samtidig en økt satsing på utdanning, samt en ideologisk og verdimessig endring med vekt på enkeltindividets rettigheter.

4.2.3 Konsolidering og reorganisering (1980-1995)

Den kraftige veksten på 1970-tallet gikk over i en ny fase på 1980-tallet der ordninger og tjenestetilbud ble samordnet og konsolidert. Samtidig foregikk det en omfattende reorganisering av helse- og omsorgstjenestene for å sikre bedre prioritering og ressursutnyttelse. Reorganiseringen var i perioden 1980-1995 først og fremst preget av desentralisering og samordning. Tjenestene ble desentralisert til lavest mulig forvaltningsnivå, og innovasjonsprosessen i kommunene ble styrket

for å få kommunene til å se de ulike tjenestetilbudene i sammenheng.

Det ble gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål:

- kommunehelsereformen
- sykehjemsreformen
- reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

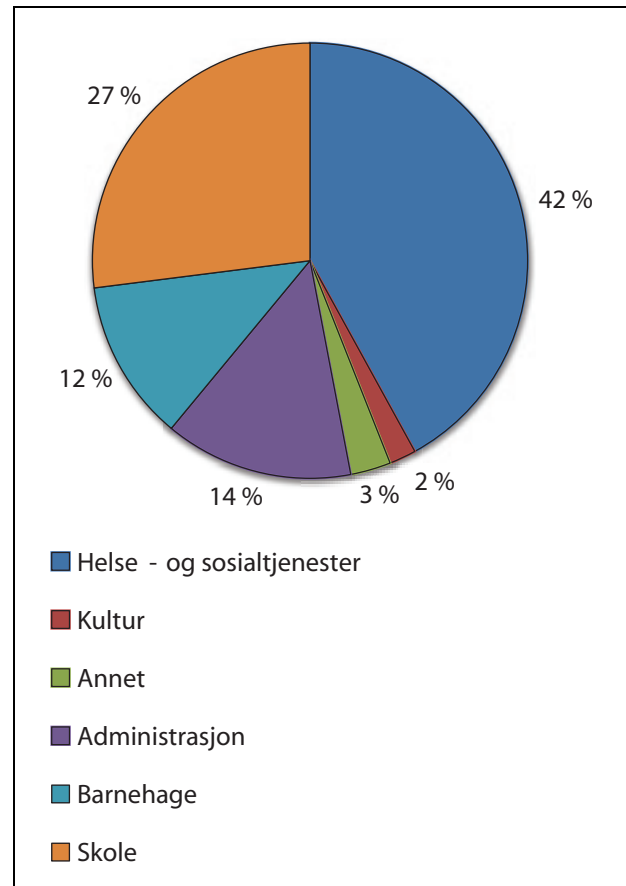
Disse reformene førte til at kommunen fikk ansvar for et betydelig større antall brukere, som stilte helt andre krav til faglig kompetanse. Den kommunale omsorgstjenesten ble mer enn fordoblet som en følge av dette.

4.2.4 Fornyelse og effektivisering (1995- i dag)

Reorganiseringsprosessen som startet i 1980-årene pågår fortsatt for å møte utfordringene om å tilpasse tjenestene til endrede behov og faglige muligheter, og tilby mer effektive og kvalitativt bedre tjenester. Siden 1995 har sektoren vært kjennetegnet av vekst, fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid. For å bygge ut kapasiteten ble det tatt i bruk ekstraordinære statlige virkemidler. Handlingsplan for eldreomsorgen ble utarbeidet og gjennomført for å sette kommunene i stand til å møte utfordringene som veksten i den eldre del av befolkningen hadde skapt.

Til tross for at det har vært en sterk vekst i aldersgruppen over 80 år de to siste tiårene, har ikke tallet på eldre brukere økt i de kommunale omsorgstjenestene. Med små svingninger har tallet holdt seg på samme nivå de siste 20 år, og samlet sett faktisk hatt en mindre nedgang. Det er likevel grunn til å merke seg en vekst i tallet på brukere over 90 år, som nok oppveier reduksjonen i aldersgruppa 67-80 år når det gjelder omsorgsbehov.

De siste tiårene har vært preget av en sterk vekst i tallet på brukere under 67 år. Denne utviklingen har dels skjedd gjennom reformer, og dels ved endringer i oppgavefordelingen med spesialisthelsetjenesten på den ene side og familie/frivillige på den andre siden. I hjemmetjenestene har aldersgruppen under 67 år økt fra 25.000 til 65.000 tjenestemottakere fra 1992 til 2009. Mange av dem har omfattende behov for tjenestetilbud, og veksten er spesielt knyttet til tre brukergrupper: utviklingshemming, psykiske og sosiale problemer, og fysiske funksjonsnedsettelse ofte med bakgrunn i nevrologiske skader eller lidelser (MS, Parkinson, slag, hjernesker). Yngre bor ikke,



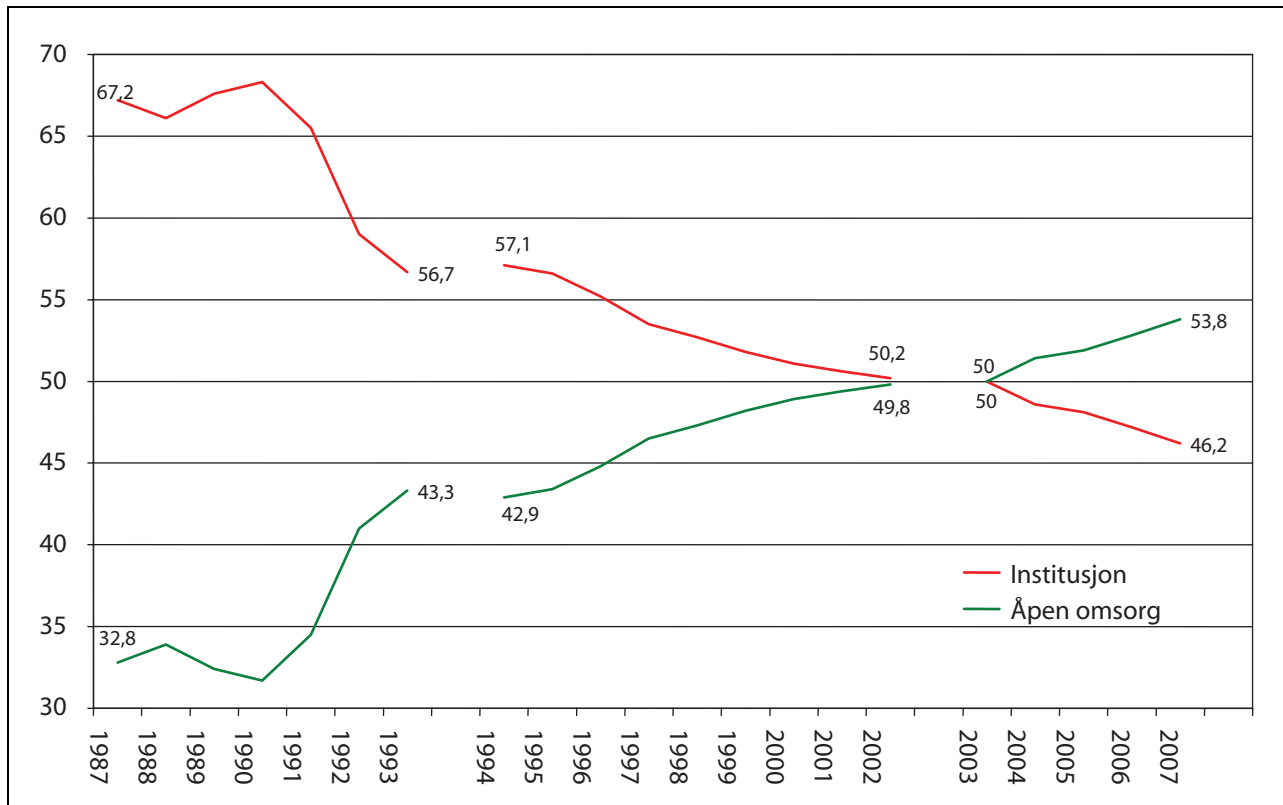
Figur 4.1 Årsverk i kommunene, etter område. Prosent. 2010

Kilde: SSB Se <http://www.ssb.no/komregsys/>

og skal ikke bo på sykehjem. Derfor har det meste av veksten i ressurser de siste årene gått til hjemmetjenester, hjemmesykepleie og bygging av omsorgsboliger for brukere under 67 år. Dette har bidratt til å forsterke trenden med at tjenestetilbudet har forflyttet seg fra aldershjem og sykehjem til hjemmetjenester og omsorgsboliger (Brevik 2010).

Utviklingen av nye brukergrupper har bidratt til omfattende omstillingsprosesser i den kommunale helse- og sosialtjenesten, og er noe av hovedgrunnen til at Helsetilsynet i en rapport beskriver pleie- og omsorgstjenester som har «på strekk» (Helsetilsynet 2005). Utviklingen har gått så fort på etterspørselsiden at tilbudssiden har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk.

På grunnlag av SSBs tidsbruks- og levekårsundersøkelser er det anslått at den uformelle omsorgen fortsatt utgjorde om lag 100.000 årsverk ved årtusenskiftet (Rønning m fl 2009). Den har ut fra disse undersøkelsene holdt seg noenlunde stabil på om lag samme nivå de siste tiårene, men med



Figur 4.2 Prosent av årsverk i pleie- og omsorgssektoren, fordelt etter institusjon og åpen omsorg. 1987-2007

Kilde: Ivar Brevik, NIBR 2010

en mindre nedgang fra 1990 til 2000. Nedgangen kan forklares med effekten av ansvarsreformen, som satte standarden for det offentlige tjenestetilbudet til personer med funksjonsnedsettelse enten de kom fra institusjon eller eget hjem. De fleste nye brukergrupper kommunen har fått, har først og fremst kommet «hjemmefra» (Brevik 2010), og dels hatt svært mangelfulle tilbud eller omfattende familieomsorg.

4.2.5 Dagens tjenester – noen nøkkeltall

De kommunale omsorgstjenestene hadde i 2009 vel 265.000 tjenestemottakere, hvorav 175.000 mottok hjemmesykepleie og praktisk bistand i eget hjem eller omsorgsbolig, 35.000 hadde langtidsopphold og vel 9.000 tidsbegrenset opphold i sykehjem/institusjon, mens 46.000 mottok andre hjemmetjenester.

To av tre tjenestemottakere var kvinner. Mer enn hver tredje mottaker var under pensjonsalder, en av fem var under 50 år og en av tjue under 18 år. Nær halvparten av de som mottok hjemmetjenester bodde alene. Nesten 50.000 bodde i omsorgsbolig (Gabrielsen m fl 2010)

Omsorgstjenestene utgjør om lag 1/3 av den kommunale virksomhet, og hadde i 2009 et samlet budsjett på 75 mrd kr. Litt over halvparten av ressursene benyttes til hjemmetjenester og aktivitetstilbud, mens litt under halvparten går til drift av sykehjem og andre institusjonstilbud.

Samme år ble det utført mer enn 123.000 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Av dette ble vel 2/3 utført av medarbeidere med helse- og sosialfaglig utdanning fra høgskole eller videregående skole.

4.2.6 Utviklingstrekk

Hovedtrekkene i omsorgstjenestenes utvikling har vært

- Fra familieomsorg til offentlige tjenester
- Fra institusjon til hjemmetjenester
- Fra velferdsstat til velferdskommune

Disse utviklingstrekkene har bidratt til å gi tjenestene retning de siste tiårene (St meld nr 25(2005-2006); Barstad 2006):

1. Desentralisering

Fra fylke og stat til kommune: En rekke oppgaver og ansvarsområder er overført til kommunalt forvaltningsnivå.

2. Integrering

Fra særomsorg til fellesløsninger: Nedbygging av segregert særomsorg til fordel for integrerte tjenestetilbud uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming

3. Avinstitusjonalisering

Fra institusjon til hjemmetjenester: Grensene mellom alders- og sykehjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester viskes ut og ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten smelter sammen.

Om disse utviklingstrekkene skal fortsette, og om de lar seg kombinere med mulige nye trender, blir viktige spørsmål ved utformingen av framtidens tjenestetilbud. Noen av de tydeligste nyere utviklingstrekk kan i denne sammenheng være:

4. Internasjonalisering

Fra lokal til internasjonal arena: Internasjonale standarder og avtaler som muliggjør «den grenseløse omsorgen» der både tilbydere, brukere og personell beveger seg over kommunegrensene og landegrensene.

5. Kommersialisering

Fra offentlig til privat tjenesteproduksjon: Private leverandører, konkurranseutsetting, fritt kundevalg og delvis privat finansiering.

Mye avhenger av hvilken styrke de ulike utviklingstrekkene opptrer med. Foreløpig ser det ut til at kommunene planlegger å fortsette i samme retning og bygge ut hjemmetjenester og dagtilbud, fornye sykehjemmene og bruke dem mer intensivt, og at de er klare for å ta på seg ytterligere ansvar for nye brukergrupper i tråd med statlig initierte reformer (Disch og Vetvik 2009)

4.3 Begrepet omsorg

Omsorg er et sentralt begrep i utvalgets mandat. Det blir nå brukt i så mange sammenhenger og til

så mange formål, at det er blitt overbelastet og risikerer å bli tomt for innhold. Brukt på offentlige tjenestetilbud kan omsorgsrelasjonen preges av et makt – avmakts forhold, der velferdsstaten og tjenesteyterne har definisjonsmakten og lett framstår som både ‘moderlige’ og formynderiske, mens den enkelte inviteres til å innta en passiv rolle som mottaker eller forbruker. Utvalget så derfor gjerne i utgangspunktet at vi kunne finne eller skape nye ord og begreper som erstattet omsorgsbegrepet i mange av de sammenhengene det nå blir brukt eller misbrukt, og som var mer robust i møte med framtidens utfordringer og nye generasjoner brukere. I første omgang har utvalget valgt å forsøke å komme til rette med begrepet og gjøre avgrensninger i bruken av det.

4.3.1 Omsorg i offentlige dokument

Utvalget har først sett nærmere på hvordan regjeringen selv bruker omsorgsbegrepet i sentrale dokument. Rettslig er omsorgsbegrepet benyttet både i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, og barneverntjenesteloven, både som betegnelse på ulike tjenestetilbud og måten disse skal gis på. I helsepersonellovens § 4 står det:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene understreker også at offentlige omsorgstjenester både skal ha et innhold som dekker den enkeltes grunnleggende behov, og gis på en måte som viser «respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». Omsorg handler altså både om handling og holdning, innhold og verdier.

I St meld nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgsutfordringer* brukes omsorgstjeneste som en samlebetegnelse for ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, støttekontakt, dagaktivitetstilbud, avlastning, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem, med støtte fra den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette er synonymt med begrepet pleie- og omsorgstjeneste som brukes i offentlig statistikk og i de kommunale regnskapsforskriftene.

Stortingsmeldingen om framtidens omsorgsutfordringer har innført begrepet «Aktiv omsorg» for å fylle det med mer aktivt innhold i tråd med

Boks 4.1 Omsorg

«Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et omsorgsfylt utført arbeid er handlinger som er utført på en kompetent og faglig kyndig måte. Samtidig handler omsorg om å være «andreorientert», tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis. Omsorg består både av arbeid og omtanke, og inneholder spenninger som av og til framstår som etiske dilemma for profesjonelle omsorgsutøvere. Selv om omsorg kan være vanskelig å definere, er det et begrep som har en felles kjerne i hverdagslivet. Omsorg er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Kvalitativt gode tjenester må derfor formidle omsorg både gjennom handling og holdning.»

St meld nr 25 (2005-2006)

sosialtjenestelovens formål om å «*bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*» (Sosialtjenestelovens §1-1). Dette innebærer både at tjenestetilbudet får et noe annet innhold og en annen og mer aktiv profil som utnytter den enkeltes egne ressurser og mestringsevne, og gir den enkelte bruker større ansvar for og innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

I St meld nr 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene – Omsorg 2000*, blir det understreket at omsorgsbegrepet inneholder flere dimensjoner og sider og sier noe om:

- arbeidet som blir gjort
- relasjonen mellom de involverte partene
- kvaliteten på det utførte arbeidet

Omsorg kan ikke reduseres til rene instrumentelle oppgaver, men handler om et møte mellom mennesker, der både grunnleggende verdier og kyndighet blir satt på prøve.

4.3.2 Omsorgens doble natur

Å gi og bli gitt omsorg, har stor kulturell og sosial betydning i alle samfunn og kulturer, selv om den kan ta ulike former og gi seg ulike uttrykk og språk (Leininger 1997).

Til forskjell fra det engelske «care» er det norske ordet omsorg bare et substantiv, mens «care» også er verb som kan bety både å ta seg av, ta hånd om, pleie/stelle, være interessert i, ha omsut eller bekymre seg for, ta vare på og bry seg om. Omsorg er også i slekt med det tyske ordet «die Sorge» med verbet «sorgen» som både kan bety å være bekymret eller urolig for og å sørge for.

På flere språk er det altså ord som både beskriver en empatisk holdning og aktiv handling i mellommenneskelige relasjoner. (Nøhr 1993; Guttu 1993; Kirkeby 2001). At omsorg både er praktiske handlinger og kvaliteter ved disse handlingene, beskrives ofte som omsorgens doble natur. Det følelsesmessige aspektet er en viktig side ved kvaliteten. Omsorg er både praktiske handlinger, omtanke og følelsesmessig engasjement (Szebehely 1996). Begrepet fanger dermed både hva som gjøres, relasjonen mellom partene og kvaliteten på det utførte arbeidet. Omsorg består både av et manuelt, mentalt og emosjonelt arbeid, og det går det an å skille mellom omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske aspekter (Martinsen 2003).

Fire omsorgssystemer

Det er vanlig å skille mellom fire typer omsorgssystemer: det uformelle (familie, slekt, nærmiljø), det frivillige (f eks kristne og humanitære organisasjoner), det kommersielle (fortjenestebaserte bedrifter og institusjoner) og det offentlige omsorgssystemet (stat og kommune). De er ikke strengt atskilt fra hverandre, men har utviklet seg i samarbeid og fungerer overlappende. Samtidig uttrykker de en historisk utvikling der hovedvekten tidligere lå på slekt og familie, men der kirke og frivillige organisasjoner kom til og la grunnlaget for det som etter hvert er blitt et ansvar for velferdsstat og offentlig sektor i vår del av Europa. Kirken og de humanitære organisasjonene har bygd institusjoner og drevet helse- og sosialarbeid i ulike former, og historisk sett vært viktige entreprenører og initiativtakere på et felt som senere langt på vei har blitt tatt over av offentlig sektor. I mange tilfeller var dette også intensjonen til grunnleggerne (Sivesind 2007).

I Norge fungerer disse systemene ved siden av hverandre. Målt i utførte årsverk ble både det

uformelle omsorgssystemet og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ved årtusenskiftet anslått å være på om lag samme størrelse (hver på ca 100.000 årsverk) (Rønning 2009; St meld nr 25 (2005-2006)). Samtidig leier enkelte kommuner inn frivillige organisasjoner og private bedrifter til å utføre en del av sine oppgaver. I Norge er denne andelen forholdsvis liten, og utgjør bare om lag 5 % av utførte årsverk i de kommunale tjenestene, hvorav det meste utføres av frivillige organisasjoner (Sivesind 2008). I tillegg er det et lite marked for helt private supplerende tjenester.

4.3.3 Omsorgskritikken

Kritikken mot bruk av omsorgsbegrepet har kommet fra flere kanter. På den ene siden er det for det første de som synes dette begrepet fortsatt smaker av fattigforsorg og veldedighet, og har lite med velferdsstatens rettighetstenkning, solidaritet og fellesskapsløsninger å gjøre. For det andre er det mange som heller vil ha service og assistanse, og som vil ha seg frabedt omsorgens 'klamme moderlige hånd.' På den andre siden er det de som forsvarer omsorgsbegrepet mot ren instrumentalisme, og mener det ikke lenger kan være omsorg når den standardiseres eller blir en vare på et marked.

Fra forsorg til omsorg

Da Lov om sosial omsorg kom for snart 50 år siden, innebar den på flere måter et endelig brudd med legd og fattigforsorg. Det nye velferds-Norge skulle bygges på at alle skulle bidra med det de kunne, og ha like rettigheter i forhold til fellesskapet, ut fra prinsippet «Gjør din plikt – krev din rett». Loven brøt med restene av en lovgivning som la ansvaret for eldreomsorg og for de som ikke kunne dra omsorg for seg selv på familien. Dette ble sett på som et offentlig ansvar og en del av samfunnets sosialpolitikk (Seip 1994; NOU 2001:22).

Selv om omsorg fortsatt hadde smak av forsorg og kunne assosieres med fattigdom, urettferdighet og avhengighet, er det interessant å se at omsorgsbegrepet overlevde denne endringen, og at det ble aksept for at omsorg var et offentlig og kommunalt ansvar som kunne utføres av kommunalt ansatte pleiere, hjemmehjelpere, husmorvikarer, hjemmesykepleiere, sosionomer og annet helse- og sosialpersonell. Ved å koble sammen sosial og omsorg, ble omsorgsbegrepet en del av den moderne sosialpolitikken, som skulle gi hjelp til selvhjelp og bidra til å gi den enkelte større

trygghet og frihet, både materielt, sosialt og helsemessig.

Mens sosialpolitikk og Sosialdepartement nå har forsvunnet ut til fordel for helsepolitikk, Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektorat, ser omsorgsbegrepet ut til å vinne ytterligere terreng og dukke opp i stadig nye ordkombinasjoner, og til og med blitt en del av navnet på et departement. Dette resulterer i at kommunene i stedet for helse- og sosialetat og helse- og sosialplaner, organiserer helse- og omsorgstjenester og legger helse- og omsorgsplaner.

Det preger nok innholdet i omsorgsbegrepet at det nå knyttes mest til helse og mindre til sosial. Mange har advart mot at disse tjenestene gjennom en slik utvikling medikaliseres og mister noe sin helhetlige tilnærming til det enkelte menneske, dets materielle omgivelser og sosiale nettverk. I den kommunale helse- og sosialtjenesten er det nå først og fremst hjemmesykepleien som vokser, mens de øvrige mer praktiske og sosialt orienterte hjemmetjenestene har trangere kår:

«Det er grunn til å reise spørsmål om norsk pleie- og omsorgstjeneste er i ferd med å forlate den forebyggende strategien med tidlig intervensjon etter dansk modell. Går utviklingen mer og mer i retning av en behandlingsstrategi som konsentrerer seg om «de som trenger det mest», slik utviklingen har vært i Sverige? Stagnasjon i tallet på eldre brukere, lavere tilgjengelighet, mer intensiv drift i sykehjem, redusert bruk av praktisk bistand og betydelig vekst i hjemmesykepleievirksomhet, kan være indikasjoner på en slik utvikling. Og en kan reise spørsmål om i hvor stor grad det har funnet sted en medikalisering av hjemmetjenestene for eldre på bekostning av forebygging, sosial og praktisk bistand?» (Brevik 2010).

I boka «Omsorg som vare?» skriver professor Rolf Rønning at den effektivitetsforståelsen som brer seg i den kommunale eldreomsorgen bygger på en instrumentell rasjonalitet som ikke tar hensyn til omsorgens karakter og innhold. Han kritiserer standardisering og beslutningsprosesser som foregår langt over hodene på de som gir og mottar hjelp. Etter hans syn må omsorg forstås som menneskelig samhandling. Behandles omsorg som vare, går vesentlige deler av innholdet går tapt:

«Det hjelper ikke for den enkelte at en sitter der nyvasket og bakteriefri hvis en har opplevd prosessen som en krenkelse» (Rønning 2004).

Han beskriver mange av hjemmetjenestens hjelpere som «en motstandsbevegelse» som tar ansvar for å gi bedre hjelp enn instruksjonen og det tildelte timetallet egentlig tillater, og hevder at det foregår en kamp om omsorgens sjel i norske kommuner:

«Det foregår en kamp i hjemmetjenesten om omsorgens sjel. Det er en dragkamp mellom en tradisjonell omsorgsforståelse som ser omsorgstjenester som unike i den forstand at de blir til i møte mellom bruker og hjelper, at de springer ut av en sosial relasjon og ikke kan forhåndsdefineres. Mot dette står sterke krefter som fokuserer på kostnadseffektivitet, og som med utgangspunkt i en markedstenkning ser omsorg som en vare som kan forhåndsdefineres og prisfastsettes» (Rønning 2004).

Omsorg eller service

På den andre siden står tjenestemottakere som egentlig bare vil ha det instrumentelt, enten de bare trenger litt praktisk bistand eller omfattende assistanse. De vil ha seg frabedt det som omtales som omsorgens mer følelsesmessige aspekter, og har ikke noe ønske om å involvere seg i eller å bygge en relasjon til den som yter slik assistanse eller gå inn i et avhengighetsforhold til tjenesteapparatet. De vil bare ha en profesjonell og ikke en personlig relasjon. De vil ikke bli utsatt for «moderlig omsorg», når de bare trenger praktisk eller personlig assistanse. De ønsker å styre sitt eget liv og leve mest mulig uavhengig og selvstendig til tross for sykdom, problemer eller funksjonstap.

Godt organiserte mennesker med nedsatt funksjonsevne utgjør fortruppen i denne utviklingen i Norge. Det kan forventes at nye generasjoner seniorer i økende grad vil følge i deres fotspor, og gjennom nye brukerstyrte eier- og driftsformer skaffe seg mer direkte styring og innflytelse over tjenestetilbudet. Trolig ligger det også i dette en større aksept for å ta i bruk teknologi, for å kunne mestre eget liv, uten å være avhengig av å ha personell rundt seg på heldøgns basis.

Etter at brukerstyrt personlig assistanse ble innført og lovfestet i sosialtjenesteloven ved årtusenskiftet, utarbeidet Helsedirektoratet en veileder til Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene som understreker at når lovgivningen «har begynt å bruke begreper som brukerstyring og assistanse i stedet for bare pleie og omsorg, avspeiler det den utviklingen vi har hatt i synet på

forholdet mellom de som gir og de som mottar hjelp»:

«Dette kan oppsummeres i ordbruk som: Selvstendighet, styring av eget liv, egenomsorg og sosiale behov, som fellesskap og aktivitet. Yngre mennesker med funksjonsnedsettelse oppfatter ordbruk som «pleie og omsorg», som passivt, en kontekst der en bare mottar noe fra andre og ikke styrer og yter selv. Mange ønsker derfor å bruke ord som service og assistanse. I denne veilederen vil vi i tillegg til pleie og omsorg også bruke ordene service, assistanse eller praktisk bistand som anvendes i sosialtjenesteloven» (Helsedirektoratet 2004).

Hjemmetjenestene dekker i dag alle aldersgrupper og gir tjenestetilbud til mennesker gjennom hele livsløpet. Tjenestemottakerne er derfor svært ulike, alt fra et barn med alvorlig hjerne-skade, en industriarbeider med utviklingshemning som tidligere bodde på institusjon, en hjerne-lagpasient på opptrening, en eldre kvinne med Alzheimer som bor hjemme hos sin ektefelle, til en eldre enkemann som trenger å lære seg litt husstell.

Dette er mennesker med svært forskjellige behov:

«Det er difor viktig at tenestene tek utgangspunkt i det behovet den enkelte har. Dei må ha som mål å dekkje omsorgsbehova til dei mottakarane som ønskjer og treng noko meir enn instrumentelle tenester, samstundes som det må bli respektert at andre mottakarar vil ha omsorg med eit servicepreg» (St meld nr 28 (1999-2000)).

Løsningen er derfor kanskje å la omsorg gå inn som et av mange begreper for å beskrive tjenestetilbudet til den enkelte.

4.3.4 Noen avklaringer

Utvalget deler mange av disse kritiske synspunktene på omsorgsbegrepet:

- Omsorg smaker fortsatt litt av tidligere tiders veldedighet, forsorg og paternalisme, selv om begrepet nå har fått en god klang av solidaritet, fellesskap og rettferdighet i velferds-Norge. Det går imidlertid klare historiske linjer fra fattighus til alders- og sykehjem og fra legdeordninger og privat forpleining til dagens hjemmetjenesteordninger.

- Begrepet omsorg inviterer til en for passiv og avhengighetskapende mottakerrolle, som er lite tilpasset de krav vi må stille for å møte framtidens utfordringer. Det nye begrepet «Aktiv omsorg» som er innført med Omsorgsplan 2015, løser ikke dette problemet fullt ut, selv om det bøter noe på det.
- Alvorlig er det at omsorgstjenestene i større grad enn tidligere knyttes mer ensidig opp mot sykdom, diagnoser og helsepolitikk, og mister noe av sin egenart: Omsorgen for hele mennesket og dets fysiske, materielle, sosiale og kulturelle omgivelser. Tidlig intervensjon og oppsøkende og forebyggende virksomhet har tidligere satt sitt preg på dette arbeidet, og dette bør bringes sterkere tilbake.

På mange måter ville det på denne bakgrunn vært ønskelig å finne et helt nytt ord som kunne erstatte omsorgsbegrepet som fellesbetegnelse på offentlige tjenestetilbud, og som kunne skape andre forventninger til aktiv deltakelse og helhetlig tilnærming i møtet med framtidens utfordringer.

I mangel på et slikt begrep, velger utvalget i noen sammenhenger å bruke flere og mer spesifikke begreper for å beskrive ulike behov og tjenestetilbud. Ofte kan det være riktigere å bruke ord som praktisk bistand, assistanse, pleie, behandling og tiltak for å beskrive det konkrete innholdet i det som ofte kalles omsorgstjenester.

På den andre siden blir det viktig å holde fast på omsorg som et allment begrep som både er praktisk handling i møte mellom mennesker, og bygger på noen av de mest grunnleggende verdier i vår kultur. Omsorg er noe alle mennesker er avhengig av, og som alle mennesker kan gi, enten det skjer i familien, i uformelle sosiale sammenhenger eller som en del av fellesskapets velferdsordninger. På denne måten bør vi ha en vid forståelse av omsorgsbegrepet.

Det har sin styrke i å uttrykke noe allment, som bør prege mellommenneskelige relasjoner, både i handling og holdning. Det springer på den måten ut av det mer uformelle omsorgssystemet, knyttet til familie, slekt, venner, nærmiljø.

Noen mener at omsorgen mister sin sjel når dette blir organisert i offentlig regi eller som veldedig eller kommersiell virksomhet, og at den blir sperret inne av systemer, regelverk og anbudsordninger. Så snart omsorg benyttes i en organisert sammenheng, trer omsorgsbegrepets tvedydighet tydeligere fram (Jensen m fl 1990). Utvalget kan se at måten dette organiseres på kan gi ulike vilkår for den genuine omsorg, og ofte framstår tvedydig fordi andre interesser spiller inn. Av og til

blir derfor omsorg til mer på tross av, enn på grunn av hvordan tjenesten er organisert, nettopp fordi det er den mellommenneskelige relasjonen som ofte er avgjørende.

Utvalget vil tilstrebe at bruken av omsorgsbegrepet i ulike sammenstillinger har dette mellommenneskelige og relasjonelle som sin forutsetning. Det gir i dette perspektiv lite mening å bruke begrep som omsorgsteknologi, omsorgsboliger og omsorgsdepartement. På den bakgrunn velger utvalget å bruke begrepet velferdsteknologi istedenfor omsorgsteknologi, og vil arbeide med å finne nye begrep på dagens omsorgsboliger. Det betyr ikke at omsorg kan sees uavhengig av teknologi eller arkitektur. Både hjelpemidler og omgivelser har avgjørende betydning for god omsorgsutøvelse.

Utvalget tilrår derfor at det offentlige Norge forsøker å unngå å bruke omsorgsbegrepet som navn på organisasjoner, lovgivning, bygninger og tilskuddsordninger. Det lover som oftest mer enn det holder, og fungerer dårlig på lang sikt. I mange sammenhenger kan det etter utvalgets oppfatning også være mest hensiktsmessig å bruke begrepet helse- og sosialtjenester som samlebegrep på de tjenestene som gis av helse- og sosialpersonell, enten de arbeider i offentlig sektor, ideelle organisasjoner eller private bedrifter, mens omsorg knyttes tettere til den uformelle omsorgen som gis av venner, familie og nærmiljø.

Det betyr ikke at omsorg ikke kan utøves innenfor mer organiserte og institusjonelle rammer i regi av både frivillige organisasjoner, private virksomheter og offentlig sektor. Det gir derfor også mening å snakke om omsorgsarbeid og omsorgstjenester som en viktig del av velferdsstatens fellesskapsløsninger. I forhold til morgendagens utfordringer, blir det imidlertid av avgjørende betydning at omsorgen ikke organiseres ut av – men inn mot familie og sivilsamfunn. Den skal være en integrert del av nærmiljø og lokalsamfunn.

4.4 Innovasjon

En måte å beskrive innovasjonsbegrepet på, kan være å si at (Jensen m fl 2008) innovasjon er:

- Kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng
- Ideer omsatt til en bedre praksis som skaper merverdi
- Driftig, dristig og eksperimenterende i formen
- En måte å forholde seg til oppgaver på – en kultur

- En prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd

Innovasjon er alltid eksperimenterende, og forutsetter risikovillighet. Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hele tiden hva som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring, men bare en forandring som skaper merverdi ut fra det virksomheten har som formål.

Innovasjoner kan klassifiseres etter hvor omfattende de er, og i hvilken grad de er i stand til å påvirke økonomiske forhold eller andre former for merverdi (sosial eller kulturell). Innovasjoner kan splittes i to typer, etter hvor omfattende virkninger de har i den virksomhet de opptrer. Radikale innovasjoner innebærer noe helt nytt, mens inkrementelle innovasjoner er små skrittvis forbedringer i virksomheten. Inkrementelle innovasjoner skjer kontinuerlig og er den vanligste formen for innovasjon. Den har stor betydning for den enkelte virksomhet, og verdiene av slike innovasjoner er ofte undervurdert.

Innovasjonsbegrepet benyttes først når løsningen i form av nye tjenester og produkter er tatt i bruk eller implementert.

4.4.1 Innovasjon i offentlig sektor

Det er forskjeller mellom innovasjon i privat og offentlig sektor. Innovasjoner har likevel det til felles at samspill mellom ulike aktører skaper grunnlag for utviklingen av ny kunnskap, som kan omsettes til nye produkter, tjenester eller arbeidsmetoder. Evnen til å ta i bruk ny kunnskap er det avgjørende. Jo bedre de offentlige aktørene er til å skape nettverk som gir dem tilgang til ulike partnere, kunnskap og kompetanse, jo større er mulighetene for å lykkes. Dette betyr at innovasjonspolitikken innebærer å utvikle en lærende offentlig sektor.

Innovasjon er en av nøklene til å løse de utfordringene norske helse- og sosialtjenester står ovenfor i tida framover. I Innovasjonsmeldingen (St meld nr 7 (2008-2009)) er innovasjon i offentlig sektor framhevet som et viktig satsingsområde. Målet er en offentlig sektor preget av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet samtidig som den er fleksibel nok til å kunne endre seg i takt med nye utfordringer og endrede behov.

Forbedringer kan være både vanskelige og smertefulle å gjennomføre. Mange virksomheter kan derfor ha en innebygd motstand mot forandring. Ofte er endringsarbeid forbundet med konflikter mellom det nye og ukjente og det gamle og trygge. Rotfestede tankemåter, arbeidsrutiner og i

noen tilfeller egeninteresser, utgjør gjerne en selvstendig kraft som gjør det vanskelig å gjennomføre endringer. Forbedringsarbeid krever både menneskelige og økonomiske ressurser og innebærer risiko for å mislykkes.

En virksomhet trenger ofte et visst press for å innovere. I et marked vil konkurranse etablere et press på eksisterende virksomheter som gjør at de ikke kan skjermes seg for krav om stadig å forbedre det de holder på med. I offentlig sektor innebærer demokratiske valg og politiske prosesser krav til omstilling og store endringer, som tvinger offentlige organisasjoner til å tenke nytt. Her kan kravene fra innbyggerne om bedre tjenester og behovet for å utnytte fellesskapets begrensede ressurser best mulig, være viktige drivkrefter for innovasjon.

Hvordan en virksomhet er organisert kan være avgjørende for dens innovative kapasitet. Organiseringen setter rammer for læring og for mulighetene til å koble ulik kompetanse internt med kompetanse utenfra. Samtidig er en kommune ikke bare et forvaltningsorgan, men også et lokalsamfunn. Ved systematisk å koble på brukere, frivillige organisasjoner og næringsliv kan kommunen dra veksler på ekstern kunnskap og kompetanse, og finne nye løsninger på utfordringer sammen med aktører i sivilsamfunnet.

Høsten 2010 ble det gjennomført en nordisk pilotundersøkelse om innovasjonsaktivitet i offentlig sektor med spørreskjema til kommuner, fylkeskommuner og statlige etater (SSB 2011). En høy andel av offentlige etater og virksomheter rapporterer at de driver innovasjonsarbeid. Studien finner at innovasjon for å møte sosiale utfordringer scorer lavere i Norge enn i de øvrige nordiske land. Samtidig svarer kommunene i Norge at innovasjonsaktiviteter i større grad skjer i administrasjonen enn i de virksomheter som direkte står overfor sosiale utfordringer.

Utvalget vil peke på at resultatene fra undersøkelsen styrker behovet for mer direkte innovasjonsaktivitet i selve tjenestene. Samtidig viser utvalget til at de øvrige nordiske land i langt større grad benytter innovasjon for å løse sosiale utfordringer, og at det derfor bør være rom for å satse mer på innovasjon i omsorgsfeltet. Utvalget har på den bakgrunn hentet ideer og eksempler fra våre naboland, og valgt å presentere noen av dem i utredningen.

4.4.2 Den innovative kommune

Å legge til rette for næringsutvikling og innovasjon har lang tradisjon i kommunesektoren. Da

Formannskapsloven av 1837 etablerte kommunene som egen institusjon kunne de befatte seg med enhver virksomhet som ikke etter lov var tillagt andre offentlige organer. En svært begrenset statlig virksomhet ga mulighet for omfattende lokale initiativ, og ikke minst tok kommunene ansvaret for lokal samfunnsutvikling (Rønning og Teigen 2007).

Kommunene har stått sterkt i Norge, og har vokst fram i spenningsfeltet mellom avledet statsmakt og lokalt selvstyre. Etter hvert som kommunenes rolle som velferdsprodusent er blitt dominerende, har imidlertid oppgavene som lokalsamfunnsutvikler kommet mer i bakgrunnen. Maktutredningen gir en pessimistisk beskrivelse av denne utviklingen:

«Omformingen av velferdsstaten har stor innvirkning på det lokale handlingsrommet og er nært knyttet til utviklingen av kommunene og lokaldemokratiet. Det kommunale selvstyret har mistet mye av sitt innhold gjennom kombinasjonen av rettighetslover, statlige pålegg og budsjettknapphet» (NOU 2003:19).

For evnen til innovasjon og utvikling vil det være av avgjørende betydning om kommunene mer og mer blir et forvaltningsorgan for gjennomføringen av velferdsstatens mange oppgaver, eller et forvaltningsnivå der det lokale selvstyret fortsatt står i forgrunnen.

En rapport utarbeidet på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet tyder på at økningen i lovbestemte individuelle rettigheter og kommunale plikter snevrer inn kommunenes handlingsrom. Det blir færre muligheter for lokale tilpasninger, lokalpolitiske prioriteringer og innovative løsninger på de store utfordringene kommunesektoren står overfor (Difi 2010). Samtidig er kommunene blitt komplekse organisasjoner med mange ulike roller. Kommunen er både myndighetsutøver, forvalter, lokalsamfunnsutvikler og tjenesteleverandør. I det daglige arbeidet er det drift av de mange oppgavene som preger virksomheten. Innovasjon må settes inn i denne konteksten, og organisering av innovasjonsarbeidet må vurderes lokalt, ut fra struktur, ressurser og behovet for å løse problemer.

Det foregår mye godt utviklingsarbeid i norske kommuner. Det er når de offentlige oppgavene krever helt nye arbeidsprosesser og løsninger med flere aktører involvert at tradisjonelt utviklingsarbeid ikke er tilstrekkelig. I slike tilfeller kan innovative løsninger bidra til å møte utfordringene. Offentlig sektor generelt og kommunene

Boks 4.2 Innovasjonsalliansen

I 2010 etablerte KS en innovasjonsallianse for kommunesektoren. Alliansen består av kommuner og fylkeskommuner, men også av personer fra andre deler av samfunnslivet: næringsliv, frivillige organisasjoner og departementer. Innovasjonsalliansen har flere oppgaver. Den setter på dagsorden hva som er drivere for innovasjon i kommunesektoren, skaper debatt om hva som er løsningene på driverne/utfordringene, bidrar til at det produseres kunnskap og synliggjør gode eksempler på nyskaping i kommunesektoren.

spesielt står overfor store oppgaver som skaper behov for fornyelse og innovasjon. Befolkningens alderssammensetning vil sette offentlig sektor under betydelig press for å levere flere og bedre offentlige ytelser innenfor de gitte økonomiske rammer. Samtidig har innbyggerne forventninger om stadig nye og mer sammensatte og individualiserte tilbud (Frankelins og Utbult 2009).

Økte krav til det kommunale tjenestetilbudet har ført til større oppmerksomhet rundt hvordan innovasjon kan utnyttes og foregå i offentlig sektor. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at innovasjon foregår mye annerledes innenfor offentlig sektor enn i privat sektor. Likevel er det nok tilfelle at offentlig sektor i sin innovasjonsaktivitet står ovenfor en del andre hemmende og fremmende faktorer enn i kommersielle virksomheter. Å identifisere og fjerne barrierer og bygge opp under de faktorene som stimulerer til innovasjon er derfor like nødvendig i offentlig sektor som det er for privat sektor.

4.4.3 Innovasjonsressurser i kommunen

Det er avgjørende for innovasjonsprosessene at det skapes et holdningsmessig og økonomisk rom som gjør det legitimt å drive med innovasjon i kommunen. For å fremme den innovative kapasiteten og skape en kultur for innovasjon er en helt avhengig av politisk og administrativ forankring. Innovasjon må oppfattes som et virkemiddel for å løse de utfordringene og problemene som er identifisert, ikke som en tidkrevende prosess med usikkert utfall.

Det er sterke drivere for innovasjon i offentlig sektor: Det er konkurranse om det politiske lederskapet og det er mange utviklingsorienterte

offentlige ledere. Det er medarbeidere med stort engasjement og høy faglig dyktighet og det er høy grad av tillit mellom arbeidsgivere og arbeidstakere. Og det er levende lokalsamfunn med borgere, brukere og private parter som er velutdannede, kompetente og aktive. Dette er hovedressursene for innovasjon og utvikling i kommunene.

Det er ikke slik at kommunens tradisjonelle systemer og rutiner må vrakes for å gi rom for innovasjonsprosesser. Budsjettarbeidet og kommuneplanen kan for eksempel være egnede verktøy for politisk og administrativ forankring av gode innovasjonsprosesser. Innovasjon i kommunen må bygges på systematisk arbeid og det er en fordel om det utarbeides en overordnet strategi for kommunen som inneholder en klar plan for hva man ønsker å oppnå, hvorfor og med hvilke virkemidler.

I kommuneplanens samfunnsdel skal det beskrives i hvilken retning kommunen skal utvikles, hvilke områder det skal satses på, hvilke problemområder som er kritiske for kommunen og det skal utarbeides strategier for kommunens langsiktige arbeid. Plan- og bygningsloven pålegger kommunene å involvere innbyggere, frivillige organisasjoner, sivilsamfunnet og næringsliv i kommuneplanarbeidet. Kommuneplanen skal etterfølges av kommunedelplaner, temaplaner og handlingsprogram. Det er nærliggende å tenke seg at konkretisering av områder som egner seg for innovasjon bør legges inn i disse planene.

4.4.4 Innovasjonsbarrierer i kommunen

For å skape kultur for innovasjon må det ikke bare settes søkelys på hva som skal til for å lykkes med innovasjon, det må også settes fokus på hva som er barrierer for innovasjon.

I noen grad skyldes fravær av innovasjon i norske kommuner rammene for kommunens virksomhet. Det kan argumenteres for at kommunenes rammer ikke legger til rette for gode læringsarenaer eller organisatorisk fleksibilitet og handlingsfrihet, faktorer som er viktige for å fremme innovasjon.

Kommunene har strenge krav til økonomistyring og forvaltning. Inntektene kommunen disponerer er i hovedsak skatteinntekter, statlige overføringer av frie inntekter og øremerkede midler. Midlene er i stor grad bundet opp gjennom statens styring av prioriterte politiske områder og satsinger.

I innovasjonssammenheng kan en av barrierene også være utviklingen i bruk av statlige forskrifter, veiledninger og planer innenfor helse og

omsorgstjenestene i kommunene. Mens antall rundskriv har holdt seg på om lag samme nivå, har antallet veiledninger og planer disse tjenestene må forholde seg til økt betydelig de siste årene.

Hvordan tjenestene i kommunen organiseres er opp til kommunene selv å avgjøre, for eksempel om de velger å organisere tjenestene gjennom sykehjem, omsorgsboliger eller hjemmebasert omsorg. Veiledere er imidlertid ofte rettet mot fagpersonalet og den konkrete utøvelsen av tjenesten. Helsedirektoratets veiledere er kjennetegnet av detaljerte beskrivelser og oppskrifter for god praksis. Det er naturlig at fagfolk søker hjelp og støtte i sitt arbeid gjennom slike autoriserte dokumenter på noen områder. Imidlertid bør det settes spørsmålsteget ved om veiledningene hemmer eller fremmer selvstendig og god fagutøvelse og muligheten for å finne innovative nye løsninger.

En kultur preget av regelstyring og profesjonstenkning kan hindre utvikling av en innovasjonskultur. Innovasjon har en driftig, dristig og eksperimenterende form og kan lett oppfattes som et lite egnet virkemiddel i en kommune som bare fokuserer på forvaltning og myndighetsutøvelse. Å skape en kultur som gir rom for prøving og feiling er en utfordring for kommunen. Det er derfor nødvendig å analysere hvilke områder som egner seg for innovasjon.

Risiko er et sentralt element i arbeidet med innovasjon. Prøving og feiling er kjennetegn ved all innovasjon, men en innovasjonskultur med rom for å eksperimentere kan av enkelte bli oppfattet som misbruk av kommunens økonomiske midler/ressurser. For å iverksette og lykkes med innovasjonsarbeid er det helt sentralt at kommunen har en politisk og administrativ ledelse som vet at kreativitet og innovasjon ikke kan detaljstyres, og som tør å bruke tid på å omsette nye ideer til bedre «neste praksis».

4.4.5 Kommunene og det statlige virkemiddelapparatet

På oppdrag fra KS har Høgskolen i Lillehammer og Østlandsforskning gjort en analyse av virkemidler og virkemiddelapparatet i kommunenes innovasjonsarbeid (Teigen m fl 2010). Studien legger til grunn at det er fylkeskommunen, fylkesmannen, Innovasjon Norge, Norges Forskningsråd og departementene som i hovedsak har virkemidler som kommunene kan benytte seg av i innovasjonsarbeidet.

Hovedkonklusjonen er at innovasjonspolitiske virkemidler overfor kommunesektoren er dårlig

utviklet. Det mangler først og fremst virkemidler som kan føre til radikale innovasjoner, virkemidler som har et visst omfang, som er risikoavlastende og som kan benyttes i en lang utviklingsperiode.

Studien viser at kommunene vurderer fylkesmannen og fylkeskommunene som de viktigste aktørene i virkemiddelapparatet. Norges forskningsråd blir ikke oppfattet som en aktør som disponerer innovasjonsvirkemiddel kommunene kan benytte seg av. Innovasjon Norge blir i hovedsak bare vurdert som en aktør i forhold til bygdeutviklingsmidler, der kommunene er førstelinje i søknadsbehandlingen.

Kommunene ble også spurt om å vurdere hvilke virkemiddelkategorier som er hemmende eller fremmende. Oppstartsstøtte blir fremhevet som det aller mest fremmende virkemiddelet for innovative tiltak. Lovverk og reguleringer blir oppfattet som mest hemmende for kommunenes innovasjonsarbeid.

I undersøkelsen ble kommunene bedt om å vurdere hvilke former for innovasjon som vil være viktigst sett i forhold til framtidige utfordringer. De to innovasjonsområdene som ser ut til å være spesielt viktige for kommunene er brukerdrevet innovasjon og innovasjon sammen med leverandører. Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) er et virkemiddel rettet mot leverandørsektoren, men er for lite skreddersydd i forhold til både kommunenes og leverandørenes behov. Det feltet som kommunene rangerer høyest er imidlertid brukerdrevet innovasjon. Brukerdrevet innovasjon er spesielt viktig innenfor kommunenes tunge sektorer, og utvikling av virkemidler og mekanismer for innovasjon sammen med innbyggerne vil ha stor betydning for mulighetene til å utvikle nye løsninger på organisering og tjenesteproduksjon i sektoren framover.

Først og fremst mangler kraftige virkemidler som kan føre til radikale innovasjoner, og støtte opp under kommunalt innovasjonsarbeid sammen med innbyggerne.

4.4.6 Innovasjon og ledelse

Fokus på ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i offentlig sektor. Ledere må være bevisst sin rolle i organisasjonen, både som fanebærer for nye ideer og utvikling av dem, og som den som gir mandat for at organisasjonen jobber systematisk med innovasjon (Gjeldsvik 2007). Det kan være behov for nye typer ledere, og følgende framstilling kan være nyttig for å få fram dette (Storey og Salaman 2005):

Byråkratisk ledelse

Fokus på program.

Mål: Sikker drift

Instrument: Regel-basert detaljstyring

- Skape klar arbeidsdeling og løse grensekonflikter
- Fastholde stabile medarbeidere
- Sikre koordinasjon
- Eliminere det ufokuserte
- Selv skape fornyelse

Innovasjonsledelse

Fokus på resultater

Mål: Skape utvikling

Instrument: Regulert selv-regulering

- Tilskynde prosjekt- og nettverkssamarbeid
- Utvikle de kreative talentene
- Fremme læring
- Mobilisere det ufokuserte
- Skape innovative prosesser

Innovasjon krever at det er plass til ledelse. Den kommunale omsorgstjenesten i Norge er kjenne-tegnet av å ha store driftsenheter og svært få ledere, som i hovedsak må sikre og ivareta rene administrative og driftsmessige oppgaver (RO 2004).

Ledere som utvikler medarbeidernes kompetanse, delegerer oppgaver og oppmuntrer til medvirkning, bidrar til å gjøre virksomheten mer innovativ. I innovasjonsmeldingen (St meld nr 7 (2008-2009)) vektlegges det at det er et lederansvar å legge til rette for en innovasjonskultur i offentlig sektor. God innovasjonsledelse og innovasjonskompetanse vil ikke bare kunne redusere motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner, men bidra til at de ansatte er med på å utforme nye løsninger.

Innovationsrådet i Danmark har utarbeidet kjennetegn for god politisk innovasjonsledelse (Innovationsraadet.dk 2009) og sier at godt politisk lederskap:

- skaper dialog og er lydhør overfor synspunkter fra innbyggere og andre interessenter
- avklarer samspelet og rollefordelingen mellom politikere og administrasjon
- utviser risikovillighet og sikrer at innovasjon i det offentlige sees som en lærende prosess
- kan vurdere på hvilke områder det er hensiktsmessig å prøve ut nye metoder
- påtar seg ansvaret for å utvikle sterke visjoner og visjonære politiske mål

- sikrer optimale rammer for innovasjon politisk og administrativt
- utviser innovativt og personlig lederskap; har mot og evne til å tenke annerledes, innovativt og ut av boksen.

4.4.7 Lokaldemokrati som innovativ kraft

Lokaldemokratiet har spilt en viktig rolle for innovasjon i kommunene. Spesielt ser en dette ved å gjøre et historisk tilbakeblikk på kommunenes historie. Kommunene etablerte sparebanker, forsikringsselskaper og energiselskaper, bygde veier, drev fergetrafikk, sikret vannforsyning og tok ansvaret for den lokale samfunnsutviklingen. Kommunene har en lang historie på å drive lokal næringsutvikling ved hjelp av innovative prosesser (Rønning og Teigen 2007).

Kommunene må antas å ha et særlig potensial for å søke nye løsninger i samarbeid med lokalsamfunnet, næringslivet, frivillige organisasjoner, nabokommuner og andre offentlige sektororganer. Ulik kunnskap kan aktivere nye løsninger. Dette betinger imidlertid at det gis aksept for å søke etter løsninger sammen med andre utenfor egen organisasjon. En slik «mellomromskompetanse» bør stå sentralt i arbeidet, og det er viktig at en våger å ta i bruk de lokale krefter som kan og ønsker å bidra.

Det er lite kunnskap om innovasjon i kommunesektoren. Utdanning innen innovasjonsfaget er i hovedsak rettet mot næringslivet og utviklet for deres behov. Det er ikke uten videre slik at denne utdanningen dekker behovene i forhold til offentlig innovasjon. Bidrag fra forskningen er ofte nødvendig, og et samarbeid mellom kommuner og FoU-miljøer er relevant i denne sammenheng.

Framtidige utfordringer skaper behov for å sette kommunene bedre i stand til nyskaping og innovasjon. Økt kompetanse på innovasjon, metodekunnskap og innovasjonsledelse er viktige elementer for å lykkes med innovasjonsarbeid i kommunen. Utvalget mener derfor at det i Norge er behov for å utvikle et eget utdanningstilbud om innovasjon, målrettet mot kommunesektoren, jfr. kapittel 8.3.4. Opplegget som der foreslås er ikke bare rettet mot omsorgstjenestene, men mot alle aktører på kommunalt nivå. Slik kan statlige myndigheter bidra til å heve kompetansen på innovasjon i hele kommunesektoren.

4.4.8 Ulike former for innovasjon

Å lytte til brukere av tjenester og produkter er i mange tilfeller avgjørende for å lykkes med inno-

vasjonsprosessen. I kommunal forvaltning vil dette både handle om å få innsikt i den enkelte tjenestemottakers behov, og forholde seg til befolkningens og lokalsamfunnets behov og ønsker. Derfor brukes begreper som borgerdrevet, brukerdrevet og behovsdrevet innovasjon på tjenesteutvikling i kommunene og helse- og sosialsektoren. Slik kommunene ofte er organisert, vil samarbeid på tvers av fag og sektorer innad i kommunen og samspill med sivilsamfunn og frivillige, være avgjørende faktorer for vellykket innovasjon.

Borgerdrevet innovasjon

Innbyggerne i en kommune er ikke bare brukere av tjenester, de er også borgere i lokalsamfunnet. En borgerrolle er langt mer enn rollen som kunde eller bruker. Som borger i et lokaldemokrati har en ikke bare rettigheter, men også plikter. Hva som tjener samfunnet og fellesskapet er fokus for borgerdrevet innovasjon (Bason m fl 2009). Kommunen har rammer for sin økonomi og kan ikke alltid imøtekomme brukernes forventninger. Partnerskap med borgeren gir en forpliktelse og en mulighet for ansvarliggjøring for det vi i Norge kaller fellesskapsløsningene, der grunnlaget tidligere var uttrykt i slagordet «Gjør din plikt – krev din rett». I det moderne forbrukersamfunnet må vi på nytt invitere til nye måter å involvere innbyggerne i arbeidet med utforming og styring av tjenestene.

Brukerdrevet innovasjon

Brukere av tjenester og produkter kan involveres i innovasjonsprosessen. Dette er særlig nærliggende i forhold til kommunens rolle som tjenesteleverandør. Brukerundersøkelser og brukerspanel kan gi viktige innspill til innovasjonsprosessen. I mange tilfeller er direkte kontakt og dialog med brukere helt nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i den enkeltes tjenestebehov- og kan involvere brukerne i utforming av tjenesten. I mange tilfeller kan det også være slik at brukerne selv driver fram innovasjonsprosessen og tar eierskap til den og ansvar for videre utforming og drift av tjenestetilbudet. Brukerstyrt personlig assistanse er et godt eksempel på det. Et viktig element i brukerdrevet innovasjon er at metoden gir tjenesteutøverne en mer konkret og direkte kontakt med brukere og dermed blir løsningene bedre tilpasset brukernes reelle behov.

Brukerdrevet innovasjon i kommunal kontekst vil alltid måtte sees i sammenheng med lokaldemokratiet og folkevalgtes beslutningsan-

Boks 4.3 Tjenstedesign

Design har utviklet seg fra å være design av produkter til å være design av tjenester. Tjenstedesign er en ny og voksende disiplin som ser på en tjeneste fra et brukerperspektiv, og formgir den for å møte forventninger og skape en god opplevelse gjennom hele tjenesteforløpet.

En tjeneste oppstår og designes i samme øyeblikket den konsumeres, og gjerne i samarbeid med brukeren. Tjenester oppleves i interaksjonen med mennesker, maskiner og produkter som utfører forskjellige funksjoner i tjenesteleveransen. For å gjøre disse opplevelsene og funksjonene så effektive som mulig, er brukerens behov og perspektiv avgjørende. Med det utgangspunktet tar tjenstedesigneren i bruk metoder for å gjøre brukerinnsett til drivere for innovasjon og tjenesteutvikling.

Designere er kreative problemløser og bruker praktiske midler for å simulere og prøve løsninger, før det investeres i nye systemer.

Kilde: Se www.norskform.no

svar, og forutsetter at det representative lokaldemokratiet slipper til et utvidet brukerdemokrati. Tar vi imidlertid bare hensyn til dagens brukere, utvikler vi gårsdagens løsninger for morgendagens brukere.

Behovsdrevet innovasjon

Behovsdrevet innovasjon handler om å forstå brukerens framtidige behov, for deretter å bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkter, tjenester og organisasjonsformer. I en behovsdrevet innovasjonsprosess defineres alle interessenter som brukere.

Tre dimensjoner regnes som sentrale ved gjennomføring av behovsdrevet innovasjon. Disse dimensjonene må ivaretas for å sikre utvikling av en løsning som tilfredsstillende behov, blir raskt implementert og som har et markedsmessig potensial dersom kommersialisering er en intensjon. Disse dimensjonene er:

- *Behov.* I en behovsdrevet prosess starter man alltid med kartlegging av behovet til alle interessenter. Involvering av brukere i en slik prosess krever metoder som er enkle å gjennomføre og som er effektive. Involvering av

brukere kan skje via ulike typer intervju, observasjoner, spørreundersøkelser, fokusgrupper, workshops etc.

- *Anvendelse.* Hensikten er å etablere kunnskap om dagens markeds- eller anvendelsessituasjon og hvilke egenskaper en ny løsning må ha for å oppnå anvendelse, eller i tilfelle kommersialisering, levedyktighet i forhold til markedets størrelse.
- *Løsning.* Videre etableres kunnskap om de ulike løsningsmulighetene som finnes, og som sikrer at behovene innfris. Basert på kunnskap om behov, marked og løsningsalternativ, etableres nye løsninger. Brukerne bør involveres i det meste av innovasjonsprosessen for å sikre at den endelige løsningen tilfredsstillende deres behov.

Både borgerdrevet, brukerdrevet og behovsdrevet innovasjon er godt egnet for tjenesteutvikling i kommunene og i helse- og sosialsektoren. Det vil betinge at flere av kommunenes virksomheter, som kultur, plan, ikt, skole og teknisk virksomhet må samprodusere tjenester sammen med omsorgstjenestene. Slik kommunene oftest er organisert, vil samarbeid på tvers innad i kommunen og med sivilsamfunn, frivillige og andre være avgjørende faktorer for vellykket innovasjon.

Offentlig/privat innovasjonssamarbeid (OPI).

OPI-samarbeidet er et tett og gjensidig samarbeid mellom offentlige og private virksomheter med henblikk på nytenkning og utvikling av offentlige løsninger. OPI kan gjennomføres på ulike måter, men det synes som om området offentlig innkjøp kan være godt egnet for denne type innovasjon.

Som store og betydningsfulle kunder kan stat og kommune stimulere til produktutvikling og innovasjon hos sine leverandører ved å stille framtidrettede krav til varer og tjenester.

Nøkkelen til mer innovasjon ligger i smartere samhandling ved at bedriftene involveres tidligere og at planleggingsfasen i anskaffelsesprosessene brukes bedre. Muligheten for dialog mellom innkjøper og leverandør i planleggingsfasen blir i alt for liten grad utnyttet som et «mulighetsrom» for samspill når det gjelder å identifisere nye alternative produkter og løsninger.

Når leverandører har god kunnskap om det offentlige behov, er de i bedre stand til å tilby innovative løsninger. Når det offentlige opptrer som krevende kunde, får næringslivet noe å strekke seg etter, og styrker sin konkurransekraft.

Boks 4.4 Modell for kommunal innovasjon

I Danmark har Kommunenes Landsforbund (KL) utviklet en kommunal modell for bruker- og medarbeiderdrevet innovasjon i samarbeid med tre danske kommuner. Modellen identifiserer åtte faser i et innovasjonsforløp, der utgangspunktet er et reelt behov for å løse et problem. En innovasjonsprosess er sjelden rettlinjet og inndelingen i faser må derfor forstås som en dynamisk prosess der en ofte beveger seg fram og tilbake mellom fasene. Hovedstrukturen kan likevel beskrives slik:

Fase 1: Fokusering.

Identifisering av problemstilling og vurdering av potensialet for innovasjon.

Fase 2: Oppdagelse.

Gjennomføring av feltarbeid sammen med brukerne. Observasjon, intervju, samtaler og dialog er viktige aktiviteter.

Fase 3: Tematisering.

Resultatene fra fase to systemiseres, drøftes og analyseres.

Fase 4: Ideutvikling.

Ansatte, brukere, interessenter, fagpersoner og andre med nye innfallsvinkler samles for å få fram så mange ideer til løsninger som mulig.

Fase 5: Test.

Ideer og løsninger testes ut ved bruk av enkle modeller, skisser og prøvehandlinger. Det foretas til slutt en utvelgelse av den beste nye praksis.

Fase 6: Implementering.

Løsningsforslagene forankres både hos de som daglig skal bruke dem og hos beslutningstakere i kommunen. Avklaring av økonomiske og juridiske problemstillinger etc. Tids- og handlingsplan utarbeides.

Fase 7: Evaluering.

Innovasjonsforløpet evalueres for å vurdere merverdien som er skapt i innovasjonsprosessen (jfr. potensialet beskrevet i fase 1).

Fase 8: Spredning.

Kunnskap og resultat vurderes spredt til andre som kan dra nytte av det.

Kilde: www.kl.dk

NHO og KS har på denne bakgrunn etablert et nasjonalt program for leverandørutvikling for å øke kunnskapen og kompetansen om innovative innkjøp, samt stimulere til økt gjennomføring av innovative prosjekter. Programmet skal rette sitt fokus inn mot pleie, helse og omsorgssektoren og energi, klima og miljø.

Konkurransen kan være et virkemiddel for innovasjon, det samme kan sammenligning eller benchmarking være. Offentlig sektor har de senere årene utviklet verktøy for sammenligning mellom tjenester og mellom kommuner. Kostra og Bedrekommune.no er slike verktøy. Å benytte konkurranseutsetting i den hensikt å skape innovasjon i tjenestene i offentlig sektor krever god innsikt hos bestillere og innkjøpere om hvilke behov som skal dekkes gjennom konkurranseutsettingen.

4.4.9 Tredje generasjons innovasjon

I en rapport fra Østlandsforskning om kommunesektorens innovasjonsarbeid omtales tre generasjoner innovasjonssystemer (Teigen m fl 2010). I første og andre generasjon er offentlig sektor i all hovedsak en del av et system for forskning og tilrettelegging for innovasjon i privat sektor. I en tredje generasjons innovasjon er kommunene selv i fokus. Her blir innovasjon i tjenesteproduksjonen i kommunene selv av betydning. De tunge kommunale områdene, helse- og omsorg og barn og unge, vil være sentrale. I framtida vil det være disse områdene kommunene har størst behov for å innovere. Det kan gjøres gjennom tjenesteinnovasjon med borgerdrevet, brukerdrevet eller offentlig/privat drevne virkemidler. Det viktigste

vil likevel være å sette kommunene i stand til å øke egen innovasjonsevne gjennom å tilføre kommunene kunnskap og gi rom for eksperimentering og nyskaping.

Offentlig sektor står overfor store oppgaver som skaper behov for fornyelse og innovasjon. For mange kommuner krever framtidige oppgaver helt nye arbeidsprosesser og løsninger der mange aktører er involvert. For å løse omsorgsutfordringer framover må kommunene settes bedre i stand til nyskaping og innovasjon. Lite kunnskap om innovasjon i kommunesektoren kan erstattes med økt kompetanse, metodekunnskap og kunnskap om kommunal innovasjonsledelse. Utvalget mener derfor at en innovasjonsskole for kommunesektoren bør etableres slik at kommunene gis tilbud om skolering (se kapittel 8). Særlig viktig vil dette være for politiske og administrative ledere. Kommunene må på sin side forankre innovasjonsarbeidet politisk og administrativt og skape en kultur der det er legitimt å drive med innovasjon.

4.5 I mellomrommene

Omsorgstjenestene trenger ikke «å gå over bekken etter vann». Den er strategisk godt plassert i kommunen, og bør i større grad utnytte det potensialet som ligger rett foran dem, til innovasjoner på tvers:

- Omsorgstjenestene har behov for teknisk basiskompetanse for å kunne ta i bruk velferdsteknologi og utvikle boligløsningene. De trenger ikke å gå så langt. Kommunen har en egen

teknisk sektor der de kan hente inn ingeniører, arkitekter og personell med teknisk bakgrunn.

- Omsorgstjenestene trenger mer pedagogisk kompetanse til å utvikle opplærings- og veiledningsprogram for brukere, pårørende og ansatte i arbeidet med rehabilitering. De trenger ikke å gå så langt. Kommunen har en egen undervisningssektor, der de kan hente lærere, førskolelærere og andre med pedagogisk bakgrunn.
- Omsorgstjenestene trenger mer kulturell kompetanse. De trenger ikke å gå så langt. De har en egen kultursektor. Gjennom å styrke den og stille omsorgstjenestens organisasjon og bygninger til disposisjon som kulturarena, kan kultursektoren bli en kultursektor for alle.
- Omsorgstjenestene trenger flere frivillige. De trenger ikke å gå så langt. De er selv en del av nærmiljøet og samarbeider tett med brukere, familie og lokalsamfunn. Dette arbeidet må imidlertid settes mer i system, og stadig finne nye former tilpasset nye generasjoner.

Innovasjonsarbeidet i omsorgssektoren bør derfor skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing i kommunesektoren, der en finner løsninger i mellomrommet mellom helse- og sosialtjenestene og de øvrige kommunale sektorene, mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn, mellom kommuner og helseforetak og mellom kommuner, næringsliv, forskning og utdanning

Det er i disse mellomrommene mye av det nye vil skje, det er her innovasjonene vil komme.

Kapittel 5

Ny samhandling

«Skal vi ivareta de frivillige omsorgsressursene må de offentlige aktørene framover framstå som støttespillere og som gartnere som dyrker og vedlikeholder disse ressursene.»

Rolf Rønning (2009)

5.1 Den andre samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har til formål å skape bedre finansielle, lovmessige og organisatoriske forutsetninger for god arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Flere oppgaver skal løses lokalt, og det blir lagt større vekt på forebyggende arbeid. Reformen skal utvikle et tjenestespekter som bedre treffer framtidens tjenestebehov, og på den måten også husholde bedre med samfunnets totale ressursinnsats til helsetjenester.

Helsetjenester og behandling vil alltid være en vesentlig bestanddel av gode omsorgstjenester. Men omsorgstjenestene er noe mer. De skal «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre», slik det står i sosialtjenestelovens § 1. Dette involverer mer enn mobilisering av faglig-profesjonelle kunnskaper og virksomheter. Omsorgstjenestene skal også uttrykke et solidarisk nærsamfunns vilje til å ta vare på og inkludere dem som har særlige behov.

Kommunene har derfor også en annen viktig samhandlingsflate, nemlig mot det sivile samfunn. Kommunene kan og skal på en helt annen måte enn spesialisthelsetjenesten spille på alle de ressurser som omgir det enkelte individ. Både historisk, geografisk og organisatorisk står omsorgstjenestene plassert midt mellom spesialisthelsetjenesten og den frivillige omsorgen, og er delvis vokst fram som et resultat av begge. Og fortsatt er det slik at familieomsorgen er på størrelse både med spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene målt i tallet på utførte årsverk (St meld nr 25 (2005-2006); Rønning m fl 2009). Samspillet mel-

lom dem vil være av helt avgjørende betydning i møte med framtidens utfordringer. Det kan betale seg å investere i sivilsamfunnet.

Utvalget er opptatt av at omsorg skal være en selvfølgelig del av et levende og pulserende samfunn og prege mellommenneskelige relasjoner der mennesker møtes, arbeider sammen eller bor sammen. En del mener at noe av dette har gått tapt de siste tiårene, ved at organisert frivillighet er på vikende front og at sosiale bånd og relasjoner går i oppløsning. Utvalget arbeider ut fra at selv om mye av dette er i kontinuerlig endring i det moderne samfunnet, betyr det ikke at det forvitrer. Frivilligheten finner heller nye veier og tar nye former. Utvalget ønsker å være med og finne disse nye veiene og formene, og har arbeidet ut fra en forutsetning om at de ressursene vi må bygge på finnes i mellomrommene mellom offentlige ordninger, organisasjoner, lokalsamfunn og familie, og i samarbeidet mellom det offentlige og sivilsamfunnet.

Utvalget har valgt å kalle dette arbeidet «Den andre samhandlingsreformen», og legger i dette kapitlet fram det som kan være hovedelementer i en slik reform, basert på næromsorg, medborgerskap og samproduksjon:

- En nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet på omsorgsfeltet
- Nye eier- og driftsformer som samvirkeforetak, brukerstyrte ordninger og sosialt entreprenørskap som skaper tjenestetilbud med merverdi
- Nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppearbeid, kultur og trivsel
- En ny og moderne pårørendepolitikk med synliggjøring, likestilling, fleksibilitet, veiledning, avlastning og verdsetting som kjennetegn
- En omsorgstjeneste som organiserer seg inn mot familie og nærmiljø og utløser verdier ingen av dem hver for seg kan skape gjennom satsing på hjemmetjenester, åpne sykehjem og nettverksarbeid

Dagens samhandlingsmønstre mellom kommunen og det sivile samfunn er sterkt formet av de formelle omsorgstjenestenes sterke ekspansjon de siste tiårene. De velferdsstatlige tjenestene har vokst fram for å gi den enkelte større forutsigbarhet og trygghet for et forsvarlig tjenestetilbud når de trenger det. Ingen skal være i de tilfeldigheters vold som familierelasjoner og sosiale nettverk av og til kan skape. Ingen pårørende skal heller få sitt liv bundet til omsorgsforpliktelser fordi et offentlig tilbud ikke er utviklet. Den offentlige overtakelsen av oppgaver som tradisjonelt hvilte på kvinner har vært av avgjørende betydning for å få et mer likestilt samfunn.

Denne utviklingen har, mot mange spådommer, langt fra fortrenget eller marginalisert det sivile samfunn. Men det har fått en annen rolle. Innbyggerne har fått sterkere individuelle rettigheter i lovverket, mens pårørendes situasjon er mer tilfeldig håndtert. Det finnes gode eksempler på egenorganisering og samvirkelsesløsninger, hvor brukere selv tar ansvar. Mange steder er det etablert gode samarbeidsløsninger mellom kommune og frivillige, andre steder er det åpenbare potensialer for økt sosial verdiskapning. Tjenester som organiseres og tilbys gjennom frivillig arbeid står av og til i et uklart forhold til sosial- og helsefaglige krav og normer. Det er også arbeidsrettslig tematikk knyttet til involvering av ikke-lønnstakere i tjenesteytingen. Mange frivillige organisasjoner har en stolt fortid som sosiale entreprenører, men opplever i dag en uklar framtid.

Utvalget er av den oppfatning at det er behov for en mer systematisk tenkning og utvikling av politikk for samhandling mellom kommune og sivilsamfunn. En god samhandling mellom kommune, brukere og nærmiljøressurser må vokse fram ut fra lokale ønsker og forutsetninger. Omsorgstjenestene er lagt til kommunene nettopp for at de skal kunne gi mer fleksible, lettbenete og ubyråkratiske løsninger.

Alle de mest utviklede velferdsstatene er på leting etter gode og komplementære samhandlingsrelasjoner mellom det offentlige og sivilsamfunnet. Både i Danmark, Sverige og Storbritannia er det etablert et rammeverk for denne samhandlingen. Utvalget vil foreslå at Norge også forhandler fram en slik rammeavtale for omsorgsfeltet, og viser spesielt til den dialogprosessen som har lagt grunnlaget for den svenske «Överenskommelsen mellan regeringen, de idéburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting».

5.2 «Omsorg3» – Nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap

Som en del av en samhandlingsreform som i sterk grad berører forholdet mellom offentlig og frivillig sektor, foreslår utvalget at det også i Norge blir initiert en prosess med sikte på å lage en overenskomst som i første omgang dekker omsorgsfeltet eller eventuelt helse- og sosialområdet. En slik overenskomst på nasjonalt nivå vil også kunne danne rammene for lokale avtaler mellom kommunene og tredje sektor.

5.2.1 Internasjonale eksempler

I Storbritannia ble det etablert en avtale med spilleregler for samarbeidet mellom myndighetene og de ideelle organisasjonene allerede i 1998. Avtalen ble kalt «Compact», og ble revidert og fornyet i 2009: «The Compact on relations between Government and Third Sector In England» (Commission for the Compact 2009). Avtalen gjelder hele den frivillige sektor og fungerer også som et rammeverk for «Local Compacts» for å løse lokale saker og gjøre partnerskapsavtaler på lokalt nivå. Den nasjonale avtalen har nedfelt følgende felles prinsipper for å bygge relasjoner og arbeide sammen i partnerskap:

- Respect
- Honesty
- Independence
- Diversity
- Equality
- Citizen empowerment
- Volunteering

Inspirert av «Compact», ble det i Danmark forhandlet en avtale mellom representanter fra de frivillige organisasjonene, kommunene, amtene og fem departement i 2000: «Charter for samspill mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige» (Kulturministeriet 2000). Formålet med charteret er:

- at give den enkelte borger de bedst tænkelige rammer for at være en aktiv del af forpligtende fællesskaber og styrke samfundets sammenhængskraft
- at bidrage til respekten for det frivillige Danmarks/Foreningsdanmarks mangfoldighed af formål og organisationsformer
- at styrke og udvikle samspillet mellem det frivillige Danmark/ Foreningsdanmark og det offentlige med respekt for forskellighederne

- at fastholde og utvikle det frivillige Danmarks/Foreningsdanmarks bidrag til samfundets utvikling, fællesskabernes velfærd og den enkeltes livskvalitet
- at synliggjøre og fremme den frivillige innsats

I Sverige inngikk regjeringen en overenskomst med ideelle organisasjoner og Sveriges Kommuner og Landsting avgrenset til helse- og sosialområdet. Avtalen ble til gjennom en omfattende dialog mellom 90 «ideburna» organisasjoner, Sveriges kommuner og Landsting, og regjeringen ved Sosialdepartementet og Integrasjons- og jämställdhetsdepartementet. «Överenskommelsen» formulerte en felles visjon og 6 prinsipper som skal ligge til grunn for samarbeidet om å utvikle «en strategisk samverkan» mellom civilsamhället og kommuner, landsting og regioner (Överenskommelsens kansli 2009):

1. Principen om självstendighet och oberoende
2. Principen om dialog
3. Principen om kvalitet
4. Principen om långsiktighet
5. Principen om öppenhet och innsyn
6. Principen om mångfald

Det arbeides med tilsvarende avtaler og overenskomster i flere land i Europa. European Council of Associations and General Interest (CEDAG) gir løpende oversikt over dette arbeidet. (Se <http://www.cedag-eu.org>).

5.2.2 En norsk overenskomst på omsorgsfeltet

Utvalget foreslår at det tas initiativ til forhandlinger med sikte på å etablere en tilsvarende overenskomst mellom ideelle organisasjoner og virksomheter, kommune-Norge og regjeringen på omsorgsfeltet og det lokale helse- og sosialområdet.

En slik avtale bør legge grunnlaget for et omfattende og utvidet partnerskap mellom ideelle organisasjoner, familie og sivilsamfunn ved å:

- Klarlegge rammebetingelser
- Avklare prinsipper og spilleregler for samarbeidet
- Konkretisere oppgaver og arbeidsdeling

Overenskomsten bør utformes slik at den kan danne grunnlaget for lokale avtaler på kommunalt nivå/bydelsnivå om mer konkrete tiltak og oppgaver.

KS har etablert et nettverk av kommuner som arbeider aktivt med samarbeidet mot frivillig sek-

Boks 5.1 Partnerskapsavtaler i Nittedal

I Nittedal kommune inngår frivillige organisasjoner, kommunen og andre partnerskapsavtaler om konkrete prosjekter:

- Idrettslag og helsetjeneste går sammen om å få innbyggerne i bedre form
- Brukerorganisasjoner, idrettsbevegelse, bedrifter og kommune etablerer pilotprosjekt på aktivitet, kosthold og helse for mennesker med funksjonsnedsettelse
- Røde Kors, foreldreutvalg/ungdomsskole, lensmannskontor og kommune går sammen om nattevandring der ungdom samles

tor, og har utarbeidet en veileder for utvikling av en lokal frivillighetspolitikk (KS 2008). De peker på at slikt samarbeid kan ta mange former:

Trinn 1: Tilrettelegging gjennom å gi diverse støtte

Trinn 2: Frivillighetspolitikk – strategisk og overordnet politikk overfor frivillig sektor

Trinn 3: Konkrete samarbeid/partnerskap med avtaler

En undersøkelse KS nylig har gjennomført (Ruud 2010), viser at halvparten av de kommunene som svarte allerede har utviklet konkrete samarbeidsavtaler eller partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner i en eller annen form. 2/3 av avtalene gjalt frivillig innsats innenfor kommunale tjenesteområder. Størst er omfanget innen områdene kultur/fritid og helse og omsorg.

Samarbeidsplattform

Frivillighet Norge og KS har nylig utarbeidet en plattform for samspill og samarbeid om utvikling av frivillighetspolitikken mellom frivillig og kommunal sektor, som også kan nyttes som grunnlag for forhandlinger om avtaler på omsorgsfeltet. Partene har en felles intensjon om å bevare og videreutvikle den nordiske tradisjonen med en selvstendig frivillig sektor som viktig pilar i demokratiet, og anbefaler organisasjoner på lokalt nivå og de enkelte kommuner og fylkeskommuner å etablere tilsvarende samarbeidsplattformer. (Se www.frivillighetnorge.no).

5.2.3 Fra 5% til 25% som ideell virksomhet

Utvalget mener at sosial verdiskapning både i form av frivillige organisasjoner og tiltak og nye former for brukersamvirke bør gis betydelig større rom og armslag i drift og framtidig utvikling av omsorgstjenester og velferdsordninger. Innen 2020 bør på denne bakgrunn anslagsvis 25 % av den samlede omsorgssektoren være organisert og drevet som ideell virksomhet. I dag er denne andelen knapt 5 %.

Utvalget mener det vil være sunt for sektoren å få flere aktører som på ideelt grunnlag og som en del av samfunnets fellesskapsløsninger står friere til å finne nye veier og løsninger, drive nybrottsarbeid og styrke innovasjons- og utviklingsarbeidet på omsorgsfeltet.

På denne måten vil en også invitere til deltakelse og medvirkning og stimulere frivillig engasjement og medborgerskap. Ved siden av å ta ansvar for velferdsordningene gjennom det lokale folkestyret, gir dette ytterligere mulighet til på frivillig basis å ta del i, og ansvar for fellesskapsordningene.

Utvalget ser det som et større og større problem at mange bare forholder seg som forbrukere til de kommunale tjenestetilbudene, og ikke ser at dette er ordninger som vi har bygd opp i fellesskap og som vi må ta ansvar for i fellesskap. Omsorgstjenester organisert som brukersamvirke eller ideell virksomhet med sterk grad av brukermedvirkning og involvering av familie, sosialt nettverk og frivillige, vil bidra til å understøtte et slikt medansvar. At samfunnet opprettholder en desentralisert struktur for slike tjenestetilbud med stor grad av nærhet og kunnskap om omgivelser og sosiale nettverk, vil ha stor betydning i denne sammenheng.

5.3 Medborgerskap

Et sterkt velferdssamfunn kan bare skapes sammen med innbyggerne. Det må bygges på medborgerskap og tillit til at folk vil ta ansvar og delta aktivt i fellesskapet, ikke bare gjennom offentlige ordninger, men ved å stille opp og utgjøre en forskjell for hverandre i det daglige. Slikt ansvar gir seg uttrykk både i organisert deltakelse i frivillige organisasjoner, samvirketiltak, velforeninger, brukerorganisasjoner og i mer uformell innsats i lokalsamfunn, familie og sosialt nettverk. I forhold til omsorg er det fortsatt først og fremst familien som utgjør det største bidraget, ved å utføre nesten like mange årsverk som den offentlige omsorgstjenesten.

Mange er bekymret for at frivillig engasjement og solidaritet forvitrer, og at de bånd som knytter familie og venner sammen, er i ferd med å gå i oppløsning. Frivillig sektor er i forandring. Det trenger imidlertid ikke å bety at den forvitrer, men at den tar nye former. Folk søker ikke i samme omfang livslange medlemskap i humanitære organisasjoner, men tar gjerne del i mer intense og kortvarige prosjekter i regi av de samme organisasjonene. Mange og sterke brukerorganisasjoner er også en del av denne utviklingen, der likemannsarbeid erstatter veldedighet, og nye samvirkeløsninger og brukerstyrte eier- og driftsformer blir et alternativ til både offentlige, humanitære og kommersielle driftsformer.

I møte med framtidens omsorgsutfordringer mener utvalget det er nødvendig å ta et oppgjør med de seinere års tendenser til å gjøre helse- og omsorgstjenester til noe folk bare skal forholde seg til som forbrukere og konsumenter. For det første blir folk på denne måten bare sett på som en del av problemet, og ikke som en del av løsningen. For det andre bidrar et ensidig konsumentfokus til å stimulere misnøye og undergrave tillit til fellesskapets ordninger, når det viser seg at det offentlige ikke kan levere i tråd med stadig økende og til dels urealistiske forventninger både til kvalitet og omfang. For det tredje risikerer vi å miste vår egen handlingskompetanse i forhold til å kunne ta vare på oss selv og andre, når dette mer og mer overlates til profesjonelle (Frivilligrådet 2010).

Medborgerskap innebærer mer enn forbruk av offentlige ytelser. Samfunnets fellesskapsløsninger forutsetter at folk også tar ansvar for oppbygging og utforming av tjenestetilbudet og har en rolle både som produsenter og konsumenter. Medborgerskap innebærer samproduksjon og samarbeid om å vedlikeholde og videreutvikle velferdssamfunnet.

Utvalget ønsker både å utforske de nye formene frivilligheten tar, tenke nytt om samspillet mellom de offentlige ordningene og det sivile samfunn og sette fokus på alternative arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer til medborgerskap. Et særtrekk ved mye av det nye som skjer i den organiserte virksomheten, er veksten i organisasjoner som ivaretar medlemmenes behov og interesser både gjennom interne aktiviteter og utadrettet virksomhet. Mens tyngdepunktet i dette organisasjonslandskapet tidligere var de humanitære og samfunnsrettede organisasjonene, er det i dag et sterkere innslag av aktivitets- og medlemsrettede organisasjoner (Wollebæk og Selle 2002; Gulbrandsen og Ødegård 2011).

Motivasjonen bak deltakelse ser også ut til å være mer sammensatt, men kombinerer i større grad et klart verdibasert engasjement med ivaretagelse av egne behov og interesser. En av de strømningene som har fått stor innflytelse på deler av omsorgstjenesten og preget reformarbeidet for nye og yngre brukere, er den internasjonale Independent Living-bevegelsen.

5.3.1 Independent Living

Tankegangen bak Independent Living er at hvert enkelt menneske skal ta ansvar for sitt eget liv, og uavhengig av funksjonsnedsettelse har rett og krav på å kunne delta i samfunnet. Mennesker med funksjonsnedsettelse er som alle andre. De ønsker å bo i vanlige boliger, leve vanlige liv og bidra til fellesskapet. De ønsker å bli kvitt sykdomsstemplet og vil sees som friske borgere som trenger praktisk assistanse som kan kompensere for funksjonsnedsettelsen.

Independent Living-bevegelsens fundament er å sikre samme borgerrettigheter, muligheter og kontroll i eget liv for personer med funksjonsnedsettelse som for andre. Historien bak er tett knyttet til afro-amerikanernes kamp for borgerrettigheter på 50- og 60-tallet. Bakgrunnen var rasisme og segregasjon i boliger, utdanning, transport og arbeid. Dette har påvirket funksjonshemmedes kamp for likestilling, like muligheter og samme ansvar som ikke-funksjonshemmede.

Strategiene mot diskriminering var veldig lik for svarte og personer med funksjonsnedsettelse, og resulterte i motstand mot segregering, institusjonalisering og medikalisering. I stedet ble en opptatt av å bygge ned funksjonshemmende fysiske, sosiale og holdningsmessige barrierer, og legge til rette for deltakelse i samfunnslivet på lik linje med andre. Svarene lå i å endre samfunnet slik at det ville fungere for alle – også de som hører, ser eller beveger seg annerledes enn flertallet (Skansgård).

Independent Living er også en selvhjelpsbevegelse. Selvhjelp og likemannsarbeid er nøkkelbegreper, og tenkningen er at folk med funksjonsnedsettelse kan støtte og forstå hverandre bedre enn personer som ikke har slike erfaringer i livet.

Med disse begrepene begynte personer med funksjonsnedsettelse å se på seg selv som sterke og i stand til å ta viktige beslutninger, i motsetning til å være passive ofre, objekter for veldedighet, krøplinger eller ikke fullverdige mennesker. Bevisstgjøring er en lang og utfordrende prosess, men helt nødvendig for å oppnå likestilling mellom alle grupper i samfunnet.

Det europeiske nettverket ENIL (European Network on Independent Living) setter som krav at alle som bruker termen «Independent Living», må gi sin tilslutning til prinsippene om:

- solidaritet
- likemannsstøtte
- avinstitusjonalisering
- demokrati og selvbestemmelse

Se www.independentliving.org

5.3.2 Samproduksjon og samskaping

I de siste par tiår har reformer i offentlig sektor vært preget av mer desentralisert ansvar og nedbygging av sentral hierarkisk kontroll. Likeså er interessen økt for at offentlige virksomheter samhandler mer bevisst med private aktører forankret i det sivile samfunn (Bogason 2000). Samfunnets samlede produksjon av velferdstjenester antar et mer pluralistisk preg. På det lokale forvaltningsnivået er det et klart europeisk mønster at kommunale aktører inngår i arbeidsdelinger med brukerstyrte organisasjoner, samvirkeorganisert produksjon, rene frivillige organisasjoner og faglige nettverk.

Ikke-kommunale aktører med fotfeste i det sivile samfunn kan bidra både til redemokratisering og innovasjon. Redemokratisering forstås i denne sammenheng som *samproduksjon*, gjennom direkte medborgerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet.

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

I dette ligger det også et innovativt potensial til å fornye strukturene og endre tjenestenes kvalitet og innhold. Slik nyskaping må imidlertid gjøres tilgjengelig for et bredt spekter av brukere. I økende grad er det denne rollen kommunale myndigheter i mange europeiske land har tatt, det vil si, rollen som garantist for at tjenestene når frem til dem som har behov for dem, ikke som aleneutformer av tjenester.

«Co-production is therefore noted by the mix of activities that both public service agents and citizens contribute to the provision of public services. The former are involved as professionals or «regular producers», while «citizen production» is based on voluntary efforts of individuals or groups to enhance the quality and/or quantity of services they receive. Co-pro-

Boks 5.2 Ten Principles of Independent Living

1. *Civil Rights* – equal rights and opportunities for all; no segregation by disability type or stereotype.
2. *Consumerism* – a person («consumer» or «customer») using or buying a service or product decides what is best for him/herself.
3. *De-institutionalization* – no person should be institutionalized (formally by a building, program, or family) on the basis of a disability.
4. *De-medicalization* – individuals with disabilities are not «sick,» as prescribed by the assumption of the medical model and so not require help from certified medical professionals for daily living.
5. *Self-help* – people learn and grow from discussing their needs, concerns, and issues with people who have had similar experiences; «professionals» are not the source of the help provided.
6. *Advocacy* – systemic, systematic, long-term, and community-wide change activities are needed to ensure that people with disabilities benefit from all the society has to offer.
7. *Barrier-removal* – in order for civil rights, consumerism, de-institutionalization, de-medicalization, and self-help to occur, architectural, communication and attitudinal barriers must be removed.
8. *Consumer control* – the organizations best suited to support and assist individuals with disabilities are governed, managed, staffed, and operated by individuals with disabilities.
9. *Peer role models* – leadership for independent living and disability rights is vested in individuals with disabilities (not parents, service providers or other representatives).
10. *Cross-disability* – activities designed to achieve the first five principles must be cross-disability in approach, meaning that the work to be done must be carried out by people with different types of disabilities for the benefit of all

Kilde: Statewide Independent Living Council of Illinois.
Se www.silcofillinois.org/

duction is one way that a synergy could occur between what a government does and what citizens do» (Pestoff and Brandsen 2009).

Samskaping i kommunal sektor

Kommuneorganisasjonen er en kompleks tjenesteproducent som tradisjonelt har dekket brukernes behov ved i hovedsak å utnytte ressurser innenfor egen organisasjon. Framtidas utfordringer skaper et åpenbart behov for å bringe sammen helt nye grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunn. Samskaping kan i denne sammenheng sees på som en videreutvikling av samproduksjon, der kjernen er nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte i den berørte sektoren, eksperter og andre relevante aktører.

Selve metoden samskaping (co-creation) har lenge vært et begrep i privat sektor, spesielt innenfor softwareindustrien. I privat sektor beskrives begrepet som en aktivitet der privatpersoner og eksterne grupper samarbeider med en virksomhet/bedrift for å utvikle nye produkter og konsepter. Ved å trekke kunder og eksperter langt

inn i bedriftens utviklingsprosesser åpnes det opp for samhandling og innovasjon. Både vanlige folk og aktører med spesiell kompetanse og interesse på området er med på utvikling av produkter og tjenester.

I kommunal sektor er samskaping som metode blant annet tatt i bruk i England, der lokale myndigheter ser på samskaping som en metode som kan endre de begrensningene som ligger i dagens organisering og produksjon av velferdstjenester. En lang rekke utfordringer, som miljøspørsmål, kriminalitet, sosiale problemer og helse, kan ikke løses av offentlig sektor alene. Dette har skapt behov for å utløse andre sosiale krefter i samfunnet og utvikle tilnærminger til kommunal tjenesteproduksjon der de som blir direkte berørt av tjenestene involveres på en mer direkte måte i tjenestenes utforming og implementering.

Som en metode for å oppnå endringer, er samskaping et verktøy for å bringe ulike aktører sammen i organiseringen og utviklingen av produkter og tjenester. Det er et verktøy som kan skape langsiktig forbedring, og som gjør aktørene i stand til å dele og lære fra hverandres erfaringer. Metodene som benyttes starter med utgangs-

punkt i individet og ikke i systemet. Det sentrale er at metoden aktiverer ressurser på tvers av samfunnet, ikke bare innenfor profesjonene og i kommunale organer. Den utfordrer også på nytt befolkningen til å ta direkte ansvar for fellesskapsløsningene, og ikke bare opptre som passive konsumenter av fellesgoder.

Samskapte tjenester er forskjellige fra tradisjonelle kommunale tjenester i forhold til utforming, innhold, strukturer og ressursallokering, og skal adressere spesifikke behov og forhold hos enkeltindivider og i lokalsamfunn. Dette krever interaksjon, deltakelse og felles problemløsning mellom brukere, pårørende, ansatte i førstelinjen og fra eksperter. For å samskape tjenester bør ansatte innenfor systemet ha en tverrfaglig tilnærming og søke nye måter å jobbe sammen med andre på (Cottam and Leadbeater 2004; Murray m fl 2006). Dette er kompetanse som bør læres og utvikles allerede i utdanningen.

Forebygging er det første grunnleggende prinsipp i samskapingsmodellen brukt på helse- og sosialområdet. Hovedfokus er ikke først og fremst rettet mot å unngå eller redusere presset på en bestemt tjeneste, men snarere å fremme trivsel og velferd for store befolkningsgrupper.

Den andre komponenten er fokus på lokale løsninger. Den største utnyttede ressursen i helse- og sosialtjenesten er ikke helsepersonell, men brukerne selv og deres nærmeste. Like viktig som å rekruttere nytt fagpersonell til sektoren, vil det være å utnytte brukernes egne ressurser og utvikle folks evne til selv å ta ansvar. Det er derfor behov for systemer som gir vanlige mennesker muligheten til å bli anerkjent som reelle deltakere i prosessene og ikke bare fungere som mottakere av tjenestene. Dagens tilnærming er i for stor grad sentralt utformet og styrt, og mangler mulighetene for å være fleksibel i forhold til endrede forhold og behov. Tjenestene må utformes slik at de møter den enkeltes behov, kan endres over tid og tilpasses ulike livsmønstre og sosiale forandringer. Assistanse må «skreddersys» for å fungere for de som trenger det i dagliglivet.

Den tredje komponenten i samskapingsmodellen er fokus på løsninger basert på samarbeid. Brukere og pårørende skal ha en sentral rolle i utformingen og gjennomføringen av tjenestene, og arbeide sammen med eksperter og ansatte i førstelinjen for å identifisere behov, foreslå løsninger, teste dem ut og til slutt sette dem ut i livet. Samskaping er ikke en enkeltstående hendelse eller en formell konsultasjon der fagpersoner gir brukerne anledning til å komme med synspunkter på et begrenset antall alternativer. Snarere er

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

Samskaping blir i denne sammenheng en bevegelse bort fra et mottaker- og konsumentperspektiv til et medborgerperspektiv, der folks dagligliv og egne aspirasjoner, behov og mål blir tatt på alvor og lagt til grunn for tjenesteutforming. Det innebærer gjennomsliktige systemer som deler kunnskap og innsikt på tvers av rollene som pasient/behandler, og som skaper bevissthet og bedre samsvar mellom behov og forventninger. Dette forutsetter en virksomhet som er verdibasert langt utover det som framkommer i regnskaps bunnlinje:

«The mindset of co-creation is emerging throughout organizations and society, generating new valuable relations and empowering people everywhere to take part, take responsibility and take action» (Copenhagen co-creation 2009).

5.4 Alternative organisasjonsformer

5.4.1 Sosial økonomi

Like før årtusenskiftet besluttet EU-kommisjonen å sette i verk særskilte tiltak både på nasjonalt og europeisk nivå for å forsterke den sosiale økonomien. Dette var tiltak både av forskningsmessig, juridisk og økonomisk art, og sosial økonomi ble et prioritert område innefor EUs strukturfondsprogram. Begrepet sosial økonomi er etter hvert innarbeidet som offisiell term innenfor EU for å betegne økonomisk virksomhet med samfunnsmessige formål: Cooperatives, Mutuals, Associations and Foundations (CMAF).

Som forberedelse til den 7. europeiske konferansen om sosial økonomi holdt i Stockholm 2001, utdypet det svenske Kulturdepartementet begrepet slik:

«Med social ekonomi avses organiserade verksamheter som primärt har samhälleliga ändamål, bygger på demokratiska värderingar och är organisatoriskt fristående från den offentliga sektorn. Dessa sociala och ekonomiska verksamheter bedrivs huvudsakligen i föreningar,

kooperativ, stiftelser og liknande sammenslutninger. Verksamheter inom den sociala ekonomin har allmännyttan eller medlemsnyttan, inte vinstintresse, som främsta drivkraft» (Kulturdepartementet 1999).

Det ble understreket at sosial økonomi hadde kvaliteter som kunne kombinere utføring av velferdstjenester med demokratisk skolering, sosialt ansvar, engasjement, praktisk solidaritet, personlig utvikling, innovasjon og sosialt entreprenørskap. På den måten blir det ikke bare formålene som er sosiale, men også midlene til å oppnå dem. Resultatet blir noe som er vanskelig å oppnå i privat eller offentlig regi: «Velferd, demokrati og tilvekst i skjønn forening» (Wikström 2000). Den sosiale økonomien ble på dette tidspunktet anslått til å utgjøre om lag 5 % av den europeiske økonomien (Westlund 2001). Etter dette har den sosiale økonomiens andel bare vokst.

Norge har lenge forholdt seg passiv til utviklingen av den sosiale økonomien i Europa på velferdsområdet, kanskje fordi norsk økonomi har gjort det mulig å fortsette utbyggingen av offentlig sektor. Det er derfor reist spørsmål om Norge og de øvrige skandinaviske land etter hvert kommer til å gå hver sin vei (Åhlander 2003). Erfaringer fra Sverige og utviklingen i Europa vil trolig føre til større interesse for sivilsamfunn og ideell sektor også i Norge. Sosial økonomi kan bli et raskt voksende alternativ og supplement til dagens organisasjonsformer i form av non-profit-foretak, nye samvirketiltak, stiftelser, andelslag og nye former for bruker-eide og brukerstyrte virksomheter.

Framveksten av den sosiale økonomien kan forstås på flere måter, og det er stilt opp ulike hypoteser for å forklare den stigende interessen:

- *Tomromshypotesen* ser behovet for en sosial økonomi som kan fylle rommet etter en redusert offentlig sektor og tilbakegang for industri og primærnæringer.
- *Innflytelseshypotesen* ser sosial økonomi som svar på det etterindustrielle samfunnets skjerpede konflikt mellom stat og marked om bruken av det økonomiske overskuddet. Der framstår sosial økonomi med nye eierformer som alternativ, der høy utdanning og kompetanse kan kombineres med direkte innflytelse både i forhold til arbeid og velferd.
- *Den lokale identitets-hypotesen* ser sosial økonomi som en reaksjon på globalisering, samfunnsforandringer og hurtig teknisk utvikling. Behovet for trygghet og et fast punkt i tilværelsen utløser et sterkt engasjement både for å for-

svare lokalsamfunnet og finne utviklingsmuligheter (Westlund 2001).

Dette kan være mulige forklaringer på at sosial økonomi og sivilsamfunn har fått varme og engasjerte tilhengere både på høyre og venstre side i politikken, og på den sterke oppslutningen og deltagelsen i den praktiske utformingen lokalt.

5.4.2 Nye samvirkeformer- og modeller

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et tjenestetilbud som omfatter praktisk bistand både i og utenfor hjemmet og er i første rekke en ordning til personer med omfattende funksjonsnedsettelse. BPA innebærer en alternativ styring og organisering av tjenesten ved at brukeren har egne assistenter som han/hun har arbeidslederansvaret for. Tjenesten er hjemlet i sosialtjenestelovens § 4-2. Brukerstyringen skal være et middel til å bidra til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring, og målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv, til tross for sterkt nedsett funksjonsevne. Tjenesten skal være en del av de samlede kommunale tjenester

I 2010 var det 2268 brukere av ordningen. De mottok i gjennomsnitt 33 timer pr uke. Det store flertallet som benytter BPA-ordningen har en bevegelseshemming, men andelen som har intellektuelle funksjonsnedsettelse er økende. BPA benyttes til alle slags hverdagslige gjøremål, som husarbeid, matlaging, ærender, transport, personlig stell, barnepass og aktiviteter. En av ti benytter assistentene til arbeid eller utdanning.

Kommunen står med arbeidsgiveransvaret for mer enn halvparten av assistentene, mens ULOBA (se nedenfor) var arbeidsgiver for 1/3 av dem. I 2010 var det også mer enn 1 av 10 som selv var arbeidsgivere. Brukerne var arbeidsledere for assistentene i nesten 70 % av tilfellene, mens pårørende var inne i 25 %, ofte i samarbeid med brukerne (Johansen m fl 2010).

I Norge har samvirke som eier- og driftsform generelt vært lite utbredt innenfor områder der offentlig sektor har ansvaret. Dette gjelder også for omsorgstjenestene. En undersøkelse utført av Norges Vel viser at av om lag 700 samvirkeforetak knyttet til velferdsproduksjon var de fleste barnehager. Bare 5 var innenfor omsorgssektoren: I tillegg til ULOBA, fant de to eldresenter med boliger i Narvik og Rana, et dagsenter for eldre på Stovner i Oslo og Aurora Verksted i Bærum (Breen m fl 2008).

Boks 5.3 ULOBA

ULOBA er et andelslag som drives på non-profitbasis for å bistå personer med assistansebehov i å skaffe og organisere personlig assistanse. Andelslaget skal støtte andelseieren som medarbeidsgiver for sine assistenter.

ULOBA ble stiftet i 1991 med utgangspunkt i prinsippene til Independent Living-bevegelsen av mennesker som hadde en drøm om selv å styre eget liv og egen assistanse. Ved inngangen til 2008 hadde ULOBA 712 andelseiere i 154 kommuner/bydeler.

De skriver selv om «Borgerstyrt personlig assistanse (BPA)» på sin nettside (www.uloba.no):

- ULOBA er verktøyet til selv å kunne bestemme når man vil stå opp eller legge seg, vaske golvet, handle eller gå på bar, bodega eller bedehus
- ULOBAs BPA er redskapet til å delta i samfunnet, til å ha en jobb, til å ta en utdanning, til å være en god nabo, forelder og ektefelle
- ULOBAs BPA handler også om frihet til å spise ufornuftig – eller kanskje eksotisk? Til å sove litt for lenge eller stå opp grytidlig for å dra på tiurleik, eller til å velge om du foretrekker kaos eller tellekant i klesskapet
- ULOBAs BPA handler først og fremst om frihet og selvstendighet

I andre deler av nærings- og samfunnslivet har denne eier- og driftsformen lenge hatt en helt annen dominerende plass. Fire store sektorer skiller seg ut: Forbrukersamvirket, landbrukssamvirket, fiskerisamvirket og boligsamvirket. I tillegg finnes det en rekke samvirkeforetak på andre områder, som transportbedrifter, kraftlag, barnehager, bygdeservicelag, vannverk, samfunnshus, småbåtlag og nærradioer (Bakke m fl 2010).

Kooperative foretak

I Sverige har veksten i samvirkeforetak de siste årene vært raskere enn noen andre selskapsformer. Tilveksten har vært tre til fire ganger så høy som for aksjeselskap og enkeltpersonforetak. En viktig årsak til dette er at Sverige har bygd ut en godt utviklet veiledningstjeneste på dette området, med 25 såkalte Coompanion eller veilednings-

Boks 5.4 Andelslaget Stovner Eldresenter

Stovner Eldresenter er et andelslag eid og drevet av pensjonistene i bydel Stovner. Alle over 60 år som bor i bydelen, kan bli andelseier for kr 100,-, og eldresenteret har om lag 600 eiere. Senteret har 6 ansatte, og drives etter avtale og med finansiering fra Bydel Stovner.

Senteret gir et variert tilbud av aktiviteter og hjelpetiltak for alle eldre på Stovner og er kjent for å ha et godt kjøkken. Brukernes eierskap til eldresenteret innebærer at de tar et helt annet ansvar for driften enn de ellers ville gjort, og selv kan ta beslutninger og gjennomføre endringer i tråd med egne ønsker og behov. Veien fra ide til handling blir på den måten ofte kort (Breen m fl 2008).

Kilde: Se www.stovnereldresenter.no/

senter for kooperative foretak over hele landet. De hjalp 4 500 entreprenører til å starte slik virksomhet i 2010, og har som mål:

«Vi vill att fler ska bli delaktiga i arbets- och samhällsliv – och minska utanförskapet. Vi vill förnya offentlig sektor genom att stödja brukare, personal och anhöriga att starta och driva verksamheter tillsammans i demokratisk form».

Se www.coompanion.se

Virksomheten finansieres av 900 medlemsorganisasjoner, EU-program og det svenske Tilväxtverket, et myndighetsorgan som skal styrke regional utvikling og entreprenørskap.

Også på helse- og sosialområdet skjer det mange slike nyetableringer. I Sverige er en rekke omsorgstilbud etablert som samvirkeforetak. I noen tilfeller er det innbyggerne innenfor et geografisk område som står som eiere, men ofte kan det også være de ansatte og/eller brukerne som selv eier og driver foretaket. Noen eksempler: I Borlänge eier brukere og ansatte sammen foretaket Stugknutan Assistans som yter personlig assistanse, sosialt fellesskap og aktivitet. I Ørebro har hjemmehjelpere organisert seg i et eget samvirkeforetak som gir tjenester til eldre. Personalkooperativet Lofota driver gruppebolig for unge i samarbeid med Østersund kommune, og i Jönköpings län yter den økonomiske foreningen IsAss personlig assistanse og hjemmetjenester. Brännagården er et bokollektiv og omsorgskoope-

rativ som eies av innbyggerne i Högarna, Korsmyrbränna, Fagerland och Ollsta gjennom «Samhällskooperativet BYSSBON». Dette ble etablert for å bidra til at folk ble boende og få innflyttere til å flytte til disse stedene som ligger 5 mil nord for Østersund.

Samvirke

Et samvirkeforetak er kjennetegnet ved å være brukereid, brukerstyrt og ha brukernytte som formål. I vår sammenheng kan både innbyggerne i fellesskap, tjenestemottakerne og ansatte være å betrakte som brukere.

Organisasjonen Internasjonal Cooperative Alliance (ICA) vedtok i 1995 følgende definisjon:

«En samvirkeorganisasjon er en sjølstendig forening av personer som frivillig har sluttet seg sammen for å møte felles økonomiske, sosiale og kulturelle behov og ønsker, gjennom en demokratisk styrt virksomhet som de eier i fellesskap.»

Norge fikk en ny lov om samvirkeforetak av 29. juni 2007, som vil gjøre det både enklere og tryggere å etablere samvirkeforetak. Samvirke-loven regulerer hvordan et slik foretak kan stiftes, organiseres og drives.

Det er utvalgets vurdering at samvirke som selskapsform er godt egnet til å bli benyttet på velferdsområdet og i videre utvikling av omsorgstjenestene i Norge. Den legger godt til rette for sterkere brukerinnflytelse, eierskap og brukerstyring. Samtidig inviterer selskapsformen både tjenestemottakere og innbyggerne til å være mer enn forbrukere og konsumenter, ved å utfordre til å ta ansvar og delta i utformingen og produksjonen av tjenestetilbudet. På den måten kan fellesskapsløsningene styrkes ved å utvide organisasjonsformene til også å omfatte ulike former for samvirkeforetak som alternativ til rene offentlige driftsformer. Lokaldemokratiet i kommunene styrkes også gjennom sterkere direkte brukerdemokrati.

I Norge har det vært noen forsøk på å etablere servicebedrifter i boligbyggelagsregi som leverer hjemmetjenester, blant annet i Trondheim og Kongsvinger. Disse virksomhetene har levert tilleggstjenester til det kommunene gir gjennom sine hjemmetjenester, og har derfor hatt begrenset suksess.

Det er også etablert borettslag, som Tange-
rubbakken på Stovner, der både beboere, pårø-

Boks 5.5 Tusenhjemmet

Tusenhjemmet i Bodø eies og drives av Bodø Boligbyggelag i samarbeid med Bodø kommune og frivillige medarbeidere. Tusenhjemmet er en kulturinstitusjon, strategisk plassert midt i sentrum av byen. Det er 2,5 årsverk ansatte i administrasjonen og 7 årsverk frivillige medarbeidere som har oppdrag knyttet til resepsjon, informasjonsarbeid, butikkutsalg, transport, vedlikehold og annet forefallende arbeid. Huset har et mangfoldig tilbud av aktiviteter og service. I tillegg til fellesarealer er det leiligheter organisert i eget borettslag med styre og generalforsamling. Tusenhjemmet har tette bånd til sivilsamfunnet, og lokale aktører. Den ideologiske tenkningen er basert på empowerment og Independent Living og vil legge til rette for at mennesker skal bruke sine ressurser og forbli borgere i samfunnet uavhengig av alder og funksjonsnivå.

rende og ansatte er representert i borettslagets styre og der både kommune og borettslag er involvert i driften. Og i Bodø driver boligbyggelaget eldresenteret Tusenhjemmet.

Utvalget vil på denne bakgrunn utfordre bolig-samvirket og nye brukerstyrte virksomheter som ULOBA om å gå sammen for å drøfte muligheten til å etablere nye medlemsstyrte samvirkeforetak som både omfatter bolig og omsorgstjenester i form av personlig assistanse og praktisk bistand. Utvalget ser at det kan ligge spennende muligheter i å utvikle slike løsninger i et stort volum i møte med framtidens omsorgsutfordringer og i samarbeid med kommunene.

Samvirkeforetak som dette kan både etableres innenfor et mer markedsbasert system i konkurranse med kommersielle aktører, slik vi ser i Sverige, der loven om valgfrihetssystem også har bidratt til å utløse etableringen av samvirkeforetak på omsorgsområdet.

Samvirkeløsninger kan også utvikles på ideelt grunnlag og non-profit-basis, som et supplement eller alternativ til rein kommunal drift. Dersom kommunene ønsker å reservere utførelse av omsorgstjenester til ideelle virksomheter, gir anskaffelsesregelverket på visse vilkår rom for det i henhold til en ESA-beslutning av 21. juni 2010 (ESA 2010).

5.4.3 Frivilligsentraler

Frivilligsentralene i kommunene har i løpet av de siste 20 årene vokst fram til å bli viktige aktører i samhandlingen mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. De første årene plasserte de fleste sentralene seg i det sosialpolitiske feltet, men etter hvert har de også fått betydning for kultur, fritid og på helseområdet. Mange har engasjert seg gjennom sentralenes virksomhet, der pensjonistene utgjør den største gruppen frivillige. Frivilligsentralene preges av mangfold, både når det gjelder eierformer, praksis og roller (Lorentzen 2010). Mange steder har de en viktig koordinerende rolle i grenselandet mellom den uformelle og mer organiserte frivillighet og kan også bety mye for samspeilet mellom det frivillige og offentlige. Sentralene bør unngå å framstå som konkurrenter til organisert frivillighet, men heller fungere som katalysatorer i det lokale organisasjonslandskapet. Utvalget mener Frivilligsentralenes mest sentrale funksjon bør være å mobilisere og rekruttere nye frivillige, og ut fra lokale forhold fungere som bindeledd til organisasjoner og offentlig sektor.

5.4.4 Sosialt entreprenørskap

Sosialt entreprenørskap er entreprenørskap anvendt på sosiale eller samfunnsmessige utfordringer og problemer, og innebærer å løse disse på nye måter som kan skape varige forbedringer på viktige områder i samfunnet. Begrepet har vunnet stor oppmerksomhet de siste ti årene, og har etter hvert også slått rot i Norge. Sosiale entreprenører arbeider innenfor en rekke områder, som helse, utdanning, fattigdom, miljø og klima og menneskerettigheter (Ingstad 2010). Mange arbeider innenfor helse- og sosialsektoren.

Drivkraften i sosialt entreprenørskap er å løse samfunnsproblemer, og det primære målet er sosial verdiskaping, ikke profittmaksimering. Inntektsgenerering er mer en nødvendig aktivitet og strategi for å oppnå hovedmålet. Et eventuelt overskudd vil som regel reinvesteres for å fremme formålet. Sosiale entreprenører kjennetegnes ofte av at de er markedsorienterte og målbevisste og bruker forretningsmessige metoder og verktøy for å nå sine mål.

Det finnes mange ulike former for sosialt entreprenørskap. Sosialt entreprenørskap kan ikke kategoriseres etter valgt selskapsform eller finansieringsmodell. Noen sosiale entreprenører baserer seg på donasjoner og tilskudd, mens andre har en egen inntjening som finansierer drif-

Boks 5.6 Livsglede for eldre

Et nytt eksempel på sosialt entreprenørskap i Norge er stiftelsen «Livsglede for eldre», som arbeider for å bedre hverdagen for eldre gjennom tilrettelegging av aktivitetstilbud som er forebyggende og helsefremmende. De fokuserer på økt livskvalitet og livsglede, som sykdomsreducerende og helsefremmende faktorer for eldre og deres pårørende under overskriften: «Å leve livet – livet ut». Stiftelsen ble startet i 2005 og har i dag flere ansatte, over 20 lokalforeninger spredd over hele landet og avtaler med om lag 45 videregående skoler.

Stiftelsen samarbeider med videregående skoler med helse- og sosialfag, der «Livsglede for Eldre» er prosjekt til fordypning. Et viktig formål med dette arbeidet er å bidra til å rekruttere flere til eldreomsorgen. Samtidig prøver de ut et nytt sykehjemskonsept gjennom et pilotprosjekt i Trondheim kommune og utvikler en sertifiseringsordning for «Livsgledesykehjem» som kan nyttes i hele landet.

Kilde: Se www.livsgledeforeldre.no

ten. De kan være organisert som stiftelser, foreninger, ideelle organisasjoner eller som vanlige bedrifter. Det finnes derfor mange forskjellige definisjoner på sosialt entreprenørskap. Noen felles trekk går likevel igjen i beskrivelsen av sosialt entreprenørskap: Sosialt fokus, ny virksomhet, innovasjon og markedsorientering, samt høy grad av involvering fra målgruppene. Og sosiale entreprenører er endringsagenter og frontløpere for sosial forandring.

Sosiale entreprenører kan både ha 100 % ekstern finansiering gjennom donasjoner, medlemsavgifter, sponsormidler eller offentlig støtte, en miks av ekstern inntjening og salg av egne produkter og tjenester, eller være 100% egenfinansiert med rom for økonomisk overskudd. Sosialt entreprenørskap krysser dermed grensene mellom kommersielle virksomheter og de som driver på helt ideelt grunnlag. Sosialt entreprenørskap blir ofte referert til som den fjerde sektor.

Natteravnenes innsats for ro og trygghet der ungdom vanker nattetider, er ett eksempel på sosialt entreprenørskap. Gatemagasinet =Oslo og Asfalt i Stavanger, som gir rusavhengige mulighet til å jobbe og tjene penger, er andre eksempler.

Sosialt entreprenørskap er ikke noe nytt fenomen. Sosiale entreprenører har opp gjennom tidene bygd institusjoner i samfunnet som vi nå tar for gitt. Allerede i 1896 tok Fredrikke Marie Qvam initiativ til å starte Norske Kvinners Sanitetsforening for å bedre forholdene når det gjaldt sanitetsutstyr og helsemateriell for hæren. Gjennom den første tiden la organisasjonen grunnlaget for flere institusjoner som staten i dag har ansvaret for, som for eksempel sykepleierutdanning og helsestasjoner.

Gjenreisningsperioden etter andre verdenskrig har mange eksempler på slikt samfunnsmessig entreprenørskap. I 1946 ble for eksempel Norske Boligbyggelags Landsforbund (NBBL) etablert som en interesseorganisasjon for norske boligbyggelag for å fremme en sosial boligpolitikk. I dag forvalter de rundt 9 100 boligselskap med 400.000 boliger over hele landet.

Selv om fenomenet sosialt entreprenørskap ikke er nytt, er det omgitt av fornyet interesse. Dels er dette uttrykk for en erkjennelse av at innovasjoner på det velferdspolitiske området ofte kan trenge en mer bevisst tenkning om den organisatoriske utformingen av nye tiltak, for på den måten å overkomme noen av de problemer som frivillige, mer demokratiske og medlemsbaserte organisasjoner kan stri med. Dels er ideen også drevet fram ved private donasjoner og et ønske fra bedrifter og næringsledere om å bidra til sosial verdiskapning. I tillegg til de sosiale entreprenørene selv, er det en rekke andre grupperinger som arbeider for sosial forandring ved hjelp av profesjonalitet, kompetanse og konkurransekraft, og kombinerer finansiell støtte med kompetansetilførsel innenfor strategi, prosjektstyring, ledelses- og utviklingsutvikling. Ikke sjelden står internasjonale organisasjoner bak. De aller fleste anerkjente universiteter tilbyr utdanning i sosialt entreprenørskap, og det siste tiåret har forskningen på temaet vært i rask utvikling (Hulgård og Andersen 2009).

Politiske miljøer viser økende interesse for sosialt entreprenørskap. Det trengs nye måter å løse velferdsoppgavene på. Både i EU og OECD blir det arbeidet med å finne ut hvordan sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon best kan fremmes. Politiske virkemidler er først og fremst knyttet til lovverk, finansiering, markedsforhold, kompetanse og kultur. Flere land har arbeidet med å skape en relevant juridisk selskapsform for organisasjoner og virksomheter med et sosialt formål, slik de har gjort det i Storbritannia med etableringen av Community Interest Company (CIC).

Her stilles det blant annet ikke krav om 100% reinvestering av et eventuelt overskudd, men det settes et tak.

I Sverige har «det civila samhällets entreprenörskap» eller «samhällsentreprenörskap» og «socialt företagande» stått på dagsorden i flere år. For eksempel besluttet den svenske regjeringen i april 2010 en handlingsplan for arbeidsintegrerende sosiale foretak, og lanserte en håndbok om samarbeidet mellom myndigheter og slike foretak.

Å skaffe finansiering til å gjennomføre aktiviteter og drift er en av de store utfordringene for sosiale entreprenører. Ofte faller de mellom to stoler når de skal skaffe finansiering: De er for kommersielle til å få offentlig støtte som ideelle organisasjoner, og for lite kommersielle til å få støtte fra private investorer. Ettersom avkastningen måles i sosiale resultater og sosial verdiskapning, og utviklingsmodellen gjør det vanskelig eller lite ønskelig å få eierandeler eller ta ut utbytte, blir de også lite interessante for private investorer. Sosiale entreprenører er derfor ofte avhengig av donasjoner og offentlig støtte. Når en skal vurdere virkemidler for å bedre kapitaltilgangen bør man se på mulighetene for å etablere fond eller egne ordninger spesielt rettet mot sosiale entreprenører.

En utfordring med offentlige støtteordninger er at støtten som gis ofte er kortsiktig. Når utviklingsprosjektet er ferdig stanser det opp. Dette kan være en av grunnene til at det er vanskelig å skalere opp gode prosjekter og skape varige løsninger. Det bør derfor satses på virkemidler som sikrer mer langsiktige og stabile forutsetninger for sosiale entreprenører, og skape rammebetingelser som gjør det lettere å gå foran og drive utviklings- og nybrottsarbeid.

Mye handler om å øke oppmerksomheten og kunnskapsnivået om sosial innovasjon og sosialt entreprenørskap og skape kultur for å tenke nytt, etterspørre nye løsninger, og ønske velkommen aktører som er innovative og opptatt av å skape sosiale endringer og forbedringer.

Utvalget er av den oppfatning at det i dag ikke foreligger noen egnet ordning som kan støtte og finansiere idéer til innovasjon i omsorgstjenestene som kommer gjennom sosialt entreprenørskap. Sosiale entreprenører faller mellom offentlige stønadsordninger for frivillig sektor og virkemiddelapparatet for privat næringsvirksomhet. Den ordning for innovasjon i omsorgssektoren som utvalget foreslår i kapittel 8.3.2 har derfor, i kriteriene for tildeling av midler, en tydelig åpning for å finansiere samarbeid mellom sosiale entreprenører og kommuner.

5.5 Alternative arbeidsmetoder

5.5.1 Aktiv omsorg

Kultur, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende element i et helhetlig omsorgstilbud. Det er imidlertid i forhold til hverdagsliv, opplevelser og fellesskap omsorgstjenestene ofte kommer til kort. Det er derfor behov for å få til en endring fra passiv pleie og omsorg til i større grad å stimulere til aktivitet og deltakelse. En utvidet forståelse av begrepet omsorgstjenester inneholder derfor tiltak som styrker fysisk aktivitet, sosial deltakelse, opptrening og tilrettelegging for å mestre dagliglivet og deltakelse i nærmiljøet.

«Aktiv omsorg» er en av regjeringens fem strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer i Omsorgsplan 2015. En slik strategi krever større faglig bredde med flere faggrupper og økt oppmerksomhet på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. Videre legges det opp til en omfattende utbygging av dagaktivitetstilbud (St meld nr 25 (2005-2006)).

Som et ledd i arbeidet med å gi omsorgstjenestene en mer aktiv profil, vil utvalget peke på noen eksempler som bør inspirere både kommuner og brukere til å gi omsorgstjenestene en ny retning med sterkere vekt på tidlig intervensjon, forebygging og «hverdagsrehabilitering» på brukernes egne premisser og ønskemål.

En slik omlegging vil kreve politisk risikovilje, oppslutning i hele organisasjonen, tverrfaglig tilnærming, opplæring og kompetanseoppbygging. Til gjengjeld vil en oppnå tjenestemottakere som i større utstrekning klarer seg selv i dagliglivet og blir mindre avhengige av hjelp. I kommuner som har gjennomført en slik satsing, har det også gitt dokumenterte resultater i form av reduserte kostnader (Ibsen og Kjellberg 2010).

Risikoen er knyttet til å sette ressursinnsatsen inn tidlig i håp om at det gir effekt for et videre problemforløp, i stedet for å vente til brukerne er kommet i den gruppen som «trenger det mest». Og de store utfordringene for organisasjonen ligger i faglig omstilling og endret arbeidsmetodikk.

5.5.2 Hverdagsrehabilitering

Metoden går kort fortalt ut på at de som for eksempel mottar hjemmesykepleie eller annen bistand, trenes opp til å bli mer selvhjulpne. Treningen foregår i eget hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.

Hverdagsrehabilitering er en ny måte å tenke behandling på:

Fra	Til
Sen innsats	Tidlig innsats
Behandling	Tidlig oppsporing
Kompensasjon	Rehabilitering
Pleie	Forebygging
Informasjon	Motivasjon

Istedenfor bare passivt å sette inn kompenserende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere konsekvensene av et videre problemforløp.

Istedenfor å heve terskelen for å få hjelp og bare konsentrere ressursinnsatsen om «de som trenger det mest», blir strategien å drive oppsøkende virksomhet og tidlig oppsporing og intervensjon som utgangspunkt for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål.

Når det kommer til stykket, vil de aller fleste klare seg selv i hverdagen og fortsette lengst mulig med de aktiviteter og gjøremål de er vant til og trygge på. For mange kan det imidlertid være en vanskelig barriere å komme i gang med rehabilitering og trening etter alvorlig sykdom eller funksjonstap. Da er det ikke nok bare å få informasjon og veiledning. Like viktig blir det å motivere og støtte.

Brukerens eget hjem har optimale forutsetninger for opptrening som er praktisk innrettet ut fra de funksjoner de fleste har ønske om å klare på egenhånd. At hjemmet er en bra plass for rehabilitering beror også på at de fleste kjenner seg trygge når de er hjemme og kan bevege seg innenfor egne rutiner og rytmer, og forholde seg til kjente omgivelser og utfordringer i dagliglivet. Sett fra faglig ståsted blir det også lettere å se brukeren i sammenheng med sitt eget miljø, bli kjent med individuelle utfordringer og ønsker, og legge opp treningen på riktig nivå.

5.5.3 Lengst mulig i eget liv

Fredericia kommune betegnes som Danmarks mest innovative kommune på velferdsområdet (Digmann 2010) og mottok i 2010 den danske innovasjonsprisen for sin omlegging av pleie- og omsorgstjenestene. I begrunnelsen heter det at kommunen med prosjektet «Lengst mulig i eget liv» har vendt formålet med møtet mellom borger og kommune 180 grader, slik at det i dag er fokus på rehabilitering og forebyggelse framfor klassisk pleie:

Boks 5.7 «Hemrehab» i Østersund

Østersund kommune har helt siden år 2000 arbeidet med hjemmerehabilitering i stedet for rehabilitering på sykehus og korttidsinstitusjoner med svært godt resultat både for brukerne og kommunen. I en periode med trang økonomi valgte kommunen å satse på å utvikle en ny omsorgsmodell med hjemmerehabilitering og tverrfaglige arbeidsformer.

«Træningen går ut på att hjälpa den som blivit sjuk att själv klara vardagliga sysslor. På så sätt får människor bibehålla sitt oberoende, bo kvar hemma och sköta sig själva. Arbets sättet tar vara på vårdtagarens egen vilja och kraft, forteller Maritha Månsson som er medisinsk ansvarlig og drivkraften bak Østersundmodellen, som nå er spredd til mange kommuner i Sverige. Modellen bygger på:

- *Ett gemensamt förhållningssätt* som innefattar all personal och kompetens. Med rehabilitering avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och

verksamheter som innebær att medicinska, omvårdande, psykologiska, andliga, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska insatser kombineras efter den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

- *En gemensam värdegrund* är utgångspunkten. Individens mål styr processen. Individens behov och resurser skall vara utgångspunkten. Individen är aktiv i processen. Klart formulerade mål i en handlingsplan. Närståendes delaktighet är en självklarhet. Individen erbjuds stödperson. Teamet svarar för kontinuerlig uppföljning.
- *Ett rehabiliterande förhållningssätt.* Utgångspunkten skall vara att ha en stödjande, inte hjälpende inriktning. Att väcka individens intresse för sina egna resurser och möjligheter. Att oppmuntra till egen problemlösning och eget handlande.

Kilde: Se <http://www.ostersund.se/>

«De vinder i dag på grund af tre ting. Fordi det er nyskabende, hvordan topledelsen i Fredericia Kommune virkelig satser massivt på radikal innovation. Fordi projektets resultater ikke blot er imponerende, men også veldokumenterede samt har vist sig hurtigt. Og sidst, men ikke mindst, fordi projektet viser, hvordan vilje til innovation og konsekvens i udførelsen kan medføre både glade borgere og en klar effektivisering for kommunen.» (Se www.kl.dk/innovationspris).

Prosjektet «Længst muligt i eget liv» setter innbyggere med pleie- og bistandsbehov i stand til selv å klare hverdagen, bli selvhjulpne og dermed kunne bli så lenge som mulig i eget liv – i det liv, de selv ønsker og former.

«Længst Muligt I Eget Liv» er et helt grunnleggende oppgjør med den måten helse- og sosialtjenesten ser på mennesker og møter deres behov:

«Vi ændrer på forudsætningerne for fremtidens pleje ved at se på det enkelte menneskes ressourcer og ved at yde hjælp til selvhjælp i stedet for at yde kompensierende – og passiviserende – pleje.»

(Se www.fredericiakommune.dk/EgetLiv)

Hverdagsrehabilitering er en av hjørnesteinene i Fredericia kommunes omsorgsprosjekt, der omsorgstjenestene legges om til «Trening i stedet for pleie, selvhjelp i stedet for hjemmehjelp.»

I praksis går prosjektet ut på at innbyggere som første gang henvender seg til kommunen med anmodning om personlig eller praktisk hjelp, blir møtt av et tverrfaglig team, som målrettet arbeider for å sette folk i stand til at klare seg selv. Kommunen satser på å gi omfattende faglig kartlegging og massiv bistand i starten, enten ved utskrivning fra sykehus eller når brukeren søker praktisk og personlig bistand. Hjemmehjelperne har fått opplæring som hjemmetrenere, og får deretter oppgaven med opptrening under faglig veiledning for å gjøre den enkelte selv i stand til å klare oppgaver i hverdagen som sykdom eller svekkelse har satt en stopper for.

Opptreningen skjer ut fra brukerens eget mål, enten det er å klare å kle på seg, lage mat, gå tur med hunden eller delta i aktiviteter utenfor hjemmet.

Den andre hjørnesteinen i dette opplegget er tidlig oppsporing og forebygging. Ved å oppfange signaler om begynnende sykdom kan en i mange tilfeller spare et menneske for et langt sykdomsforløp. Omleggingen av omsorgstjenestene i Fredericia omfatter utover dette et fast hjemmebesøk

ved utskrivning fra sykehus, bruk av ny velferdsteknologi og et sterkt fokus på opplæring og informasjon til innbyggerne. Helse- og sosialpersonellens kunnskap skal deles og utveksles med brukere og innbyggere.

Prosjektet startet opp som et pilotprosjekt i 2008, og har gitt svært gode resultat, både for brukerne og for kommuneøkonomien:

«Af de borgere, der deltog i projektet, er 45 procent i dag helt selvhjulpne, mens andre 45 procent har fået reduceret deres behov for hjælp ganske betydeligt. Med til billedet hører, at tilfredsheden med pilotprojektet er meget høj.»

For å undersøke de økonomiske effektene ble det parallelt med prosjektet utført en ekstern kostnadsanalyse (Ibsen og Kjellberg 2010) på endringer i tidsforbruk på pleie og praktisk hjelp før og etter at kommunen satte i gang «Lengst Muligt i Eget Liv». Den viste at prosjektet på helårsbasis hadde oppnådd mindreforbruk på 15 % på pleie og omsorg, med et prosjekt som foreløpig var avgrenset til nye tjenestemottakere.

5.5.4 Gruppemetodikk

Gruppearbeid som metode brukes ofte i situasjoner der økt grad av mestring er målet. Grunntanken er at medlemmene både kan hjelpe seg selv og hverandre, ved å dele følelser og opplevelser og utvikle personlige forhold seg imellom. Erfaringsutveksling og samhandling med andre bidrar til et utvidet perspektiv på egen situasjon og mulige løsninger. Samtidig henter mange mot, kraft og motivasjon fra gruppefellesskapet til å gjennomføre endringer i eget liv. Gruppen gir også mulighet til felles opptreden for å skape endringer i omgivelser og samfunn. Det er gruppeprosessen som er selve hovedressursen i slikt gruppearbeid (Heap 1998).

Gruppearbeid er utviklet som egen metode i flere fag, og benyttes både terapeutisk og til alt fra organisering av selvhjelpsgrupper og aktivitetstilbud til sorggrupper, pårørendeskoler og lokal-samfunnsarbeid. Metoden er i altfor lite omfang tatt i bruk i omsorgstjenestene, og forutsetter en annen faglig tilnærming enn disse tjenestene tradisjonelt rår over.

Gruppeaktiviteter for eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger kan hjelpe mot ensomhet og isolasjon og bedre sosial deltakelse, viser en kunnskapsoppsummering (Dahm m fl 2009). Gruppeaktivitetene bygde på selvhjelptenkning, støttesamtaler og fysisk aktivitet (gymnastikk,

gåtturer, svømming eller dans). Forskerne fant også at slagpasienter etter utskrivning blir mer aktive og sosiale hvis de får ergoterapi i hjemmet, og at tverrfaglige tiltak i hjemmet har effekt på fysisk funksjon hos eldre generelt. Funnene viser at gruppearbeid og tverrfaglig praktisk hjelp kan gi bedre livskvalitet for skrøpelige eldre som ønsker å bo hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem.

5.5.5 The Eden Alternative på norsk

«The Eden Alternative» har som overordnet målsetting å eliminere ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet i eldresektoren.

Konseptet går ut på å gi slipp på den klassiske institusjonsmodellen med rutiner som er definert av personalet. Målet er i stedet å skape et fellesskap som styrker de eldres selvbestemmelsesrett. I dette fellesskapet er også omgang med barn, dyr og planter viktige ingredienser i dagliglivet.

Filosofien er tatt i bruk i over 300 institusjoner for eldre i USA, Canada, Australia og Europa. Mer enn 17000 ansatte har fått opplæring i metoden. Økt trivsel og redusert bruk av beroligende medisin blant beboerne, pluss nedgang i sykefraværet hos de ansatte, er blant gevinstene som er høstet i utlandet.

I samarbeid med InnoMed er opplegget under utprøving i kommunene Bjugn og Åfjord, og opplegget har så langt ført til flere konkrete små endringer:

«– Noen ansatte har nå hengt opp fuglemat utenfor vinduene, og vi har gjort noen forsøk på å ha katt innendørs. Vi har lagt fiberkabel mellom kulturhuset og helsesenteret, der vi blant annet overførte Hans Rotmos «Vårres jul»-konsert. Da «fiberen» ble innviet, inviterte vi unger hit som satt og så «Jul i skomakergata» sammen med beboerne. Og takket være Eden, føler vi oss trygge på at alt dette er rett, sier Siv Iren Stormo Andersson, kommunalsjef i Bjugn.

- Det er viktig å kunne opprettholde regi av eget liv. De tjenester som skal tilbys fra hjemmetjeneste og institusjonstjeneste skal for ettertiden underbygge og støtte opp under dette, sier avdelingsleder Lisbeth Nebb ved Åfjord Helsesenter.»

5.5.6 Kultur og omsorg

Kunst og kultur har sin egen verdi som kilde til opplevelser og til å finne språk og uttrykksformer som kan formidle reaksjoner, inntrykk, tanker og

Boks 5.8 The Eden Alternative

Mål: Å øke eldres og pleieres livskvalitet ved å forandre de steder hvor de lever og arbeider

Visjon: Å eliminere ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet.

Verdier: Omgivelsene skal betraktes som steder hvor mennesker lever framfor å se på dem som fasiliteter for svake og gamle mennesker.

Edens ti prinsipper:

1. De tre plagene ensomhet, kjedsomhet og hjelpeløshet utgjør langt den største del av de eldres lidelser
2. Et samfunn som tar utgangspunkt i de eldres behov, forplikter seg til å skape områder hvor livet utvikler seg i tett kontakt med planter, dyr og barn. Disse relasjonene skaper veien til et liv som er verdt å leve.
3. Kjærlig samvær er motstykket til ensomhet. Eldre fortjener å ha lett tilgang på mennesker og dyrs selskap.
4. Et samfunn med fokus på de eldres behov skaper muligheter for at de eldre både kan gi og motta omsorg. Dette er motstykket til hjelpeløshet.

5. Et samfunn med fokus på de eldres behov inspirerer daglig til avveksling og spontanitet ved å skape et miljø hvor uventede og uforutsette muligheter for samvær og begivenheter kan finne sted. Dette er motstykket til kjedsomhet.
6. Meningsløse aktiviteter nedbryter sjelen. Muligheten for å gjøre ting som vi syns er meningsfulle, er essensielt for menneskets helbred.
7. Medisinsk behandling må aldri skje på bekostning av ekte menneskelig omsorg.
8. Et samfunn med fokus på de eldres behov respekterer sine eldre ved å bryte ned toppstyrt, byråkratisk autoritet. I stedet forsøker man å plassere mest mulig beslutningskompetanse hos de eldre, eller hvis det ikke er mulig, hos de personer som står de eldre nærmest.
9. Å skape et eldrevennlig samfunn er en prosess som aldri stopper. Menneskets vekst må aldri atskilles fra dets liv.
10. Dyktig lederskap må til i kampen mot de tre plager. Og ikke noe kan erstatte dyktig ledelse.

Kilde: FriFagbevegelse.no 18.06.2008 Se www.edenalt.org

erfaringer som det ellers kan være vanskelig å sette ord på. Kultur kan også være en del av den gode omsorgen, og ha både forebyggende og behandlende effekt. Utøvelse av dans, musikk, drama og skriving av skjønnlitteratur blir brukt i terapeutisk sammenheng, og har vist god og dokumenterbar effekt. Det er også stort sett bivirkningsfrie behandlingsmåter og fører til trivsel og mening i dagliglivet. Kulturaktivitet stimulerer og utfordrer, vedlikeholder ferdigheter og opprettholder interesser, skaper ny læring og gir opplevelser. Samtidig etableres det sosiale fellesskap, med muligheter til fornyelse av sosiale ferdigheter og utvidelse av omgangskrets, i en situasjon der mange relasjoner har gått tapt (Jaastad 2011).

«Den kulturelle spaserstokken» ble etablert som en del av Omsorgsplan 2015. Målet var å legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren om utvikling av gode kunst- og kulturprosjekter lokalt, og bidra til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg i dagliglivet. I statsbudsjettet for 2010

ble det bevilget til sammen 28 mill. kroner til dette formålet og 275 kommuner fikk tildelt midler.

Utvalget ser den store betydningen av å videreutvikle og styrke det samarbeidet som gjennom «Den kulturelle spaserstokken» er etablert mellom kultursektoren og omsorgstjenestene. Utvalget viser også til de gode erfaringene som er gjort med å ha egne kulturledere på sykehjem, og anbefaler at kommunene sørger for at alle innbyggere får del i kulturopplevelser og kulturaktiviteter, uavhengig av alder, sykdom eller funksjonshemming. Kulturforståelse gir også et viktig faglig grunnlag for nettverksutvikling og i arbeidet med å knytte bånd mellom sivilsamfunnet og offentlig virksomhet.

I et afrikansk ordspråk heter det at «Når et gammelt menneske dør, er det som et helt bibliotek brenner ned». Tjenestemottakerne i omsorgstjenesten er selv kulturbærere, og kan være aktive i kulturformidling. Dette kan legges til rette gjennom for eksempel erindringsgrupper og skriveprosjekter, dansekvelder og musikkgrupper eller

Boks 5.9 «Bevegelse fra hjertet»

Gjennom prosjektet «Bevegelse fra hjertet» er bevegelsesveiledning tatt i bruk i omsorgstjenesten, som et av mange miljøterapeutiske tiltak rettet mot mennesker med demens. Det er en én til én metode hvor all veiledning er individuelt tilpasset til hver enkelt deltager, og består av blant annet bevegelse, musikk, sang, avspenning og massasje. Metoden bruker aktivt kroppens hukommelse, gir andre former for kommunikasjon og kontakt og bidrar til å skape glede og gode øyeblikk (Svenning 2010). På denne måten brukes kunnskap fra Den Norske Balletthøyskolen innovativt til utvikling av nye metoder i demensomsorgen.

Kilde: Se www.bymisjon.no/Prosjekter/Bevegelse-fra-hjertet2

gjennom kunst- og kulturprosjekter som bygger på den enkeltes evner, interesser og livshistorie.

Utvalget er opptatt av hvordan kunnskap fra pedagogikk, kunst og kultur kan brukes innovativt til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger til omsorgstjenestene. Også derfor bør kulturtiltak ha sin naturlige plass i omsorgstjenesten. Kultur og omsorg må spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som både stimulerer kropp og sjel og aktiviserer tanke og følelsesliv.

5.5.7 Kommunale lærings- og mestringssentra

Spesialisthelsetjenesten driver i dag egne lærings- og mestringssentra (LMS) ved mange av landets sykehus. Et lærings- og mestringssenter er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Det første senteret i Norge ble etablert som et prosjekt på Aker Sykehus i Oslo høsten 1997. Et LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Målet er at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelse. Læringstilbudene utvikles i et samarbeid mellom fagpersoner og brukere som deler sine erfaringer og kunnskaper.

Det er særlig tre forhold som må være tilstede for å kunne kalle det et lærings- og mestringssenter:

Boks 5.10 Kreativ skriving i eldreomsorgen

I Hordaland har det med inspirasjon fra dansk eldrepedagogikk vært arbeidet med kreative skrivekurs for eldre. Målet har vært at eldre skal få komme fram med erfaringer, minner og kunnskaper og dele dette med andre gjennom å skrive dikt eller fortellinger. Slike skrivekurs har også vært gjennomført på mange sykehjem over hele landet med svært godt resultat, både i form av gode tekster, meningsfulle møter mellom mennesker, styrket identitet og terapeutisk effekt (Synnes m fl 2003 og 2006). Metoden er også blitt brukt ved palliative enheter med alvorlig syke og døende, til fortolkning av eget liv og utveksling av livsforståelse innenfor et perspektiv der døden er nærværende.

Hordaland fylkesbibliotek driver nå nettstedet Eldreleven som en del av Kulturnett Norge sin satsing på eldre. Her legges det ut tekster, dikt og fortellinger skrevet av eldre.

Kilde: Se eldreleven.no

- Lærings- og mestringssenteret skal være en tilgjengelig møteplass der brukere kan henvende seg.
- Fagkunnskap og brukererfaring sidestilles ved å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbudene i likeverdig samarbeid. Gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse, med erfaringer fra noen som vet hvordan det er å leve med sykdommen i hverdagen.
- Noe av grunntanken ved lærings- og mestringssentrene er at læringstilbudene skal integreres som en del av fagpersonells virksomhet (NK LMS 2010).

Opplæring av pasienter og pårørende er for øvrig lovfestet som et av sykehusenes fire viktigste oppgaver i «Lov om spesialisthelsetjenesten».

Utvalget foreslår at den kommunale helse- og sosialtjenesten på samme måte som spesialisthelsetjenesten bør etablere lokale lærings- og mestringssenter eller tilsvarende opplegg som dekker slike funksjoner i alle landets kommuner og bydel. På samme måte som i spesialisthelsetjenesten, bør dette også lovfestes i den nye kommunale helse- og omsorgslovgivningen.

Boks 5.11 Aktivitetsdosetten

«Når en liten blomst er like viktig som en pille»

Ved Øyane sykehjem i Stavanger har de utviklet «Aktivitetsdosetten», som skal være et verktøy og fungere omtrent som en dosett som inneholder aktiviteter i stedet for medisin. Tanken er at en resept på aktivitet skal være like viktig å «dele ut» som nødvendig medisin.

Metoden går ut på å foreta en individuell kartlegning av beboerens interesser og behov og deretter legges aktivitetsdosetten, en ukentlig plan med tilpassede aktiviteter. Målet er å øke trivsel og livsglede, gjøre våkentiden mer stimulerende, redusere smerter og forhindre uro. Samtidig kartlegges ansattes og frivilliges interesser og talenter, slik at de kan matche brukernes behov.

Det er nå kommet en egen «Felleskatalog» for aktivitetsdosetten, som gir en innføring i metoden og har konkrete ideer til aktiviteter og hvordan de kan utføres. Prosjektet bygger på tverrfaglighet og legger opp til et samarbeid med personalet, pårørende, frivillige og lokalmiljøet.

Kilde: Se www.oyane-sykehjem.no/

Boks 5.12 Lærings- og mestringssenteret i Sandefjord

LMS på Hvidtgården i Sandefjord er det første kommunale lærings- og mestringssenteret i Norge. LMS tilbyr kurs- og læringstilbud, møtested for grupper hvor en kan møte andre i liknende livssituasjon, treningsgrupper, trygghetsnett for pårørende, veiledning og informasjon.

Formålet for brukere og deres familier og venner er å gi inspirasjon og kunnskap for å oppnå god livskvalitet gjennom å skaffe seg redskaper for bedre å kunne mestre utfordringer i hverdagen.

For helsepersonell er formålet å øke kunnskap om hva som fremmer læring og mestring og bidra til økt brukermedvirkning og myndiggjøring.

Kilde: Se www.sandefjord.kommune.no/

5.6 «Omsorg mellom generasjoner» – en solidarisk omsorgstjeneste

Et godt samfunn preges av solidaritet mellom generasjoner, og ikke bare av pengeoverføringer gjennom skatter og pensjoner. Solidaritet er også at yngre stiller opp for de eldre med sin tid og sin arbeidsinnsats. Likeså betyr en aldrende befolkning at flere vil ha større behov for hjelp og enkle tjenester som de fleste ungdommer kan utføre etter en grunnopplæring og med tilgang til faglig veiledning.

Den allmenne verneplikten er under omdanning. Forsvarets mannskapsbehov er sterkt redusert. I 2009 var det bare 7 600 av et årskull på vel 60 000 som fullførte førstegangstjenesten. Likeså er det et svært utbredt fenomen at skoleelever og studenter arbeider ved siden av utdanningen. Og i myndighetenes bestrebelsers på å øke fullføringsgraden i videregående skole, letes det etter gode

kombinasjoner av praksis og skolegang for dem som sliter med motivasjonen for teoretiske fag.

Sett fra en omsorgssektor som vet at personellbehovet vil øke i framtida, bør dette betraktes som en mulig arbeidskraftsressurs. Et større tilbud av arbeidskraft kan bidra til å få utført oppgaver som i dag ikke blir gjort og det kan innebære en avlastning for den mer kvalifiserte arbeidskraften.

Det er etter utvalgets oppfatning gode grunner til å diskutere om det ikke bør utformes et regelverk for en nasjonal ordning som kan stimulere ungdom til å bruke mer av sin tid til tjenesteyting i omsorgssektoren (Rønning 2009). Utvalget foreslår å kalle et slikt prosjekt 'Solidarisk omsorgstjeneste'.

For aktørene i omsorgssektoren vil oppgaven være å utforme en tre måneders «rekruttskole», med en grunnleggende innføring i omsorgsarbeid. I tillegg må det utformes et tilbud av arbeidsoppgaver som er slik at det, ut fra brukernes behov, er hensiktsmessig at arbeidet utføres av personer som utfører solidarisk omsorgstjeneste. Arbeidet skal være lønnet på ordinært vis, og ligge på markedsnivå for enkel, ukvalifisert arbeidskraft.

Tilbudet av arbeidskraft kan både komme ved at personer forsvaret ikke trenger kan avtjene førstegangstjenesten gjennom 'Solidarisk Omsorgstjeneste', og ved at ungdom ellers stimuleres til å rette sitt arbeidstilbud mot omsorgssektoren. Utvalget tenker seg at det kan utformes en ord-

ning hvor det er et forutsigbart forhold mellom tid med utført 'Solidarisk Omsorgstjeneste' og stipendandelen som gis til høyere utdanning. Denne stimulansen kan antydningvis være slik at om en person arbeider ett år i omsorgstjenestene før man begynner på høyere utdanning, eller ved å arbeide tre månedsverk per år i sektoren mens man studerer, bør man komme ut av et 5-årig studium uten studiegjeld. En annen måte å utforme insitamentet på kan være at for hvert årsverk utført i omsorgstjenestene, gis det en reduksjon i studiegjeld på et bestemt beløp.

Utvalgets utgangspunkt er ikke at denne arbeidskraften skal erstatte eller fortrenge de som har sitt ordinære arbeid i sektoren. Ståstedet er den realitet at sektoren i årene som kommer trenger all den arbeidskraft som kan la seg mobilisere. Utfordringen for sektoren er å utvikle sin egen evne til å nyttiggjøre seg den arbeidskraften som foreligger forut for at ungdom velger sine endelige yrker. Derfor bør en slik ordning, og det konkrete innholdet i arbeidsoppgaver, utformes av aktørene i sektoren, med bred deltakelse av fagorganisasjonene, slik at den faktisk klarer å nyttiggjøre seg denne arbeidskraften på en måte som er utfyllende og komplementær til den ordinære driften.

Utvalget vil argumentere for at en ordning etter disse prinsipper vil, utover å øke selve tilbudet av arbeidskraft til sektoren, ha flere andre og positive virkninger, som:

- Å styrke bevissthet og kunnskap hos bredere lag av de yngre om behov og levekår hos mennesker med funksjonsnedsettelse
- Å styrke ferdighetene til god mellommenneskelig håndtering av aldring og funksjonssvekkelser, med overføringsverdi til når man opplever dette selv eller i egne nære relasjoner
- Å utbre kunnskaper om omsorgssektorens mangfoldighet, og med det kanskje øke interessen for sektoren som eget yrkesvalg
- Å ta med seg kunnskap om omsorgssektorens utfordringer inn i egne yrkeskarrierer, og dermed kanskje en dag bidra til at omsorgssektoren får impulser, produkter eller tjenester fra et bredere tilfang av samfunnets aktiviteter.

5.7 «NÆR» – en ny politikk for de nærmeste

To av framtidens største utfordringer vil sannsynligvis være knapphet både på arbeidskraft og frivillige omsorgsytere. Forholdene må derfor legges til rette for at det er mulig å kombinere arbeid

og omsorg. Mange slites i dag mellom jobbforpliktelser og familieomsorg, og opplever at omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre går utover egen arbeidssituasjonen – og omvendt. I denne tidsklemma prøver de fleste å få alt til å gå i hop. Omsorgsarbeidet utføres i stor grad på fritiden, og folk sier at de forsøker å skjerme arbeidsplassen så godt det lar seg gjøre. Konsekvensen blir ofte en presset situasjon, hvor den enkelte opplever å svikte både som pårørende og som ansatt (Gautun 2008; Gautun og Hagen 2010). Halvparten av befolkningen sier i en undersøkelse at de bare i noen grad evner å gi sine nærmeste den omsorgen og menneskelige kontakten de ønsker. Folk opplever at tiden ikke strekker til og at de bor for langt unna foreldre og besteforeldre (Røde Kors/Synovate 2009).

Samtidig ville ikke samfunnet gått rundt uten den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen. De om lag hundre tusen årsverkene som utføres av pårørende er avgjørende både for velferd og verdiskapning. Og ingen ønsker seg et samfunn *uten* denne grunnleggende omsorgsevenen utgått fra familiestruktur og sosiale relasjoner. Det er derfor viktig at de offentlige, profesjonaliserte omsorgstjenestene ikke marginaliserer bidraget fra pårørende, men i stedet spiller sammen med den uformelle omsorgen forankret i familie og lokalsamfunn. Dette forutsetter nærhet og en desentralisert organisering, der hjemmetjenestene har en sentral rolle.

5.7.1 Tre mål

Gjennom målrettet bruk av lovgivning og økonomiske ordninger, ønsker utvalget å sette en ny pårørendepolitikk på dagsorden, med tre overordnede mål:

1. At det omsorgsarbeidet som pårørende utfører ovenfor nære familiemedlemmer blir *synliggjort og verdsatt* som en viktig og nødvendig del av det samlede tilbudet av omsorgstjenester.
2. At de faktiske og potensielle ressurser som ligger i det nære sosiale nettverket rundt en bruker, *faktisk blir mobilisert* og benyttet i tjenesteytingen
3. At den pårørende og det profesjonelle apparatet rundt brukeren samhandler på en komplementær måte, slik at den pårørendes bidrag utføres som en omsorgsfaglig fornuftig og *integrert del* av den samlede bistand overfor brukeren.

Rollen som pårørende blir en avhengighetsrelasjon til den profesjonelle tjenesteyter på flere måter. Den pårørende kan oppleve å bli

- *avlastet* ved at tjenesteyter kommer inn og utfører oppgaver den pårørende har gjort eller alternativt selv måtte utføre, eller
- *belastet* ved at brukerens behov er større enn dem som tilfredsstilles gjennom den profesjonelle tjenesteytingen
- *inkludert* i tjenesteytingen gjennom veiledning og avtale om konkrete oppgaver, eller
- *ekskludert* ved at den profesjonelle skyver pårørende til side eller på andre måter signaliserer at det ikke er noen plass for den pårørendes bidrag

Med dette utgangspunktet er utvalgets perspektiv at enhver organisering og konkret utøvelse av den profesjonelle tjenesteytingen, innebærer en implisitt rolle for pårørende.

Rollen som pårørende har også en demografi som former forventningene til en god pårørenderolle. I småbarnsfamilier med et funksjonshemmet barn er en god pårørenderolle å kunne utføre en mest mulig normal foreldrerolle – og gjennom dette bidra mest mulig til barnets utvikling. God pårørendepolitikk tilskynder til foreldrenærvær og kompetanse til å mestre en vanskelig situasjon. Når barna blir store, blir situasjonen ofte omvendt: Den unge voksne ønsker hjelp og bistand til å være mest mulig selvhjulpen, i dagligliv, i egen bolig og i arbeidslivet. God pårørendepolitikk vil da innebære å gjøre brukeren mest mulig selvstendig og uavhengig, også av sine pårørende.

For voksne sønner og døtre med foreldre som trenger assistanse, er situasjonen mer tvetydig. I tradisjonell norsk kultur er det en forventning om at barn stiller opp for sine foreldre, samtidig som det også er en utbredt holdning blant eldre at man ikke ønsker å «ligge sine barn til byrde». Denne tvetydigheten finnes også i forholdet mellom ektefeller/partnere: Det forventes at man stiller opp for ektefelle, men det er også grenser for når vi mener at det er et velferdsstatlig ansvar å overta omsorgsoppgaver. Fortsatt spiller nok både kultur og kjønnsroller en betydning i forhold til hvor denne grensen går.

Kulturmønstrene legger sterke føringer på enkeltmenneskers oppfatninger av hva som er kilde til egen verdighet, og hva som oppleves som integritetskrenkende relasjoner til nær slekt. Det er neppe tilfeldig at store offentlige omsorgssektorer har vokst fram i nord-vest Europas lutheranske kulturkrets, i kontrast til den katolske kulturens sterkere vekt på at familierelasjoner også er konkrete ansvars- og tjenesteytingsrelasjoner.

Framtidens omsorgstjenester må utvikles mellom det uønskede og det urealistiske: Det uønske-

de er at pårørende opplever seg tvunget inn i en rolle som omsorgsperson og må påta seg omfattende omsorgsoppgaver fordi det offentlige tjenestetilbudet blir helt utilstrekkelig. Det urealistiske er at det skal kunne frembringes et stort nok tjenestevolum uten at en vesentlig innsats fortsatt kommer fra pårørende. Dette betyr å utvikle en tenkning, og en konkret politikk for å utløse de ressurspotensialer som pårørende innebærer, men på måter som sikrer både den pårørendes og brukerens integritet og livsutfoldelse.

5.7.2 Seks kjennetegn på en ny pårørendepolitikk

Utvalget foreslår derfor en ny pårørendepolitikk med seks kjennetegn:

- Synliggjøring
- Likestilling
- Fleksibilitet
- Veiledning
- Avlastning
- Verdsetting

Synliggjøring

Familieomsorgen er den usynlige omsorgen, som knapt registreres i saksbehandling, statistikker, nasjonalregnskap eller offentlige utredninger. Men den er der, – og den kan anes i statistikken når mange med omfattende bistandsbehov ikke får heldøgns tjenestetilbud i sykehjem eller omsorgsbolig, men likevel tilsynelatende klarer seg hjemme kun med besøk fra hjemmesykepleie og noen timer hjemmehjelp i uken. Det nødvendige fokuset på det offentlige velferdsansvaret har i noen tiår satt den familiebaserte omsorg i skyggen, og bidratt til ytterligere usynliggjøring. Like så har det vært et likestillingspolitisk mål å utvikle offentlige tjenester slik at kvinner, både som mødre og som døtre, ikke skal bindes fast i tradisjonelle roller som ulønnede omsorgsarbeidere. Profesjonaliseringen av helse- og omsorgsfeltet har sannsynligvis på samme måte ført til at den offentlige oppmerksomheten blir knyttet til sykehjem og sykehus, og ikke til familieomsorgen, til tross for at den fortsatt har en årsverksinnsats på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten.

Utvalget mener tiden nå er moden for å sette sterkere søkelys på den familiebaserte omsorgsyttingen i forsknings- og utredningsarbeid. Utvalget tilrår at det rettes et systematisk politisk fokus på pårørende og frivillige gjennom utformingen av en mer helhetlig og samlet nasjonal politikk på området. Den enkeltes innsats bør også være

gjenstand for en helt annen oppmerksomhet fra kommunale myndigheters side. Avtaler som gjøres med pårørende og frivillige, bør nedfelles i saksutredninger og i individuell plan, både for å samordne innsatsen med det offentlige hjelpeapparat, og vurdere tiltak overfor pårørende i form av opplæring, veiledning, avlastning og økonomi. Sist – men ikke minst, blir det viktig at arbeidsgivere og bedrifter øker sin oppmerksomhet på hvordan de bør tilpasse seg en framtid med mange flere ansatte som har eldre foreldre eller andre med omsorgsbehov.

Likestilling

Ubetalt omsorgsarbeid for nære familiemedlemmer har tradisjonelt vært en kvinnedominert aktivitet. Sakte endres dette, og det er tilfredsstillende å se at det nå er nesten like mange sønner som døtre som gir regelmessig hjelp eller tilsyn med sine gamle foreldre (SSB 2008). I denne sammenheng blir det viktig å videreføre det fokus som har vært på fedres rolle overfor egne barn, til også å sette fokus på menns omsorgsfunksjoner som sønner og ektefeller. Utjamning av levealderen mellom kvinner og menn vil også bidra til at flere menn vil komme i en situasjon som utfordrer til å stille opp som omsorgsperson for egen ektefelle.

Utvalget ser det som avgjørende at en ny pårørendepolitikk bygger på likestilling mellom menn og kvinner. Rettigheter og stønadsordninger må utformes slik at de bidrar til å utfordre og modernisere tradisjonelle oppfatninger av kjønn, og formidle at alle pårørende har samme ansvar, uavhengig av kjønn. Vi ønsker både uformell omsorg og likestilling, ikke en pårørendepolitikk som bremser likestillingsarbeidet.

Fleksibilitet

Omsorgsklemmer oppstår som gnisning mellom et arbeidsliv som er velregulert, og omsorgsbehov som i sin natur ikke følger arbeidslivets rytmer. Studier av personer i omsorgsklemme viser nettopp hvordan den enkelte utvikler mestringsstrategier der en forsøker å gjøre omsorgsarbeidet fleksibelt. I bunnen ligger et tidskoordineringsproblem, som bare kan dempes ved at deltakelse i arbeid gjøres betinget av hjelpebehovets uforutsigbarhet. Det er dette prinsippet som nyttes når småbarnsforeldre har kvoter med tid til å være hjemme ved barns sykdom og som finnes i tidskontoordningen hvor foreldre kan porsjonere ut sitt fravær fra arbeid ut fra sine ønsker om å være sammen med barnet.

Lovverket har nylig lagt til rette for inntil 10 dagers ubetalt permisjon for å kunne yte omsorg for nære familiemedlemmer. Det er videre indikasjoner på at sykelønnsordningen i en del tilfeller brukes som permisjonsordning for å hjelpe nære familiemedlemmer. Det kan heller ikke sees bort fra at uføre- og AFP-pensjonering rommer en komponent av uttreden av arbeidslivet for bedre å kunne utføre omsorgsoppgaver overfor foreldre. En undersøkelse om sosiale årsaker til sykefravær peker på at det for kvinner ofte er totalbelastningen med lønnsarbeid og store omsorgsbelastninger overfor barn og syke familiemedlemmer, som kan forklare hvorfor de blir sykmeldt (Batt-Rawden og Solheim 2011).

Utvalget mener det er utilfredsstillende at folk må sykmelde seg eller gå av med pensjon for å ivareta krevende omsorgsoppgaver for sine nærmeste. Fleksible og gode permisjonsordninger på heltid eller deltid vil gi større muligheter for å opprettholde yrkesaktivitet og få folk tilbake i jobb etter at omsorgsperioden er over. Norske arbeidsgivere har vist betydelig evne til å ta hensyn til småbarnsforeldres situasjon. I prinsippet bør det ikke være annerledes eller vanskeligere om omsorgsforpliktelsen er overfor en av foreldrene eller en ektefelle. Når det i framtida kan bli mangel både på arbeidskraft og frivillige omsorgsyttere, vil det være i alles interesse å gjøre det mulig å kombinere arbeid og omsorg.

Veiledning

Innenfor psykisk helse, rus- og kriminalitetsomsorg, og for ulike funksjonsnedsettelse og medisinske diagnoser, er det en lang tradisjon for å engasjere, informere og skolere pårørende. Dette gjøres både for at de pårørende selv skal kunne mestre sin egen vanskelige situasjon, og for at de skal kunne spille konstruktivt sammen med det profesjonelle hjelpeapparatet. Slike initiativ har både sitt utspring i sivilsamfunnets selvhjelpstradisjoner og likemannsarbeid, dels er de forankret i faglige vurderinger av den rolle en pårørende kan spille. Som et ledd i Omsorgsplan 2015, bygges det nå ut Pårørendeskoler for pårørende til mennesker med demens.

En ny pårørendepolitikk må etablere sitt eget kunnskapsgrunnlag. Fra et faglig ståsted må det utvikles kunnskap om hvilke funksjoner pårørende kan utføre for best mulig å yte tjenester som er komplementære til de faglige. Fra et pårørendeståsted må det utvikles kunnskap om hvordan rollen som pårørende virker på en selv, og om hvordan denne skal mestres på en best mulig måte. Mye av

denne erfaringsbaserte kunnskapen må bli til og utveksles mellom pårørende og i samspillet mellom pårørende og fagfolk.

Rollen som pårørende er i mange henseender også en forbrukerrolle, der en i praksis opptrer som «advokat» for å sikre tilfredsstillende offentlige tjenestetilbud. Pårørende har også vært den mest sentrale rådgiver for brukeren i beslutninger om kjøp av varer og tjenester. En hensiktsmessig tilrettelegging av omgivelsene krever kunnskap og opplæring, både med hensyn til bolig, hjelpemidler og installasjon/bruk av velferdsteknologi. Det er fullt mulig å utvikle opplærings- og kurstilbud også for slike praktiske gjøremål.

Enten de pårørendes kompetansebehov er forankret i helse- og sosialfaglige eller mer praktiske forhold, er det utvalgets oppfatning at kompetente pårørende må betraktes som en ressurs både for utviklingen av de profesjonelle tjenestene, og for etterspørselssiden i individmarkedet for tilrettelegging av bolig, hjelpemidler og velferdsteknologi. Jo mer innsiktsfulle pårørende, jo strengere blir kravene til tjenesteyting og produkter. Dette er alltid en stimulans for innovasjons- og forbedringsprosesser på tilbudssiden, og det fremmer konkurranse basert på kvalitet og ikke bare pris i markedsbasert produksjon.

Avlastning

For noen vil rollen som pårørende være et fullt-døgns ansvar som kan strekke seg over måneder og av og til flere år. Fra studier av pårørende til mennesker med demens (Ulstein 2010) vet vi at opp mot 50 prosent selv utvikler helseproblemer. En pårørendepolitikk må ha øye for dette, og se på avlastningsordninger som en nødvendig investering slik at pårørende ikke brenner ut og selv blir brukere av andre velferdsstatlige ordninger.

Avlastningsordninger kan være av ulike typer:

Tidsavgrenset tjenestetilbud: Det konvensjonelle er gjerne at det offentlige tilbudet overtar ansvaret for en periode gjennom korttidsopphold i institusjon. Lovverket gir også mulighet til å sette inn avlastningstiltak i hjemmet deler av døgnet eller uken, en mulighet som i for liten grad benyttes. Det gir pårørende fri til å hente seg inn, ta ferie, besøke venner, ivareta personlige behov eller delta i samfunnslivet. Dette betyr i praksis at det offentlige tilbudet overfor en enkeltbruker må differensieres også ut fra hensynet til pårørende. Det kan bety et større tilbud av korttids opphold på institusjon eller et midletidig økt tilbud av hjemmebaserte tjenester.

Frigjøring av tid: Den andre hovedform for avlastning er å skape ordninger for å frigjøre den pårørende fra andre forpliktelser, som oftest deltakelse i arbeidslivet. Ofte er det nettopp kryss-presset som er det utmattende elementet. Løsningen på dette er å gi bedre adgang for pårørende til å differensiere arbeidsmarkedsdeltakelsen etter brukerbehovene.

Arrangerte fellesopplevelser: Det tredje er at det organiseres opplegg hvor pårørende og bruker opplever noe godt sammen, og hvor hensynet til pårørende er like viktig som hensyn til brukeren. Dette kan for eksempel være opplevelsesferier, fortrinnsvis i et varmere klima når den norske vinternatten er på det mørkeste, der det er tilrettelagt med gode tjenester for bruker og mye fritid for pårørende.

Dagens situasjon kjennetegnes av store mangler. Helsetilsynet fant i sin landsomfattende undersøkelse i 2010 at kommunene gjennomgående «ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning», og at saksbehandlingen ved søknader om avlastning var mangelfull (Helsetilsynet 2011).

Spørsmålet om utvikling av avlastningsordninger aksentuerer pårørenderollen som en relasjon til en tredje part. Avlastning er bare mulig ved endret tjenestetilbud fra det offentlige og endrede kontraktvilkår for den pårørende i arbeidsmarkedet.

Verdsetting

Rollen som pårørende gir mening ved å vise omsorg overfor et annet menneske. Samtidig kan det også framstå og oppleves som et offer. I det minste må man ofre egen tid for å kunne utføre konkrete oppgaver for en annen person. I økonomisk språkdrakt er tilbudet av pårørendearbeid en funksjon av motivasjon. Motivasjon, utgår fra et meget komplekst og individuelt sett av internaliserte moralnormer og egennyttevurderinger av det som ofres. Konkret betyr det at tilbudet av pårørendearbeid blir bestemt av styrken i faktorer som trekker i motsatt retning.

Det er få empiriske studier av hva som faktisk får så mange til å stille opp med egen innsats overfor nære familiemedlemmer, eller hvorfor noen ikke gjør det. Fraværet av konkret kunnskap om motivasjonsfaktorer er en utfordring for utvikling av en effektiv pårørendepolitikk, fordi det betyr usikkerhet om hvordan ulike typer av tiltak vil påvirke atferd. Likevel er det utvalgets oppfatning at det er mulig å argumentere for i hvilken retning

konkrete tiltak med stor rimelighet kan forventes å virke – også i framtida.

Trangen til å hjelpe en nærstående slektning med konkrete, basale behov ser ut til å være en universell menneskelig egenskap. Derimot er styrken i denne tilbøyeligheten sterkt påvirket av kultur, moralnormer og den slektskapsmessige relasjon mellom individene, slik det ligger i begrepet «skyldfolk». Jo sterkere pliktnormer, og jo færre slektsledd, jo sterkere er motivasjonen for å stille opp. Dette forklarer det vanlige synspunktet at omfanget av ubetalt omsorgsarbeid krymper jo mer sekularisert samfunnet er.

Utvalget er *ikke* av den oppfatning at moralske ansvarsnormer er i ferd med å dø ut i en slik grad at framtidens omsorgstjenester ikke kan basere seg på innsats fra pårørende. Derimot mener vi den kulturelle forskaling som ansvarsnormer tidligere kunne få fra religiøsitet, kjønnsroller og familielivets hverdagsorganisering må erstattes av en større bevissthet om at viljen til å ta ansvar for sine nærmeste må understøttes av konkrete tiltak for å redusere det offer som den enkelte pårørende opplever. Det er ikke pliktfølelsen som er blitt mindre, det er offeret som er blitt større: Verdien av egen fri tid og egen yrkesdeltakelse og inntekt konkurrerer sterkere med omsorgsforpliktelser. Dette betyr at samfunns moralske pekefinger om å stille opp for sine nærmeste vil falle på steingrunn. Konkrete tiltak for å frigjøre tid og kompensere utgifter vil derimot kunne ha ønsket effekt. Det er ikke holdningene, men mulighetene som er den nøkkelfaktor som må påvirkes. Pårørende stiller opp så mye de kan, og ofte er dette mindre enn det de vil. Pårørendepolitikken må derfor utvide rommet for hva folk kan.

Det er ved synlige, konkrete og praktiske ordninger for å redusere det krysspress som pårørende opplever at storsamfunnet kan uttrykke sin verdsetting og anerkjennelse av det arbeidet pårørende utfører. Dette betyr at statusen som pårørende må defineres, og at rettigheter som kan utløses i kraft av å være pårørende må formaliseres. Likeså må rettigheter motsvares av forpliktelser, og det må være insitamenter til å overholde plikter og mekanismer som hindrer misbruk.

5.7.3 Fem skritt mot en ny pårørendepolitikk

1. Skill mellom ulike omsorgsroller

Ved utredning for vedtak om tildeling av omsorgstjenester og utarbeidelse av individuell plan for en tjenestemottaker, bør avtaler mellom pårørende og tjenestemottaker synliggjøres. For å kunne

håndtere eventuelle rettighetsspørsmål knyttet til pårørende som tar på seg omsorgsoppgaver, finner utvalget det hensiktsmessig å skille mellom tre ulike omsorgssituasjoner der pårørende kommer i ulike roller.

a) Vanlig omsorgsinnsats

Den vanligste situasjonen som de fleste kommer opp i flere ganger i løpet av livet, er at en stiller opp og gir bistand til sine nærmeste, uten at det i nevneverdig grad går ut over arbeid eller inntekt. Dette må betraktes som noe en kan forvente at vi tar på oss ut fra en allmennmenneskelig forpliktelse, som ikke utløser andre rettigheter enn det som nå er nedfelt i arbeidsmiljølovens bestemmelser om inntil 10 dagers omsorgspermisjon hvert kalenderår, for å følge til sykehus, lege eller stille opp i en akutt situasjon.

b) Intens kortvarig omsorgsinnsats

Ved alvorlig sykdom, ulykker, sosialt eller psykisk problem som medfører sterkt redusert funksjonsevne, vil det ofte oppstå behov for at pårørende kan stille opp på kort varsel, både for å følge opp den som er rammet og eventuelt ta seg av barn eller andre som trenger det. Av og til kan dette behovet vare noen uker eller måneder. I dag dekker arbeidsmiljøloven bare at «arbeidstaker som pleier nære pårørende i hjemmet i livets slutfase har rett til permisjon i 60 dager». Utvalget vil foreslå at denne bestemmelsen ikke avgrenses til «livets slutfase», men gjøres gjeldende for andre situasjoner med tilsvarende behov, som grunnlag for å utarbeide en samarbeidsavtale mellom tjenestemottaker, pårørende og omsorgstjenesten.

c) Omfattende langvarig omsorgsinnsats

Når en pårørende i samråd med tjenestemottaker velger å stå i et langvarig og omfattende omsorgsforhold, som medfører inntektstap og sterkt redusert eller ingen yrkesdeltakelse, vil det ofte resultere i at den pårørende selv kan komme i en svært vanskelig situasjon både sosialt, økonomisk og helsemessig. Det er derfor i mange tilfeller behov for å regulere samarbeidet gjennom en omfattende avtale både med tjenestemottaker og offentlig tjenesteyter. For å sikre at den pårørende ikke blir oppsagt fra sin stilling, men beholder sin tilknytning til og vender tilbake til arbeidslivet, bør mulighetene til å få helt eller delvis permisjon utvides betydelig.

En omsorgsavtale kan beskrive hvilke oppgaver den pårørende har tatt på seg, og regulere arbeidsfordelingen mellom partene. Den beskriver samtidig pårørendes rettigheter og det tilbu-

det som skal gis om opplæring og veiledning, utgiftsdekning, økonomiske ytelser og avlastning i eget hjem, dagtilbud eller korttidsopphold i institusjon. Omsorgsavtalene kan inngå som en del av individuell plan og legges til grunn for vedtak.

Når det gjelder omsorgslønn eller andre økonomiske ytelser, mener utvalget at det viktigste er å sikre pårørende mot større inntektstap, når de går inn i omfattende omsorgsoppgaver for sine nærmeste. Utvalget regner med at dette blir nærmere behandlet i Kaasa-utvalget som nylig er nedsett for å utrede dette spørsmålet.

2. Endrede rettigheter i lovgivningen

Permisjonsbestemmelser

Utvalget vil foreslå at bestemmelsen i arbeidsmiljølovens § 12-10 om rett til permisjon i 60 dager for å pleie nære pårørende i hjemmet, ikke avgrenses til «livets slutfase», men gjøres gjeldende for andre situasjoner med tilsvarende behov.

Utvalget ber samtidig regjeringen vurdere å utvide permisjonsbestemmelsene ytterligere, for eksempel til 1 år, for å sikre at pårørende som står i omfattende omsorgsarbeid over lengre tid lettere kan komme tilbake i arbeidslivet.

Rett til opplæring og veiledning

Den kommunale helse- og sosiallovgivningen må ha bestemmelser som sikrer pårørende opplæring og veiledning, og som kan sette slik opplæring som krav for å få økonomiske ytelser.

En felles lovbestemmelse

Utvalget foreslår at alle kommunale tjenester og ytelser til pårørende samles i en og samme lovbestemmelse i den nye helse- og omsorgslovgivningen. På den måten kan det legges enkelt til rette for inngåelse av omsorgsavtaler med pårørende. Ved å knytte omsorgsavtalene til individuell plan, sikres det at avtalen inngås under forutsetning av at det er i tråd med den enkelte tjenestemottakers ønske. I individuell plan inkluderes også andre parters tiltak, for eksempel fra NAV eller pårørendes arbeidsgiver.

3. Sentralt initiativ for å opprette en pårørendeorganisasjon.

En gjennomtenkt integrering av pårørende i det offentlige tjenesteansvaret gjennom rettigheter og plikter, og utforming av økonomiske kompensasjonsordninger, innebærer at det dannes en *intere-*

ressegruppe. Både ut fra hensynet til å mobilisere og ha kompetente pårørende som en viktig aktør på brukersiden, og for å gå opp nye grenseland mellom profesjonelle og «amatører», er det viktig å etablere en kollektiv aktør som kan samhandle og forhandle med den offentlige 'motpart' på ryddige måter.

Rollen som pårørende er belastende, den krever opplæring og kompetanse, og pårørende vil ha en felles interesse i forhandlinger om permisjonsrettigheter og økonomiske kompensasjoner. Det er nærmest et paradoks at Norge ikke er på listen over de land som har pårørendeorganisasjoner tilknyttet den europeiske pårørendeorganisasjonen Eurocareers.

For noen spesifikke funksjonsnedsettelse og diagnoser er pårørende organisert, gjerne som en del av brukerorganisasjonene. Utover dette vil en stor og nødvendig mobilisering av pårørenderesressurser i framtida være knyttet til de aldringsrelaterte omsorgsbehovene. Det betyr at rollen som pårørende ofte er mer midlertidig og tidsavgrenset. Derfor er denne interessen vanskeligere å organisere, noe som taler for at et statlig initiativ er nødvendig.

Et statlig initiativ bør etter utvalgets mening ta form av et initiativ til å etablere en arena og et nettverk for det som i dag er brukerorganisasjoner, for å få disse aktørene til selv å diskutere mulighetene for å få fram en kollektiv pårørendestemme. Hvorvidt dette mest hensiktsmessig skjer ved for eksempel at brukerorganisasjonene selv styrker sitt pårørenderarbeid, om de etablerer en paraplyorganisasjon av de elementer i egen organisasjon som arbeider med pårørendespørsmål eller etablerer en helt ny organisasjon, må være opp til organisasjonene selv å bestemme. Både stat og kommuner vil likevel ha en innvirkning på organisasjons- og samarbeidsmønstre gjennom hvem som får status som forhandlingspart. Staten bør også bidra økonomisk til etableringen.

Det er utvalgets oppfatning at statens makt må nyttes med stor forsiktighet, og hele tiden ha for øye at en pårørendeorganisering skal være pårørendes eget initiativ. Statens rolle bør være å tilskynde til at pårørendeinteresser blir organisert, og holde armlengdes avstand til hvordan de pårørende vil organisere seg for å kunne tale med én stemme overfor myndighetene.

4. Forskning og kunnskapsutvikling

En pårørendepolitikk bør være kunnskapsbasert, slik at pårørendes roller og samhandlingen med

Boks 5.13 Trygghetsnett for pårørende

I Vestfold er det i regi av 12-kommunesamarbeidet (12k Vestfold) bygd opp et eget trygghetsnett for pårørende til kronisk syke hjemmeboende med hjelpebehov. Ved hjelp av webkamera/PC knyttes pårørende sammen i nettverk, der de samtidig får tilgang til en rekke tilpassede lærings- og opplæringsprogrammer. Via webkameraet kan pårørende kontakte andre familier som også er tilknyttet, eller kontakte «basen» ved servicekontoret i kommunen. Se <http://www.trygghetsnett.no/>

det profesjonelle apparat blir konstruktiv og ressursøkonomisk effektiv. Videre er det stort behov for ny kunnskap om de motiverende og belastende sider ved rollen som pårørende, slik at det kan husholdes godt med den ressurs de pårørende er. Hva får pårørende til å ville ta en forpliktende omsorgsoppgave, og hva må til for at de ikke sliter seg ut?

Det er viktig å utforme rettigheter til permisjon og økonomisk kompensasjon på måter som motiverer for tilbakevending til arbeidslivet etter at pårørendeoppgaven er gjort. Dette betyr at det er viktig også med kunnskap om hvordan pensjoneringsbeslutninger fattes, og hvilken rolle ens nærmestes velferd spiller i denne sammenheng.

Kunnskapsutvikling er også å spre kunnskap, både ved at pårørende i samme situasjon danner nettverk for flyt av kunnskap og erfaringer, og ved innhold i opplæringspakker og pårørendeskoler. Se for øvrig kapittel 8.

5. Tjenesteutvikling – med et oppdrag for pårørende

Velferdsteknologien vil, om den tas i bruk i sitt fulle potensial, øke mulighetene for at pårørende kan spille flere, og mer konstruktive roller i utvikling av tjenesteytingen overfor den enkelte. Ny teknologi og bedre tilrettelagte boliger vil i mange tilfeller bety at oppgaver som i dag må gjøres av fagfolk, helt eller delvis kan utføres av pårørende.

Dette kan være en utfordring for fagprofesjonene, fra to kanter: For det første har de ofte tradisjonelle forestillinger om sin egen uunnværlighet, for det annet kan det bli en spenning hvor brukere og pårørende vil ønske å utføre oppgaver som pro-

fesjoner ser som sitt domene. Særlig kan dette aksentueres om det for kommunen i tillegg kan bli billigere å la pårørende utføre oppgaver enn å benytte egne ansatte.

Utvalget er av den oppfatning at personellbehovene i framtida vil bli så store at det i praksis vil være arbeid nok til alle. Eventuelle spenninger kan også tenkes avgjort ved at det er brukeren selv som avgjør om han/hun vil motta tjenestene fra kommunen eller den pårørende. En slik mulighet vil i så fall bety en de facto utfordringsrett for pårørende overfor kommunen. Dersom en allianse mellom bruker og pårørende har en klar formening om hvilke tjenester pårørende kan utføre til eksplisitt erstatning for et kommunalt tilbud, aktualiseres spørsmålet om ikke pårørende da bør kunne fremme et legitimt krav overfor kommunen om å få sin andel av kommunens alternativkostnad.

I det perspektiv at brukere skal ha mest mulig makt over sin egen situasjon, kan det argumenteres for at lovverket bør kunne åpne mer for en slik utfordringsrett. I den grad dette gjøres, bør det i så fall begrenses av et sett med relativt strenge vilkår: Både til pårørendes kompetanse, til sikkerhet for at brukeren får et faglig forsvarlig tilbud som er minst like godt som alternativet, og at det er mekanismer som hindrer strategisk bruk. Man må aldri bli blind for at pårørende kan ha stor makt over brukere, og at pårørende kan artikulere egeninteresser i brukerens navn.

Den store utfordringen framover blir neppe at bruker-/pårørendesiden blir så sterk at den fortrenger de profesjonelle. Den store utfordringen blir å utvikle den profesjonelle yrkesutøvelsen slik at samarbeid med og arbeidsledelse av brukere og pårørende blir en naturlig og integrert del av den profesjonelles utøvelse av sitt fag. I fagutviklingsarbeid og utdanninger bør dette perspektivet få en viktigere plass enn i dag.

5.8 «I de tusen hjem»

De offentlige omsorgstjenestene må organisere seg inn mot – og ikke ut av familie og nærmiljø. Om disse ressursene skal spille på lag, må omsorgstjenesten ut og møte brukerne og deres nettverk. Derfor er nærhet en avgjørende faktor. Omsorgstjenesten må være en integrert del av lokalsamfunnet og ikke flyttes vekk fra de sammenhenger der den profesjonelle og uformelle omsorgen fortsatt kan spille sammen.

Boks 5.14 Ti veiledende prinsipper for omsorgsytere

EUROCARERS eller European Association Working for Carers, har 54 medlemsorganisasjoner i 25 europeiske land, og bygger sin virksomhet på ti prinsipper som skal bidra til å styrke posisjonen til frivillige omsorgsytere:

Prinsipp 1: Anerkjennelse

Omsorgsytere må få anerkjennelse for den viktige jobben de gjør for den kommunale omsorgstjenesten, og denne anerkjennelsen må reflekteres i alle tiltak som har betydning for omsorgsyterne.

Prinsipp 2: Sosial Inkludering

Omsorgsytere har rett til å ha et sosialt liv.

Prinsipp 3: Like muligheter

Omsorgsytere må, på lik linje med andre, ha mulighet til å gjøre valg i alle livets anliggender.

Prinsipp 4. Valg

Mennesker må ha frihet til å velge om de vil være omsorgsytere og i hvilket omfang de vil være involvert, og omsorgsmottakere må ha rett til å velge hvem de vil ha som omsorgsytere.

Prinsipp 5: Informasjon

Omsorgsytere må ha lett tilgang til nødvendig informasjon, bistand, opplæring, råd og veiledning – tilpasset omsorgsyters kompetansenivå.

Prinsipp 6: Støtte

Omsorgsytere har behov for økonomisk, praktisk og emosjonell støtte i sin rolle som

omsorgsyter, og lett tilgang til nødvendig offentlig omsorg på forsvarlig nivå.

Prinsipp 7: Fritid

Omsorgsytere må ha mulighet til å ta seg fri. Derfor må adekvat hjelp, for eksempel avlastning, som er akseptabel for både omsorgsyter og omsorgsmottaker, være tilgjengelig og tilpasset omsorgsyters behov.

Prinsipp 8: Omsorgsoppgavene må kunne kombineres med lønnet arbeid

Omsorgsytere må ha mulighet til å kombinere omsorgsoppgaver med lønnet arbeid. Dette forutsetter en arbeidsmarkedspolitikk hvor det er aksept for at omsorg av og til også må utøves i arbeidstiden, og at det er etablert ordninger som gjør dette mulig.

Prinsipp 9: Helsefremmende og forebyggende arbeid

Omsorgsyternes egen helse må ivaretas.

Prinsipp 10: Økonomisk sikkerhet

For å forhindre at omsorgsytere blir økonomisk skadelidende som følge av at de påtar seg omsorgsoppgaver, må de være omfattet av trygdeordninger som sikrer dem rettigheter i forhold til inntektsbortfall, ulykke og alderspensjon.

Kilde: www.eurocarers.org (vår oversettelse)

5.8.1 Sterkere satsing på hjemmebasert omsorg

Det er først og fremst hjemmetjenestene som er organisert slik at de er i daglig samspill med familie og nettverk. Det er hjemmetjenestenes store fortrinn at de er ute i de tusen hjem, og samarbeider med den enkelte i deres sosiale og materielle omgivelser. Der er det de som kommer til bruke-

ren og deres familie og nettverk, og ikke brukerne og deres pårørende som må komme til dem.

Studier viser at pårørende tar mer aktivt del i omsorgsarbeid i omsorgsboliger enn i sykehjem og institusjonstilbud (Bogen og Høyland 2006), og at nye boligløsninger gir flere muligheter og er bedre tilrettelagt for samarbeid mellom kommunale tjenester og sosialt nettverk.

Det er utvalgets vurdering at det fortsatt er et stort gap mellom det tjenestetilbudet som gis i eget hjem og det som tilbys i institusjon, spesielt for de eldste aldersgruppene. Dette ble også understreket i Helsetilsynsundersøkelsen 2003, som viste at:

«De som bor i egen opprinnelig bolig og er totalt og sterkt hjelpeavhengige, får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger» (Helsetilsynet 2003).

En undersøkelse gjort i Trondheim kommune viste at det var svært store forskjeller i ressursbruk før og etter innleggelse i sykehjem (Døhl 2011). 800 av 1100 tjenestemottakere mottok mindre enn 5 timer hjemmetjenester pr uke på det tidspunktet de ble innlagt på sykehjem. I sykehjemmet var ressursbruken pr beboer 30 timer eller 6 ganger så høy. Bare noen få mottok like mye eller mer ressurser hjemme på innleggelsestidspunktet. Dette illustrerer at det fortsatt er mye å hente på å bygge ut hjemmetjenestene, slik at gapet mellom det kommunene bruker av ressurser på å gi et tilbud i hjemmet og kostnadene ved et institusjonsopphold blir utlignet.

En sykehjemsplass har i dag en brutto kostnad på nærmere kr 900.000 pr år. Det er mye en kan gjøre for en som bor hjemme for et slikt beløp, likevel har svært få et tjenestetilbud på dette nivå i eget hjem. Derfor ligger det et stort potensial i en enda sterkere satsing på utbygging av hjemmetjenester og dagtilbud. Med en bedre disponering av de samlede ressursene, er det mer et organisatorisk enn et økonomisk problem å sikre den enkelte tjenestemottakers rett til å motta tjenestetilbudet i eget hjem.

Dette gir også grunnlag for en videreutvikling av samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten, og den frivillige og familiebaserte omsorgen. I møte med framtidens store omsorgsutfordringer, vil det være av avgjørende betydning at dette samspillet finner nye og moderne former tilpasset kravene om likestilling og høy yrkesaktivitet i befolkningen.

5.8.2 Trygghetsplasser

Flere kommuner har innført såkalte trygghetsplasser. Der kan folk uten mer byråkrati, søknadsbehandling og behovsvurdering selv kan legge seg inn på dagen for korttidsopphold, for eksempel fordi en er blitt syk, har fått alvorlig influensa

Boks 5.15 Trygghetsavdeling

Trygghetsavdelingen i Bærum har 13 trygghetsplasser og tilbyr et opphold på inntil 14 dager. Avdelingen er et tilbud til eldre som bor i eget hjem og klarer seg i hverdagen, men som av ulike grunner opplever «her og nå»-situasjonen som vanskelig.

Kilde: Se baerum.kommune.no

eller fordi ektefelle eller andre som vanligvis er til stede, er bortreist for kortere tid.

Avtale om å kunne benytte en trygghetsplass bør også kunne fungere som avlastningstilbud, og gi trygghet for at hvis det oppstår en akutt situasjon for en pårørende, er det mulig å få en løsning på kort varsel.

Utvalget ser på trygghetsplassene som et tilbud som gjør at den enkelte kan føle seg trygg hjemme lenger, og foreslår at ordningen med trygghetsplasser innføres i alle kommuner.

5.8.3 Åpne sykehjem

Ved sykehjemmet er det familie og pårørende som må banke på sykehjemmets dør og inviteres inn. Det er ikke tjenesten som kommer til dem. For mange oppleves denne terskelen høy, og gjør at det er vanskelig både å ta seg inn og ta seg til rette for å finne meningsfulle aktiviteter og samvær.

Utvalget ønsker å fjerne barrierer og legge forholdene bedre til rette i sykehjemmene, slik at familie både føler seg hjemme og kan ta del i meningsfulle aktiviteter og samvær med beboerne. Samtidig ønsker utvalget at sykehjemmene i større grad åpner sine lokaler og serveringssteder for lokalsamfunnet og blir brukt som arena for sosiale og kulturelle aktiviteter.

Åpne for familie og pårørende

Det er fullt mulig å legge forholdene bedre til rette i sykehjemmene, både bygningsmessig og organisatorisk, for å understøtte aktiv deltakelse fra pårørende og frivillige i større grad enn det som skjer i dag.

En tydeligere bygningsmessig markering av grensene mellom hva som er beboernes eget privat-areal, hva som er deres fellesareal og hva som er personalets domene, vil gjøre det enklere for familie og venner å slippe til. I en studie av «sykehjemmet som hjem» blir det som en av hovedkonklusjonene

pekt på hvor viktig det er å klargjøre grensene mellom det private og det offentlige, og sikre beboerne større grad av privatliv (Hauge 2004).

Dersom det i privatarealet er en egen kjøkkenkrok, vil familie og venner på egenhånd kunne stelle i stand måltider, lage kaffe og hygge uavhengig av sykehjemmets serveringsrutiner. Sykehjemmet bør ha muligheter for overnatting. Ved langtidsopphold, bør det legges til rette for at ektefeller/partnere som ønsker det, fortsatt kan bo sammen, selv om bare den ene er sykehjemspasient.

Skal en lykkes med en slik åpen dør, må sykehjemmet gå aktivt ut og invitere familie og pårørende inn, og se på dem som en ressurs. Pårørende kan i mange tilfeller bistå under måltider og mating, ha tilsyn med og sørge for at deres familiemedlem får hyggelig selskap og kommer ut i frisk luft. De kan lese for, stå for eller bidra til sosiale og kulturelle aktiviteter. De kjenner hverandre, og kan også bidra til å føre videre de kulturelle og livssynsmessige tradisjonene den enkelte har stått i.

Helgene er de dagene i uken som er vanskeligst å få dekket opp i den ordinære arbeidsturnus, og er en hovedårsak til mange av de små stillingsbrøkene i sykehjem og heldøgns hjemmetjenester. Ved nesten alle sykehjem og institusjoner er det lavest bemanning i helgene, og ofte består bemanningen også delvis av personell uten relevant utdanning og med liten erfaring. Helgene er samtidig de dagene i uken familie og venner ikke er i arbeid, og kan ha størst mulighet til å stille opp for sine. Mange steder gjør de også det, og sørger for bistand ved måltider, turer ut i frisk luft, ulike aktiviteter eller bare rett og slett godt selskap.

Dette krever imidlertid at samarbeidet organiseres mer åpent og avtales konkret. Familie og nettverk kan inviteres aktivt til slik deltakelse og gis konkrete oppgaver i samråd med den enkelte. Forholdene bør ligge godt til rette for å konsentrere slik frivillig innsats i helgene. På den måten kan en forsterke tilbudet på de tidspunkter i uka det er vanskeligst å få dekket turnusen, og samtidig enklest for familie og sosialt nettverk å stille opp.

Åpne for lokalsamfunnet

Mange sykehjem er bevisst den viktige rollen de kan ha i eget lokalsamfunn som:

- spisested og selskapslokale
- lokal arena for kunst og kulturaktiviteter
- møteplass mellom generasjonene
- dagaktivitetstilbud og seniorsenter

På denne måten kan den offentlige delen av sykehjemmet fungere som et lokalt velferdssenter. En av nøklene til å få til et slikt åpent, levende og pulserende sykehjem, er å organisere det frivillige arbeidet, både med beboernes familie, sosiale nettverk og frivillige medarbeidere og opp mot det lokale kulturliv. Sang- og musikkliiv, foreninger og organisasjoner kan legge sine møter og øvelser til sykehjemmets lokaler, slik det inviteres til ved Gimle sykehjem på Vestre Toten. Barnehager og skoler kan trekkes inn i kultur- og aktivitetsprosjekter der generasjonene møtes, slik de bl a gjør ved Øyane sykehjem i Stavanger eller ved Sør-Tromsøya sykehjem i Tromsø. I Tysvær kommune har de til og med samme inngang til kulturhus, kino, idrettsanlegg og et sykehjem, som de har valgt å kalle aktivitets- og omsorgssenter.

Dette krever imidlertid at sykehjemmet har noen som aktivt inviterer til frivillig innsats, som gjør avtaler og følger opp, og som kan gi veiledning og opplæring der det trengs. Ved å åpne dørene på denne måten vil både sykehjemmet, de ansatte og beboerne få mangfold igjen for en slik investering. Det kommer imidlertid ikke av seg selv. Det må kontinuerlig koordineres og vedlikeholdes.

5.8.4 Nettverksarbeidere – en ny yrkesgruppe

Hvordan samarbeidet mellom familie, frivillige og offentlig omsorg utvikler seg, vil ha avgjørende betydning for framtidas omsorgstjenestetilbud. De som organiserer frivillige og som arbeider med pårørende, understreker at dette samspillet ikke skjer av seg selv, men krever nitidig arbeid og systematisk oppfølging. Det er ikke slik at det sivile samfunn automatisk trer inn om det blir knapphet på offentlige tilbud. Det er heller slik at den offentlige og uformelle omsorgen forsterker hverandre når samspillet mellom dem fungerer og er godt organisert.

For å styrke og utvikle dette samspillet med den enkeltes familie og sosiale nettverk, ser utvalget behov for egne stillinger både ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten for fagpersonell som har til oppgave å;

- rekruttere
- organisere
- koordinere
- lære opp
- motivere og
- veilede

frivillige, familie og sosialt nettverk, og utvikle dette til et fag. Mye taler for å gjøre nettverksar-

Boks 5.16 Ammerud bo- og kultursenter

I 40 år har Kirkens Bymisjons sykehjem på Ammerud vært et møtested mellom generasjoner, kulturer og mennesker i bydelen Grorud i Oslo, med et utradisjonelt og spennende kultur-, nærmiljø- og frivilligarbeid.

Ammerudhjemmet ønsker å være kultursenter for hele nærmiljøet, og har påtatt seg hovedansvaret for de lokale bydelsdagene, inkludert de årlige «Ammeruddagene». Kultursenteret er Ammeruds «storstue» med ukentlige kulturarrangementer for bydelen. Her er «Cafe 19», kiosk, bibliotek, svømmebasseng, frisør og fotpleie som alle kan benytte. Her opptrer lokale amatører og profesjonelle kunstnere, her er det dansefester, konserter, hyggekvelder, filmkvelder og flerkulturelle arrangementer med internasjonal mat og underholdning. Kultursenteret tilbyr et kulturfellesskap for de som bor på Ammerud, og på den måten får også de gamle som bor på Ammerudhjemmet muligheten til å bli en del av nærmiljøet på en naturlig måte.

Ammerudhjemmet har ellers et nært samarbeid med arbeidsmarkedsbedriften Unikum AS om å tilby arbeidstrening. Det er ansatt egen Kultur- og nærmiljøleder med ansvar for å planlegge og koordinere kulturaktivitetene, som i stor grad drives av innsamlede midler og frivillig innsats. De har i dag 70 frivillige medarbeidere og var det første sykehjemmet i Norge som ansatte egen frivilligleder, med ansvar for å rekruttere, skolere og følge opp frivillige.

Kilde: Se www.bymisjon.no/

beideren til den nye yrkesgruppen i framtidens omsorgstjeneste, og legge til rette for et utdanningsløp for helse- og sosialarbeidere og kulturarbeidere med nettverksarbeid som metode.

5.9 Samhandlingsreform II – Næromsorg

Utvalget har valgt å spissformulere utfordringen for omsorgstjenestene i begrepet 'Den andre samhandlingsreformen'. Dette er gjort for å få fram hvordan gode, samfunnsøkonomisk bærekraftige

omsorgstjenester må baseres på reform og innovasjon langs to like viktige dimensjoner.

I den første samhandlingsreformen har Stortinget lagt en strategi for en mer økonomisk og faglig fornuftig bruk av de samlede offentlige utgiftene til helse- og omsorgstjenester sett under ett. Denne 'første' samhandlingsreformen dreier seg om å *bruke ressursene bedre*. Dette er en nødvendig, men langt fra tilstrekkelig forutsetning for gode omsorgstjenester i framtida. Derfor trengs den andre samhandlingsreformen, for å *mobilisere mer ressurser* inn i den økonomiske og sosiale verdiskapningen som trengs for at alle med hjelpebehov skal oppleve en god og trygg hverdag. Den første samhandlingsreformen dreier seg om å utnytte de medisinske og behandlingsfaglige ressursene så godt som mulig. Den andre samhandlingsreformen dreier seg om å utnytte de sosiale og menneskelige ressursene som er i befolkning og samfunn som helhet.

Kjernen i den andre samhandlingsreformen er mobilisering av kapasitet – gjennom innovasjon: Det er et rom mellom det lovregulerte og profesjonaliserte kommunale ansvaret for tjenestene, og hvordan vi som enkeltmennesker, familie, sosiale nettverk, frivillig organisering, sosialt entreprenørskap og nærsamfunn strir med å håndtere store og små funksjonsvansker. Dette rommet mellom velferdsstat og sivilsamfunn er ikke tomt. Halvparten av alle omsorgstjenester blir fortsatt utført som ubetalt arbeid. Men forholdet mellom offentlig og privat omsorgsyting er preget av førti år med kontinuerlig ekspansjon av de offentlige omsorgstjenestene, og langs en vei preget av ansvarsovertagelse, profesjonalisering, organisatorisk formalisering og medikalisering. Samfunnet vil ikke makte å besvare framtidens omsorgsutfordringer ved bare å videreføre dette. Men det er heller ingen opsjon å snu: Det er ingen vei tilbake til at flere igjen skal utføre mer ubetalt omsorgsarbeid innenfor privatlivets sfære.

Derfor er det i mellomrommet at den nye må vokse fram – i en ny samhandling mellom det kommunale ansvaret for tjenestene og nye, innovative måter å håndtere hjelpebehov på. Dette vil være måter som aktiviserer individers evne til selv å mestre egne levekårsutfordringer – ikke fordi dette kan være billigere, men fordi det er det vi som individer og fellesskap ønsker: Kontroll over egen tilværelse i alle livets faser og tilstander.

Samfunnet vil måtte bruke mer ressurser på omsorgstjenester i framtida. Slik den første samhandlingsreformen er tenkt vokst fram ved å kanalisere en større andel av veksten i helse- og omsorg til det kommunale nivået, ser utvalget for

seg at veksten i omsorgstjenester i lokalsamfunnet kanaliseres gjennom en økende integrering av sivilsamfunnsressurser i den samlede tjenesteytingen. I dag går en av tjue kroner denne veien. Utvalget ser for seg at denne andel bør økes til en

firedel for at omsorgssektoren skal kunne løse sitt samfunnsoppdrag når de store etterkrigskullene trenger fellesskapets hjelp til å håndtere sine tjenestebehov.

Kapittel 6

Nye rom

«Først former vi husene.
Så former husene oss.»

Kinesisk ordtak

De fleste boliger og institusjoner vi skal bo og motta helse- og sosialtjenester i de neste tiårene, er allerede bygd. Dette gjelder først og fremst den ordinære boligmassen av eneboliger, rekkehus og leiligheter, som i Norge i svært stor grad eies og disponeres av de som bor i dem. Dernest gjelder det også over 40.000 alders- og sykehjemsplasser og nesten 50.000 boliger til omsorgsformål, som i hovedsak eies og leies ut av kommunene.

Det investeres store beløp til utbedring og nybygging hvert eneste år, og boligmassen er under kontinuerlig endring og utvikling. Det er viktig at disse endringene skjer som følge av en bevisst planstrategi som tar hensyn til framtidens befolkningsutvikling og nye generasjoners behov. Det som bygges i dag vil prege innhold og organisering i omsorgssektoren i lang tid framover.

De ordinære boligene

Utvalget har på bakgrunn av dette først valgt å rette blikket mot eksisterende boliger og omgivelser, og reiser spørsmålet om virkemidlene i boligpolitikken i større grad må fokusere på ombygging og fornyelse av de boliger og institusjoner som allerede står der. Med de utfordringer samfunnet står overfor på helse- og sosialområdet, vil det være av svært stor betydning å tiltrettelegge boliger og fjerne barrierer i omgivelsene slik at de kan fungere gjennom hele livsløpet.

Endrede levekår har ført til økt levealder og sterk vekst i antall eldre. Det skal vi glede oss over og planlegge for. Framtidens seniorgenerasjoner vil ikke trekke seg tilbake, men ønske å delta aktivt både i samfunnsliv, kulturliv og noen også i arbeidsliv. En viktig del av planleggingen av morgendagens samfunn vil derfor handle om å gjøre boliger og omgivelser gode å bli gamle i. Ingen samfunn har tidligere i historien hatt en slik alderssammensetning i befolkningen. Denne

utviklingen bør derfor invitere til innovasjon, utfordre til å tenke nytt og skape nye løsninger.

Dette er ikke bare en utfordring for politiske beslutningstakere. Det er like mye en oppfordring til folk flest om å ta ansvar og planlegge sin bosituasjon slik at den imøtekommer behovene i livets ulike faser. Det offentlige må gjennom bevisst planarbeid unngå å skape omgivelser som bidrar til inaktivitet og segregering på grunn av alder eller funksjonsnedsettelse. De fysiske omgivelsenes utforming må betraktes som et viktig strategisk virkemiddel for å nå målene om deltagelse, egenmestring, rekreasjon og sosiale møter.

Utvalget ønsker å bidra til at folk selv tar ansvar for å tilrettelegge bolig til egen alderdom. Dette har folk selv gjort i andre faser av livet. Utvalget foreslår en rådgivningstjeneste for boligtilpasning, et system for klassifisering av boliger med utgangspunkt i kravene til universell utforming og økonomiske stimuleringsiltak for å bedre tilgjengeligheten i eksisterende boligmasse. På bakgrunn av den demografiske utviklingen mener utvalget at kommunene må ha spesielt fokus på omsorgsfeltet i forbindelse med utarbeidelsen av kommunale planer for arealdisponering og områdeutvikling.

Nye boligløsninger til omsorgsformål

Halvparten av landets omsorgsboliger og sykehjem ble enten nybygd eller totalrenovert under Handlingsplan for eldreomsorgen i perioden 1998-2007. Utvalget er derfor opptatt av at den andre halvparten av de 90.000 institusjonsplassene og boligene nå snart er moden for fornyelse og utskifting. Dette bør skje de nærmeste 10 årene, slik at en har gjort seg ferdig med opprusting av den gamle bygningsmassen i god tid før den forventede behovsveksten setter inn fra 2025. I praksis betyr det at planleggingen må startes nå.

En slik fornyelse gir store muligheter for å skape nye omgivelser både for de som trenger et tjenestetilbud og for de som skal stå for utøvelsen av framtidens omsorgstjenester. Utvalget vil anbe-

fale kommuner, fagmiljøer og næringsliv å se på dette «ombyggingsprosjektet som en utfordring til innovasjon. Nye løsninger må utvikles, løsninger som både er tilpasset framtidige generasjoners preferanser og morgendagens lokalsamfunn.

6.1 Bolig og livsløp

6.1.1 Planlegging i livsløpsperspektiv

Livet består av ulike faser og overganger som har betydning for menneskers livsløp. Begrepet livsløp blir ofte brukt for å beskrive individenes sosiale livsbaner og livets mange overgangsfaser, for eksempel fra barn til ungdom, fra ungdom til voksen og fra voksen til gammel. Overgangen til voksen alder er krevende for mange, fordi det innenfor en forholdsvis kort periode skjer mange endringer som vil få betydning for framtida for den enkelte og familiens videre livsløp. Samspelet mellom individ og samfunn er sentralt i menneskers livsløp.

For offentlig planlegging innebærer det å ha forståelse for at menneskers liv består av ulike faser og overganger som påvirker behov og muligheter. Planlegging i livsløpsperspektiv fordrer samhandling på tvers av sektorer og mellom mennesker med ulik faglig bakgrunn og kompetanse. Befolkningens behov endrer seg i takt med livets faser, men også som følge av den tida vi lever i, og hvor vi befinner oss. Livsløpsperspektivet i samfunnsvitenskapen fokuserer på kompleksiteten i samspelet mellom samfunnsutvikling og individuell utvikling og retning i folks liv, og hvordan alle enkeltelementene i livet til sammen skaper helhetlige livsløp. Livsløpet må forstås i relasjon til tid og sted, og at dette sammen med livets ulike faser eller livsbaner, utgjør sammenvevde livsløp (Frønes m fl 1997). Helhetlig planlegging, basert på tverrsektorielt samarbeid, skal tilrettelegge for menneskers vekslende behov gjennom livets ulike faser, bidra til å skape trivsel og livskvalitet, og legge grunnlaget for bedre og mer rasjonell ressursutnytting.

6.1.2 Universell utforming

Begrepet livsløpsstandard og livsløpsbolig ble lansert på begynnelsen av 80-tallet blant annet av Norges Handikapforbund. Det var et mål at boliger med livsløpsstandard skulle være det normale. Husbanken innførte fra 1982 spesielle låneordninger for boliger som kunne dokumentere tilgjengelighet i overensstemmelse med kravene til

livsløpsstandard. Disse kravene var delt inn i tre nivå:

- Tilgjengelighet innvendig
- Tilgjengelighet utvendig og til boligens inngangsdør
- Heis i lavblokker

På 1980-tallet ble det satset på boliger med livsløpsstandard. Andelen slike boliger økte fram til begynnelsen av 1990-tallet. Utover nittitallet ble stimuleringsordningene redusert og andelen nybygg med livsløpsstandard sank. Målet om å øke andelen boliger som sikret tilgjengelighet ved funksjonshemming ble tydeliggjort i boligmeldinga for nittiårene, som et spesifikt boligpolitisk mål (Brevik 2011).

På slutten av 1990-tallet kom et nytt begrep: universell utforming. Universell utforming favner om et større spekter av spesifiserte krav og førte til at begrepet livsløpsstandard kom litt i bakgrunnen. Begrepet omhandler også en metodisk tilnærming som innebærer å se og forstå mangfoldet av befolkningens behov og legge dette til grunn for design og planlegging. Norske myndigheter besluttet å satse på universell utforming og lanserte målet om et universelt utformet samfunn innen utgangen av 2025 (Barne- og likestillingsdepartementet 2009).

Over lang tid har det vært arbeidet systematisk med å etablere ordninger som skal sikre universell utforming i all planlegging og utbygging av boliger, nærområder, utearealer, veier og transportsystemer, offentlig og private bygg (St meld nr 25 (2005-2006)). Den nye Plan- og bygningsloven setter sammen med Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, strengere krav til virksomheter, byggverk og uteområder i forhold til universell utforming og tilgjengelighet for alle.

Universell utforming bygger på prinsippet om at alle mennesker, så langt det lar seg gjøre, skal ha like muligheter til å benytte seg av produkter, bygg og uteområder. Målet er å fjerne funksjonshemmende barrierer og gjøre samfunnets fysiske utforming tilpasset og tilgjengelig for alle innbyggere. Dette vil gi større trygghet og frihet for den enkelte, gjøre flere mennesker mer selvhjulpne og redusere behovet for assistanse fra andre. Utfordringen ligger i implementering av god praksis i langsiktig planarbeid på alle samfunnsnivå.

Forskning viser at livsløpsstandard og boliger uten terskler og kanter er nødvendige, men ikke tilstrekkelige virkemidler for at folk skal kunne bo hjemme i egen bolig. Også faktorer som opplevelse av trygghet, mulighet for å nå service, nærhet til tjenesteapparatet og mulighet for å ivareta

sosiale nettverk er viktig for et godt hverdagsliv (Wågø and Høyland 2009). Dette er faktorer som indirekte påvirkes av utforming av bolig og nærmiljø. Lokalisering av velferdssenter og ulike botilbud må derfor i enda større grad inngå i et helhetlig nærmiljø og som et ledd i en knutepunktutvikling i de ulike bydeler/lokalsamfunn. Utviklingen av velferdssenter og botilbud for de som trenger assistanse må derfor ses i sammenheng med andre områdeplaner. Dette fordrer at omsorgsfeltet i langt større grad settes på dagsorden som tema for tværfaglig kommuneplanlegging og arealplanlegging.

6.2 Politikk for den eksisterende boligmasse

De fleste boliger folk skal bo i de neste tiårene, er allerede bygd. Utvalget har derfor kommet til at det boligpolitiske fokus, med utgangspunkt i omsorgssektorens behov, i enda større grad må handle om en bevisst politikk og virkemiddelutforming for de boligene framtidens brukere av omsorgstjenester allerede bor i. Det er nødvendig å endre fokus og virkemiddelbruk fra bygging av nye omsorgsboliger og institusjonsplasser til hvordan eksisterende boliger og omgivelser kan moderniseres og ombygges for å tilpasses framtidens behov.

I de kommende 10-20 årene vil et økende antall eldre få behov for ombygging eller tilpassning av eksisterende bolig. Tross politisk gjennomslag for innføring av krav til universell utforming i nybygg, står vi overfor store utfordringer med tanke på den eksisterende boligmasse, for eksempel i etterkrigstidens blokkbebyggelse. Undersøkelser viser at om lag 80 prosent av norske boliger verken tilfredsstillt kravene til universell utforming eller livsløpsstandard (Gulbrandsen 1999). Antall hjemmeboende eldre med ulike former for funksjonssvekkelse vil øke i årene som kommer. For eldre mennesker og andre med nedsatt syn eller førlighet utgjør fall i boligen en betydelig ulykkesrisiko. Fallulykker er ofte forårsaket av hindringer som dørterskler, trapper, nivåforskjeller og løse gjenstander i kombinasjon med dårlig belysning. Alt dette er latente ulykkesfaktorer som kan elimineres med forholdsvis enkle grep.

Som følge av økningen i antall hjemmeboende eldre, er det grunn til å anta at vi vil få en økning i antall eldre som vil oppleve boligen som upraktisk

Boks 6.1 Prosjekt boligtilpassning

Prosjekt boligtilpassning er et samarbeidsprosjekt mellom Husbanken, Hjelpemiddelsentralen og kommuner fra Hordaland og Sør-Trøndelag. Prosjektets formål var å bidra til mer hensiktsmessige boligløsninger for personer med tilgjengelighetsproblemer i egen bolig. For å få dette til ble det etablert nye organisasjons- og samhandlingsmodeller for utprøving av virkemidler i Husbanken og folketrygden. Kommunene fikk rådgivning fra Husbanken og Hjelpemiddelsentralen, og kommunene hadde ansvar for veiledning overfor brukerne. Samordningen av boligrådgivningsfunksjonen i prøvekommunene blir betraktet som vellykket, og anbefales også overfor andre kommuner (Statskonsult 2006).

og uegnet når helsa svikter. Skal de bli boende, vil de ha behov for å utbedre og oppgradere boligen. Mange boligeiere vil trenge hjelp til planlegging og prosjektering av en slik oppgradering. For å sikre at planlegging, prosjektering og utbedring blir gjort forskriftsmessig og at utbedringen ivaretar brukerens behov, vil det være hensiktsmessig med en gjennomgang av boligen, med kartlegging av hva som må utbedres for at boligen skal bli mer funksjonell og livsløpsvennlig.

6.2.1 Rådgivningstjeneste for boligtilpassning

En hensiktsmessig ombygging slik at ens egen bolig er tilpasset redusert funksjonsevne, krever kunnskap og råd. Utvalget ser for seg at det etableres en rådgivningstjeneste som kan tilby gjennomgang av boligen før man går i gang med utbedringer. Denne tjenesten må ivaretas av fagfolk som har byggeteknisk kompetanse og kunnskap om universell utforming og økt tilgjengelighet. Utvalget foreslår at denne tjenesten forankres i kommunens plan- og bygningsetat, bygg- og eiendomsavdeling, teknisk etat eller den etaten som administrerer Husbankens låne-, tilskudds- og bostøtteordninger. Tjenesten bør bygge på erfaringene fra «prosjekt boligtilpassning» (se ovenfor), og basere seg på samarbeid mellom kommunen, Husbanken og Hjelpemiddelsentralen.

6.2.2 System for klassifisering av boliger og boområder

Utvalget foreslår at det innføres en ordning med klassifisering av boliger og boområder, først og fremst med sikte på å bedre tilgjengeligheten i eksisterende boligmasse. Utvalget forutsetter at kravet om universell utforming blir lagt til grunn for arbeidsbygninger, byggverk for publikum og omgivelser i tråd med bestemmelsene i plan- og bygningsloven, og at nye boliger blir prosjektert og bygd slik at de er tilgjengelige for folk flest.

Utvalget er imidlertid opptatt av å stimulere til en oppgradering av tilgjengeligheten i de boliger som allerede er bygd. Mange boliger ligger slik til eller er bygd på en slik måte at det er vanskelig å finne helt optimale løsninger innenfor økonomiske rammer som er akseptable for den enkelte. Utvalget ønsker derfor å ta initiativet til en klassifisering av tilgjengelighet i bolig, som kan graderes etter en skala ut fra de til enhver tid gjeldende definisjoner i Norsk Standard (NS 11001-2:2009):

1. Universelt utformet bolig
2. Livsløpsbolig
3. Bolig forberedt for universell utforming

Norsk Standards definisjon av ulik grad av tilgjengelighet er i dag slik:

Universelt utformet bolig:

Bolig der atkomst og alle boligfunksjoner er universelt utformet: Inngangsparti/entre, stue, kjøkken, alle soverom, minst ett bad/toalett/vaskerom samt oppbevaringsplasser, uteplasser og alle fellesarealer.

Livsløpsbolig:

Bolig der atkomst og alle nødvendige boligfunksjoner på inngangsplan er universelt utformet: Inngangsparti/entre, stue, kjøkken, minst ett soverom, minst ett bad/toalett/vaskerom samt oppbevaringsplass og uteplass.

Bolig forberedt for universell utforming:

Bolig der atkomst og inngangsparti/entre, stue, kjøkken og minst ett bad/toalett/vaskerom er universelt utformet. For øvrige boligfunksjoner skal universell utforming kunne etableres.

Seniorbolig

Utvalget foreslår også bruk av betegnelsen seniorbolig. For å få godkjenning som seniorbolig, må boligen minst oppfylle kravene til «bolig forberedt for universell utforming».

Klassifiseringen kan benyttes både på offentlige og private boliger, og boliger som er klassifisert kan utstyres med symbol (pictogram) for tilgjengelighetsgrad. Symbolet kan for eksempel være en U med tallene 1 til 3. Dette kan både benyttes til synlig skilting som informasjon til publikum, og anvendes ved taksering av bolig, i salgsoppgaver og boligannonser. Utvalget mener ordningen på denne måten også kan gi boligen merverdi ved salg, og dermed gi økonomisk stimulans til hensiktsmessig ombygging.

Organiseringen av et slikt klassifiseringssystem kan enten bygge på rapporter fra takstmenn eller andre kvalifiserte fagfolk eller helt enkelt baseres på selvrapporteringsskjema som kan hentes fra nettet. Et eksempel på dette er å finne på det tyske online boligrådgivningsprogrammet www.online-wohn-beratung.de. Det svenske Hjel্পmedelinstituttet har også laget en nettbasert boligtest, www.teknikforaldre.se/botestet.

Det svenske Micasa Fastigheter har overført et klassifiseringssystem for tilgjengelighet i hoteller til bruk i leiligheter med egne graderte symboler for funksjonsnedsettelse i forhold til bevegelse, syn og hørsel. Se www.micasa.se

6.2.3 Økonomiske stimulerings tiltak

Tilskudd eller skattefradrag

Husbankens økonomiske virkemidler til ombyggings- og utbedringsformål bør styrkes. Personer som ønsker å oppgradere boligen slik at den tilfredsstillende kravene til universell utforming eller livsløpsstandard, innvilges øremerket stimuleringsstilskudd til dette.

Personer som selv finansierer oppgradering av boligen slik at den tilfredsstillende kravene til universell utforming eller livsløpsstandard innvilges et inntektsfradrag tilsvarende det beløp de kunne fått som tilskudd fra Husbanken.

Utvalget foreslår også at Husbanken får hensiktsmessige ordninger som stimulerer til installering av heis i gamle boligblokker.

Boligsparing for eldre (BSE)

Utvalget foreslår at det etableres en ordning med «boligsparing for eldre». Ordningen kan i hovedsak fungere etter samme prinsipp som dagens boligsparing for ungdom. Det blir mulig å spare med skattefradrag dersom pengene låses til ombygging og tilrettelegging av bolig. Ordningen er ment å stimulere seniorenene til å ta ansvar for sine framtidige boligbehov og planlegge boligsituasjon med tanke på alderdommen, endret funksjonsnivå og endrede behov.

6.3 Krav og innspill til den generelle boligpolitikken

6.3.1 Krav til nye boliger og omgivelser

«Access to society»

Stadig flere seniorer ønsker å bo sentralt, med nærhet til servicesenter, ulike fasiliteter og offentlig transport. En undersøkelse fra 2006 om seniorennes boligplaner og boligønsker for eldre år (Ytrehus og Fyhn 2006), konkluderte med at selv om et flertall fortsatt vil være bofaste, sier nesten 40 % at de regner med «å flytte innen ti år eller ikke utelukker å flytte.» I tillegg vil den sesongbaserte flyttingen bli mer og mer omfattende, først og fremst knyttet til fritidsboligen.

En annen undersøkelse beskriver seniorennes boligpreferanser som urban (Brevik og Schmidt 2005):

«En viktig fellesnevner for seniorennes ulike orienteringer synes å være dragingen mot det urbane. Urbant i den forstand at en ønsker å bo sentralt med nærhet til byfunksjoner og offentlige kommunikasjoner. Urbant ved at en ønsker å bo tett i forskjellige former for blokkbebyggelse. Urbant i den forstand at en ønsker bofellesskap, fellesskapsløsninger og service umiddelbart nært boligen. Det er sentralitet, bo- og servicekonsentrasjon, fellesskap og nærhet som er hovedelementene i preferansebildet. Det er disse bevegelsene som tydeligst komponerer hovedretningen for seniorennes uttalte ønsker.»

Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snuskelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste – «access to society».

Framtidas boliger og områder må utvikles slik at brukerne opplever forbedret kvalitet og tilgjen-

gelighet. Opplevd kvalitet må betraktes som en relasjon mellom beboernes ønsker og behov, og mulighetene de fysiske løsningene gir. Beliggenhet, nærhet til service og lett tilgjengelighet til tjenestetilbud, gir mulighet for aktivitet og rekreasjon i nærområdet i og utenfor boligen. For å imøtekomme utfordringene må en i større grad samarbeide på tvers av sektorer og fagområder. Planlegging og organisering av framtidige boligareal, kommunikasjon og transport, servicetilbud, grøntareal og tjenesteyting må sees under ett. På denne måten vil omsorgsfeltet bli en viktig utfordring for kommunal arealplanlegging og legge premisene for en helhetlig områdeutvikling.

Utvalget ønsker å bygge videre på de verdier som ligger i målet om at alle skal ha mulighet til å bo i egen bolig og leve et selvstendig, aktivt og meningsfullt liv. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig gis uavhengig av bosted. Det vil si at tjenestene i enda større grad enn i dag må gis der folk bor og ønsker å fortsette å bo, og ikke motsatt, at folk må bo der tjenestene er.

For å imøtekomme disse prinsippene må de fysiske omgivelsene være utformet slik at de gjør det mulig å delta i aktiviteter som gir hverdagen mening, oppleve mestring og styring over eget liv, også når helsa svikter. Dette krever bedre tilgang på ulike boligkonsept og utvikling av boområder som tilfredsstillende kravene til tilgjengelighet og valgfrihet også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Myndighetene må videreføre det arbeidet som er påbegynt med universell utforming og økt tilgjengelighet til også å omfatte utforming og tilpasning av eksisterende boligmasse.

Videreutvikling og utprøving av teknologiske løsninger vil gjøre det mulig for flere å bo hjemme lenger med økt trygghet og sikkerhet. Ved hjelp av teknologi kan ulykker forebygges, uregelmessigheter varsles, hjelp tilkalles og tilsyn foregå på mer effektive måter uten at det går ut over sikkerheten og den enkeltes behov. For tjenesteyterne kan teknologiske løsninger frigi ressurser som kan omdisponeres og settes inn der det er behov for assistanse, nærhet og omsorg som bare kan ivaretas ved menneskelig kontakt.

Kommunen skal kunne tilby bolig og tjenester til personer som på grunn av «sykdom, skade eller lyte» ikke kan dra omsorg for seg selv. For personer som har behov for omfattende døgkontinuerlig assistanse vil fysisk nærhet til tjenesteapparatet være avgjørende for å få den hjelp og støtte de trenger. Uavhengig av om hjelpen ytes i institusjon eller i egen bolig, må det overordnede målet være trygghet både i et medisinsk faglig og et sosialfaglig perspektiv.

Eie i stedet for leie

I Norge er tradisjonen å eie i stedet for å leie. Mange unge uføre og andre med lav inntekt opplever at de ikke har en reell valgfrihet på boligmarkedet. De er å betrakte som økonomisk vanskeligstilte og faller derfor utenom det ordinære lånemarkedet. De er avhengig av kommunale botilbud og dømt til å være leietakere og ikke eiere av den boligen de bor i. For noen vil det være riktig og trygt å leie kommunal bolig. For andre er det en dårlig løsning som innebærer redusert selvbestemmelse og usikkerhet på framtida.

Boligprisene i sentrale strøk er i dag så høye at det i realiteten ikke er mulig for personer som tilhører lavinntektsgrupper å kjøpe bolig uten betydelige tilskudd i tillegg til lån. Skal målet om at alle skal bo trygt og godt bli oppfylt, må det etableres flere alternative boformer som gjør det enklere for personer med lav inntekt å skaffe seg egen bolig. Husbankens låne- og tilskuddordninger må gjøre det mulig også for enslige på uførestønad å etablere seg i egen bolig. Tilskuddsordningene må også dekke merkostnadene med bygging av fellesareal, personalbase eller liknende i boligkompleks hvor det kommer til å bo personer med behov for kommunale tjenester.

6.3.2 Omgivelser som stimulerer til aktivitet

Personer med nedsatt funksjonsevne kan oppleve omgivelsene som et hinder for aktivitet, og årsak til at de ikke kommer seg ut så ofte som de vil (Bogen and Høyland 2006). Når boområder planlegges, bygges og rehabiliteres må kunnskap om omgivelsenes betydning legges til grunn. Den fysiske utformingen av bolig og boområder påvirker helse og trivsel til de som bor der. Kommunene må i større grad ta hensyn til helheten i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Stadig flere personer ønsker å bo sentralt, med nærhet til service, kommunikasjon, kultur, naturlige møteplasser, og uteområder som er tilrettelagt for aktivitet for alle, uavhengig av alder og funksjonsnivå (Brevik og Schmidt 2005; Norsk Form 2010; Brandt 1999).

Tilrettelagte omgivelser hvor det er lett å ferdes innbyr til aktivitet, bidrar til rekreasjon og virker helsefremmende. Dagligdagse aktiviteter som å gå i butikken eller hente posten, bidrar til å opprettholde fysisk funksjon og livsglede. Frisk luft og mosjon er viktig for å forebygge helseplager. I tillegg øker det muligheten for å treffe andre mennesker og delta i sosiale aktiviteter.

Ved planlegging og etablering av boliger og boområder må det tas hensyn til at folks behov

endrer seg gjennom livsløpet. Fleksible løsninger som gjør det mulig å bli boende i hjemmet også når helsen svikter kan bidra til at behovet for omsorgstjenester utsettes eller dempes. Å være i kjente omgivelser blir viktigere jo eldre man blir. For personer med demens er behovet for stabilitet ekstra viktig. Endrede og ukjente omgivelser vil føre til forvirring og til at helsetilstanden forverres. Stabilitet og ro påvirker funksjonene i positiv retning og bidrar til økt livskvalitet (Landmark m fl 2009).

6.3.3 Stimuleringstiltak for utprøving av nye innovative løsninger

Kommunene vil få en sterk vekst i antall eldre over 80 år fra 2025 og framover. Tida fram til dette tidspunktet bør benyttes til å utvikle og teste ut nye innovative løsninger. Det tar tid å bygge og prøve ut nye boligkonsept og nye måter å organisere tjenestene på. Nye modeller og løsninger vil ikke bare være knyttet til nye bygninger, men også nye organisasjonsmodeller og integrering av ny teknologi. Nye løsninger må testes ut og evalueres ut fra en helhetlig vurdering av valgte løsninger, brukertilfredshet basert på ulike brukerperspektiv, drift og samfunnsøkonomi. Erfaringene fra planprosess til gjennomføring og implementering av tiltakene, skal dokumenteres, formidles, og gjøres tilgjengelig for andre kommuner.

Utvalget foreslår at det bevilges tilskudd til planlegging og gjennomføring av tiltak som stimulerer til utvikling og utprøving av nye innovative modeller og løsninger på framtidens utfordringer, knyttet til bolig, boformer og tjenesteutvikling, samt utvikling av nye organisasjonsmodeller og integrering av ny teknologi. Slik støtte kan også gis til kommuner, utbyggere og arkitekter som ønsker å utvikle nye alternative boligkonsept.

Utvalget foreslår at det bevilges midler til aktører som ønsker å utvikle nye og alternative boligløsninger som har til hensikt å styrke muligheten for å kunne bli boende i eget hjem med funksjonsvekkelse. Formålet må være å stimulere den fysiske utformingen av boligen og boområdet på en slik måte at den imøtekommer behovet for funksjonalitet, nærhet til service og tjenester og samtidig ivaretar den enkelte beboers integritet og selvråderett.

Utvikling og utprøving ny teknologi vil være en del av et slikt utviklingsarbeid. Det kan blant annet være av interesse å utvikle mer «fallvennlige» boliger med spesiell vekt på soverom og bad, og videreutvikle hjelpemidler som kan fungere som alternativ i gamle bygg som mangler heis (f eks trappeklatrere, se hjelpemiddeldatabasen.no).

Boks 6.2 Boligsosialt kompetansetilskudd

Husbanken har en egen boligsosial kompetansetilskuddsordning skal bidra til å heve kompetansen innen boligsosialt arbeid og boligsosial politikk, som skal medvirke til:

- kunnskapsutvikling om boligsosialt arbeid gjennom forskning, utredning og forsøksprosjekter
- boligsosial planlegging og gjennomføring av boligsosial politikk i kommunene
- formidling av kunnskap, gode eksempler, planleggingsverktøy og annet til aktørene på boligmarkedet
- kunnskapsutvikling om boligmarkedet og offentlig boligpolitikk

Målgrupper for tilskuddet er kommuner, frivillig sektor, brukerorganisasjoner og andre aktører innen det boligsosiale feltet.

Utvalget vil peke på de muligheter som kan ligge i et samarbeid med transportindustrien på disse områdene, som har forsket mye på materialbruk og konstruksjoner for å redusere konsekvensene av kollisjoner, og som er eksperter på forflytningshjelpemidler.

Utvalget foreslår at det settes av midler til etablering av testboliger for utprøving og utvikling av nye boligløsninger og bruk av ny teknologi. Testboligene må være vanlige boliger med uvanlige løsninger. De skal bebos av personer som har ønske om å fortsette å bo i boligen etter at forsøket er avsluttet. Prosjektet skal være forskningsbasert. Evaluering foregår underveis og ved prosjektets slutt. Erfaringene skal dokumenteres, formidles og gjøres tilgjengelig for andre. Se for øvrig kapittel 8 om utformingen av virkemiddelapparat.

Husbanken har på noen områder en ordning med kompetansetilskudd til kunnskapsutvikling og forsøksprosjekter. En slik ordning bør også etableres på omsorgsfeltet, både i forhold til nye måter å løse utfordringene i eksisterende boligmasse, utvikling av nye bofelleskap og samvirke tiltak og nye boligløsninger i omsorgssektoren (jf kapittel 5.4). Utvalget foreslår at kompetansetilskuddet innarbeides som en del av dagens tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger.

6.4 Boformer til omsorgsformål – noen utviklingstrekk

De siste tiårene har det skjedd store endringer i den bygningsmassen de kommunale omsorgstjenestene forvalter og måten den blir brukt på. Mens den på 1960-tallet i hovedsak besto av aldershjem med to- og flersengsrom, felles kjøkken og bad i korridoren, består den nå av moderne sykehjem med enerom og eget bad, og omsorgsboliger, ofte i form av leiligheter bygd sammen i tun eller blokkbebyggelse med base for hjemmetjeneste og andre servicefunksjoner i umiddelbar nærhet. Det som tidligere var mer å betrakte som et kollektivt sosialt botilbud enn et behandlingstilbud, er etter hvert blitt erstattet med boformer og institusjonstilbud for personer som har behov for mer intensiv assistanse, behandling, pleie eller rehabilitering.

Et annet viktig trekk ved utviklingen har også vært nedbyggingen av institusjonstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Avviklingen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) på begynnelsen av 1990-tallet har satt sitt preg på standard og utforming av kommunale bo- og tjenestetilbud også for andre med nedsatt funksjonsevne. Denne reformen la opp til boformer som skulle være integrert i det normale bomiljø og som inviterte til deltakelse i lokalsamfunnet. Avinstitusjonaliseringen la også til rette for et tydelig skille mellom offentlige tjenestetilbud og et botilbud som i størst mulig grad skulle være privat.

Noen kommuner har overført denne tenkningen til omsorgstjenestetilbudet til eldre, og satset på utbygging av hjemmetjenester og alternative boformer til institusjon. I de fleste kommuner framstår imidlertid bo- og tjenestetilbudet svært forskjellig for yngre og eldre brukere. Den boformen som betraktes som uverdigg for yngre brukere, blir ofte betraktet som det mest verdige tilbudet til eldre tjenestemottakere.

6.4.1 Fra fattighus og gamlehjem til sykehjem og omsorgsboliger

Aldershjemmenes tid er snart forbi. Tallet på aldershjems plasser var på topp rundt 1970 da det var over 18.000 plasser. I 2009 var det bare 1.800 aldershjems plasser igjen. Med det er en 100-årig historie slutt, med røtter i legdeordninger, fattighus og privat forpleining. Mange gamle og ofte brannfarlige aldershjemsbygg med to- og flersengsrom ble tatt ut av drift og erstattet med nye omsorgsboliger eller sykehjem under gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen. I

denne handlingsplan-perioden ble halvparten av bygningsmassen i omsorgstjenesten enten skiftet helt ut eller fullrenovert.

I 40-årsperioden fra 1970 til 2010 har tallet på sykehjemsplasser steget fra vel 13.000 til nesten 40.000 plasser, mens tallet på omsorgsboliger og andre boliger til pleie- og omsorgsformål nå nærmer seg 50.000. Sykehjemsutbyggingen skjøt først og fremst fart i perioden 1970-85. Da kommunene overtok ansvaret for sykehjemmene på slutten av 80-tallet, hadde tallet på plasser kommet opp i 30.000. De siste 20 år har veksten vært mer beskjedent, men utviklingen har vært preget av modernisering og standardøkning av bygningsmassen og mer intensiv bruk av anleggene.

Moderniseringen har imøtekommet grunnleggende krav til brannsikkerhet, arbeidsmiljø og bedre boforhold for den enkelte, med enerom, eget bad og bedre tilgjengelighet i tråd med kravene om universell utforming. Dette har også lagt forholdene bedre til rette for mer intensiv virksomhet, med høyere bemanning, kortere liggetid og korttidsplasser for avlastning, opptrening, rehabilitering. På den måten har sykehjemmene både blitt mer hjem for den enkelte med en kvalitativt bedre bofunksjon, og samtidig blitt mer helseinstitusjon med intensiv behandling og pleie etter at kommunene overtok ansvaret fra den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten.

Når utbyggingstakten av institusjonsplasser ikke har fortsatt i takt med veksten i tallet på eldre over 80 år, har dette sammenheng med flere forhold. For det første har det totalt sett ikke vært noen vekst i tallet på eldre tjenestemottakere i omsorgstjenestene generelt, verken i hjemmetjenester eller institusjon de siste 20 år. For det andre er det grunn til å peke på at sykehjemstilbudet før sykehjemsreformen framsto som et «gratis» tilbud for kommunene, ettersom det var fylkeskommunene som hadde finansieringsansvaret. Da kommunene overtok dette ansvaret, og kunne se tiltakskjeden i sammenheng, ble det på en helt annen måte økonomisk interessant å finne alternative løsninger til institusjon. Det var noe av hensikten med sykehjemsreformen, og det ble også resultatet. Fra slutten av 1980-tallet flatet tallet på institusjonsplasser ut, og fulgte ikke lenger veksten i tallet på eldre 80 år og over, slik utbyggingen av alders- og sykehjemsplasser hadde gjort helt fra 1960.

Byggingen av boliger til pleie- og omsorgsformål tok også til allerede på 1960-tallet og ble videreført de neste tiårene under navn som trygdeboliger og serviceboliger. De opprinnelige trygdeboligene ga eldre og uføre med uhensiktsmessig bolig og

dårlig økonomi et godt og rimelig botilbud, og var først og fremst et boligtiltak for økonomisk vanskeligstilte pensjonister, og ikke et omsorgstilbud (Brevik 2010). Etter hvert ble det en glidende overgang mot det mange kommuner kalte serviceboliger, der den enkelte kunne få dekket sitt individuelle behov for personlig og praktisk bistand. Ofte ble serviceboligene lokalisert sentralt i nærheten av hjemmetjenestens lokaler eller et alders- og sykehjem. En undersøkelse av 5.000 slike serviceboliger i 1988 viste at 70 % av anleggene hadde eget personale, og at 4 av 10 hadde personale til stede på døgnbasis (Lauvli 1992).

Denne utviklingen ble videreført med de nye omsorgsboligene, som kom etter at det ble etablert en egen tilskuddsordning til slike boliger i Husbanken fra 1994. Fart i utbyggingen ble det imidlertid ikke før under Handlingsplan for eldreomsorgen, da tilskuddsordningene fra Husbanken både til sykehjem og omsorgsboliger var svært gunstige. I handlingsplanperioden ble det bygd til sammen om lag 25.000 omsorgsboliger. Noen av dem erstattet gamle trygdeboliger og aldershjem, mens andre ble bygd som alternativ eller supplement til heldøgntilbud i sykehjem. Hele 7 av 10 omsorgsboliger ble bygd med fellesrom og serviceareal, enten i form av fellesskapsboliger eller selvstendige omsorgsboliger med fellesareal.

Ønsket om en mer boligbasert omsorgstjeneste kom tydelig til uttrykk i Gjærevoll-utvalgets innstilling (NOU 1992:1). Utvalget tok utgangspunkt i en helse- og sosialpolitikk som bygde på at mennesker med hjelpebehov eller nedsatt funksjonsevne ville få et kvalitativt bedre liv dersom de fikk bo i egen selvstendig bolig i stedet for institusjon:

«Det legges derfor til grunn at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede bør nedbygges og erstattes av en økt satsing på åpen, boligbasert omsorg.»

Gjærevoll-utvalgets innstilling satte preg på mange kommuners planarbeid og veivalg i årene som fulgte.

6.4.2 Fra vanføre hjem og sentralinstitusjoner til omsorgsboliger og egne hjem

Det var ikke bare ansvaret for sykehjemmene som ble overført til kommunene for vel 20 år siden. Fra 1991 ble også det fylkeskommunale Helsevernet for psykisk utviklingshemmede nedlagt, HVPU-institusjonene avvirket og ansvaret for de fleste tjenestetilbud lagt til kommunen. Samtidig skjedde

det store endringer for andre brukergrupper, som dels hadde hatt langtidstilbud i spesialisthelsetjenestens institusjoner og dels hadde vært under privat forpleining. Opptrappingsplanen for psykisk helse innebar vesentlige endringer i den faktiske oppgavefordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. I kjølvannet av reformer og handlingsplaner tok kommunene også ansvar for tjenestetilbudet til grupper som ikke hadde vært omfattet av statlige satsinger, ettersom lovgivningen ikke gjør forskjell på diagnoser, alder eller funksjonsevne.

De nye botilbudene som de siste tiårene er bygd opp i kommunene for å møte disse nye og yngre brukergruppens behov, har i stor grad vært preget av målsettingene om å legge til rette for integrering, deltakelse og et mest mulig normalt liv. Krav til tilgjengelighet og universell utforming og naturlig innpassing i eksisterende bomiljø har derfor fått stor oppmerksomhet. Hensynet til døgnbemanning og effektiv personellutnyttelse har på den andre siden enkelte steder gjort det nødvendig å finne kompromisser der flere leiligheter bygges sammen med serviceareal og lokaler for hjemmetjenesten i umiddelbar nærhet. Måten dette gjøres på, har i mange sammenhenger vært av avgjørende betydning for å unngå ny institusjonalisering.

45 % av de som bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål er over 80 år, mens 20 % er i alderen 67-79 år og 35 % er under 67 år. Mens bare vel 1/4 av de eldre beboerne mottar heldøgns omsorg i slike boliger, mottar halvparten av de under 67 år et heldøgnsstilbud (Brevik 2010). Omsorgsboligene fungerer derfor som et alternativ til heldøgnsinstitusjon først og fremst for yngre tjenestemottakere, mens de i større grad inngår som en del av tjenestetilbudet til eldre med noe mindre bistandsbehov. Personer med utviklingshemming utgjør halvparten av beboerne under 67 år, mens vel 1/4 har psykiske og sosiale problemer og de øvrige har nedsatt funksjonsevne av somatiske årsaker, i hovedsak av nevrologisk karakter (MS, Parkinson, hjerneslag, demens, epilepsi, ulykker mv).

6.4.3 Ulike tradisjoner smelter sammen

Utviklingen de siste årene tyder på at de ulike institusjons- og boformene til omsorgsformål nærmer seg hverandre. På den ene siden utvikler rommene i alders- og sykehjemstradisjonen seg fra små flersengsrom med seng, vaskeservant, klesskap og skjerm Brett til å bli mer fullverdige boenheter i form av eneromsløsninger med eget

bad og WC, kjøkkenkrok og sofahjørne. Dersom utviklingen fortsetter i samme retning, vil framtidens sykehjem om kort tid bestå av leiligheter og ikke rom, i hvert fall for alle de som bor der over tid. Mange steder mangler nå bare separat soverom for å få det til.

På den andre siden bygges de nye omsorgsboligene nå sammen i tun, blokk eller rekke, som til forveksling kan ligne moderne institusjonsbebyggelse, der de ofte knyttes sammen med åpen kafe/kantine, aktivitetssenter og lokaler for hjemmetjenestene i området. Fortsetter denne utviklingen vil resultatet være at vi får omsorgsboliger i sykehjem og sykehjem i omsorgsboliger. Enkelte kommuner kaller også omsorgsboliganleggene sine for sykehjem med bedre bostandard, mens andre kommuner «avhjember» sykehjems plassene sine og kaller dem for omsorgsboliger eller bo- og servicesenter eller lignende. Det blir derfor vanskeligere og vanskeligere å se forskjell på bygningene, og det blir mer finansieringsordninger og organisasjonsform som skiller.

I sum innebærer både den sterke veksten i tallet på omsorgsboliger, eneromsreformen og boligjøringen som skjer i sykehjemmene en kraftig forbedring av bostandard for de som over lang tid må bo utenfor eget hjem for å motta assistanse og omsorg. Det er grunn til å forvente at dette har god forebyggende effekt både helsemessig og sosialt i forhold til tidligere tiders trangboddhet og ufrie tilværelse ved de gamle institusjonene. Det er også grunn til å anta at en romsligere bofunksjon legger forholdene bedre til rette for at familie og venner finner seg til rette.

Utvalget vil aktivt videreføre denne «fusjoneringen» og skape en syntese av disse to ulike tradisjonene i norsk omsorgspolitik.

6.5 Nye konsept

Utvalget ønsker å kombinere det beste fra de ulike tradisjonene i omsorgssektoren når «framtidens boligløsninger» skal utformes:

Fra omsorgsboligene vil utvalget ta med seg den fullverdige bofunksjonen, som bedre ivaretar

- respekten for privatliv
- selvstendighet og størst mulig uavhengighet av andre
- husleielovens rett til å bo
- muligheten til fortsatt å bo sammen med ektefelle/partner, selv om bare en har behov for sykehjemstilbud.

Fra hjemmetjenestene tar en med seg

- det individuelle tjenestetilbudet beskrevet i enkeltvedtak
- fleksibiliteten og det daglige samspillet med familie og sosialt nettverk

Og fra sykehjemmene tar en med seg

- tryggheten som ligger i at det hele tiden er noen der
- helsetjenestetilbudet
- gode lokaler for ansatte, behandlingsrom og fellesarealer

Utvalget ser for seg at de nye løsningene både kan sikre trygghet og understøtte selvstendighet og frihet så langt det går. Prisen for trygghet må ikke bli avmakt og opplevelsen av å bli invadert.

Tryggheten ligger ikke først og fremst i institusjonsarkitekturen eller den hierarkiske organisasjonsstrukturen på sykehjemmet, men i at det hele tiden er et menneske i nærheten når en trenger det. Og at den som kommer har faglig bakgrunn for å gjøre det de gjør eller kan tilkalle noen som har det.

Hensynet til privatlivet, friheten og selvstendigheten forutsetter på den annen side at det trekkes opp noen grenser både mellom hva som er privat og hva som er offentlig areal, hva som er beboernes og hva som er de ansattes domene. Det bør også trekkes opp noen nye grenser for hvem som har ansvar for hva, slik at helsevesenet først og fremst tar seg av helsen, og lar andre styre med botilbud, mat, vask, transport, kultur og aktiviteter.

Ny teknologi gir nye muligheter til å tenke utforming av tjenester uavhengig av boform. Fram til nå har det vært vanlig å tilby en plass i institusjon der tjenestetilbud og botilbud gjøres avhengig av hverandre.

For framtida legger utvalget til grunn at den enkeltes tjenestebehov og tjenestetilbud blir avklart før behovet for endringer i botilbudet vurderes. Videre bør muligheten for ombygging/tilpasning av egen bolig vurderes før spørsmålet om flytting til annet botilbud blir aktuelt. I utformingen av framtidens boformer vil utvalget på denne bakgrunn legge flg elementer til grunn:

6.5.1 «Smått er godt»

«Nye boligløsninger for omsorgsformål» må ta utgangspunkt i hvem som i framtida vil ha behov for et slikt tilbud. En av de største brukergruppene vil være mennesker med demens. I dag har nesten 80 % av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse. Prognosene tilsier at tallet på per-

soner med demens vil fordobles de neste 30 år. Det er bred støtte i fagmiljøene om at de store sykehjemmene er svært dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens (Høyland 2001 og Selbæk 2008). De gamle institusjonene er ikke bygd og tilrettelagt for dem:

«Sykehjem som er bygd etter sykehusmodellen, med store avdelinger og lange korridorer, er uegnet for pasienter med demens og skaper mye forvirring og uro» (Ruth 2005).

«Smått er godt», sier professor Knut Engedal, som er en av de som har forsket mest på behandling av demens i Norge. Han savner andre boformer for demente pasienter, og anbefaler boenheter med maksimum 6-8 beboere, hvor det er tilbud om vanlige aktiviteter i dagliglivet:

«Institusjonstilværelsen kan lett bli en passiv tilværelse, nettopp fordi passivitet, glemskhet og manglende planleggingsevne er en del av demenssykdommen» (Engedal og Bruun Wylter 2003).

En kunnskapsoppsummering foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Landmark m fl 2009) konkluderer også med:

«Dokumentasjon taler for at små, tilrettelagte enheter med lavere beboertetthet har gunstig effekt på personer med demens. Beboere med demens hadde roligere adferd i mindre, oversiktlige enheter med hjemlige miljø.»

Regjeringen har fulgt opp dette i sin Demensplan 2015, og har stilt som krav at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres nå bare vil få tilskudd gjennom Husbanken hvis de er tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt:

«Da handler det i hovedsak om at «smått er godt». Det betyr små enheter både bygningsmessig og organisatorisk. Små bofellesskap og avdelinger med tilgang til gode uteareal er bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Utvalget legger til grunn at når 4/5 av de som bor i sykehjem i dag vil ha best utbytte av små enheter og lav beboertetthet, bør dette bli normalen og ikke unntaket. Det er også god grunn til å anta at det som er godt for mennesker med demens og

kognitiv svikt i denne sammenheng, også er godt for de aller fleste.

Om en slik målsetting skal realiseres, kan den ikke bare gjelde det nye som bygges, men innebærer en omfattende ombygging av dagens alders- og sykehjem. Utvalget mener stat og kommune bør benytte den mulighet som ligger i at

- den halvparten av omsorgstjenestens sykehjem og boliger til pleie- og omsorgsformål som ikke ble modernisert eller skiftet ut under Handlingsplan for eldreomsorg i perioden fra 1997, bør fornyes de nærmeste 10-15 år
- en del av den mer tradisjonelle sykehjemsarkitekturen kan benyttes til korttidsopphold, når behovet for korttidsplasser øker som et ledd i samhandlingsreformen

6.5.2 Skille mellom bolig og kort tids opphold

Samhandlingsreformen legger opp til utbygging av lokalmedisinske sentra der desentraliserte spesialisthelsetjenester blir samlokalisert med ulike kommunale helsetjenester. Her kan det også mange steder være aktuelt med sengeplasser for behandling og rehabilitering, kombinert med plasser for mer øyeblikkelig hjelp lokalt.

Utvalget foreslår at det gjøres et tydeligere skille på bofunksjonene til de som skal bo over lang tid og de som er inne på korttidsopphold, og at en benytter den anledningen samhandlingsreformen gir for å lokalisere og organisere korttids-plassene sammen med de behandlingsrettede tilbudene som planlegges etablert. Det er grunn til å anta at de mer tradisjonelle sykehjemsbyggene er mest egnet og kan nyttes til korttidsopphold med behandlingsformål, mens en heller bygger nye og mer fullverdige botilbud til de som trenger å bo og motta heldøgns tjenester over lang tid.

Samhandlingsreformen kan på denne måten få som biefekt at flere av de eksisterende sykehjemmene bygges om til å tilby korttidstilbud for behandling og opptrening, mens langtidsbeboerne, som i hovedsak har nedsatt funksjonsevne og et sammensatt sykdomsbilde, ofte med demens som hoveddiagnose, etter hvert får sitt tilbud i mindre bofellesskap, med større privatareal, fellesrom og gode opplevelsels- og aktivitetsmuligheter både ute og inne.

6.5.3 Skille mellom privat areal og offentlig areal

De uklare grensene som i dag er mellom privat areal og offentlig areal, hva som er arbeidsplass

og hva som er boareal, er egnet til å skape usikkerhet både hos beboere og pårørende i sykehjem. Mange føler at de beveger seg inn på andres eiendom og enemerker, og er tilbakeholdne med å ta seg til rette. Beboers rettigheter og plikter er også dårlig beskrevet og lite regulert. Ofte blir det mye opp til ledelsen og de ansatte ved den enkelte institusjon om beboere og pårørende opplever at de er der «på nåde», eller om det er beboerne som «eier» stedet.

Dersom en ønsker å styrke beboernes råderett og inkludere de pårørende, må det trekkes opp tydeligere grenser mellom hva som er privat, felles for en gruppe og hva som er offentlig areal. En tydeliggjøring av hva beboeren og hans/hennes nærmeste disponerer over og hva de ansatte disponerer over. Slike grenser må synliggjøres og understrekes i arkitekturen og klargjøres juridisk i de avtaler som inngås mellom utleier og leietaker. Omsorgsboligen har løst begge deler gjennom en husleieavtale regulert i Husleieloven, og en boform der de fleste funksjoner ligger i leiligheten. Hvem som sitter med «nøkkelmakta» til inngangsdøra, er av avgjørende betydning i denne sammenheng. I et sykehjem kan du i prinsippet skrives ut etter en faglig vurdering, og flyttes rundt etter institusjonens behov, slik det skjer altfor ofte. I en omsorgsbolig har leieboer rett til å bo, og rettighetene er regulert i Husleieloven.

I en studie av det indre liv i en langtidsavdeling (Hauge 2004) beskrives sykehjemmet som et tvangskollektiv med et påtvungent fellesskap som beboerne etter beste evne forsøker å flykte fra – og som noen opplever som skremmende og ubehagelig. Ideen om sykehjemmet som hjem fungerer derfor ikke. Studien peker på at et første mulig grep ut av dette er å skape tydelige grenser mellom det offentlige og det private:

«Dei må vere så tydelege at dei hegnar om privatlivets fred... Poenget må vere at det ikkje er snakk om anten privatliv eller offentlig fellesskap. Bebruarane på sjukeheimen må ha same rett til å ta del i begge deler» (Hauge 2004)

En annen studie som også har rapportert fra innsiden, peker i boka «Sykehjemmets skyggesider» på at hierarkiet, rutineorienteringen, standardiseringen, atskillelsen fra samfunnet og tendensene til umyndiggjøring i medisinsk-orienterte institusjoner kan være noen av årsakene til at beboere i sykehjem blir utsatt for krenkelser og overgrep (Malmedal 1999). Overgrepserisikoen er minst for de friskeste og de som følges opp utenfra av familie og venner:

«Det er altså de som er mest avhengige og mest pleietrengende som er i høyrisikogruppen, og dette gjør dem spesielt utsatt for overgrep.»

Det vil ut fra et slikt perspektiv være av stor betydning å legge forholdene bedre til rette for familie og nærstående. Kanskje vil også risikoen for overgrep bli mindre om det er flere instanser og fagmiljø å forholde seg til, slik at den enkelte ikke er livsavhengig av en hierarkisk institusjonsorganisasjon.

I helsesektoren er det vanlig å knytte brukerbehov til diagnoser eller graden av hjelpebehov. Men det er viktig også å ta hensyn til andre forhold og den enkeltes ønsker. Noen vil bo i tette bofelleskap og ha mye sosial kontakt med andre. Andre er mer individuelt orientert og ønsker primært å ha omgang med familie og venner som de kjenner fra før (Bogen og Høyland 2006; Brevik og Høyland 2007). Mye tyder på at framtidens brukere med behov for tilrettelagte botilbud i enda større grad vil framstå som ulike og med ulike ønsker og behov. Dette fordrer variasjon i boligmassen, valgfrihet og et tilfang av ulike boligløsninger også for de som trenger mye hjelp.

Organisatorisk bør det trekkes opp nye grenser for hvem som har ansvar for hva. Det blir i følge de fleste undersøkelser gjennomgående gitt et svært godt helse- og pleietilbud i den kommunale omsorgstjenesten. De samme undersøkelser viser imidlertid at helsepersonell ikke er like gode på det som kan bidra til å skape sosialt fellesskap og en aktiv og meningsfull hverdag (Helsetilsynet 2003; Nygård 2004; Førde m fl 2006). På den bakgrunn mener utvalget at helsetjenesten bør konsentrere seg om å yte helsetjenester, og overlate til andre å ta seg av botilbud, mat, vask, transport, praktisk bistand, kultur, aktiviteter og sosiale forhold.

Dette innebærer et faglig og organisatorisk skille mellom helse- og omsorgstjenester gitt av personell med helse- og sosialfaglig bakgrunn, og mat, kulturaktiviteter og servicetjenester til vask, renhold, vaktmestertjenester, transport, teknologisk assistanse mv. Dette er virksomhet som med fordel kan utføres av personell og virksomheter med annen fagbakgrunn. Sektoren kan på den måten samarbeide med eller tilføres medarbeidere fra kultursektor, hotell- og restaurantfag, teknisk bakgrunn og renholdsbransje og gjennom det både oppnå bedre kvalitet og bredere rekrutteringsgrunnlag. Det vil innebære at selve institusjonsorganiseringen blir løst opp og at flere ulike aktører og sektorer slipper til.

På helsesiden kan kommunens sykepleietjeneste, fysioterapitjeneste, legetjeneste, vernepleie

og helsesøster m fl konsentrere seg om det de kan best, behandling, pleie og rehabilitering. Kanskje bør en vurdere om også fastlegen følger med over når du virkelig som mest trenger medisinsk oppfølging.

6.5.4 Både hjemme og ute.

Ut fra kunnskap fra flere ulike studier (Ervers- og byggestyrelsen 2010; Wågø og Høyland 2009; Møller og Knudstrup 2008) skal boligløsningene forsøke å støtte opp om opplevelsen av:

- hjem og hjemlighet
- å være en del av samfunnet
- kontinuitet i livet
- gjensidighet
- trygghet
- velvære og mening

Det er et mål at alle skal ha en opplevelse av at boligen er ens eget hjem. Denne opplevelsen kan trues når boligen også skal være andres arbeidsplass. Derfor blir behovet for å markere skillet mellom offentlige og private arealer ekstra stort i bygg som brukes til omsorgsformål. I boligløsninger hvor mye av tiden tilbringes i fellesrom er det spesielt viktig at også disse støtter opp under opplevelsen av hjemlighet.

Opplevelsen av privathet handler om å selv kunne bestemme når en vil være alene og når en vil være sammen med andre, og påvirkes av om en kan sette sine personlige spor og gjøre ting i sitt eget tempo. Samtidig er det av stor betydning å ha en beliggenhet som gjør at det finnes et alminnelig liv å ta del i, eller se og følge med på. Boligen må derfor ikke være avskåret fra omverdenen, men ligge slik til at det er lett å komme ut og oppsøke steder med mulighet for å møte andre mennesker eller handle på butikken.

Boarealet må være utformet slik at det i prinsippet har to utganger, en ut mot samfunnet og en inn mot tjenestene. Slik kan både beboere og pårørende bevege seg mellom det private og offentlige og selv velge når de vil delta i fellesskapet eller trekke seg tilbake til sitt eget.

I en periode av livet som byr på helsemessige utfordringer, sosiale tap og nedsatt funksjonsevne, kan flytting innebære en alvorlig påkjenning. Erfaringer viser at flytting kan oppleves mindre traumatisk hvis beboeren har muligheter for å delta på aktiviteter og være i omgivelser som kan binde deres tidligere liv sammen med det nye. For å oppleve en viss kontinuitet i livet, er det derfor viktig å understøtte de roller en har hatt i egen

Boks 6.3 Bråta Bo- og Aktivitetssenter

Bråta bo- og aktivitetssenter i Nedre Eiker kommune har 32 institusjonsplasser fordelt på 4 små avdelinger til både langtidsopphold, avlastning, rehabilitering og en egen lindrende enhet. Bak hovedbygget på Bråta ligger en «landsby» med 54 omsorgsboliger og et dagsenter for personer med demens.

Kultur- og aktivitetstorget er selve pulsåren på Bråta. Her er det åpent for alle innbyggere. Aktiviteter, arrangementer og sosialt liv er trekkplasteret med teater, allsang, bowling, andakter og små konserter. Puben Jaktbua, holder kveldsåpent med skjenkebevilgning for interesserte beboere, frivillige og innbyggere, dans til levende musikk og servering ved bordene.

Midt på torget ligger kiosken, bemannet av frivillige. Videre er det bibliotek, trimrom, treningssal, basseng og sanserom i anlegget, som er åpnet for publikum. Bråta har en forpliktende avtale med Veiavangen ungdomsskole, der elever fra ungdomskolen har ansvar for aktiviteter for eldre og deltar ved andre arrangement på senteret.

Bråta rekrutterer aktivt frivillige medarbeidere til besøksvenner og medhjelpere ved ulike arrangement. Det er ansatt egen person til resepsjon og daglig drift, og en aktivitetsleder som følger opp arbeidet med frivillige.

Kilde: Se <http://www.nedre-eiker.kommune.no>

omgangskrets og i familien som foreldre, besteforeldre, søsken. En studie viser at boligløsninger legger bedre til rette for pårørendes deltakelse enn mer tradisjonelle institusjonstilbud (Bogen og Høyland 2006).

Mange som blir avhengige av andres assistanse opplever ubalanse i det å gi og motta hjelp. Omgivelsene må derfor både understøtte muligheten til å klare seg på egenhånd og legge forholdene til rette for situasjoner og aktiviteter som skaper gjensidighet og balanse. Godt utformede omgivelser som gir enkelt overblikk, få veivalg og kontroll reduserer følelsen av utrygghet. Det samme gjør vanligvis også nærhet til tjenestene, slik at fagpersonell kan tilkalles ved behov.

Sosial, kulturell og fysisk aktivitet er likevel det som gir kilde til gode opplevelser og mening.

Boks 6.4 Haram omsorgssenter

Haram omsorgssenter i Brattvåg ligger i et funksjonelt flerbrukshus med butikker, kino, kulturhus, ungdomsarena med aktiviteter og parkeringsanlegg. Omsorgssenteret har 50 sykehjemsplasser og 24 omsorgsboliger, og på taket er det egen sansehage.

Haram kommune hadde bruk for omsorgssenter og bygg til andre offentlige tjenester. Butikkonsernet Coop hadde behov for butikklokaler. Resultatet ble et felles flerbrukshus, der beboerne på omsorgssenteret kan ta heisen ned i butikken eller kinolokalet.

Kilde: Se haram.kommune.no

Formålet med helse- og omsorgstjenestene er ikke helse- og omsorgstjenestene selv, men å bidra til at den enkelte fortsatt kan ha et liv med gode øyeblikk og en meningsfull hverdag sammen med andre til tross for sykdom, problemer eller nedsatt funksjonsevne. Dette formålet må komme klart til uttrykk i utforming og arkitektur, og måten boliger og lokaler presenterer seg på.

6.5.5 Integret i nærmiljøet

I tidligere tider ble institusjonene ofte lagt til rolige områder utenfor annen bebyggelse og gjerne med vakker utsikt over et naturskjønt landskap. Av historiske årsaker sliter mange kommuner fortsatt med slik lokalisering.

Etter hvert er en kommet til at slike bygg må ligge midt i det pulserende liv, og være en selvsagt del av et lokalsamfunn. Nå bygges det sykehjem og omsorgsboliger integret i vanlige boligblokker, på toppen av kjøpesentra, som en del av kulturhuset, sammen med barnehagen, eller i et helt vanlig boligfelt.

Det er mange fordeler med dette:

- Fellesarealene kan være felles for alle som bor i området og utnyttes til mange flere formål og være arena for lokale kulturaktiviteter
- Beboerne kan se på, følge med eller ta del i det som skjer i nærmiljøet, ha kontakt med naboer og kort vei til butikker og service
- Kort avstand gjør det lettere for familie og venner å stikke innom, når de først er i sentrum for å handle eller har lunsjpause på jobben

Boks 6.5 Norsk Forms 7 gode råd

Norsk Form har i samarbeid med et tverretattlig kommunenettverk utarbeidet 7 gode råd for en omsorgspolitik for morgendagens eldre:

1. Tenk samarbeid på tvers av sektorer
2. Velg sentral beliggenhet
3. La omsorgssenteret bli et lokalt møtested
4. Planlegg for alle på samme sted
5. Skap omgivelser som stimulerer til aktive eldre
6. Skap trivsel og arbeidsglede blant de ansatte
7. Bruk ny teknologi

Kilde: Se norskform.no

- Helse- og omsorgstjenester og velferdstilbud som ellers bare var til for beboerne, kan gjøres tilgjengelig for hele nærmiljøet og skape større trygghet for de som bor i eget hjem

Bokvalitet sett fra brukernes perspektiv handler om langt flere dimensjoner enn utforming av selve boligen og detaljer som terskler og snusirkel på badet (Wågø og Høyland 2009). Det omfatter også det sosiale bomiljø, opplevelse av trygghet, mulighet for å nå service og offentlig transport og nærhet til tjenesteapparatet. Dette er faktorer som indirekte påvirkes av utforming av bolig og nærmiljø.

Et framtidsrettet botilbud vil være en integrert del av lokalsamfunnet og stille sine ressurser til disposisjon for nærmiljøet. Det inngår som en del av det øvrige bomiljø, og fellesfunksjonene er gjerne samlokalisert med andre offentlige og private serviceinstitusjoner og virksomheter. Dette vil få ulik utforming ut fra lokale forhold og aktuelle muligheter.

Å unngå segregering har vært en av de mest sentrale mål for funksjonshemmedes kamp for like rettigheter. I møte med et aldrende samfunn, vil en av de viktigste strategiene på samme måte være å bekjempe alderssegregering. Å planlegge for framtida er derfor å arbeide for «Et samfunn for alle» og «for alle aldre», i tråd med den europeiske politikken for «Active ageing» og solidaritet mellom generasjonene.

Arealplanlegging, byplanlegging og boligpolitikk vil være av avgjørende betydning for hvordan vi skal lykkes med det. Omsorgssektoren må være en del av by- og tettstedsutviklingen i framtidens Norge. Planlegging av framtidens boformer og

omsorgstjenester må derfor skje som en integrert del av kommuneplanarbeidet, slik det er lagt opp til i planlovgivningen jf plan- og bygningsloven av 27. juni 2008.

6.5.6 «My home is my hospital»

Fra telemedisinen kommer uttrykket «My home is my hospital» (Hartvigsen 2003). Det brukes som uttrykk for de mulighetene ny teknologi innenfor telecare og telemedisin gir til å være pasient i spesialisthelsetjenesten, uten å måtte oppsøke eller legges inn på sykehus. Telebasert tilsyn av pasienter med astma, kols, diabetes og hjerteproblemer blir etter hvert mulig med nytt utstyr som tar prøver og måler puls, lungekapasitet, hjerterytme, blodsukker mv., og overfører dette til en spesialist som samtidig gjennomfører konsultasjon via bildetelefon. Ved bruk av kroppssensorer kan en også løpende overvåke hjertefunksjon eller ha tilsyn med aktiviteten, og fange opp fall eller annen unormal aktivitet.

Smarthusteknologi kan videre bidra til å kompensere for funksjonstap, bedre sikkerheten og legge til rette for å klare seg bedre i hverdagen, ved hjelp av fjernstyring, alarm- og varslingssystemer og ulike kommunikasjonsmedier (se kapittel 7). Telemedisin, smarthusteknologi og annen velferdsteknologi må kunne benyttes både i egen bolig og boliger og institusjoner som er bygd for helse- og omsorgsformål.

Utvalget går derfor inn for at alle nye boliger som bygges eller ombygges til omsorgsformål skal være tilrettelagt for slik teknologi. Legges denne forutsetningen til grunn for Husbankens tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger, vil utviklingen kunne skyte fart og gjøre nye teknologiske løsninger lettere tilgjengelig for mer allmenn bruk.

Utover dette spiller selvfølgelig den fysiske utformingen av den enkelte bolig en betydelig rolle dersom den skal være hensiktsmessig å leve i med sykdom eller funksjonssvikt. Det vil også ha betydning hvordan boligen er utformet og utstyrt om den skal fungere som arena for tjenesteyting for medarbeidere i helse- og sosialtjenesten. Det vil derfor være både i den enkeltes interesse og av stor samfunnsmessig betydning at boligeierne tar ansvar for å bygge og fornye boligene slik at de kan bebos livet ut. Statlige myndigheter bør stimulere til slik ombygging ved en kombinasjon av virkemidler: Gratis opplysning, råd og veiledning, lovgivning, avgifts- og gebyrpolitikk og økonomiske stimuleringsstiltak.

6.5.7 Samme finansiering og egenbetaling

Et sentralt virkemiddel fra statens side for å sluttføre samordningen av sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger i kommunene, vil være å samordne de ulike egenbetalings- og finansieringsforskriftene som gjelder for de som bor i institusjon og de som bor i egen bolig (eid eller leid).

Med like egenbetalingsordninger for helse- og omsorgstjenestene, lik finansiering av medisiner, hjelpemidler, samme egenandelstak og samme rett til bostøtte fra Husbanken, vil vesentlige hindringer være ryddet av veien for å realisere det nye bo- og tjenestekonseptet som en fusjon av det beste fra både hjemmetjeneste- og institusjonstradisjonen i omsorgstjenesten.

Ved å fjerne ulikhetene i den økonomiske insentivstrukturen unngår en de utilsiktede virkningene dette har på utbyggingsmønsteret i omsorgssektoren. På den måten vil en også fjerne den tilpasning som i dag skjer i form av avhjemling av sykehjemsavdelinger eller enkelt plasser i sykehjem pga ulike finansieringsordninger for medisiner og tekniske hjelpemidler.

Utvalget går derfor inn for å innføre samme egenbetalingsordninger, finansieringsordninger og rettigheter til medisiner, tekniske hjelpemidler og bostøtte for alle – enten de bor på den ene eller andre måten. Utvalget ber departementet ta opp igjen dette spørsmålet til ny behandling.

Unntak gjøres bare for korttids opphold med behandlingsformål, som i hovedsak bør følge de samme bestemmelsene som gjelder for døgnopphold i institusjon og helst koste mindre enn opphold i sykehus.

6.5.8 De nye boligløsningene

Det foregår for tiden 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 service-sentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og boliger med institusjonstilbud i form av fast bemanning hele døgnet. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke reversere og gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjonsløsninger når vi skal finne svar på framtidens utfordringer.

Utvalget ønsker å ta med seg det beste fra de to ulike tradisjonene og stimulere til at det utvikles et mangfold og variasjon av løsninger som bygger på noen grunnleggende prinsipper:

- Et tydelig og konsekvent skille mellom kommunenes boligpolitikk og kommunens tjenestepolitikk på helse- og sosialtjenesteområdet
- Et tilsvarende tydelig og konsekvent skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov, beskrevet i individuelle enkeltvedtak
- Et tydelig fysisk og juridisk skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og sosialtjenesteformål
- Et faglig og organisatorisk skille mellom helse-tjenester og matservering, kulturaktiviteter og andre servicetjenester
- Boligløsninger som har tilgang til alle nødvendige bofunksjoner (bad/toalett, kjøkkenkrok, soveplass og oppholdsareal) innenfor privatareal, tilrettelagt for både beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som stiller seg til disposisjon for og er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning
- Boliger som har infrastruktur tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi
- En felles husleie- og egenbetalingsordning uavhengig av boform, med likestilt rett til bostøtte fra Husbanken og dekning av medisiner og hjelpemidler over folketrygden

Utvalget ønsker å legge disse hovedelementene til grunn for den videre utbyggingen av kommunale boligtilbud til personer med helse- og omsorgstjenestebehov, og viser i den sammenheng til Omsorgsplan 2015 som anslår et fornyelses- og utbyggingsbehov på 12.000 heldøgns omsorgsplasser fram mot 2015. Behovet for sterk kapasitetsvekst kommer imidlertid ikke før om 10-15 år. Bygging og planlegging tar lang tid, dette innebærer at planleggingen må starte allerede nå.

Først må oppmerksomheten konsentreres om modernisering, utskifting og fornyelse av eksisterende boligmasse (institusjoner og boliger), slik at de er oppgradert når behovet for kapasitetsvekst setter inn for fullt. Halvparten av alle boliger og halvparten av plassene i institusjon ble enten nybygd eller totalrenovert under Handlingsplan for eldreomsorgen i perioden 1997-2007. Utvalget er derfor opptatt av at den andre halvparten av landets 90.000 institusjonsplasser og boliger nå

snart er moden for fornyelse og oppgradering. Dette bør i hovedsak skje de nærmeste 10 årene, slik at en har gjort seg ferdig med opprusting av den gamle bygningsmassen i god tid før den forventede behovsveksten setter inn fra 2025. En del av denne bygningsmassen har en lokalisering og utforming som gjør den dårlig egnet til morgendagens løsninger. Lokalisering av velferdssenter og ulike botilbud må inngå som et ledd i en helhetlig nærmiljø- og knutepunktutvikling i de ulike bydeler/ lokalsamfunn.

En slik fornyelse gir store muligheter til å skape nye rammer og omgivelser både for de som trenger et kommunalt botilbud og for de som skal stå for tjenesteutøvelsen i framtidens omsorgstjenester. Utvalget vil anbefale kommuner, fagmiljøer og næringsliv å se på dette som en utfordring til innovasjon, der behovet er å finne nye løsninger som tilpasses framtidige generasjoners preferanser og morgendagens lokalsamfunn. Det må derfor stimuleres til forsøk og erfaringsinnhenting med nye modeller, som evalueres og dokumenteres slik at kommunene i større grad kan lære og hente inspirasjon hos andre.

6.5.9 Felles navn og betegnelser

Gjennom tida er det utviklet institusjonstilbud og boformer i den kommunale helse- og sosialtjenesten med mange ulike navn, betegnelser og ordninger. I institusjonstradisjonen har fattighus, gamle hjem og aldershjem blitt avløst av sykehjem, og HVPU-institusjoner, vanførehjem og psykiatriske sykehjem blitt avviklet til fordel for mer boligbaserte løsninger. Parallelt med dette har aldersboliger, trygdeboliger og serviceboliger blitt til det som i dag stort sett kalles omsorgsboliger. Det er svært mange navn på dette.

Lokalt kan slike anlegg ha navn som bo- og servicesenter, omsorgssenter, bo- og aktivitetssenter, bygdeheim eller helsetun. På folkemunne får de også navn etter de som bor der eller den diagnosen eller funksjonshemming som forbindes med de som bor der (demensavdeling, demenskollektivet, pu-boliger, psykiatriboliger og lignende). Slike betegnelser fungerer naturlig nok stigmatiserende, og det er ønskelig med en normalisering av begrepsbruken i retning av at gateadresse, husnummer eller nøytrale stedsangivelser brukes, på samme måte som for den øvrige befolkning.

De mange navn og betegnelser skaper problemer for statistisk framstilling og sammenlikning over tid. Det er store forskjeller i hvordan kommunene har utviklet sitt tjenestetilbud, forskjeller

som det ofte kan være vanskelig å avlese i de statistiske framstillingene. Det er derfor behov for å finne mest mulig felles, sammenlignbare betegnelser og navn som fremstiller kommunens samlede ressurser på helse- og sosialtjenestefeltet på en måte som eliminerer de organisatoriske forskjellene mellom kommunene

Utvalget har kommet til at det ikke er grunnlag for å regulere tjenestebetegnelser og lokale navnevalg, men vil sterkt oppfordre til å bruke vanlig adresse og unngå navn som kan fungere stigmatiserende for de som bor der.

I praksis har det vist seg vanskelig å skille mellom boformer der beboerne oppholder seg hele døgnet med heldøgns tjenestetilbud, og boformer der beboerne har behov for mer avgrenset assistanse på dagtid, eller andre deler av døgnet. Noen har andre tilbud på dagtid, og for mange kan behovet variere og være i endring over tid. Ingen har heller funnet noen fullgod definisjon på hva et heldøgns tjenestetilbud består i.

Når det gjelder felles betegnelser til bruk i statistikk, offentlig forvaltning og gjerne også i lovgivning, vil utvalget med bakgrunn i den utviklingen som er beskrevet ovenfor legge fram flg forslag:

Det foreslås å skille mellom 2 kategorier tjenestetilbud koblet mot 3 kategorier botilbud:

To kategorier tjenestetilbud

Den første tjenestekategorien er de medisinske behandlingsrettede tjenestene som i framtida skal utgjøre kjernen i det institusjonelle tjenestetilbudet på kommunalt nivå. Det institusjonelle tilbudet bør som et minimum omfatte:

- medisinsk observasjon, utredning og behandling
- rehabilitering og trening
- lindrende behandling
- trygghetsplasser og avlastningsplasser

Sammenliknet med dagens tilbud vil det framtidige tilbudet om behandling bli mer spesialisert. Dette er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og vil fordre en sterk helsefaglig profil og kompetanse hos tjenesteyterne. Det legges til grunn at behandlingsopphold i institusjon er av kort varighet, at henvisning skjer på medisinsk grunnlag, samt at kommunen har det forvaltningsmessige ansvaret i nært samarbeid med spesialisthelsetjenestene.

Den andre tjenestekategorien er tjenestetilbudene som gis til personer som har et langtids behov for individuelt utmålte tjenester, tydelig-

Tabell 6.1

Tjenestekategori	Boligkategori	Kjennetegn
Korttids behandlingstilbud	Korttids opphold i institusjon	Erstatter dels tjenester som i dag gis i sykehus og dels tjenester som i dag gis i sykehjem
Langtids tjenestetilbud	Kollektiv bolig	Erstatter dels tjenester som i dag gis i sykehjem, dels tjenester som gis i andre lovregulerte boformer (boform for heldøgns pleie og omsorg og bolig med heldøgns omsorgstjenester) og dels tjenester som i dag gis i kollektive kommunale utleieboliger (omsorgsboliger, aldersboliger, trygdeboliger, serviceboliger m.m.)
	Frittstående bolig	Omfatter tjenester som gis i frittstående leid /eid bolig.

gjort i enkeltvedtak. Dette vil gjelde de fleste som i dag mottar hjemmetjenester eller omsorgstjenester under langtidsopphold i institusjon.

Tre kategorier botilbud

Den første kategorien botilbud omfatter plasser beregnet for korttids opphold i institusjon der formålet er å gi et behandlingstilbud.

Den andre kategori botilbud omfatter langtids-plassene i dagens sykehjem som etter hvert vil få fullverdig bostandard og andre boformer (alders-hjem, bokollektiv for demente, små institusjoner, omsorgsboliger og gruppeboliger med felles-skapsløsninger). Disse gis samlebetegnelsen *kollektive boliger*.

Den tredje kategorien er *frittstående bolig* som i hovedsak er kommunale leieboliger spesielt tilrettelagt for omsorgsformål, eller egen bolig.

Utover dette ønsker utvalget å benytte betegnelser som seniorbolig, livsløpsbolig og universelt tilpasset bolig for private boliger for å kategorisere standard og tilpasning, slik det er redegjort for under 6.2.2. Det vil ha betydning for i hvor stor grad egen bolig også kan benyttes til omsorgsformål.

Velferdssenter

Når det gjelder tjenestearealene som enten er bygd sammen med eller er lokalisert i nærheten av de ulike boligløsningene, mener utvalget at disse arealene bør få egne navn og betegnelser som skiller dem fra den private boligdelen. Ved å kalle kafeteria/kantine, aktivitets- og treningsrom, behandlingsrom, kontorer og resepsjon for servicesenter eller velferdssenter legger en også forholdene til rette for at disse arealene er åpne for andre og blir en mer integrert del av nærmiljø og lokalsamfunn.

Kapittel 7

Ny teknologistøtte

«Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering»

Dorthe Kusk (2010)

De kommunale omsorgstjenestene vil både i dag og i framtida være arbeidsintensive og avhengige av det konkrete møtet mellom mennesker. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Velferdsteknologi kan imidlertid gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet, og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere, pårørende og ansatte i helse- og sosialtjenesten.

I Norge har slik teknologi et betydelig uutnyttet potensial. Omsorgssektoren må, på samme måte som de fleste andre sektorer, gjøre seg nytte av og forbedre kvaliteten på sine tjenester ved bruk av teknologi. Det handler både om å ta i bruk teknologi som allerede har vært tilgjengelig i lang tid, og utvikling av nye teknologiske hjelpemidler og løsninger i samarbeid med næringsliv og forskning. Målet med dette må først og fremst være å:

- gi brukerne mulighet til selv å klare egen hverdag ved hjelp av tekniske hjelpemidler, tilrettelegging og støtte, og på den måten fremme selvstendighet og bidra til uavhengighet av andre
- gi både brukere og pårørende større trygghet og avlaste dem for bekymring gjennom bruk av teknologi for sporing og observasjon, alarmer og sensorer
- gi brukere og pårørende mulighet til å delta i brukernettsverk og holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet gjennom bruk av nye sosiale medier
- gi alle parter større muligheter til å skaffe seg opplysning og motta veiledning gjennom nettbaserte programmer og nye sosiale medier

Dernest gir dette gode muligheter for å utnytte ressursene bedre i møte med framtidens omsorgsutfordringer. En dansk analyse indikerer at opp mot 20 % av omsorgstjenestens oppgaver helt eller delvis kan løses ved bruk av teknologi (KMD 2010). Utvalget er spesielt opptatt av å redusere noe av det tidstyveriet som er knyttet til at om lag en tredjedel av arbeidstiden går med til reiser, møter, saksbehandling, rapportering, samhandling, administrasjon og ressursforvaltning. Forutsatt at forholdene er de samme i Norge som i Danmark, innebærer dette at det kunne frigjøres ressurser tilsvarende flere milliarder kroner som kunne settes inn i direkte brukerrettet faglig arbeid, og til planlegging og ledelse av en stor virksomhet som vil være i stadig omstilling i årene som kommer (Rambøll 2009). Dette kan for eksempel skje gjennom å:

- legge til rette for større grad av brukermedvirkning gjennom selvbetjening og nettbasert kommunikasjon ved søknadsbehandling, tjenestetildeling, informasjon og veiledning
- redusere reisetid ved å benytte billedbasert kommunikasjon for enkle tilsyn, møter og veiledning
- utvikle mer helhetlige internkontroll- og saksbehandlingssystemer, styrke logistikk-kompetansen og forbedre planleggingen
- unngå reiser til sykehus og legesenter ved å benytte noen av de muligheter telemedisin gir
- benytte automater for å legge medisiner i dosetter istedenfor å gjøre det manuelt

7.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologien vil ikke skape revolusjon i omsorgstjenestene. Sterkere fokus på å utnytte de muligheter teknologien gir, vil ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å møte framtida. Utvalget ser imidlertid at velferdsteknologien kan understøtte en ny utvikling og være et av flere tiltak for å endre disse tjenestenes innretning, med større vekt på «hjelp til selv-

Boks 7.1 Skottland går foran

Skottland er i senere år ofte blitt trukket fram som et land som er kommet langt med implementering av velferdsteknologi. De har bl.a. gjennomført prosjekt der de leverte ut teknologipakker til et betydelig antall beboere over 60 år med demens. Grunnpakken inneholdt:

- Trygghetsalarm
- 2 passive infrarøde detektorer for å registrere aktivitet og mulige inntrengere
- 2 detektorer for å registrere lekkasje i rør og badekar som flommet over
- 1 temperatursensor som både registrerer overoppheting og for lav temperatur
- 1 røykdetektor

Noen brukere fikk i tillegg falldetektorer, videokamera ved inngangsdør og sensorer som registrerte når beboer lå i senga.

Evalueringer utført av uavhengige forskningsmiljø har dokumentert svært positive

effekter som så har medført økt implementering (Bowes & McColgan, 2009).

Skottland er også kjent for å ha etablert svært effektive «callsentre» rundt i landet. Disse tar i prinsippet i mot alle typer henvendelser relatert til helse og omsorg, fra meldinger om nødsituasjoner som ulykker og hjertestans til henvendelser om helseinformasjon. De som ringer til disse sentrene, skal få kontakt øyeblikkelig, og de som tar i mot samtalene, er opplært til å lose direkte videre til riktige instanser og personer.

Det er også gjennomført svært vellykkede prosjekt med implementering av PC-er med berøringsskjerm og enkelt brukergrensesnitt ute hos kronisk syke (KOLS-pasienter) for oppfølging av egen sykdom og kontakt med helsepersonell.

hjelp», selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering. På den måten kan den svare på mange av de behov omsorgstjenestenes nye brukergrupper har, og være godt tilpasset nye seniorgenerasjoners behov. Teknologien skal utfordre folk til å ta ansvar, både for velferdsordningene, sitt eget liv og i relasjonene til andre mennesker i det daglige. Den skal også bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljø, familie og frivillige. På denne måten kan teknologi også fremme egenstyring og uavhengighet og bidra til at folk kan klare seg selv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

En slik omlegging vil imidlertid kreve større faglig bredde med sterkere vekt på aktivisering, gruppe- og nettverksarbeid. Flere av de som arbeider på dette feltet sier at utfordringene handler 20 % om teknologi og 80 % om organisasjon. Trygghetsalarmer kan illustrere det. Selve utplasingen av teknologien og opplæring av brukeren er lite sammenlignet med de organisatoriske virkningene av at brukere nå kan uttrykke hjelpebehov som må møtes med rask utrykning om det i det hele tatt skal være trygghet i alarmer.

Utviklingen av velferdsteknologi må settes inn i en slik ramme, og ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og behov. Enkelte bruker velferdsteknologi som begrep for å beskrive

bruk av teknologi på velferdsområdet i vid forstand. Ut fra praktiske og organisasjonsmessige forhold har utvalget funnet det mest hensiktsmessig med en noe mer avgrenset forståelse av begrepet (KS og NHO 2009; AALLIANCE 2009):

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.

Velferdsteknologien har på denne måten overlappende grenseflater både med telemedisin, eHelse, IKT-utviklingen i kommuneforvaltningen og ikke minst tilrettelegging og hjelpemidler gjennom hjelpemiddelsentralenes virksomhet. På alle disse områdene foreligger det imidlertid egne utredninger, planer og prosesser.

Utvalget har derfor valgt å konsentrere seg om velferdsteknologi, med sikte på å få fram pla-

ner og bidra til konkret satsing på innføring av slik teknologi i den kommunale omsorgstjenesten. Det er likevel sterk grunn til å understreke at utviklingen på flere av disse områdene bør ses i sammenheng og skje parallelt.

Det er ulike måter å kategorisere velferdsteknologi på. Det er vanlig å skille mellom *hvor* teknologien benyttes, *hva* teknologien gjør og *hvem* som er sentrale aktører (AALLIANCE 2009). Utvalget er opptatt av at teknologien først og fremst må tjene den enkelte bruker og ha som formål å løse et faktisk og opplevd problem. Mange kan bli blendet av teknologiens mange muligheter, og forstår ikke hvorfor den ikke blir tatt i bruk. Viktig er det derfor at den kulturelle og kunnskapsmessige avstanden mellom teknologimiljøene, brukerne og fagmiljøet i omsorgstjenesten blir mindre, og at de løsninger som tilbys er utviklet med utgangspunkt i konkrete behov hos brukerne.

Utvalget har derfor lagt vekt på å beskrive velferdsteknologien ut fra hva slags støtte den kan gi til den enkelte bruker.

7.1.1 Velferdsteknologi – brukere og formål

Utvalget har fått utarbeidet en oversikt over ulike typer velferdsteknologi ut fra hvordan de kan møte forskjellige brukerbehov og fungere som støtte for tjenestemottaker, pårørende og tjenestetøver. Beskrivelsen er delt inn i 4 hovedkategorier:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Oversikten er utarbeidet ved InnoMed.

Ulike typer sikkerhets- og trygghetsteknologi er løsninger som både agerer selv og teknologier som krever inngripen fra bruker. Det mest vanlige er trygghetsalarmen som i dag er i bruk i de fleste av landets kommuner, og som krever manuell utløsning. Videre er det ulike overvåkningssystemer med detektorer som varsler brann, innbrudd, vannlekkasje og bryter strømmen til komfyr eller har automatisk lysstyring. Utviklingen går i retning av teknologi som «er der» uten at brukeren trenger å være bevisst på det. Dette er for eksempel tilfellet når det gjelder fallalarmer. Teknologi som bidrar til selvhjulpenhet kan også bidra til å redusere bekymringer hos de pårørende.

Det er en økende etterspørsel etter teknologi som kan kompensere for glemsomhet og demens, slik at brukeren klarer seg lengst mulig i egen bolig. Medisindosetter som sier fra når medisinskal tas, kan ha stor betydning både for brukere, pårørende og hjemmesykepleien. Ulike tids- og aktivitetsanvisere kan gi brukerne bedre mulighet til å organisere egen hverdag, og teknologisk utstyr som kan søke etter gjenstander bidrar til økt selvhjulpenhet hos bruker.

En av de store utfordringene for omsorgstjenestens brukere er ensomhet. Bruk av teknologi for sosial kontakt kan bidra til å redusere ensomhet og ha en preventiv effekt i forhold til å opprettholde god helse. Innenfor dette teknologiområdet har det skjedd mye de siste årene, både når det gjelder bedre brukergrensesnitt (for eksempel berøringsskjerm), økt tilgjengelighet (utbygging av bredbånd og mobilkommunikasjon, lavere priser) og implementering (utstyr som mobiltelefon og PC anvendes av stadig flere). Bruk av sosiale medier har de siste årene økt kraftig, og det forventes at slike medier kan spille en viktig rolle for økt sosial kontakt.

Det skjer også store endringer knyttet til forvaltningen av helse- og sosialtjenesten i kommunene som følge av de mulighetene IKT gir for mer selvbetjening på informasjon og søknader, utvikling av mer helhetlige systemer for saksbehandling, logistikk og planlegging og kommunikasjon mellom fagutøvere, brukere og pårørende.

Telemedisin og teknologi for behandling og pleie vil generelt kunne bidra til at helse- og omsorgstjenester i større grad kan utføres i hjemmet som alternativ til institusjon, eller i den lokale helsetjenesten istedenfor i sykehus. Med sensorteknologi og datakommunikasjon er det mulig for helsevesenet å følge helsetilstanden til den enkelte i hjemmet uten å være fysisk til stede. Slik teknologi kan også være et verktøy for den enkelte til å mestre egen sykdom. Dette vil imidlertid kreve en elektronisk infrastruktur som kan motta og behandle dataene fra sensorene.

Det skjer også store endringer knyttet til forvaltningen av helse- og sosialtjenesten i kommunene som følge av de mulighetene IKT gir for mer selvbetjening på informasjon og søknader, utvikling av mer helhetlige systemer for saksbehandling, logistikk og planlegging og kommunikasjon mellom fagutøvere, brukere og pårørende.

Tabell 7.1 Tabell: Hovedkategori 1 – Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til tjenesteutøver
Alarmsystemer	Overvåkingsalarmer (bolig)	Adgangskontroll	Hjemmeboende kan identifisere den som ringer på og lukke vedkommende inn vha fjern-åpningsløsning.	Kan via kamera pårørende	Helsepersonell kan identifiseres med personlig magnetkort, fingeravtrykk, mobiltlf
		Boligalarmer for brann, innbrudd, vannlekkasje m.m.	Gir alarmsignal til beboer iht. programmering.	Kan kobles slik at de også gir varsel til pårørende	
		Bevegelsesdetektorer	Registrerer bevegelser i boligen mht unormal aktivitet (f.eks. uønskede personer). Kan sette i gang videokamera ved inngangsdør Kan også kobles opp mot lysstyring, eksempelvis slå på rombelysning om natten for å forhindre fall	Kan også brukes til å varsle pårørende eller pleiepersonale når en person med demens er på vei ut om natten	
		Komfyrvakt	Tidsbryter eller registrering av temperatur. Kobler ut strøm ved for høy temperatur.	Komfyr med varme på er en vanlig årsak til bekymring hos pårørende og pleiepersonale. Samtidig ønsker man ikke å fjerne muligheten for å bruke komfyr selv om brukeren begynner å bli glemsk	
Trygghetsalarmer		Trygghetsalarm	Løsning der bruker kan varsle og gjerne få snakket med pårørende eller hjelpepersonale. Noe utstyr tilbyr også videooverføring slik at hjelper kan danne seg et bilde av situasjonen.		
		Aktivitetsdetektor	Registrerer aktivitet over tid, gjerne for tidlig registrering av mulig sykdomsutvikling (f.eks. demens). Ved å få kartlagt brukers naturlige tidspunkt for ulike daglige gjøremål (f.eks. toalettbesøk), kan bistand bedre tilpasses brukers behov		
		Falldetektor	Registrerer fall eller at bruker ligger nede. Kan initiere telefonkontakt eller videokontakt mellom bruker og pårørende eller hjelpepersonale		
		Sensorer som kontrollerer at bruker er tilstrekkelig kledd	Personer med demens har ikke alltid kontroll med at de er godt nok kledd for en tur ut		

Tabell 7.2 Tabell: Hovedkategori 2 – Kompensasjons- og velværeteknologi

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til tjenesteutøver	
Tekniske hjelpemidler	Forflytningshjelpemidler	Enkle forflytningshjelpemidler som sklimatter, transportlaken, bærestrop- per osv	De fleste produktene krever assistanse, men det finnes også produkter for forflytning mellom seng og rullestol som bruker betjener selv.		Reduserer faren for belastnings-skader blant omsorgspersonell	
		Mobile personløftere og ståheiser	De fleste produktene tar i liten grad vare på, eller styrker brukers restfunksjoner, og bruker kan få følelsen av å bli behandlet som en «pakke»		Økt selvhjelpenhet reduserer behov for assistanse	
	Hjelpemidler som kompensere for fysiske handikap eller manglende fysisk styrke	Ganghjelpemidler (krykker, rullestoler, rollatorer), oppreisningshjelpemidler	En del tekniske hjelpemidler kritiseres for at de i for liten grad er konstruert slik at de ivaretar, og helst styrker brukerens restfunksjoner	Øker selvhjelpenhet, og kan dermed redusere belastning og bekymring hos pårørende		
		Robotassistanse	Selvstendige «assistent-roboter»		Er i liten grad kommersielt tilgjengelig	
		Robotdrakter / «Eksternskjellett»	Personer som f.eks. har mistet førligheten i ett ben pga av slag, kan kompensere dette med et utstyr som spennes på det reduserte benet og som imiterer det friske benet «speilvendt» slik at tilnærmet normal gangfunksjon oppnås.		Dette er utstyr som spennes på kroppen, og som kan flerdoble styrken til å løfte og bære. Slikt utstyr er på markedet internasjonalt	
		Hjelpemidler som kompensere for sanse- tap eller reduserte kroppsfunksjoner	Hørselshjelpemidler, synshjelpemidler			Enklere kommunikasjon med bruker

Tabell 7.2 Tabell: Hovedkategori 2 – Kompensasjons- og velværeteknologi

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til tjenesteutøver
		Inkontinenshjelpemidler: – Trening/stimulering av lukkemuskulatur – Blæreskanner	Personer som pga av lammelser ikke har føling med blære el. tarm kan ha stor nytte av teknologi som registrerer «fyllingsgraden».		
Omgivelseskontroll	Klimakontroll	Lys og varme	Kan styre belysning, gardiner, solavskjerming, varmeovner osv via fjernkontroller eller sensorer		Mindre behov for ekstern assistanse
		Ventilasjon	Kan styre ventilasjonsanlegg, åpning av vinduer osv		
	Husholdningsapparater	Komfyr, kaffe-trakter			
	Underholdning	TV, video, radio, CD/DVD/Blu-Ray-spiller			
Teknologisk assistanse i boligen	Pasientforflytning	Takløftere, personheiser, trappeheiser Hev- og senkbart møblement (senger, stoler) og innredning (kjøkken, bad)	Økt selvhjelpenhet	Reduserer behov for assistanse. Kan bedre arbeidsstillinger for den som skal assistere	Reduserer omfanget av tunge løft
	Toalett hjelpemidler	Toalett med spyl/tørk Hev- og senkbart toalett. Toalettforhøyer		Reduserer behov for assistanse til lite attraktive oppgaver	
	Robotteknologi	Robot rengjøringsmaskiner og støvsugere		Kan redusere behovet for assistanse, også fra pårørende	Reduserer behov for hjemmehjelp
Treningsaktiviteter	Fysisk trening	Skrift-teller, pulsklokke GPS-sporing	Kan gi den enkelte større bevegelsesfrihet	Kan gi brukeren større bevegelsesfrihet og redusere bekymringsnivået hos pårørende	Kan gi den enkelte bruker større bevegelsesfrihet og personalet oversikt over hvor beboerne befinner seg
		«Hjernetrim»	Spillteknologi	Her finnes teknologi som både gir fysisk og kognitiv trening	

Tabell 7.2 Tabell: Hovedkategori 2 – Kompensasjons- og velværeteknologi

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til tjenesteutøver
	Rehabilitering	Utstyr for egentrening Robotstyrt trening Utstyr for trening av motorikk Dataspill Utstyr for måling av bevegelser		At bruker gjennomfører vellykket rehabilitering kan ha stor betydning også for pårørende	
Hjelp til å huske	Automatiske meldinger	Medisindosetter som sier fra når medisin skal tas		At bruker gjennomfører riktig medisinerer er et punkt som ofte bekymrer pårørende	Det finnes medisindosetter som sier fra når det er behov for påfylling
		Tids- og aktivitetsanvisere	Gir bruker bedre mulighet til å organisere egen hverdag		
	Løsninger som aktiveres av bruker	Utstyr for søk etter gjenstander, organisering av innkjøp		Øker selvhjulpenhet	

Tabell 7.3 Tabell: Hovedkategori 3 – Teknologi for sosial kontakt

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til tjenesteutøver
Videokommunikasjon	Via telefon Via datanett	Bildetelefon PC med kamera Skype	Telefon- og datanett er nå ofte det samme enten det er kabelbasert eller trådløst	Gir mulighet for god sosial kontakt selv om man bor langt fra hverandre	
Webtjenester	Nettsamfunn	Facebook, Twitter			
Robotteknologi	Tekniske «kjæledyr»	Robot-selen «Paro»	Dokumentert positiv effekt på bl.a. personer med demens	Dette er forløpig dyre produkter som også krever noe opplæring og som derfor primært brukes på institusjon	Kan bl.a. redusere uro hos brukeren og redusere pleiebehov og medikamentbruk. Brukes i institusjon
	«Kommunikasjonsroboter»	«Giraffroboten»	Roboten er mobil og kan fjernstyres slik at videokommunikasjonsutstyret kan flyttes etter behov	Dette produktet kan tenkes brukt både av pårørende og omsorgspersonell	

Tabell 7.4 Tabell: Hovedkategori 4 – Teknologi for behandling og pleie

Underkategori	Produktgruppe	Eksempler	Kommentarer vedr. teknisk støtte til «sluttbruker»	Kommentarer vedr. teknisk støtte til pårørende	Kommentarer vedr. tekn. støtte til behandl., pleie, omsorg og assistanse
Hjemmebehandling	Kommunikasjon med helsepersonell	PC med berøringsskjerm og kamera		Teknologien muliggjør at også pårørende kan mobiliseres innen pleien selv om de bor langt unna.	
	Journal	Tilgang til egen journal, gjerne via PC			Viktig for helsepersonell å ha enkel og rask tilgang til dette ute hos bruker
	Helsedagbok	Papirbasert eller på «data»			
	Individuell plan	Papirbasert eller på «data»			
	Behandlingsutstyr	Hjemmedialyse			
	Medisinering	Medisineringsautomat			
Hjemmeanalyser	Egenregistrering av kliniske data	Bruk av PC med berøringsskjerm			
	Sensortechnologi	Kroppsvekt, EKG, blodtrykk, blodsukker, SpO2, respirasjon	Noen løsninger overfører data automatisk mens andre (som blodtrykksmåliger) krever innsats fra bruker		Data kan overføres direkte til sentral database

7.1.2 Hjelpemiddelsentralene

Norge er kjent for å ha et godt tilbud når det gjelder tilrettlegging og hjelpemidler. NAVs hjelpemiddelsentraler er i dag den viktigste institusjonen for kompetanse, anskaffelse, formidling og tilpasning av hjelpemidler og velferdsteknologi. Slik bør det også være når kommunene i større grad tar i bruk velferdsteknologi i framtidens helse- og sosialtjeneste.

Hjelpemiddelsentralene har et stort utvalg av individuelle hjelpemidler som kan bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne kan leve så selvstendig som mulig og som kan gjøre det lettere for de som assisterer. Hjelpemiddeldatabasen i NAV omfatter om lag 6500 produkter og sentralene formidler hjelpemidler for alt fra personlig medisinsk behandling, ferdighetstrening, personlig stell, personforflytning og husholdning til munenes framtidige oppgaver og rolle i forhold til

boliginngredning, kommunikasjon, informasjon, transport, arbeidsutstyr, lek og fritidsaktiviteter.

En oversikt fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) viser at omfanget av støtte fra Folketrygden til velferdsteknologiske hjelpemidler er begrenset. Støtte til installasjoner som styrer lys, varme, dører eller vinduer er i noen grad utbredt og en del fikk støtte til personlige alarmer (fallalarmer og vibrasjonsdetektorer) i 2010. Legger en til kommunikasjonsområdet, der et av formålene er sosial kontakt, blir imidlertid omfanget større (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2011).

Framtida for hjelpemiddelsentralene er nylig behandlet av Hjelpemiddelutvalgets offentlige utredning om «Et helhetlig hjelpemiddeltilbud» (NOU 2010:5). Vår utredning vil derfor i liten grad berøre det som i dag er Arbeids- og velferdsetatens og hjelpemiddelsentralenes ansvar og virksomhet, og i større grad konsentrere seg om komvelferdsteknologi.

Kommunene og hjelpemiddelsentralene har fra før et omfattende samarbeid som omfatter tilrettelegging og formidling av hjelpemidler, og kommunene har ansvar for å skaffe hjelpemidler til brukere der behovet er av mer begrenset varighet. På samme måte som kommunene har ansvar for pedagogiske hjelpemidler i barnehager og skoler, bør de også ta ansvaret for velferdsteknologi i helse- og sosialtjenestene på de områdene som ikke dekkes av hjelpemiddelsentralenes individuelle hjelpemidler.

Det er ofte nødvendig å tilrettelegge teknologien for den enkelte bruker og gi opplæring og veiledning både til tjenestemottaker og tjenesteytere. Dette krever kunnskap både om brukergrensesnitt og teknologi. Hjelpemiddelsentralene har slik kompetanse, først og fremst knyttet til individuelle hjelpemidler. Mye av denne kompetansen er imidlertid overførbart til ulike former for velferdsteknologi. Ved økt bruk av velferdsteknologi i kommunene, vil det bli økt etterspørsel etter støtte, veiledning og kunnskap.

Utvalget mener hjelpemiddelsentralene bør benyttes som ressurs- og kompetansesenter for kommunene, og foreslår at det tverrsektorielle samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunene utvides til også å omfatte dette området. Egentlig handler det bare om å utvide hjelpemiddelsentralenes ansvar til å ha oversikt og kompetanse over hele velferdsteknologiområdet, og ikke bare individuelle hjelpemidler. Ved innføring av velferdsteknologi, bør kommunene kunne henvende seg til hjelpemiddelsentralene og få rådgivning og veiledning om muligheter og begrensninger ved valg av ulike løsninger og hvordan de kan fungere sammen. Hjelpemiddelsentralene bør også kunne gi bistand til oppgradering og vedlikehold av utstyr og opplæring i bruken av utstyret.

Fra 2011 vil NAV slå sammen flere av sine spesialenheter og etablere et nytt felles kompetansesenter på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet. Det vil være naturlig om dette senteret også kunne bidra med kompetanse på velferdsteknologifeltet, og tok ansvar for å delta i nordisk og internasjonalt samarbeid om etablering av standarder, ha oversikt over produkter og drive informasjonsarbeid på området.

Nordisk Ministerråd utarbeidet i 2009 en kartlegging om innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet i Norden, med ønske om å stimulere til økt erfaringsutveksling og nordisk samarbeid (Nordisk Ministerråd (2009)). Samme år ble den nye nordiske institusjonen Nordens Velfærdscenter (NVC) etablert for å koordinere samarbeidet mellom de nordiske landene på hjel-

Boks 7.2 Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) er et senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som har fått i oppdrag å samle, produsere og formidle kunnskap om telemedisinske tjenester, nasjonalt og internasjonalt. NST arbeider for at telemedisinske tjenester tas i bruk, blant annet fordi dette bringer helsetjenester og behandling dit folk bor.

pemiddel- og velferdsteknologiområdet. NVC mener velferdsteknologi vil være et viktig satsingsområde for de nordiske land, både når det gjelder å ta teknologien i bruk, men også i forhold til utvikling og nye eksportmuligheter.

7.1.3 Telemedisin og e-Helse

Telemedisin og e-Helse er teknologiske verktøy som bidrar til å forbedre og desentralisere behandlingstilbudet i helsetjenestene.

Telemedisin gjør det mulig å samarbeide om og levere helsetjenester på nye måter. Helse- og omsorgstjenester kan i større grad utføres i hjemmet som alternativ til institusjon, eller i den lokale helsetjenesten som alternativ til sykehus.

Bruk av telemedisin gir muligheter for effektivisering av spesialisthelsetjenestene og kan gjøre dem mer tilgjengelig lokalt. Pasientene kan få raskere behandling. Slik teknologi kan også muliggjøre utdanning, videreutdanning og veiledning av og mellom helsepersonell. En ofte brukt definisjon av telemedisin er:

«Undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienter eller relevant informasjon er geografisk plassert.» (Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin NST 2011).

Telemedisin kan i dag benyttes for en rekke tilstander. Pasienter med kroniske lidelser, som KOLS eller diabetes, kan følges opp i eget hjem og hjelpes og motiveres til å ta hånd om egen helse via videokonferansetjenester eller applikasjoner og tjenester til mobiltelefon. Akutt sykdom eller

Boks 7.3 Renewing Health

Norge deltar i EU-prosjektet Renewing Health gjennom Helse Nord og Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin sammen med Høgskolen i Oslo. Ni andre europeiske regioner er med i prosjektet der utforskning og utprøving av teknologi for bruk i helseomsorg og oppfølging står sentralt. De kroniske sykdommer som det fokuseres på i denne sammenhengen er diabetes 2, kols og hjerte-kar.

I Norge testes en løsning for mobiltelefon ut i samarbeid med personer som har diabetes type 2. Ved siden av å prøve ut ny teknologi, er prosjektet opptatt av hvilke andre mekanismer som bidrar til at pasienten lettere kan følge opp egen sykdom og få til nødvendige endringer i vaner og livsstil, slik at de kan leve godt med sin diabetes. I Norge vil 300 pasienter være med i et forskningsprosjekt som skal svare på disse spørsmålene.

Kilde: Se www.telemed.no

skade kan stabiliseres av lokal legevakt under telemedisinsk veiledning fra regionale AMK-sentraler som også kan rekvirere transport om nødvendig. Pasienter med gallestein eller brokk kan henvises direkte fra fastlege til dagkirurgiske tilbud uten å måtte vente i mange uker på en poliklinisk konsultasjon, ved hjelp av interaktive telemedisinske henvisninger. Primærleger eller sykepleiere kan utføre ortopediske kontroller under veiledning fra spesialist over avstand. Telemedisin er i en prosess med kontinuerlig innovasjon som innebærer både nye og forbedrede produkter, tjenester, prosesser og organiseringer.

e-Helse

e-Helse er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helsevesenet. Målet er å øke kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten innenfor helsetjenestene gjennom bruk av informasjonsteknologi. Helsepersonell utnytter i økende grad IKT for å administrere helsetjenestesystemet på nye måter. Formålet er ikke bare å effektivisere driften og legge til rette for nye måter å samhandle på. Økt bruk av IKT vil på sikt endre måten kommunene organiserer og leverer helsetjenester på. Bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren vil bidra til å effektivisere kommunenes oppgaver med forvalt-

ning og ressursstyring og på denne måten frigjøre mer tid til behandling og omsorg.

Med telemedisin og ulike former for sensor-teknologi er det mulig for helsevesenet å overvåke og følge helsetilstanden til den enkelte uten at det er personell til stede. Det vil imidlertid kreve en elektronisk infrastruktur som kan motta og behandle data på en trygg og sikker måte, og samtidig motta data både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten. Elektronisk samhandling mellom nivåene i helsetjenesten stiller strenge krav til infrastruktur i form av nettverk, sikkerhet og tekniske løsninger. En sikker kommunikasjonsinfrastruktur som bygges etter internasjonale standarder vil sikre at de ulike aktørene lokalt og nasjonalt ikke utvikler teknologiske løsninger som ikke «snakker» sammen.

I arbeidet med eHelse konsentreres innsatsen nå om fire strategiske områder:

1. Tilgang til pasientopplysninger i elektronisk form bl a med utvikling av nasjonal kjernejournal
2. Elektronisk informasjonsutveksling og samhandling som forutsetter at alle kommuniserer på samme «kanal» og tar i bruk standardiserte løsninger.
3. Møte mellom helse- og omsorgstjenesten og pasient/bruker på nettportal med tilgang til helseinformasjon, elektronisk timebestilling, fjernkonsultasjoner m.v.
4. Kunnskapsstøtte til helsepersonell på felles elektronisk plattform

Det er store forventninger fra befolkning og brukere om tilgang til og kontakt med helse- og omsorgstjenester på en raskere og mer moderne måte, gjennom bruk av informasjonsteknologi. De ønsker å slippe telefonkøen for bestilling av lege-time, de vil ha nettbasert tilgang til egen journal, kunne fornye resepter, skaffe seg informasjon og kunnskap, og få faglige konsultasjoner og råd ved hjelp av nettets muligheter til å overføre lyd, tekst og bilde. Samtidig er potensialet for kvalitetsforbedring og effektivisering av arbeidsprosessene i disse tjenestene svært stort ved økt bruk av IKT.

7.1.4 Forvaltning og selvbetjening

Utvalget foreslår at det perspektivet som trekkes opp for eHelse utvides til å omfatte søknads- og saksbehandling, kostnads-kalkulasjon, plan og budsjett, rapportering og internkontroll. Bruk av IKT er ett av de mest sentrale virkemidlene for at helse- og omsorgssektoren skal bli mer effektiv og gi et godt brukertilbud. IKT i helse- og

Boks 7.4 Billedbasert kommunikasjon

Billedbasert kommunikasjon som videokonferanse (VK) har vært på markedet i lang tid. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) ønsket man å undersøke hvordan VK-tjenester kan nyttes i større grad av helsepersonell. I en kartlegging svarer 62 % av respondentene at de har brukt VK-tjenester det siste året. Det meste av bruken har vært knyttet til møtevirkosomhet og opplæring, dernest til kliniske formål. Klinikere antyder at 25 % av pasientkonsultasjonene i områder med tilknytning til Distriktsmedisinske senter (DMS) kunne vært gjort ved hjelp av VK. Ledelsen ved UNN ønsker at det i framtida skal være like naturlig å møte pasienten på videokonferanseskjerm som det skal være å møte pasienten fysisk.

Innenfor helsetjenesteorganisasjonene blir sikkerheten i videokonferansetjenester ivarettatt av Norsk helsenett. For hjemmebruk er det mange videokonferanseløsninger, men foreløpig er det ikke mulig å knytte hjemmebrukere til Norsk helsenett. Når sensitive opplysninger formidles over et nettverk, må de krypteres også om de formidles via VK.

Kilde: Se www.telemed.no

omsorgssektoren må imidlertid i størst mulig grad integreres i en helhetlig politikk på tvers av sektorene og ses i sammenheng med hele kommuneforvaltningen. Dette krever etter utvalgets oppfatning tydelig statlig koordinering med utvikling av standarder og kravspesifikasjoner som sikrer kommunikasjon mellom eksisterende og framtidige systemer.

Norge har et godt utgangspunkt i en befolkning som allerede har tatt i bruk ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi på en rekke områder. Det er likevel et stykke fram til vi oppnår en effektiv elektronisk samhandling og får til reelle endringer i eksisterende arbeidsprosesser. Dette skyldes i hovedsak at sektoren har et mangfold av aktører som selv har ansvar for investering, utvikling og drift av elektroniske løsninger. De løsningene som finnes er i hovedsak enkeltstående saksbehandlingssystemer og enkeltstående systemer for dokumentasjon, turnus- og lønnsstyring, eller ivaretagelse av internkontroll. Typisk for de

fleste systemene på markedet er at de dekker smale områder og ikke «snakker sammen» eller håndterer informasjonsstrømmen horisontalt. Det finnes få systemer som har potensial for å håndtere hele forvaltnings- og arbeidsprosessen fra et behov oppstår til tjenesten er levert.

Den nasjonale samordningen på dette feltet er for svak, og det er etter utvalgets oppfatning nødvendig med nasjonale styringsgrep for å sikre framdrift. I tillegg må personvern hensyn og behandling av sensitive helseopplysninger drøftes bredt når en går over på digitale plattformer for informasjonsforvaltning.

Innbyggerne forventer etter hvert tilgang til gode, elektroniske tjenester hele døgnet på lik linje med nettbanks og nettbutikker. Studier fra privat sektor viser at innføring av selvbetjenings-teknologi kan medføre store kostnadsbesparelser og øke kapasiteten og tilgjengeligheten av tjenestene (Andreassen m fl 2010). Selvbetjeningsteknologi vil også kunne øke brukertilfredsheten fordi tjenesten er tilgjengelig når som helst og fra hvor som helst. Teknologien vil på sikt også kunne gi mulighet for å involvere brukeren i tjenesteproduksjonen dersom det i større grad åpnes for elektronisk dialog mellom kommune og brukere.

Selvbetjeningsteknologi er teknologi som gjør det mulig for brukeren å utføre hele eller deler av tjenesten uten assistanse av en ansatt hos tilbyder (Meuter m fl 2000). Eksempler på slik teknologi kan være nettbank, kjøp av kinobilletter eller søk etter ledig sykehusplass ved hjelp av Internett. En undersøkelse (SSB 2011) viser at om lag 70 prosent av norske kommuner har ulike former for elektroniske kanaler for dialog mellom innbyggere, kommunen og de folkevalgte. Hele 80 prosent av kommunene gir brukerne mulighet for å sende inn data i webskjemaer.

Elektronisk samhandling bringer kommunen nærmere innbyggeren, og er et av de viktigste stegene mot reell døgnåpen forvaltning. Den vil bidra til å kvalitetssikre og forenkle arbeidsprosessene, ikke bare for brukeren, men også for kommunen. Slik samhandling vil gi den enkelte bruker anledning til selv å skrive inn og kvalitetssikre de opplysninger som legges til grunn for saksbehandling og ta del i utformingen av tjenestetilbudet gjennom løpende dialog.

Undersøkelsen fra SSB viser at i underkant av 35 prosent av kommunene tilbyr selvbetjente løsninger med elektroniske tilbakemeldinger fra tjenestestedet. Spesielt i helse- og omsorgssektoren vil elektronisk dialog og samhandling mellom kommune og bruker kunne gi store kvalitetsfor-

bedringer, men også stille strenge krav til informasjonssikkerhet og personvernlovgivning.

7.2 Teknologien finnes – hvorfor tas den ikke i bruk?

Fra teknologimiljøene blir det ofte framholdt at teknologien allerede er utviklet, og det er lite forståelse for hvorfor den ikke blir tatt i bruk. Det legges fram økonomiske betraktninger om et stort innsparingspotensial, og settes fram ønsker og krav om sterke statlige virkemidler i form av forskrifter og økonomiske ordninger.

For at slike virkemidler skal ha noen effekt må en imidlertid skaffe seg kunnskap om hva som er bakgrunnen for at teknologiske løsninger ikke tas i bruk i det omfang som synes fornuftig sett fra teknologimiljøenes side. En årsak kan være at de tekniske løsningene ikke er godt nok tilpasset de problemene og behovene de er ment å løse, eller innebærer så store endringer i arbeidsmåter og organisering, at omstillingene i seg sjøl blir for krevende. Videre kan det være slik at omsorgssektoren mangler de kompetansemessige forutsetninger som skal til for å omsette teknologiløsningene i praksis på en effektiv måte.

Fortsatt er det nok en ikke uvanlig oppfatning at avansert teknologi har lite i omsorgssektoren å gjøre. Omsorg representerer for mange varme, nærhet, stell og pleie, mens teknologien framstår som kald og ufølsom. For mange representerer dette to uforenlige verdener både faglig, kulturelt og verdimesig.

Den perioden omsorg har vært et fag med tilhørende teknologi, er også ganske kort. Det har ikke gått mange tiår siden dette var arbeid som i hovedsak ble utført innenfor familiens og hjemmets vegger, ofte av mødre, døtre og svigerdøtre. Det er også grunn til å anta at for mange som har søkt seg til denne sektoren, har motivasjonen vært en helt annen enn interesse for teknologi.

Det er naturlig å se noen slike trekk og kjennetegn ved omsorgstjenestene i sammenheng med den tilbakeholdenhet kommunene foreløpig har vist når det gjelder innføring av velferdsteknologi. KS gjennomførte i januar 2011 en spørreundersøkelse i alle landets kommuner for å kartlegge i hvilken grad kommunene har tilbud om velferdsteknologiske løsninger som en del av pleie- og omsorgstjenesten (Hoen og Tangen 2011). Undersøkelsen viser at velferdsteknologi i svært liten grad er tatt i bruk i norske kommuner. Så godt som alle kommunene har tilbud om trygghetsalarm, men kun et fåtall har utvidede funksjoner

Boks 7.5 Velferdsteknologi i Bærum kommune

Bærum kommune har bygd ut en god kommunal IKT-infrastruktur og på det grunnlag har de satt i gang eller deltar som partnere i flere velferdsteknologiprosjekter bl a

- Uttesting av ulike trygghetsskapende teknologiske løsninger til hjemmeboende
- Mottak av informasjon og oppfølging av kronisk syke i hjemmet
- Bruk av sosiale medier blant eldre
- Teknologiske løsninger for å identifisere, monitorere og kompensere for mangelfull ernæring hos eldre
- En GPS- løsning med tilhørende sensorer og støttesystemer som kan bidra til å gi personer med demens en tryggere og mer aktiv hverdag (Prosjektet «Trygge spor» sammen med Drammen og Trondheim)

som sensorer koblet til trygghetsalarmen. Svært få kommuner har ulike typer helse- og velværeteknologi integrert i tjenestene. Det samme gjelder teknologi for sosial kontakt.

Det store flertallet av kommunene i undersøkelsen etterlyser informasjon om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi, og de etterlyser økt satsing på rådgivning i forhold til implementering og integrering i tjenestene. Manglende kompetanse og manglende økonomiske støtteordninger blir sett på som de største barrierene mot å ta teknologien i bruk. Over 60 prosent av kommunene, oppfatter helselovgivningen som et hinder for å ta i bruk velferdsteknologi. Samtidig ser et flertall av kommunene på velferdsteknologiske løsninger som et rekrutteringsfortrinn framover, og har stor tro på at ulike former for velferdsteknologi kan benyttes i forebyggende tiltak.

Undersøkelsen bekrefter at velferdsteknologi bare i begrenset omfang er tatt i bruk i norske kommuner. Det finnes noen få unntak, og flere kommuner har planer eller er kommet i gang med prosjektering. Generelt er dette foreløpig avgrensede forsøk på å integrere velferdsteknologi i tjenestene.

Det er også en generell mangel på kunnskap om effekter av velferdsteknologiske løsninger, og om slike prosjekter føres videre i ordinær drift når prosjektperioden er over. Et prosjekt Telenor har gjennomført i samarbeid med fem sørlandskom-

Boks 7.6 IKT- løsninger skal forebygge ensomhet i Sarpsborg

Sarpsborg kommune har i samarbeid med Borg innovasjon og med støtte fra Oslofjordfondet startet et forprosjekt med fokus på implementering av IKT-løsninger i omsorgssektoren til forebygging av ensomhet. Oslo kommune og Fredrikstad kommune deltar som partnere. Forprosjektet har i tillegg knyttet til seg flere høgskoler og en rekke bedriftspartnere.

Forprosjektet skal legge grunnlaget for et forskningsprosjekt som tar i bruk *Living Lab* som utviklings- og implementeringsmetodikk. Living Lab er utviklingsarena der brukerne selv skal være sentrale aktører i utvikling og testing av teknologi og tjenester. Prosjektets hypotese er at økt bruk av IKT-basert teknologi og tjenester vil styrke mental helse og forebygge og dempe effekten av ensomhet.

Boks 7.7 Nøtterøy kommune satser på velferdsteknologi

Nøtterøy kommune har hatt gode resultater og erfaringer med å ta i bruk velferdsteknologi. Kommunen har hatt IKT-basert pårørendestøtte for ektefeller/samboere til personer med demens siden 2004, og lagt godt til rette for samarbeid mellom kommunens IKT-avdeling og helse- og omsorgstjenesten gjennom flere store prosjekter.

I 2010 startet prosjektet «Omsorgsteknologi – trygghet og selvstendighet i Nøtterøy kommune». Prosjektet er forankret i kommunens omsorgsplan 2008-2012 og i IKT-planen for 2009-2010, og ser på mulighetene for å ta i bruk en «trygghetspakke» som gjør det sikrere, tryggere og enklere for eldre å bo hjemme. Kommunen skal teste ut løsninger for fallalarmer, døralarmer og sporing, teknologi som øker brannsikkerheten og tv/video/IKT-kommunikasjon med brukerne.

muner bekrefter dette inntrykket. Prosjektrapporten oppsummeres blant annet med at det er et «sug» etter mer kunnskap i kommunene, først og fremst kunnskap om investeringskostnader og effekter av tiltakene (Evjemo m fl 2010). Kommunene vet for lite om prosjektkostnader og potensielle tekniske utfordringer. I en sektor hvor medarbeiderne er hardt presset på tid og vet at mange er avhengig av at tjenestene fungerer, er det forståelig at mange trenger mer sikker kunnskap for å sette i gang.

Mangel på kunnskap om effekter har også hatt betydning for manglende investeringer i smarthusteknologi. Villigheten til å ta ekstrakostnader til kabling for tilrettelegging av såkalt «bussteknologi» ved bygging av nye omsorgsboliger har ikke vært til stede verken i kommunene, Husbanken eller folketrygden. Da smarthusteknologien kom for fullt på slutten av 1990-tallet kunne heller ikke Rikstrygdeverket yte tilskudd til installering av slik teknologi med mindre tilskuddet kunne knyttes til *en* navngitt person som skulle ta boligen i bruk.

Andre barrierer for å ta i bruk velferdsteknologi er mangel på kunnskap om de brukergrupper som er aktuelle for tiltakene. Det er en forutsetning for å lykkes at teknologien er god, men like avgjørende er det å kartlegge behovet og sørge for at det er den enkeltes behov og preferanser som styrer teknologien og ikke motsatt. Installa-

sjoner som ikke er utført på brukernes premisser, lykkes sjelden. Manglende avklaringer vedrørende etikk og personvern kan også ha vært medvirkende årsak til at norske kommuner har gått langsomt når det gjelder implementering av velferdsteknologi.

7.2.1 Smarthuseksemplet

Allerede tidlig på 90-tallet ble Smarthuset introdusert og markedsført i Norge, og mange oppfattet det slik at vi lå i forkant av utviklingen på slik teknologi. I tilknytning til OL i 1994 ble det arrangert en stor internasjonal konferanse om smarthusteknologi på Lillehammer. Dette ga innledningen til en betydelig optimisme for potensialet ved denne type teknologi, og på bakgrunn av piloter som var gjennomført forut for konferansen i det såkalte BESTA-prosjektet, ble det igangsatt flere lokale prosjekter.

Etter dette er det bygd omlag 25.000 omsorgsboliger i Norge med støtte fra Husbanken, men smarthusteknologien er nesten ikke tatt i bruk i noen av dem. Helsedirektoratet utga i 2004 en egen veileder om smarthusteknologi for kommunene (Laberg m fl 2004). Som en del av arbeidet med veilederen ble det i 2003 foretatt en kartlegging av bruken av smarthusteknologi i norske

Boks 7.8 Alarmer i Bergen

Gjennom Nasjonalt program for leverandørutvikling deltar Bergen kommune i et pilotprosjekt om utvikling av alarmer for personer med demens. I en situasjon med stadig flere eldre og et begrenset antall sykehjemsplasser ønsker kommunen å tilby teknologi som bidrar til at flere skal kunne bo trygt hjemme slik at behovet for institusjonsplass kan utsettes. Bruk av alarmer skal kunne avverge uheldige og farlige situasjoner for den enkelte bruker, og skape større sikkerhet for pårørende.

Forutsatt at enkelte praktiske, etiske og juridiske problemstillinger løses er planen å starte utprøving av alarmene i løpet av 2011. Det er Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i samarbeid med innkjøpsseksjonen som er ansvarlig for gjennomføring og framdrift i prosjektet.

kommuner. Bare om lag 20 av landets kommuner hadde implementert smarthusteknologi i boliger for eldre og folk med funksjonsnedsettelse:

- «Tre områder pekte seg ut i alle kommunene:
- Nøye planlegging og tverrfaglig organisering er avgjørende for god utnyttelse av teknologiene. Blant annet har brukermedvirkning og opplæring stor betydning for bruk av teknologien. Det innvirker på brukernes forhold til hva teknologien kan brukes til og hvordan den kan tilpasses lokale forhold.
 - Finansieringssystemene kan bidra til å skape en fragmentert teknologistruktur.
 - Ansattes holdninger til smarthusteknologi innvirker på bruken av den. I noen kommuner var de ansatte preget av entusiasme og glød, mens i andre var det mer skepsis og motstand til innføring av smarthusteknologi.»

Et doktorgradsarbeid har utført en feltstudie ut fra spørsmålet «Hvorfor blir ikke smarthusteknologien brukt?» (Thygesen 2009). Resultatene kan sammenfattes slik:

- Ustabil og sårbar teknologi
- Lite fleksibel og brukervennlig teknologi
- Utstyr med ulike grensesnitt
- Skifting av personell – Høy turnover og korttidsansettelser
- Manglende kompetanse
- Uklart regelverk mht varsling
- Endringer, tilpasninger og utvidelser vanskelig
- Etske problemstillinger mht overvåking

Tabell 7.5 Tele-monitorering og egen oppfølging av kroniske sykdommer

«Veikart»	Kort sikt (2013)	Middels sikt (2018)	Lang sikt (2025)
Tele-monitorering av pasient – Status vedr. parametre som kan overføres	ECG, EEG, akselerasjon, bevegelse, vekt, trykk, temperatur, hjertelyd Kapsler som inntas og som kan overføre parametre som pH, temperatur, trykk, hjertelyd, blodstrøm, respirasjon Mobiltelefon som er trådløst tilknyttet sensorer på eller inne i kroppen	Eksterne biomarkører	Biomarkører som er implantert og sender signaler trådløst
Bærbare multisensorplattformer	Sensorer som drives av batterier, også oppladbare Blyfri ECG og respirasjon	Sensorer som drives av energisamlere (f.eks. lysenergi, osmoseenergi) Sensorer som drives av energikilde trådløst	
Implanterte multisensorplattformer	Sensorer som drives av batterier, også oppladbare	Sensorer som drives av energikilde trådløst	
Egen håndtering av kroniske sykdommer	Pasienten deltar aktivt selv i oppfølging av kroniske sykdommer		Teknologi overflødiggjør aktiv inngripen fra pasienten i oppfølging av kroniske sykdommer

7.2.2 Vurdering av framtidige muligheter

I internasjonale rapporter og framtidstudier finnes det en mengde eksempler på teknologiske muligheter som en kan se framover både på kort og lang sikt. Utvalget vil nøye seg med å peke på noen eksempler, og for oversiktens skyld er de satt opp i tabellform (se tabell 7.5–7.9). Eksempelene er i hovedsak hentet fra den europeiske «Ambiant Assisted Living Innovation Alliance» (AALIANCE 2009).

Med satsing på biorobotikk innen velferdsteknologi er det forventet følgende (tabell 7.8):

Innen 2015:

- Robotassistenter for enkle oppgaver som å plukke og hente ting i strukturerte omgivelser

- Robotstøtte for mobilitet i hjemmet, f.eks. kombinert løfter og ganghjelpemiddel

Innen 2025:

- Robotassistenter med kognitive egenskaper som kan fungere sammen med bruker, evne til å navigere i ukjente omgivelser og håndtere ukjente objekter, kan kommunisere med vanlig språk og gjenkjenne aktiviteter

Robotløsninger er som nevnt tidligere i ferd med å kunne gi personalet økt løftestyrke eller sluttbruker funksjon i lemmer som er fysisk ødelagt. Robotteknologi er også på full fart inn som deløsninger i treningsapparater for rehabilitering, f.eks. for personer med lammelser i ben.

Tabell 7.6 Teknologisk støtte til omsorgspersonell og omsorgsorganisasjoner

«Veikart»	Svært kort sikt (2010)	Kort sikt (2015)	Middels sikt (2020)	Lang sikt (2025)
Videokonsultasjoner	Høy-oppløselig video og audio	Forstørret sanntids video (mest 2D)	Nøe 3D sanntids video (mest 2D)	3D sanntids videokommunikasjon
Registrering og overføring av vitale data	Hjerte, lunge og noen bloddata	Muligheter for medisinsk praksis el. behandling		Distribuerte system med hospitalfunksjon i noen områder og direkte datalinker til laboratorier for analyser
Fjernstyrte manøverorgan	Kliniske forsøk med komplekse og stasjonære manøverorgan		Mer mobile manøverorgan prøves ut i hjemmesykepleien	

Tabell 7.7 Personlig trygghet og sikkerhet

Brukerkrav	Kort sikt (2013)	Middels sikt (2018)	Lang sikt (2025)
Trygghet og sikkerhet ifht personlig integritet og eksterne fysiske trusler	Sensorer radiobølgeforbindelse til hjemmestasjon og telefonforbindelse til alarm-sentral	Sensorer i et «plug-and-play»-nettverk med automatisk konfigurering	Sensorer med energihøsting
Trygghet mot fall og kutt-skader	Fallsensorer	Bevegelsesmonitor som inkluderer fallsensorfunksjonalitet. Hjemmestasjon som kan tolke situasjonen	Integrasjon i implantat (f.eks. tannimplantat) eller annet utstyr på kroppen
Trygghet mot andre personlige ulykkeshendelser	Utendørs lokalisering vha Navstar-GPS	Bruk av annen GPS som Galileo og innendørs navigasjonssystem	Gjennomgående navigasjon med sentral lagring av posisjon og rute kombinert med kart og romplaner. Personlig og sikker tilgang til data
Trygghet mens man utfører spesifikke aktiviteter	Ganghjelpemiddel som fungerer i all slags terreng og som kan inneholde lys- og navigasjonsutstyr	Ganghjelpemiddel kan «dokkes» til privatbil	Hjelpemidlet kan fungere inn i offentlige transportmidler, heiser, trapper og krysse dørterskler. Det kan bringe varer inn i bil eller leilighet og unngå kollisjoner og potensielle vanskeligheter

Tabell 7.8 Robotassistenter

Robottype	Kort sikt (2010)	Middels sikt (2015)	Lang sikt (2020+)
Profesjonell «robotmedarbeider»	Kan lære seg topologi selv. Kan håndtere kjente faste objekter med en hånd. Symbolske håndbevegelser	Kan lære seg omgivelsene selv. To-hånds manipulering av ukjente objekter. Naturlig språk	Kan lære seg oppgaver ved å se og spørre. Kan manipulere glidende, ikke faste objekter. Kan styres av hjernen.
Profesjonell rengjøringsrobot	Kan lære seg oppgaver vha grafisk beskrivelse på kart. Kan plukke opp enkle faste objekter med en hånd	Kan lære seg oppgaver ved å bli kjørt manuelt først. Kan samle sammen uregelmessige, faste objekter med to hender.	Selvstendig læring basert på eksempel eller semantisk informasjon. Kan samle myke objekter med to hender.
Personlig «rydderobot»	Samler alt. Ikke i stand til å sortere.	Grunnleggende manipulasjon av et begrenset antall kjente husholdningsartikler innenfor et definert arbeidsscenario	Kan håndtere ukjente objekter innenfor et definert arbeidsscenario
Personlig rengjøringsrobot	Kan navigere fra rom til rom	Dekker garantert hele rom. Foretar rutinemessig rengjøring uten at bruker griper inn	Vet hvor den er. Bruker vet hvor den er. Rengjør hele huset

Tabell 7.9 Mobilitetsstøtte

Innovativ teknologi	Kort sikt (2010)	Middels sikt (2015)	Lang sikt (2020)
4G mobiltelefon-teknologi	Mobiltelefoner med bedre brukergrensesnitt for eldre og funksjonshemmede		
Satellitt-teknologi	Forbedret nøyaktighet gjennom at GPS GLONASS er tilgjengelig	Galileo tilgjengelig. Sømløs overgang mellom satellitt-, mobil- og trådløsteknologi	
Digitale kart for fotgjengere			God dekning i urbane områder med detaljerte, oppdaterte kart Utstyr med enkelt brukergrensesnitt for å utnytte disse kartene
Web-tjenester	Flere personorienterte tjenester tilgjengelig	Distribuerte datasystemer som linker sammen forskjellige innholdsleverandører	
Kommunikasjonsløsninger for små avstander	Moden teknologi	Større utnyttelse innen transportsektoren	
Trådløse nettverk	Moden, pålitelig teknologi	Større utbredelse både utendørs og innendørs	
Sensornettverk		Større utbredelse	

7.3 Velferdsteknologi – muligheter og gevinster

Forholdene i Norge ligger svært godt til rette for å utvikle og ta i bruk velferdsteknologi. Norge har høy levestandard og en befolkning som er blant de beste i verden til å ta i bruk nye tekniske muligheter. Kommende generasjoner er vant til å bruke mange ulike teknologier som Internett, gps-teknologi og mobiltelefoner.

Ifølge en undersøkelse fra EUs statistikkbyrå Eurostat (Eurostat 2007) er nordmenn de mest avanserte internetbrukerne i Europa, og det er spesielt eldre som utmerker seg. Undersøkelsen fra 2007 sammenlikner internetbruken i 29 europeiske land, og dekker husholdninger og individer i alderen 16 – 74 år. 54 prosent av norske kvinner over 55 år bruker Internett ukentlig, mot 19 prosent i EU-landene. Andelen norske menn i samme aldersgruppe som bruker Internett ukentlig er 61 prosent, mens det i EU er 31 prosent. Den samme undersøkelsen viser også at nordmenn i større grad tar i bruk avanserte tjenester enn noen andre i Europa.

I Norge gjennomfører Statistisk Sentralbyrå hvert år mediebruksundersøkelser, der også spørsmål om tilgang og bruk av IKT-utstyr er med. I aldersgruppen 55-66 år er andelen som har brukt internett en gjennomsnittsdag steget fra 14 % i 2000 til 61 % i 2009. I aldersgruppen 67 til 79 år er andelen steget fra 4 % i 2000 til 38 % i 2009. I de samme mediebruksundersøkelsene finner SSB at andelen som har tilgang på bredbånd i aldersgruppen 45 til 66 år steg fra 24 % i 2004 til 83 % i 2009. I aldersgruppen 67-79 steg andelen med tilgang på bredbånd fra 5 % i 2004 til 47 % i 2009 (Vaage 2009).

Det er liten grunn til å tro at økningen i teknologibruk vil avta framover. I årene fram mot 2020 har Norge en enestående mulighet til å legge til rette for innovasjon og utvikling innenfor en arbeidsintensiv sektor og samtidig bidra til å utvikle norsk næringsliv og skape nye muligheter for små og mellomstore bedrifter. På et område som vil få stor betydning i forhold til arbeidskraftsressurser, offentlige utgifter og utsiktene til å få selvstendighet og verdig alderdom, kan framtidas eldre i Norge ta en ledende posisjon som innovatører ved utvikling av nye teknologiske muligheter (Teknologirådet 2009; Dale m fl 2010). Samtidig legges det til rette for en framtidig helse- og omsorgssektor som ansatte oppfatter som en attraktiv arbeidsplass fordi det satses på teknologi, og som nye generasjoner oppfatter som mulighetsorientert fordi det tilbys teknologiske

løsninger som gjør det mulig å leve «lengst mulig i eget liv».

Lenge har yngre med nedsatt funksjonsevne gått foran i å ta i bruk moderne teknologi og avanserte hjelpemidler for å fungere så selvstendig som mulig. Det er rimelig å anta at den nye seniorgenerasjonen vil følge i deres fotspor. Sannsynligheten er derfor stor for at brukerne vil være pådriverne i utviklingen, om det skulle vise seg at de offentlige helse- og sosialtjenestene ikke henger med.

7.3.1 Andre lands initiativ

Utnyttelse av potensialet i velferdsteknologien krever en sammenhengende og langsiktig innsats der brukere, ansatte, kommune, stat og næringsliv går sammen og drar i samme retning. Mange land er kommet lenger enn Norge på dette området. I Norge ligger ansvaret for implementering av teknologi på hver enkelt kommune, og det finnes i følge Teknologirådet verken føringer, støtteordninger eller andre insentiver for å øke bruken av hjemmebasert velferdsteknologi for en modernisering av helse- og omsorgstjenestene (Teknologirådet 2009a)

I Danmark er det opprettet et sentralt fond – ABT-fondet (Anvendt Borgernær Teknologi) – som har til formål å støtte nye måter å bruke teknologi på i den offentlige sektor. Det er avsatt 3 mrd. danske kroner som skal investeres i innovative prosjekter fram mot 2015. ABT-fondet gir økonomisk støtte til prosjekter som frigjør ressurser til borgernære tjenester ved hjelp av arbeidskraftbesparende teknologi og nye arbeids- og organisasjonsformer. Kjernen er at investeringene skal brukes som utgangspunkt for utvikling og effektivisering i den offentlige sektor på måter som kommer brukere og ansatte til gode. Hovedmålet er at offentlig ansatte med samme innsats kan levere kvalitativt bedre tjenester ved bruk av ny teknologi og smartere organisering. En ønsker å øke produktiviteten i offentlig sektor uten at kvaliteten forringes.

I Skottland står den skotske regjeringen, lokale myndigheter og National Health Service sammen bak et initiativ de kaller *Reshaping Care for Older People*. Det landsomfattende prosjektet ble igangsatt fordi partene sammen har erkjent at dagens helsetjeneste ikke er ressursmessig bærekraftig over tid. Allerede om seks år forventes det å være 25 prosent flere eldre skotter som trenger helse og omsorgstjenester, og slik den er organisert i dag vil det ikke være kapasitet til å ta imot dem. Partene har i løpet av de to siste årene invi-

tert organisasjoner, helsearbeidere, enkeltpersoner og andre interesserte til å delta i debatten om framtidens helsevesen basert på det de kaller *A new philosophy of care* (The Scottish Government 2008):

«Responding to these challenges means that we will need to devise and implement new ways of delivering services which redistribute pressure from systems to individuals and enable Scots to take charge of their own destinies. Our current care system seeks to provide extensive and universal services through the welfare state and formal care and health systems. But sometimes, and for some people, that can work against their aspiration to maintain their independence in their own homes and communities. We want to generate a debate that seeks to promote an «enabling» approach. Helping people to stay out of the formal care system safely is a very positive message.»

Sentralt i den skotske strategien står tanken om at staten alene ikke kan løse utfordringene. Myndighetene mobiliserer en rekke aktører som har berøring med sektoren; frivillige organisasjoner, pårørende, private leverandører m.v. I dreiningen fra en institusjonsbasert til en hjemmebasert omsorg spiller også teknologi en stor rolle, sammen med ønsket om en endring i måten en måler effektivitet i sektoren på. Tidligere har effektivitet blitt målt ut fra hvor mange helsetjenester en gir til hvor mange personer på kortest mulig tid. Skiftet i tankegangen går mot å måle effektivitet i forhold til hvor mange som kan leve et selvhjulpent liv hjemme og holde seg utenfor pleie- og omsorgsapparatet.

7.3.2 Hjemmetjenesteorientering krever velferdsteknologi

I Norge har endringen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg pågått siden slutten av 1980-tallet. Parallelt med en sterk økning i antall årsverk, har det foregått en sterk vekst i hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjonsplasser. I en rapport fra NIBR dokumenteres det at helse- og omsorgssektoren i perioden 1993 – 2007 vokste med over 50 prosent til nesten 120.000 årsverk i 2007. I 1980-årene var forholdet mellom årsverk i institusjon og hjemmebaserte tjenester konstant, og institusjonene sto for 2/3-deler av ressursene. I dag går mer enn halvparten av årsverkene til hjemmetjenestene. Av de over 40.000 årsverkene som kom til i perioden 1993-

2007 gikk tre av fire til hjemmebaserte tjenester – og de fleste til oppfølging av brukere under 67 år (Brevik 2010).

Med fokus på hjemmebaserte tjenester har kommunene endret både tjenesteinnhold, arbeidsform og funksjon i helse- og sosialsektoren. Utviklingen med økte ressurser, større faglig bredde og et mangfold av ulike typer boliger og institusjoner, har satt kommunene i stand til å ta et langt bredere ansvar enn tidligere. Boliggjøringen av pleie- og omsorgstjenesten gjennom utbyggingen av et bredt kommunalt boligtilbud for eldre og folk med funksjonsnedsettelse, er et fundamentalt endringstrekk i kommunenes satsing de 20 siste årene. Kommunene burde således være godt rustet til å tilby tjenester i egen bolig med ny teknologi.

7.3.3 Samfunnsøkonomiske gevinster

Innføring av velferdsteknologi i helse- og sosialsektoren innebærer endringer både for ansatte, brukere, pårørende og for organisering av sektoren. Ikke minst vil det innebære ressursmessige endringer, ettersom målet er å kanalisere de menneskelige ressursene dit de trengs mest. Teknologi skal ikke erstatte menneskene som arbeider innenfor helse- og sosialsektoren, men snarere betraktes som nødvendig støtte og supplement dersom sektoren skal klare å opprettholde kvaliteten på tjenestene.

I en rapport laget for KS i 2009 analyseres ressurser og kostnader ved bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren (Aanesen m fl 2009), spesielt knyttet til

- Smarthusteknologi hos hjemmeboende eldre brukere av hjemmetjenesten
- Videokonsultasjoner med hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten

I undersøkelsen ble det identifisert nytte- og kostnadseffekt for alle berørte grupper av aktører som blir berørt av tiltakene: Brukere av hjemmetjenesten, kommunens omsorgstjeneste, pårørende og naboer, helsevesenet og andre etater som brann og politi. Analysen viser klare indikasjoner på lønnsomhet for alle berørte parter ved innføring av smarthusteknologi. Dersom alternativet er at brukeren må flytte på sykehjem, vil iverksetting først og fremst lønne seg for brukeren og omsorgstjenesten, mens helsevesenet for øvrig og de pårørende vil få økte nettokostnader. Tiltaket vil likevel være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Når det gjelder videokonsultasjoner med brukere av hjemmetjenesten, vil både pleie- og omsorgstjenesten og helsevesenet for øvrig tjene

på det dersom det erstatter besøk. Pårørende kan få ekstra kostnader i form av behov for hyppigere besøk. Gevinstene oppveier likevel kostnadene og tiltaket vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

De beregningene som er gjort viser at implementering av teknologi som beskrevet over, vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Samtidig vil velferdsteknologi bli viktigere både for friske og syke i framtida. Det gir gode muligheter til å mestre dagliglivet og føle seg trygg på å bo hjemme, og få bedre oppfølging og behandling av kroniske sykdommer hjemmefra. Sporingsteknologi kan gi personer med demens sikkerhet og frihet til å bevege seg utenfor hjemmet. Dessuten kan internett styrke tjenestemottakernes muligheter for deltakelse i samfunnet, kommunikasjon med helsevesenet og tilgang til ulike sosiale fora (Teknologirådet 2009a).

Økt selvhjulpenhet og større trygghet er hovedmålet for de fleste prosjekter med fokus på velferdsteknologi. I tillegg kan ny teknologi som brukes på riktig måte gi gode effekter for ansatte fordi det kan redusere tungt arbeid, gi tryggere oppfølging av brukerne og bedre kommunikasjon med pårørende.

7.3.4 Brukerevaluering av velferdsteknologiske hjelpemidler

Det er gjort få evalueringer av norske brukeres oppfatning av behov for og nytte av velferdsteknologiske hjelpemidler. Forsøkene med velferdsteknologiske løsninger har vært relativt små og nok så spredt, og de færreste er evaluert etter at prosjektene ble avsluttet.

I et prosjekt som ble gjennomført i Coloumbia, Missouri i USA ble boligene til fjorten eldre beboere utstyrt med smartshusteknologi (matter/madrasser som registrerer bevegelser, varmesensor over komfyren, videobasert bevegelsessensor og fallsensor). Etter en stund ble beboerne intervjuet i fokusgrupper og spurt om hvilken nytte de hadde av teknologien. De eldre i undersøkelsen var generelt positive til teknologien. De anså fordelene ved det å kunne oppdage nødstilfeller (for eksempel fallulykker) som større enn ulempene ved å bli overvåket. Fallsensoren var den teknologien som flest mente var viktig og nyttig (Demeris m fl 2008)

Det er også gjort en brukerevaluering av et nytt trygghetsalarmsystem over mobiltelefonnettet i eldreomsorgen i Nord-Sverige. Systemet gjør det mulig å vite hvor personen med alarmer befinner seg geografisk (GIS/GPS-løsning). Både personene selv og omsorgsarbeiderne var med på uttestingen. Formålet med det nye alarmsystemet var å gi brukere med behov for trygghetsalarm

større geografisk mobilitet og frihet. Ved hjelp av GPS fant helsepersonellet fram til brukeren dersom alarmer ble utløst.

Hovedfunnene fra brukerevalueringen var at GPS brukt i forbindelse med trygghetsalarmer utløste et etisk dilemma der tre faktorer spilte inn: Følelsen av å være overvåket, følelsen av å være trygg hvis noe skulle skje og muligheten til å være mobil. Eldre så overveiende positivt på det å ta i bruk denne typen alarmer, og opplevde at de ble mer mobile. Omsorgspersonellet så derimot etiske problemer med teknologien i forhold til overvåkning (Melander-Wikman m fl 2007).

En videreføring av forsøkene over ble gjort i prosjektet «Min helse som senior» som gjennom brukerinvolvering har bidratt til å utvikle den mobile trygghetsalarmen og gi mobiltelefonen nye applikasjoner og tjenester for å gi brukerne større muligheter til å føle seg trygge og leve et aktivt og sunnere liv.

En norsk rapport viser at mange personer med demens ønsker å gå ut i nærmiljøet. Mange går også turer på egenhånd og får problemer med å finne tilbake til hjemmet, omsorgsboligen eller sykehjemmet. På sykehjem og i hjemmetjenesten er det lite tid til å følge personer med demens ut på tur, og resultatet blir derfor ofte at de blir sittende inaktive (Øderud m fl 2011).

7.3.5 Bedre ressursutnyttelse i fagutøvelse og forvaltning

Om lag en tredjedel av arbeidstiden i omsorgstjenestene går med til reiser, transport, møter, saksbehandling, rapportering, samhandling, administrasjon og forvaltning. Bruk av velferdsteknologi og sterkere IKT-satsing på forvaltning og ressursstyring, gir etter utvalgets oppfatning de største mulighetene til å forbedre ressursutnyttelsen i denne sektoren, slik at mer tid benyttes i direkte brukerrettet arbeid, planlegging og ledelse av en stor virksomhet som vil være i stadig omstilling i årene som kommer (Rambøll 2009).

Dette kan skje gjennom å:

- legge til rette for større grad av brukermedvirkning gjennom selvbetjening og nettbasert kommunikasjon ved søknadsbehandling, timebestilling og varsling
- unngå reisetid og korridorvandring ved å benytte billedbasert kommunikasjon for oppfølging av brukere som for eksempel trenger påminnelse om medisiner eller enkelt tilsyn
- utvikle mer helhetlige internkontroll- og saksbehandlingssystemer, styrke logistikk-kompetansen og forbedre turnusplanleggingen

- unngå reiser til sykehus og legesenter ved å benytte noen av de muligheter telemedisin gir for å ta og overføre prøver/bilder og medisinske data fra eget hjem og kommunisere direkte med fagpersonell
- redusere reisetid og møtevirksomhet ved å benytte mobilt kommunikasjonsutstyr for rapportering, tverrfaglige konsultasjoner og veiledning
- benytte automater for å legge medisiner istedenfor å gjøre det manuelt
- benytte robotteknologi for å forenkle vaskeri- og renholdsarbeid

Velferdsteknologi kan støtte helse- og sosialpersonell i deres arbeid. Mange medarbeidere opplever jobben sin som belastende med ansvar for mange brukere, daglig stress og fysisk tunge arbeidsoppgaver. Med forventet behovsvekst og mangel på arbeidskraft kan belastningen på hver enkelt ansatt øke. Teknologi som gir praktisk hjelp (for eksempel robotteknologi) kan anvendes på fysisk tunge oppgaver, eller til rutineprosesser som renhold eller medisinerings. Personalet vil kunne avlastes med sensorer som varsler når det er behov for assistanse, og dermed redusere behovet for rutinemessig tilsynsaktivitet (Teknologirådet 2009b).

I en FoU-rapport utarbeidet på oppdrag fra KS i 2009 ble behov og muligheter for bruk av robot- og sensorteknologi i helse- og omsorgssektoren kartlagt (SINTEF 2009). For å frigjøre tid som kan brukes kvalitativt bedre sammen med brukerne trakk informantene i denne undersøkelsen spesielt fram 4 områder som de så for seg kunne utføres ved hjelp av teknologi:

1. Assistanse ved fysisk krevende oppgaver som stell i seng og forflytting, og praktiske oppgaver som søppelhåndtering og klesvask.
2. Tilsyn og overvåking av helse, f. eks. av personer med diabetes uten å måtte være fysisk tilstede hver gang, eller tilsyn med personer med demens, fallfare og andre som behøver jevnlig oppfølging på en tryggere måte enn i dag.
3. Aktivisering og sosial kontakt: Mange blir sittende alene og blir inaktive, og både pårørende og brukere kan til tider føle seg ensomme. Informantene ønsket teknologi som kan motivere til fysisk aktivitet og bevegelse i trygge omgivelser, samt teknologi som bidrar til sosial stimulering og kontakt mellom medarbeidere, brukere og pårørende.
4. Teknologiske løsninger som setter brukere i stand til å gjøre oppgaver selv, for eksempel gå på toalettet, huske å drikke, påkledning og avkledning.

Alle informantene oppga at de bruker mye ressurser på slike oppgaver, og de ønsket seg en enklere metode enn hyppige hjemmebesøk for å forsikre seg om at en person har det bra. De fleste informantene var opptatt av at rutinearbeid knyttet til gjenstander, som håndtering av skittentøy, også godt kunne overtas av teknologiske løsninger.

En betydelig andel blant pleie- og omsorgsarbeidere oppgir at de daglig må løfte tungt. Løftene skjer i hovedsak i tilknytning til personforflytninger. Om lag 40 prosent av sykefraværet i helse- og omsorgssektoren i tredje kvartal 2009 var registrert med diagnosen muskel- og skjelettlidelser. Andelen var spesielt stort blant renholdere, kokker, kjøkkennassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere.

Almlid-utvalget (NOU 2010:13) som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren har pekt på behovet for å ta i bruk teknologiske løsninger som kan avlaste de ansatte med oppgaver som er tidskrevende og fysisk eller psykisk belastende. Utvalget ønsker å gå videre med de anbefalinger som ligger i Almlid-utvalgets innstilling og anbefaler en kommunal og statlig satsing på velferdsteknologi knyttet til forebygging av fysiske belastningsskader og sykefravær.

For renholdere vil bruk av robotstøvsugere i helse- og omsorgsinstitusjoner og offentlige bygg bidra til å lette arbeidssituasjonen. Erfaringer fra Danmark viser at slike støvsugere frigjør tid og forbedrer det fysiske arbeidsmiljøet. Ytterligere automatisering av vaskerifunksjonene i helse- og omsorgsinstitusjoner kan også frigjøre ansatte fra rene transport- og rutineoppgaver. Snart kan robotteknologi gi de ansatte assistanse med klesvask ved å samle opp tøy fra kurver, legge tøyet inn i maskinen, ta tøyet ut og brette det sammen etter vask (Teknologisk Institut 2010).

En dansk analyse indikerer at oppgaver tilsvarende opp mot 20 % av omsorgstjenestens tid helt eller delvis kan løses ved hjelp av ny teknologi (KMD 2010). En svært stor andel av denne besparelsen er knyttet til å spare reisetid (som tar mer enn 10 % av arbeidstiden) og ved å erstatte en del tilsynsbesøk med fjernkontakt gjennom videokommunikasjon eller tilsvarende teknologi.

I helse- og omsorgssektoren vil både tjenesteytere og mottakere av tjenester bli påvirket av innføring av velferdsteknologi. På arbeidsplassene vil det ofte være nødvendig å gjøre organisasjonsmessige tilpasninger og endre arbeidsprosesser slik at teknologien kan utnyttes maksimalt.

Danske erfaringer fra enkeltprosjekter viser at velferdsteknologi ikke automatisk betyr arbeidsbesparelser i kommunene. Resultatene er sterkt

avhengig av hvordan man implementerer de nye teknologiene. Introduksjon av ny teknologi krever at det satses målrettet i organisasjonen, at man involverer alle berørte parter, justerer eksisterende rutiner og setter av nødvendig tid til opplæring. Store internasjonale studier viser at den største gevinsten ligger i de prosjektene der velferdsteknologi ikke bare er et supplement til eksisterende behandlingsforløp og rutiner, men reelt erstatter dem. Studiene viser også at det er størst mulighet for å lykkes i prosjekter der brukerne blir involvert i eget behandlingsforløp og på den måten legger til rette for en ny rollefordeling mellom bruker og behandler. Brukerinvolvering og omfattende endringer av arbeidsrutiner gir størst effekt (Mandagmorgen Danmark 2010).

7.4 Nasjonalt program for velferdsteknologi

Utvalget anbefaler at det iverksettes et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi som en del av Omsorgsplan 2015.

Programmet skal være en målrettet satsing for å videreutvikle omsorgssektoren ved hjelp av velferdsteknologi. Den statlige innsatsen skal stimulere kommunene til å implementere ny teknologi og tilrettelegge for forvaltning, behandling, assistanse og omsorg på nye måter.

Økt bruk av velferdsteknologi skal gi nye generasjoner eldre og andre brukergrupper flere valgmuligheter, økt trygghet og selvstendighet og større muligheter for deltakelse i det sosiale liv. Det å gi tjenestemottakere mulighet til å bo lengre hjemme og utvide mulighetene for aktiv deltakelse i samfunnslivet er sentrale mål i seg selv. Bruk av velferdsteknologi kan gi både produktivitetsforbedringer og økt kvalitet på tjenestene. En sentral utfordring for programmet er å bruke velferdsteknologi som virkemiddel både for å øke trygghet og selvhjelpenhet blant brukerne og til å kvalitetsforbedre tjenesteproduksjonen.

Organiseringen av programmet

Det nasjonale programmet skal først og fremst knyttes til den satsing som nå skjer på innovasjon i kommunene, og ses som en del av et helhetlig arbeid med teknologitvilling i kommunesektoren.

Utvalget foreslår at programmet samtidig inngår som en delplan til Omsorgsplan 2015 og settes ut i livet ved hjelp av den organisasjonen som er etablert for å gjennomføre Omsorgsplanen gjen-

nom Helsedirektoratet, Husbanken og fylkesmenene. Det er en forutsetning at NAVs hjelpemiddelapparat trekkes inn i arbeidet både sentralt og på fylkesnivå, og at både KS og aktuelle departementer involveres i den videre utforming av programmet. De første resultater og erfaringer vil være et viktig grunnlag for den videre prosessen, og må dokumenteres gjennom evalueringer og følgeforskning.

Programmets hovedmål for perioden 2012 – 2015

- Innen 2015 skal alle norske kommuner kunne tilby velferdsteknologiske løsninger i form av en trygghetspakke til brukere av omsorgstjenesten som ønsker å bo hjemme, og satt i verk tiltak i tråd med utvalgets 3-trinnsplan for utbygging av velferdsteknologi (se nedenfor) for å forebygge fallskader, ensomhet og kognitiv svikt.
- Fra 2012 skal alle boliger som bygges eller ombygges til omsorgsformål med tilskudd fra Husbanken være tilrettelagt med bus-innstallasjon eller tilsvarende trådløs teknologi for tilkopling av sensorer. Dette innarbeides som et teknisk krav i Husbankens retningslinjer for sykehjem og omsorgsboliger.
- I 2015 skal alle relevante grupper av ansatte i den kommunale pleie- og omsorgssektoren ha blitt tilbudt kompetansehevede opplæringstiltak for bruk av ulike typer velferdsteknologi som understøtter hovedmålene i programmet.
- I 2015 skal kunnskap om velferdsteknologi være en del av helse- og sosialutdanningene, og spørsmålet om å opprette et eget utdanningstilbud i velferdsteknologi for ingeniører skal være utredet
- I 2015 skal ergoterapikompetansen i kommunene være vesentlig styrket fra dagens knapt 700 årsverk, som en del av regjeringens satsing på 12.000 nye årsverk.
- Innen 2015 skal det være utarbeidet en strategi for eksportpotensialet for norsk velferdsteknologi, gjerne i samarbeid med andre nordiske land

Langsiktige mål 2015 – 2020

- I 2020 skal velferdsteknologi være et integrert virkemiddel for innovasjon og kvalitetsutvikling i den kommunale omsorgssektoren. Velferdsteknologi skal ha bidratt til å endre arbeidsprosessene i sektoren på en slik måte at personalressursene i større grad kan settes inn tidlig, i forebyggende arbeid og i brukerrettet tjenesteyting.

- I perioden fram mot 2020 skal det være opprettet eksportnettverk på velferdsteknologiområdet – herunder felles eksportframstøt, erfarings- og kunnskapsutveksling, internasjonal markedsføring m.m. Eksportnettverket kan også legge til rette for at bedriftene finner relevante samarbeidspartnere i inn- og utland.

7.4.1 Tre trinns utbygging av velferdsteknologi

Velferdsteknologien spenner over et stort felt, og det kan derfor være viktig å prioritere innsatsen og bestemme seg for hvilken ende en vil begynne i. Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre av omsorgstjenestenes hovedutfordringer. Utvalget peker derfor på forebygging og tidlig oppdaging av fall, forebygging av ensomhet og reduserte konsekvenser av kognitiv svikt som tre viktige innsatsområder for utvikling og implementering av velferdsteknologi.

Trinn 1: Start med trygghetsalarmer

Trygghetsalarmer er i dag det velferdsteknologiske hjelpemidlet som er mest utbredt i den kommunale omsorgstjenesten. Utvalget foreslår å videreutvikle den tradisjonelle trygghetsalarmer slik at den kan brukes over hele landet og har flg. minimumsfunksjoner:

- Selvutløsende alarm
- Fallsensor
- Røykdetektor
- Elektronisk døråpner
- Mobiltelefon
- Sporingsløsning (GPS)

Teknologirådet har tidligere anbefalt at kommunene tilbyr alle omsorgstjenestemottakere en trygghetspakke med fallsensorer, medisineringsautomat, sporingsløsninger, temperatur/røykdeteksjon og mulighet for innfasing av kroppssensorer.

Utvalget kan slutte seg til dette som den riktige enden å begynne implementeringen av velferdsteknologi i kommunene.

Trinn 2: Fortsett med kommunikasjonsteknologi og sosiale medier

En undersøkelse som er gjort om livsløp, generasjon og kjønn (SSB og NOVA 2007) viser blant annet at ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, og at tre ganger så mange av dem som opplever at de har dårlig helse også opp-

Boks 7.9 Velferdsteknologiprojekt i Midt-Norge

Sammen med KS i Midt-Norge har fylkesmenne i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag tatt initiativet til et Midtnorsk velferdsteknologiprojekt innenfor rammen av Omsorgsplan 2015.

Prosjektet tar sikte på å stimulere tjenestemottakernes egne ressurser og bidra til mer brukerinnflytelse ved hjelp av velferdsteknologi. Målet er videre å friggi arbeidstid som kan disponeres til aktivisering og bedre dekning av brukernes sosiale behov.

Velferdsteknologiprojektet skal bestå av inntil ti delprosjekter i ulike kommuner i regionen som knyttes sammen i en felles prosjektorganisasjon for samordning, evaluering og kunnskapsspredning.

Noen av spørsmålene som ønskes belyst i prosjektet er hvordan velferdsteknologi påvirker brukernes og pårørendes opplevelse av trygghet og mestring i hverdagen, hvordan teknologien påvirker den kommunale tjenesteorganisasjonen, og om bruk av velferdsteknologi øker eller minker etterspørselen etter omsorgstjenester.

Valg av målgrupper i delprosjektene skal ta utgangspunkt i Omsorgsplan 2015 og dagens risiko- og sårbarhetsvurderinger slik de framkommer gjennom fylkesmannens tilsynsarbeid og andre undersøkelser. Prosjektet planlegger oppstart i 2011 og forventes avsluttet sommeren 2014.

lever ensomhet. Nedsatt funksjonalitet kan føre til mer ensomhet, og ensomhet kan gi dårlig helse.

Bruk av teknologi for sosial kontakt kan bidra til å redusere ensomhet og opprettholde god helse. Norge er på toppen i Europa når det gjelder bruk av Internett, og flere undersøkelser viser at bruk av teknologier som Internett og mobiltelefon gjør menneskers sosiale nettverk både større og mer mangfoldig. Dette gjelder for alle aldersgrupper.

Folks sosiale liv berikes av ny kommunikasjonsteknologi (Pew Research Senter 2009). De som bruker internett og mobiltelefon har betydelige sosiale fordeler: De bruker teknologien til å holde kontakten med andre personer, og til å dele informasjon på måter som gjør at de forblir sosialt aktive og opprettholder forbindelsen til fellesskapet.

Boks 7.10 Seniornett

Seniornett er en frivillig organisasjon som ble startet i 1997. Det er etablert over 100 klubber spredt over hele Norge. Foreningen har som hovedformål å arbeide for seniorers deltagelse i IKT-samfunnet, og driver digitalskole og kursvirksomhet og etablerer møteplasser og seniorsurf-arrangementer på nettet. Seniornett har mål om å få 250 000 flere seniorer på nett innen 2014, og øke antallet lokale klubber fra 90 til 300 for at så mange som mulig skal ha tilbud om opplæring og møteplasser i nærheten av der de bor.

Kilde: Se <http://seniornett.no/>

Boks 7.11 Wii for eldre

På Deichmanske bibliotek på Røa, kan eldre spille Nintendo Wii hver uke. Tilbudet startet opp i januar 2009, og etter en times opplæring gikk startskuddet. En trofast seniorgjeng kommer nå regelmessig for å spille bowling, tennis, golf og baseball i kinoteket. Etter at Kulturetaten i Oslo beskrev tilbudet i sin Kulturkatalog for seniorer 2009 har også eldrecentre og sykehjem i Oslo tatt kontakt med Røa bibliotek for å samarbeide om Wii-spilling.

Kilde: Se <http://roafilial.wordpress.com/>

En del av omsorgstjenestens brukere trenger særskilt tilrettelegging, opplæring og tilpasning for å kunne ta del i den digitale verden, og utnytte de muligheter som ligger i moderne kommunikasjonsteknologi for blant annet å;

- holde kontakt med familie og venner
- delta i ulike bruke fora og opplæringsarenaer
- skaffe seg informasjon og lett tilgjengelighet til hjelpeapparatet
- kunne kommunisere direkte med saksbehandlere og kontaktperson i omsorgstjenesten, eller fastlege og spesialist på nett

I Norge er det satsset mye på å legge til rette for bredbånd med tilstrekkelig kapasitet til å møte framtidige behov innen skole, helse, næringsliv og husholdninger. Bredbånd handler om å sørge for at befolkningen får tilgang til innholdet på nettet. For innbyggerne kan dette blant annet bety at de har mulighet til å få opplysninger og kunnskap om offentlige tjenester og ordninger og kan ordne sine ærender med det offentlige på nett. Samtidig er det en forutsetning for å kunne utnytte sosiale medier og bildekommunikasjon. På denne bakgrunn bør også alle sykehjem og omsorgsboliger ha bredbåndstilknytning og aktivt ta i bruk nye kommunikasjonsløsninger i kontakten mellom tjenestemottakere, medarbeidere og pårørende.

Trinn 3: Sats deretter på teknologi som stimulerer, aktiviserer og strukturerer hverdagen

Ved siden av sosial deltakelse, kan ny teknologi også gi god assistanse til både fysisk aktivitet og kulturell deltakelse.

Springsteknologi kan gjøre det mulig for personer med demens og kognitiv svikt å kunne bevege seg fritt uten følge, og bli lokalisert om de ikke finner veien hjem.

Ulike typer spill opprinnelig utviklet som familiespill har vist seg godt egnet for aktivisering og egentrening av personer med ulik grad av nedsatt funksjonsevne. I USA brukes Nintendo Wii systematisk i rehabiliteringsprogrammer, i eldrecentre og i sykehjem. Tilpassede treningsapparat med spillkonsoll og motivasjonsprogram er tatt i bruk for barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, og PC spill for personer med demens har blitt testet ut i Østerrike og har vist seg å være positivt (SINTEF 2009).

Aktiv underholdning, erindringsspill, bildetelefon og nettbaserte løsninger kan gi nye muligheter for å stimulere til aktivitet og sosialt fellesskap. Nye løsninger kan være nyttig både for å lette dialogen mellom hjelper og bruker og stimulere bruker til egenaktivitet.

Under forutsetning av at brukeren kan forholde seg til et svært enkelt og gjerne kjent brukergrensesnitt kan teknologien bak være avansert. Det er avgjørende at den enkelte sikres slike teknologiske løsninger så tidlig som mulig i forløpet av en sykdom eller funksjonsnedsettelse.

Ved kognitiv svikt er det også utviklet god teknologi for å understøtte brukerens behov for tidsforståelse, struktur og trygghet i hverdagen. En «digital bruker-assistent» er et samlebegrep på en skjerm-basert tjeneste som gir kognitiv støtte og hjelp til å huske å ta medisiner, påminne om planlagte aktiviteter og hendelser, og gi informasjon om helserelevante spørsmål. Både brukere, pårørende og omsorgspersonell kan ha nytte av slik

teknologi. For en bruker som stort sett oppholder seg i eget hjem, er en stasjonær terminal mest egnet, for eksempel en pc med høyttaler. En trykkekfølsom skjerm gjør systemet mer brukervennlig. Ved bruk av enkle skjermbilder med store knapper som brukeren kan trykke på, samt lydsignaler, kan en slik løsning gi god støtte til personer som trenger hjelp til å holde styr på hendelser og gjøremål. Et eksempel på denne typen teknologi er MEMOPlanner, en digital kalender med påminnelsesfunksjon.

7.4.2 En felles infrastruktur for kommunikasjon i hjemmet

Parallelt med satsingen på velferdsteknologi i kommunene må det etter utvalgets mening satses på utbygging av en felles infrastruktur for kommunikasjon i hjemmet.

Det er behov for en standardisert kommunikasjonsplattform i hjemmet som støtter muligheten til å bo lenger i eget hjem. En slik løsning bør ha mulighet for framtidig tilkobling til kommunalt eller regionalt mottaksapparat for sikker oppfølging og kommunikasjon. Løsningen bør i tillegg gi mulighet for kommunikasjon mellom beboer, familie, venner, hjemmesykepleie og fastlege. Plattformen bør tilby et sett med tjenester som kan tilpasses og tilrettelegges slik at den passer den enkelte brukers behov i takt med at behovene endres. Dette gjelder for eksempel kognitive støtteløsninger (f.eks. smart kalender, digital dagbok), sosialisering og underholdningstjenester (f.eks. skype og nettsamfunn), kommunikasjon og informasjonsutveksling med helsepersonell (f.eks. videokommunikasjon, personlige journaler), muligheter for å monitorere eller «våke over» brukers helsestatus ved bruk av ulike sensorløsninger, mottak og viderekobling av varsler fra sensorer på kropp og i hus (brannalarm, manglende medisintaking, døralarmer etc), ulike tjenester for å gi informasjon og opplæring til bruker og pårørende og hjelp til å følge opp egen sykdom.

En kommunikasjonsplattform bør være uavhengig av en spesiell teknologi, og bør kunne nyttiggjøres via ulike medier, det være seg TV, PC, smarttelefoner eller lesebrett. Plattformen og tjenestene den tilbyr må være basert på kjente standarder og åpne grensesnitt, som gjør det enkelt for ulike leverandører og aktører å koble seg på. En slik kommunikasjonsplattform vil kunne være et aktivt tiltak for forebygging og oppfølging der brukeren selv kan ha større ansvar for eget liv med kobling til ønskede involverte parter som pårørende, frivillige og mottaksapparat.

7.4.3 Parallell satsing på IKT i kommunesektoren

Omsorgstjenestene er store og komplekse virksomheter som krever omfattende og gode systemer for administrasjon og drift. De er samtidig en integrert del av den kommunale forvaltning, og utviklingen på omsorgsfeltet må skje som en del av utviklingen i hele kommunesektoren.

Det er behov for å styrke ledelsesfunksjonene, logistikk-kompetansen og plan- og utviklingsarbeidet i omsorgstjenestene. Utvalget mener det er mye å hente på å utvikle mer helhetlige systemer for administrasjon og saksbehandling, som kan knyttes mer direkte opp til disponering av personressurser, turnusplanlegging, budsjett- og regnskapsoppfølging, internkontroll og statistikkrapportering.

Dette forutsetter imidlertid godt utviklede IKT-løsninger på en felles kommunal plattform. Innbyggere og næringsliv forventer tilgang til gode, elektroniske tjenester hele døgnet på lik linje med nettbank og nettbutikker.

Samtidig regulerer et komplekst lovverk kommunenes bruk av IKT, enten det gjelder tjenester mot publikum eller samhandling internt og tverrsektorielt. Hensynet til informasjonssikkerhet og personvernlovgivningen stiller også krav til elektronisk samhandling og hvordan tjenester skal gjøres tilgjengelig på elektroniske medier.

KS' nasjonale IKT-kartlegging viser at det digitale gapet mellom de kommunene som er kommet lengst på IKT-området og de som er kommet kortest fortsetter å øke i forhold til tidligere år (Hoen og Tangen 2011). I tillegg øker sammenhengen mellom kvaliteten på tjenestene kommunene leverer og kvaliteten på de elektroniske støttetjenestene. Mange kommuner mangler strategi- og bestillerkompetanse, og har utfordringer i forhold til å levere gode elektroniske tjenester til innbyggere og næringsliv. Det er fare for at de digitale forskjellene mellom kommunene vil øke på bakgrunn av svært ulike forutsetninger når det gjelder kompetanse og ressurser, når utviklingen på dette området skyter fart.

En samordning av IKT-utviklingen vil kunne bidra til bedre og mer effektive tjenester gjennom for eksempel felles standarder, registre, eID m.v. Mangel på samordning vil være kostbar om hver enkelt kommune bruker ressurser på egne anskaffelser og utviklingsprosjekter.

På bakgrunn av disse utfordringene ble det høsten 2010 nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra kommunesektoren og flere departement som har fått i oppgave å synliggjøre nye sty-

rings- og organiseringmuligheter innen IKT-området for kommune og stat. I en rapport de har fått utarbeidet blir det gitt anbefalinger om å etablere en felles enhet som får ansvaret for en ensartet, kostnadseffektiv og framtidsrettet IKT-utvikling i kommunal sektor (Devoteam daVinci 2011).

Utvalget mener arbeidet som er startet opp for å møte utfordringene knyttet til manglende samordning på IKT-området er sentralt også for utbyggingen av velferdsteknologi, telemedisinske løsninger og gode saksbehandlings- og forvaltningssystemer. Utvalget ser det som en helt nødvendig forutsetning for å lykkes på alle disse områder at det skjer en samordnet utvikling på nasjonalt nivå for å få på plass grunnleggende systemer eller systemkrav som er felles for kommune-Norge.

Utbygging og implementering av velferdsteknologi i helse- og sosialtjenestene bør skje parallelt med en slik satsing i hele kommunesektoren. Samtidighet gir muligheter for felles kompetanseoppbygging og teknologiutvikling på tvers av kommunale sektorer, basert på utvikling av en felles kommunal plattform.

De kommunale helse- og sosialtjenestene må også samordnes med spesialisthelsetjenestene på dette området. Forutsetningen vil være at denne samordningen skjer som en del av en felles kommunal utvikling, og at spesialisthelsetjenestens systemer må bygges etter de samme standarder og kravspesifikasjoner som kommunene benytter.

7.4.4 Endringer i lov- og regelverk

Ansvarsfordeling og samarbeid mellom NAV og kommunene om velferdsteknologi

Hjelpemiddelutvalget (NOU 2010:5) mener dagens regelverk på hjelpemiddelområdet framstår som komplisert og at det er behov for en helhetlig gjennomgang. Hjelpemiddelutvalget peker videre på at flere lover bør gjennomgås, sammen med Arbeids- og velferdsetatens praksis og Trygderettens avgjørelser. Det er derfor foreslått å nedsette et lovutvalg for å se nærmere på dette.

I folketryktdloven hjemles individets rett til hjelpemidler. Det er behov for at Arbeids- og velferdsetaten og hjelpemiddelsentralene får en utvidet rolle i forhold til hele velferdsteknologiområdet, i tett samarbeid med kommunene. Det er naturlig at dette ansvaret reguleres nærmere i den gjennomgang Hjelpemiddelutvalget har foreslått.

Kommunenes ansvar for å ha velferdsteknologiske løsninger som en del av sitt tjenestetilbud bør også tydeliggjøres i lov- og regelverk. For å

skape ryddig ansvarsfordeling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunene på dette området, bør dette skje samtidig med en oppfølging av Hjelpemiddelutvalgets arbeid.

Smarte sykehjem og omsorgsboliger

Smarthusteknologi burde etter utvalgets oppfatning være obligatorisk i nye omsorgsboliger og sykehjem. For utviklingen av smarthusløsninger, vil det derfor være av svært stor betydning om Husbankens tilskuddsordning for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger satte som teknisk krav at nye eller renoverte bygg var tilrettelagt for tilkoping av smarthusteknologi.

Utvalget foreslår derfor at dette innarbeides som standard i de krav som ligger i Husbankens retningslinjer for ordningen. Dette innebærer at nye sykehjem og omsorgsboliger må være tilrettelagt med såkalt bus-installasjon og/eller tilsvarende elektroniske installasjoner som både skal bidra til å gi boligen lavere energiforbruk, bedre komfort, enklere betjening og et høyere sikkerhetsnivå med muligheter for tilkoping av sensorer og varslingsalarmer etter individuelt behov.

Bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler

I likhet med annen teknologi som er egnet til å overvåke mennesker, representerer varslings- og lokaliseringshjelpemidler (f eks bruk av GPS) et inngrep overfor brukeren. Derfor er helse- og sosialtjenestenes adgang til å ta slike hjelpemidler i bruk begrenset, spesielt i forhold til personer som ikke er i stand til å gi et gyldig samtykke.

Samtidig kan slik alarm- og sporingsteknologi bidra til å gi brukeren større uavhengighet fra pårørende og helse- og sosialpersonell og i mange sammenhenger være et godt hjelpemiddel til å ivareta bevegelsesfrihet, og hindre unødvendig frihetsberøvelse (Wiegaard 2010).

Den kommunale helse- og sosialtjenesten må i dag sikre at bruk og formidling av slike hjelpemidler skjer i tråd med en rekke bestemmelser både i helse- og sosiallovgivningen, personvernlovgivningen og tvangsbestemmelsene i pasientrettighetsloven.

Bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler som ledd i omsorgstjenestetilbudet i den offentlige helse- og sosialtjenesten er et ganske nytt fenomen. Lovverket er derfor i liten grad tilpasset de nye muligheter slik ny teknologi gir. Selv om mye kan løses ut fra en fortolkning av dagens lovregler, mener utvalget at lovverket på dette områ-

det er unødig komplisert og vanskelig å praktisere. Det fører derfor i stor grad til at slike hjelpemidler ikke blir tatt i bruk, også når det er åpenbart forsvarlig og ønskelig sett fra brukerståsted.

Utvalget foreslår derfor særskilt lovregulering knyttet til formidling og bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler, herunder behandling av personopplysninger som hjelpemidlene genererer. Utvalget viser i denne sammenheng til at den danske Serviceloven i 2010 fikk egne regler om anvendelse av personlige alarm- og peilesystemer.

7.4.5 Fagmiljøer som må møtes

En nasjonal politikk på velferdsteknologiområdet krever virkemidler som effektivt kan realisere målsettingen om å ta i bruk velferdsteknologien i stor skala. Utvikling og implementering av velferdsteknologi helse- og omsorgssektoren er avhengig av en helhetlig satsing på innovasjon både hos bedrifter og i kommuner, med ulike FoU-miljøer som partnere og bidragsyttere. Ikke minst trengs det mer kunnskap om arbeidsorganisering og integrering av teknologi som redskap i pleie- og omsorgssektorens verktøykasse. Kunnskap om brukernes ressurser og behov, og metoder for brukermedvirkning i utvikling av teknologi vil være nødvendig. Det er vesentlig at teknologien tilpasses brukernes behov og ikke at brukerne skal tilpasse seg teknologien. Det er av avgjørende betydning at helse- og sosialfagutdanningene inkluderer kunnskap om velferdsteknologi.

I dag er det ikke etablert noen nasjonal instans som ivaretar behovene til kommuner, bedrifter og brukernes behov for kunnskap og utprøving av velferdsteknologi. Forskningsmiljøene innen området er spredte, fragmenterte og ikke tilstrekkelig koordinert. Forutsetningen for å skape en målrettet og systematisk innsats innen velferdsteknologi er at disse kompetansemiljøene styrkes og koordineres (KS og NHO 2009).

Forskningsinstitusjonen SINTEF, Universitet i Oslo, Universitetet i Agder, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin i Tromsø og høyskolene i Trøndelagsfylkene og på Gjøvik er blant de miljøer som arbeider med forskning på feltet. Det samme gjelder de fem regionale sentrene for omsorgsforskning finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er spredte eksempler på klynger og innovasjonsmiljøer i næringslivet. Borg Innovasjon i Sarpsborg og Papirbredden Innovasjon i Drammen er begge eksempler på miljøer som satser på å utvikle service- og teknologikonsepter for kommuner og brukere. Miljøene søker samarbeid med høyskole/forsknings-

miljø, men må fortsatt karakteriseres som små og lite slagkraftige. Hjelpemiddelsentralene i NAV er svært viktige fagmiljøer med kompetanse på hjelpemiddelområdet som er direkte overførbart til annen velferdsteknologi.

Det fragmenterte bildet på området skaper et behov for en koordinerende instans som har oversikt over alle sider ved utvikling og implementering av velferdsteknologi, og som setter dette i sammenheng med innovasjonsarbeidet i hele kommunesektoren. Hensikten må være å gi brukergrupper, næringsliv, kommuner og utdannings- og forskningsinstitusjoner en felles arena for utprøving og utvikling av alle sider ved velferdsteknologi som virkemiddel for trygghet, velferd, utdanning og næring.

Utvalget viser i denne sammenheng til forslag i kapittel 8 om å etablere et sekretariat for kommunal innovasjon, som kan ivareta et statlig initiativ og en slik koordinerende funksjon. Når det gjelder økonomiske ordninger for å styrke disse fagmiljøene og stimulere til utvikling av ny teknologi og implementering av velferdsteknologi, vil utvalget også se dette i sammenheng med en mer helhetlig satsing på innovasjon der velferdsteknologi er et av flere element, og viser til forslag i kapittel 8.

7.4.6 Kompetanseheving og opplæring

Opplæring og kompetanseheving av personalet må skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. Slik implementering må forberedes og introduseres på riktig måte, slik at de ansatte oppfatter det som et hjelpemiddel og ikke enda en byrde. Teknologien må være funksjonell og enkel i bruk, gi praktisk hjelp i hverdagen, ikke kreve merarbeid og kunne «snakke» med andre systemer. Teknologiske løsninger må forankres i hele organisasjonen, fra ledelsen og ut til personalet i førstelinjen. På samme måte må brukerne involveres i implementeringen av ny teknologi. Brukerne må både tilføres kunnskap om hvilke muligheter som ligger i teknologien og sikres forsvarlig opplæring.

Utvalget foreslår i denne sammenheng følgende kompetansetiltak:

Internopplæring

I hovedsak må opplæring om velferdsteknologi foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid og ved hjelp av utdanningsinstitusjoner, hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljø. En del av den praktiske opplæringen må knyttes til den konkrete innføringen av teknologien.

Utvalget foreslår at kommunene skal ha gitt alle ansatte i omsorgstjenesten et opplæringstilbud fram mot 2015. Som en del av Kompetanseløftet bør Helsedirektoratet i samarbeid med aktuelle fagmiljø få i oppdrag å utarbeide relevant læremateriell.

Tredobling av tallet på ergoterapeuter

Regjeringens Omsorgsplan 2015 legger til grunn at omsorgssektoren trenger større faglig bredde med sterkere vekt på aktiv omsorg, og nevner i den sammenheng spesialpedagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og aktivitører.

Ergoterapeutene framstår som viktige brobyggere mellom hjelpemiddelsentralene og helse- og sosialtjenesten, og mellom helse- og sosialpersonell og teknologimiljø og har en metodisk tilnærming med vekt på aktivisering og rehabilitering, som framtidens omsorgstjeneste trenger mer av.

Utvalget foreslår at regjeringen som en del av sitt mål om å styrke omsorgstjenestene med 12.000 nye årsverk, sikrer at ergoterapikompetansen i den kommunale helse- og sosialtjenesten blir tredoblet fra dagens knapt 700 årsverk (2009) til 2000 årsverk.

Velferdsteknologi inn i velferdsutdanninger og tekniske fag

Til arbeidet med framtidige velferdsutdanninger foreslår utvalget at kunnskap om velferdsteknologi inngår i helse- og sosialutdanningene både på videregående nivå og i høyskole og universitet. Samtidig bør velferdsteknologi bli et eget fagområde innenfor tekniske fag, der ingeniører og teknikere kan nærme seg helse- og sosialfagene. I framtida vil det også være rom for flere stillinger i helse- og sosialsektoren med teknisk fagkompetanse. Utvalget vil samtidig peke på den nærliggende mulighet å utvide det tverrfaglige samarbeidet mellom teknisk sektor og helse- og sosialsektoren i kommunene, til også å omfatte velferdsteknologi.

7.5 Etikk, personvern og velferdsteknologi

I Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester handler etikk om service og kvalitet og hvordan tjenestene bør være. Det betyr at ledelse, organisasjonskultur, arbeidsmiljø og holdninger, verdier og ferdigheter hos den enkelte medarbeider er avgjørende. Men det er

Boks 7.12 Utdanninger i velferdsteknologi

Ved Syddansk Universitet er det opprettet en sivilingeniørutdanning i velferdsteknologi med oppstart september 2010, som er en tverrvitenskapelig utdanning med koblinger mellom fagelementer fra Det Tekniske Fakultet og Det Sundhetsvidenskabelige Fakultet.

Høgskolen i Bergen tilbyr fra høsten 2011 en ny videreutdanning i faget omsorgsteknologi. Utdanningen er rettet mot helsepersonell og er beregnet på de som kan få ansvar for planlegging, innkjøp, implementering, bruk og tilpassing av teknologiske løsninger innen pleie- og omsorgssektoren.

Kilde: Se www.hib.no

først og fremst hensynene til brukere og pårørende som bør stå i sentrum for oppmerksomheten, og da handler det ikke minst om de mange enkeltvalg som gjøres hver dag for å gi best mulig hjelp og ivareta utsatte brukeres integritet.

Etikkhåndboka er en del av et flerårig etikkprosjekt for å styrke den etiske kompetansen i helse- og sosialsektoren i kommunene, og gir også god veiledning i hvordan vanskelige etiske dilemma kan behandles:

«Etiske dilemmaer kan synes uløselige. I praksis viser det seg ofte at systematisk refleksjon, gjerne sammen med andre på tvers av fag- og profesjonsgrenser, kan være til stor hjelp. Rimelige løsninger lar seg ofte finne hvis man bruker kreativiteten og går dilemmaet litt nærmere etter i sømmene, ikke minst hvis man gjør det i fellesskap.» (Eide og Aadland 2008)

Utvalget har valgt å ta utgangspunkt i en slik vid og praktisk tilnærming for å se nærmere på de personvernmessige utfordringer knyttet til bruk av velferdsteknologi, og berøre noen av de etiske dilemma som kan oppstå. Det er grunn til å understreke at slike dilemma som oftest må finne sin løsning i den aktuelle situasjon, og utvalget tilrå derfor at de blir behandlet i tråd med de metoder som er anbefalt i kommunens egen etikkhåndbok.

Mer enn mange andre yrkesgrupper møter medarbeidere i helse- og sosialtjenestene hver dag etiske dilemma eller valgsituasjoner der de opplever at de må gå på akkord med verdier, prin-

Boks 7.13 Etisk kompetanseheving

Samarbeid om etisk kompetanseheving er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS og arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg. Prosjektets hovedmål er å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenestene og gjennomfører systematisk etisk refleksjon i tjenestene.

Prosjektet er forankret i Stortingsmelding nr 25 «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» og i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006 – 2010 inngått mellom regjeringen og kommunesektoren representert ved KS. Prosjektet startet opp i 2007 og er nå besluttet videreført ut 2015.

Kilde: Se www.ks.no/etikkkommune

sipper og normer de er forpliktet på, uansett hva de velger, og hvor det finnes gode moralske innvendinger mot ethvert handlingsalternativ. Utfordringen blir da å gjennomgå de verdikonflikter som ofte ligger i slike valgsituasjoner og foreta avveininger som grunnlag for praktisk handling. Slik er det også i spørsmålet om anvendelse av velferdsteknologi. Utvalget har derfor valgt å se nærmere på noen av de dilemma som er knyttet til blant annet robotteknologi og sporings- og varslingsteknologi, med sikte på å komme ut av en situasjon som av flere blir oppfattet som handlingslammelse.

Velferdsteknologi kan bli et viktig element i forsøket på å finne nye løsninger på framtidens omsorgsutfordringer, og kan om den blir tatt i bruk på riktig måte bidra til at folk i større grad kan klare seg sjøl, oppleve større trygghet og samtidig leve mer uavhengig av hjelp fra andre.

Utvalget ser at tiden nå er moden for at også omsorgssektoren gir seg i kast med teknologien, og ønsker å legge til rette for at dette skjer i betydelig større omfang. En av de barrierene mange har pekt på er de som kan ligge i dagens personvern- og helse- og sosiallovgivning. Utvalget har kommet til at det her først og fremst er behov for å få klarere regler og enklere saksbehandling.

7.5.1 Generelt om etikk og velferdsteknologi

I motsetning til tidligere, definerer det moderne mennesket seg ved hjelp av teknologi og knytter i større grad sin identitet til den, enten det er snakk om hjem og kjøkken, biler eller mobiltelefoner. Slik er teknologi, liv og velferd mer og mer sammenvevd. Det skulle derfor være rart om de kommunale omsorgstjenestene var et av de få områdene av samfunnet som ikke ble preget av en slik utvikling.

Diskusjonen om velferdsteknologi følger likevel skillelinjene mellom den humanistiske og den mer naturvitenskapelige tradisjon og tenkemåte, og hvordan vi ser på mennesket og samfunnet.

«Om vi skal innføre automatiske dosetter eller respiratorer i hjemmet, om vi skal bruke sporingsteknologi for mennesker med kognitive svekkelser (eksempelvis demente) eller om vi skal bruke robotdyr hos ensomme eldre, er derfor ikke bare et spørsmål om valg av teknologi og tekniske løsninger. Det berører spørsmål om hva som er det gode liv og hvilket samfunn vi ønsker.»

står det i innledningen til det rapportnotatet Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet for utvalget (Hofmann 2010), med en oversikt over etiske problemstillinger og utfordringer knyttet til velferdsteknologi. Rapporten peker på at teknologi har «en tendens til å dreie søkelyset mot instrumentalitet og produktivitet, og bort fra de grunnleggende fenomener for menneskenes velferd, som håp, mestring, sårbarhet og meningsfullhet». Velferdsteknologi er imidlertid en uensartet gruppe teknologier som verken er moralsk bra eller dårlig. Alle former for velferdsteknologi som er gjennomgått i rapporten har gode formål, men det foreligger lite konkret kunnskap om utilsiktede virkninger av velferdsteknologi.

Rapporten gir så en oversikt over flere utfordringer som gjør seg gjeldende for flere velferdsteknologier:

- Autonomi, integritet, verdighet
- Konfidensialitet, rett til privatliv
- Tid til menneskelig kontakt og relasjoner
- Nye involverte grupper: Pårørende, teknologi-leverandører, personell for vedlikehold av teknologi
- Nye ansvarsområder for helsepersonell og pårørende
- Interessekonflikter: Tjener velferdsteknologi pasienter/brukere, helse- og omsorgspersonell, helsetjenesteytere eller industrien?

- Fremme av instrumentell rasjonalitet på bekostning av omsorgsrasjonalitet (med fokus på lidelse, fortvilelse, plage, håp og mestring)

Rettferdighetsproblemer dukker også opp, fordi teknologibruk ikke er jevnt fordelt i befolkningen. Teknologien kan derfor bidra til å forsterke forskjeller og fungere aldersdiskriminerende hvis den brukes som en forutsetning for å få tilgang på tjenester.

Mens omsorg og velferd er mål i seg selv, skal teknologien være et virkemiddel for å realisere mål. Diskusjonen om velferdsteknologi gir av og til inntrykk av at det å ta teknologien i bruk også blir et mål i seg selv når den allerede finnes. Utvalget vil derfor understreke at velferdsteknologien først og fremst skal løse konkrete faktiske problemer og behov, og gi teknisk assistanse og støtte til å realisere viktige mål.

En vellykket implementering og bruk av velferdsteknologi krever imidlertid at vi ikke bare ser den som et nøytralt middel til å oppnå mål, men tar hensyn til de moralske utfordringene og selve utformingen. Det er en nær sammenheng mellom etikk, estetikk og menneskelige faktorer, og utformingen må være tilpasset, vennlig og riktig i den konteksten den skal brukes (Hofmann 2010). Utvalget ønsker derfor også å framheve god design som en sentral forutsetning både for selve produktet og for utformingen av tjenesten. Som tidligere påpekt handler innføring av teknologi ofte vel så mye om organisasjon som selve teknologien.

Hjemmet oppfattes som privat sfære og er beskyttet mot inngrep fra det offentlige. Når velferdsteknologien inntar denne sfæren, vil det også gjøre noe med vår oppfatning av hjemmet. På den ene siden kan det innebære opplevelse av å bli invadert når sykehuset eller sykehjemmet flytter inn i hjemmet. Sett fra andre siden kan teknologien oppleves mindre fremmedgjørende når den plasseres inn i kjente omgivelser. For de fleste vil følelsen av fremmedgjøring være sterkere når alternativet er å flytte i institusjon.

7.5.2 Særskilt om sosiale roboter

Robotteknologi er ikke lenger noe som bare benyttes i industrien for produksjon av biler, fly, hvitevarer og mobiltelefoner. Robotene begynner også å finne sin plass midt mellom mennesker både til praktisk hjelp og til støtte i sosiale relasjoner. De kan etter hvert hjelpe til i hjemmet, og brukes til kroppspleie, underholdning og i terapeutisk sammenheng.

Diskusjonen om bruk av sosiale roboter som den japanskproduserte robotselen Paro i omsorgen for mennesker med demens, illustrerer noen av de etiske dilemma knyttet til velferdsteknologi. Paro er et intelligent husdyr som fungerer interaktivt og som har vist seg å kunne ha en beroligende effekt. Det første prinsipielle spørsmål som reiser seg, er om det etisk sett er akseptabelt å utsette personer med demens for et bedrag og la dem knytte seg til roboter, som om de var virkelige kjæledyr, bare for å oppnå en positiv terapeutisk effekt. Dette kan lett framstå som lureri og uekte simulasjoner av sosiale relasjoner, som ellers bare oppstår mellom mennesker og andre levende vesener.

En ting er at teknologien kan overta for menneskelig arbeidskraft når det gjelder praktisk og rutinepreget assistanse og tilsyn, noe helt annet er det at roboter også kan erstatte mellommenneskelige relasjoner, følelsesmessig tilknytning og kontakt, og til og med fungere som «samtalepartner». Bekymringen for at menneskelig kontakt blir erstattet av teknologi blir derfor satt på spissen, når det er snakk om slik relasjonsteknologi. Det blir også spørsmål om hva det vil bety for omsorgsrelasjoner og intimitetsgrenser, når roboter og mennesker inngår i sosiale og følelsesmessige relasjoner med hverandre.

«Robotter som relationsteknologi er allerede virkelighet og vil i stigende grad blive hverdagsteknologi, uanset hvor langt det vil være mulig å gå i skabelsen af robotter med kunstig intelligens og handlemessige frihedsgrader» (Det Etske Råd 2009).

På den andre siden vil mange hevde at dette ikke er vanskeligere enn at barn knytter seg til dukker, og kan lage fantasier og fortellinger om deres liv. Det har tidligere også vært akseptert å bruke dukker ved demensavdelinger på sykehjem både i erindringsprosjekter og som selskapsdukker.

Utvalget vil også peke på at dersom en robotdukke av typen Paro har beroligende effekt, vil det i mange tilfeller være bedre å benytte et slikt hjelpemiddel enn å bruke store mengder psykofarmaka og beroligende medisiner med alvorlige bivirkninger. Effekten av denne typen teknologi bør imidlertid testes og dokumenteres på samme måte som andre behandlingsformer og vurderes også ut fra etiske og verdimeslige forhold.

Utvalget er i hovedsak positivt innstilt til bruk av avansert teknologi i terapeutisk sammenheng og til praktisk hjelp og pleie, så lenge det fungerer som supplement til menneskelig kontakt eller frigjør tid fra manuelt arbeid til sosialt fellesskap, aktivitet og

annen faglig oppfølging. Spørsmålet om i hvilken form hjelp og assistanse skal gis, må det imidlertid i størst mulig grad være opp til den som mottar tjenesten å avgjøre. Enkelte vil synes det er helt utmerket å bli vasket og dusjet av en robot, mens andre kan komme til å oppleve det krenkende eller sterilt, og vil savne berøring og kroppslig kontakt.

Sosiale roboter utvikles etter hvert også til å bli lærende roboter, som lærer gjennom interaksjon med sitt miljø og kan tilpasse seg den enkelte brukers behov, atferd, vaner og omgivelser. Dette reiser spørsmål både om hvem som har ansvar for produktet, når roboten utfører handlinger den i utgangspunktet ikke er programmert for, men som den har «lært» i samspillet med sin bruker.

Videre innebærer slik læring at roboten tar til seg svært personlige opplysninger om den enkelte bruker, enten i form av formelle opplysninger som er lagt inn når den blir programmert og tilpasset brukeren fra start, eller seinere registrering av brukerens vaner, forbruksmønster, døgnrytme, medisinbruk eller atferd, for å kunne bistå den enkelte på individuell måte. Lagring og eventuelt videresending av slik informasjon aktualiserer spørsmål om overvåkning, personvern og fortrolighet, og bør derfor være omfattet av samme regulering som annen lagring av persondata og de krav til sikkerhet og personvern som er nedfelt i lovgivningen. Ettersom det også kan gjelde opplysninger om atferd, helse og svært personlige forhold, og teknologien benyttes som en del av helse- og sosialtjenesten, må en også forholde seg til de bestemmelsene om taushetsplikt og fortrolighet som gjelder her.

7.5.3 Særskilt om personvern og sporings- og varslingsteknologi

Bruk av sporings- og varslingsteknologi reiser en rekke etiske og personvernmessige spørsmål, spesielt når den benyttes der det kanskje er mest bruk for den, i forhold til mennesker med demens eller alvorlig svikt i kognitive funksjoner.

Det er særlig spørsmål om overvåkning som gir grunn til etiske overveielser. I noen situasjoner er overvåkning påkrevd for å beskytte mennesker og kunne gripe inn om det oppstår alvorlig fare eller akutt sykdom. Overvåkning kan også vurderes som en løsning som understøtter mulighetene for å bevege seg fritt. Utviklingen innenfor sporingsteknologi for eksempel med hjelp av GPS, har gitt nye muligheter for å skape trygghet for å finne igjen mennesker med svak orienteringsevne og sikre at de kan bevege seg friere enn de ellers hadde kunnet gjøre.

På den annen side innebærer overvåkning kontroll, og innsamling av overvåkingsdata om en person som kan oppfattes som en krenkelse av personens rett til et beskyttet privatliv. Og overvåkning kan ha to helt forskjellige formål. På den ene siden kan det være uttrykk for omsorg, slik som når en mor passer på sitt barn. På den andre siden er overvåkning kontroll, slik det kommer tydeligst til uttrykk i et fengsel. I mange situasjoner kan det imidlertid være en blanding av omsorg og kontroll, og kanskje er det slik at det den som overvåker opplever som omsorg, blir opplevd som kontroll og inngrep i friheten for den som blir overvåket (Øhrstrøm 2010).

Derfor er det nødvendig i hvert enkelt tilfelle å foreta en nøye avveining av disse motiver og hensyn og hvordan det faktisk blir opplevd av dem det gjelder. På denne bakgrunn berøres disse problemstillingene av en rekke lovbestemmelser i de tilfeller det er aktuelt å benytte sporings- og varslingsteknologi som del av et helse- og omsorgstjenestetilbud.

Først handler det om det rettslige grunnlaget for å ta i bruk slik teknologi i det aktuelle tilfellet, spørsmålet om samtykkekompetanse og samtykke fra dem det gjelder og eventuelt bruk av tvangsbestemmelsene i pasientrettighetslovens og sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Kravet om rettslig grunnlag følger av legalitetsprinsippet i norsk rett, og av de menneskerettskonvensjoner Norge er forpliktet av, der den enkeltes «rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse», er beskyttet mot offentlige inngrep.

Deretter handler det om innhenting, behandling og oppbevaring av de personopplysningene sporings- og varslingshjelpemidlet genererer. Her kommer både personvernlovgivningen, helseregisterloven og bestemmelsene i helse- og sosiallovgivningen til anvendelse.

Slik utvalget oppfatter dagens situasjon, kan de fleste typer sporings- og varslingsteknologi tas i bruk overfor tjenestemottakere som samtykker i det og har samtykkekompetanse. Like klart er det at slik teknologi ikke kan tas i bruk når en som har samtykkekompetanse sier nei. Innenfor dagens lovgivning er det også under gitte forutsetninger mulig å ta i bruk slike hjelpemidler overfor de som ikke har samtykkekompetanse, men i de fleste tilfeller kreves det da særlig hjemmel (Wiegaard 2010). I forhold til det mest inngripende lokaliserings- og overvåkingsutstyr er situasjonen mer uklar om de det gjelder motsetter seg det. Varslingshjelpemidler som mottaker selv aktiverer eller som utløses av en hendelse og lig-

nende, regnes i denne sammenheng som mindre inngripende.

Verken sosialtjenesteloven eller pasientrettighetsloven kommer til anvendelse på forholdet mellom private parter. De kan for eksempel ta i bruk et sporingshjelpemiddel i boligen eller bære det på kroppen dersom den det gjelder har samtykket i det.

Det er grunn til å anta at dette etter hvert også blir et tema i debatten om etikk og personvern, som bør drøftes nøye og har implikasjoner for mange parter. Hvordan vil vi se på at barn benytter overvåkningsutstyr i foreldrenes bolig både for å kunne gripe inn om det skjer noe galt og for å redusere egen bekymring? Hvordan vil ansatte i hjemmesykepleien reagere på at det er satt opp overvåkingsutstyr i tjenestemottakernes hjem?

En pårørende kan imidlertid ikke tvinge en person uten samtykkekompetanse til å ta i bruk varslings- og sporingshjelpemidler. Dette vil etter omstendighetene kunne være straffbart.

Bruk av moderne sporings- og varslingshjelpemidler som ledd i helse- og sosialsektorens tjenestetilbud er et relativt nytt fenomen som ikke er direkte regulert i helse- og sosiallovgivningen. Selv om en del kan løses ut fra en sammenstilling og tolkning av en rekke lover og bestemmelser, skaper dette usikkerhet hos både tjenestemottakere og tjenesteutøvere. De lar derfor lett være å bruke muligheten, for å være på den sikre siden. Mange oppfatter det nok også som både en tungvint og for krevende saksbehandlingsøvelse midt oppe i den daglige virksomheten å måtte forholde seg til en fortolkning av en rekke ulike lovbestemmelser.

Utvalget foreslår derfor at bruken av sporings- og varslingshjelpemidler reguleres mer direkte i helse- og sosiallovgivningen. Det vil gi klarere regler. Samtidig vil det forenkle saksbehandlingen og tydeliggjøre hvilke avveininger som må gjøres og hvilke prosedyrer som må gjennomføres, for å ta i bruk hjelpemidler som åpenbart vil ha stor nytteverdi og bidra til større uavhengighet og økt frihet og selvbestemmelse for mange brukere.

Datatilsynets vurdering

Utvalget sendte 3. februar 2011 en henvendelse til Datatilsynet med sikte på

«å få en bredere vurdering fra Datatilsynet av hvordan de personvernmessige hensyn best kan avveies mot den åpenbare nytten denne typen teknologi vil ha både for den enkelte og eventuelt som en del av tilbudet fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten. I denne sam-

menheng kunne vi også ønske oss Datatilsynets vurdering av om den raske utviklingen på dette området vil kreve ytterligere lovregulering, slik det er gjort i Danmark.»

Det ble vist til at Datatilsynet i en høringsuttalelse til lovforslaget om begrensning i bruk av tvang overfor personer med demens i 2002 hadde uttalt:

«Datatilsynet er generelt negative til at elektroniske hjelpemidler, av økonomiske hensyn, benyttes for å erstatte menneskelig kontakt, særlig i pleie- og omsorgssektoren.»

Norske kommuner og helsemyndigheter har festet seg ved dette utsagnet, og det er blitt stående som Datatilsynets generelle vurdering med hensyn til bruk av ulike varslings- og lokaliseringshjelpemidler, overvåkingsalarmer og sensorer for å registrere fall eller bevegelse. Den offentlige debatten om bruk av GPS for å unngå at personer med svekket orienteringsevne mister bevegelsesfrihet har bidratt til å nyansere dette bildet noe.

På denne bakgrunn har Datatilsynet i et svar til Hagen-utvalget av 9. mai 2011 utarbeidet en vurdering av de personvernmessige hensyn ved bruk av velferdsteknologi, som utvalget har valgt å legge ved innstillingen. I sin vurdering sier Datatilsynet blant annet:

«Datatilsynet er enig i at teknologien gir nye muligheter innen helse- og omsorg, og at den i stor grad bidrar til økt frihet og trygghet for den enkelte. Samtidig framhever Datatilsynet at velferdsteknologi har potensialet i seg til å kunne medføre inngrep i den enkeltes rett til personvern og privatliv. Det er derfor avgjørende at slike hjelpemidler benyttes i samsvar med rettsregler som skal beskytte grunnleggende rettigheter enkeltmennesker har» (Datatilsynet 2011).

Datatilsynet redegjør så for de prinsipper og krav som må ivaretas, og hvordan nytten av teknologien kan avveies mot hensynet til personvernet i det enkelte tilfellet, og konkluderer med det er behov for en lovregulering av området. Datatilsynet viser i denne sammenheng til at andre land har lovregulert bruken av sporingshjelpemidler, slik de eksempelvis har gjort i den danske Lov om Social Service §125.

Utvalget slutter seg til at det er behov for en særskilt lovregulering, og er glad for den avklaring Datatilsynet med dette har gitt til den aktuelle debatt om bruk av velferdsteknologi.

Kapittel 8

Ny innsikt

«Sentralisering er i hovedsak en ide om orden, desentralisering en ide om frihet. Orden krever intelligens og fremmer effektivitet, mens frihet krever, og åpner døren til, intuisjon og leder til innovasjon»

E F Schumacher (1973) i «Small is beautiful»

8.1 En kunnskapsbasert omsorgssektor

8.1.1 En innovativ kunnskapsutvikling

For at framtidens omsorgstilbud skal dekke de behovene befolkningen vil ha, og kunne tilby tjenester og boforhold på samfunnsøkonomisk fornuftige måter, må en *kunnskapsbasert praksis* bygges på en bred plattform: Fra medisinsk behandlingsforskning og sykepleiefaget må det utvikles innsikt som kan gjøre forebyggende helsearbeid mer effektivt. Fra samfunnsvitenskapen må det komme kunnskap om hvordan hjelpebehov og livskvalitet samvarierer med den enkeltes totale livssituasjon, tjenestenes organisering og ressursbruk. Fra arkitekt-, design- og teknologifagene må det komme praktiske bidrag og innsikt i hvordan boligløsninger og teknologi kan øke brukerens livskvalitet og tjenesteytneres effektivitet. Sist, men ikke minst, må sektoren utvikle seg som en kompetent og krevende bestiller av underleveranser som i økende grad må forventes å komme fra idéelle og kommersielle aktører.

Utvalgets drøfting av sektorens behov for ny kunnskap har et bredt perspektiv, og utgår fra fem utgangspunkt:

- *Flerfaglighet*: Den gode, nyttige kunnskapsutviklingen bør være en praksisdreven kombinerings av bidrag fra mange disipliner, kjennetegnet av korte forbindelser mellom kunnskapsproduksjon og ny praksis
- *Identitet*: Omsorgstjenestene må styrke sitt eget kunnskapsbegrep og kunnskap basert på omsorgstjenestenes egenart
- *Kapasitet*: Stilt ovenfor en forventet økning i behovene for tjenester, må kunnskapsutviklingen de neste 10-15 årene berede grunnlaget for

den ekspansjon i tjenesteproduksjonen som kreves fra 2025-30.

- *Innovasjon*: Relevant kunnskap kommer ikke bare fra tradisjonelle akademiske miljøer. Den må også komme fra et samarbeidsfelt mellom sektoren og dens underleverandører. Det må skapes rom for at private aktører også utvikler kunnskap som kan understøtte utvikling av tjenester og produkter både for offentlige innkjøp og for (eksport-)markeder.
- *Sentralisering*: Omsorgstjenestenes desentrale organisering i den norske velferdsmodellen er en god forutsetning for en innovativ og praksisnær kunnskapsutvikling. Men ny erfaring og kunnskap må samles, dokumenteres, generaliseres og spres. Dette fordrer at noen har et tydelig nasjonalt ansvar for slike funksjoner.

Utvalget er samtidig opptatt av at eventuelle økte ressurser til kunnskapsproduksjon ikke

- blir 'kolonisert' av disiplinbaserte miljøer, som i neste omgang leder til en unødig akademisering av tjenesteproduksjonen
- ender opp i mange småprosjekter uten en strategi for kumulativ kunnskapsutvikling, og uten effektiv spredning av bedre praksis utover hele landet
- blir organisert og fordelt på måter som leder til unødvendig store administrasjons- og oppfølgingskostnader.

8.1.2 En flerfaglig, praksisnær kunnskapsutvikling

Omsorgssektoren er flerfaglig, og må sette sammen sitt eget kunnskapsfundament med bidrag fra mange kilder og miljøer. Det betyr å oversette den disiplinbaserte kunnskapsproduksjon til en flerfaglig praksis. Sektorens ledere må være offensive i å utvikle omsorgssektorens egen forsknings- og utviklingsagenda. For utvalget er nødvendigheten av en flerfaglig kunnskapsutvikling en sentral premiss både for identifisering av

kunnskapsbehov og for drøftingen av hensiktsmessige finansieringsordninger.

Løsningen på et opplevd kunnskapsbehov er ikke alltid mer forskning i tradisjonell, akademisk forstand. På mange områder foreligger det viten med stor relevans for omsorgstjenestene, men den er ikke kjent eller finnes i miljøer med liten eller bare tilfeldig kontakt med omsorgstjenestene. Sammenhengen kan også gå motsatt vei: Kunnskap som praktikerne bygger opp gjennom erfaringer forblir lokal, og ikke generalisert gjennom vitenskapelig etterprøving og videre spredning til nytt innhold i undervisning og opplæring.

En effektiv strategi for kunnskapsutvikling i omsorgstjenestene må derfor, etter utvalgets oppfatning, ha som et mål å styrke arenaer for samhandling mellom produsenter og brukere av kunnskap. Slike samspill skaper forutsetninger for at akademiske forskningsagendaer blir mer relevante for tjenesteproduksjonen, så vel som at erfaringer fra praksisfeltet bidrar til utformingen av forskningsspørsmål. For utvalget er det et viktig utgangspunkt for ny kunnskapsutvikling at den bør forankres i brede, flerfaglige og praksisnære miljøer.

8.1.3 Omsorgssektorens identitet og kunnskapsgrunnlag.

Forskjellige kunnskapsformer er omgitt av ulik status. I Norge er det innført et system hvor akademisk publisering i fagdisiplin- og profesjonsbaserte fagtidsskrifter gir publiseringspoeng og økonomisk støtte til forskerens institusjon. Vitenskapelig formidling, kunnskapsoppsummering og lærebokproduksjon gir ikke slik uttelling. I alle organisasjoner er det spenninger mellom ferdigheter tilegnet gjennom formell utdanning og erfaring etablert gjennom praktisk yrkesutøvelse. Formell fagutdanning gir opphav til profesjoner og sosial selvbevissthet – og ikke sjelden til spenninger mellom grupper i samme organisasjon. Organisatorisk ineffektivitet kan bunne i at ny kunnskap, ny teknologi og/eller nye organisasjonsformer utfordrer rådende statushierarkier.

Det er utvalgets oppfatning at brukersentrert tjenestekvalitet som en flerfaglig oppgave må være fundamentet for videre kunnskapsutvikling. Dette er langt fra opplagt, og kan settes i kontrast til et diagnosebasert utgangspunkt.

Mye erfaring viser at når forsknings- og utviklingsmidler skal tildeles, har kriteriene for å kunne søke og å bli tildelt ressurser en sterkt formende virkning på de kunnskapsproduserende miljøene. Forsknings- og utviklingsmidler er et

knapt gode. Søkere har stor evne til å tilpasse seg utlysningsvilkår. Den makten de forskningsfinansierende organer dermed har, må forvaltes meget bevisst. Etter utvalgets oppfatning er det kritisk viktig at økte ressurser til kunnskapsproduksjon bør fordeles på måter som understøtter og fører videre den flerfaglige og praksisnære tradisjon som er etablert.

Det er viktig for omsorgssektorens videre utvikling som en kunnskapsbasert sektor, og det er viktig for status og stolthet for alle dem som skal ha sitt yrkesliv i omsorgstjenestene, at sektoren selv har en klar forståelse for at den verken er en utløper av et medisinsk behandlingsparadigme inn i det sivile samfunn eller en formalisering av mellommenneskelig husholdningsarbeid tilført medisinsk kompetanse. Framtidsrettede tjenester må romme både medisinske og sosiale dimensjoner og trenger derfor en kunnskapsutvikling som understøtter en unik blanding og integrering av disse.

8.1.4 Tjenesteekspansjon gjennom kunnskapsinvestering og planlegging

Planlegging for framtidens kunnskapsbehov bør ha som utgangspunkt den forutsigbare og raske vekst i behov og brukere som vil komme i perioden 2025-2035. Da vil de store fødselskullene fra etterkrigsårene nå en så høy alder at tjenestebehovene alene av den grunn vil øke. Fra dette tidspunkt vil samtidig det store flertallet av de nye brukerne være personer som gjennom hele sitt liv har kunnet ta en sjenerøs velferdsstat for gitt. Ikke bare vil de objektive behovene øke, det samme vil forventningene til tjenestekvalitet. I løpet av et forholdsvis kort tidsrom må tjenestene ekspandere til et permanent høyere produksjonsvolum. Dette betyr at det er en 10-15-årig *besøkelsestid* til å utvikle den kunnskap og oppøve den kompetanse som fordres. Det betyr at det er rom for å tenke langsiktig og tid for eksperimentering, utprøving, feiling og læring.

Etter utvalgets syn bør de nærmeste årene utnyttes til å fostre fram en kunnskapsutvikling med fire formål: For det første må det være et strategisk blikk på å utvikle kunnskap som setter sektoren i stand til å kunne *ekspandere rask og effektivt* fra et framtidig, kjent tidspunkt. Dette betyr at det i årene som kommer må etableres og spres kunnskap om organisasjonsutvikling, arbeidsorganisering og ledelse, utvikling og (om-)bygging av hensiktsmessige fysiske lokaliteter, effektive modeller for samhandling med pårørende og sivilsamfunn så vel som utvikling av bredt politisk

aksepterte modeller for brukerbetaling og andre finansieringsløsninger.

For det andre, for planleggingsformål er det viktig å etablere et så godt kunnskapsgrunnlag som mulig om de framtidige tjenestebehovene. Det betyr i praksis ikke bare å framskrive de hjelpebehov som kjennetegner dagens brukere, men også å kartlegge de ressurser og forutsetninger nye grupper kan forventes å ha for selv å utforme gode løsninger på sine velferdsbehov. Det er mange grunner til å anta at gode offentlige tjenester i framtida i større grad vil vris mot å assistere mer ressursrike borgere til selv å kunne være sine egne tjenesteprodusenter.

For det tredje, når man står overfor en forutsigbar ekspansjon i en produksjon, er det klokt å ha et særlig fokus på de innsatsfaktorer som må forventes å bli knappest. Dette er mest sannsynlig kompetente, erfarne fagfolk som velger yrker og livslange karrierer innenfor sektoren. Det ligger utenfor utvalgets oppgave å drøfte rekrutteringsutfordringene til omsorgsyrkene. Samtidig er det godt dokumentert at det som gjør nøkkelyrkene i sektoren attraktive som yrkesvalg og profesjonell karriere, er muligheter for faglig utvikling, opplevelse av å jobbe effektivt med de beste metoder og hjelpemidler, og ikke minst, å kunne utføre arbeidsoppgavene på en måte som gjør at tiden anvendes til 'det man egentlig er utdannet for å gjøre'.

Dette betyr etter utvalgets syn, at det er nære sammenhenger mellom å gjøre omsorgsyrkene attraktive og å utvikle en mer kunnskapssøkende, utviklingsorientert og innovativ omsorgssektor. Derfor gjelder det å fremme en kunnskapsutvikling som gjør at nøkkelpersonellet opplever sektoren som dynamisk og spennende, og hvor avstanden er kort mellom ny kunnskap og faglig praksis. Stikkord her er et fokus på anvendelse av nye metoder, rask utnyttelse av muligheter som ligger i ny teknologi og forståelse hos myndigheter og ledelse som gir et nødvendig rom for innovasjon og praksisdrevet utviklingsarbeid.

For det fjerde, spredning av etablert kunnskap er en viktig impuls for forbedring. Derfor er det viktig å styrke institusjoner, nettverk og arenaer for læring så vel som innhold i utdanninger, slik at flest mulig både kjenner og faktisk utøver den best kjente praksis. Det er viktig å ha et perspektiv på kunnskapsutvikling som er bredere enn profesjonell fagutvikling. Forskning innenfor de helse- og sosialfaglige profesjonsmiljøene vil i praksis ofte bli konsentrert om brukere med store behov og deres livssituasjon etter at hjelpebehov og funksjonsvansker har nådd en bestemt alvor-

lighetsgrad. For omsorgsfeltet som helhet, er det like viktig å utvikle og spre kunnskap som kan sette den enkelte i stand til å forebygge og utsette hjelpebehov.

Økt kunnskap hos pårørende, venner, frivillige organisasjoner og arbeidsgivere kan øke sannsynligheten for at hjelpebehov oppdages. Det er viktig å være åpen for muligheten av en utvikling innen hjelpemiddelteknologi og boligutforming som gjør at en større del av den profesjonelle tjenesteyting vil være opplæring av brukeren til selv å kunne leve bedre med større funksjonsvansker. Jo mer brukere og andre utenfor det profesjonelle apparatet har av kunnskaper, jo bedre forutsetninger skapes for konstruktiv kritikk og velbegrunnede forslag til forbedringer av tjenesteytingen. Kompetente pårørende kan spille en nøkkelrolle i brukerdreven innovasjon og kunnskapsutvikling. Det er viktig å unngå et scenario hvor aktører som selv mener å kunne bidra, opplever å bli satt på sidelinjen. Utvikling av ny kunnskap bør derfor også ha et strategisk perspektiv på hvem det er viktig å gi tilgang til hvilke nye kunnskaper.

8.1.5 Innovasjon som kunnskaps-økende strategi

Uprøving av nye løsninger er alltid risikabelt. Resultatene kan bli både verre, bedre eller helt andre enn dem man forventet. Det er en innebygget spenning mellom innovasjon og tjenestenes mål om trygghet. En godt forankret og ledet tjenesteutvikling må derfor være et samspill mellom små, skrittvis erfaringsbaserte forbedringer og større sprang som følge av innovasjon. En innovasjonsbasert utviklingsstrategi må derfor ledsages av finansieringsordninger som sikrer at både brukere og den kommunale økonomi ikke utsettes for en uakseptabel risiko. Kunnskapsutvikling som drives fram med innovasjonsprosjekter må involvere brukere på opplyste og samtykkende måter. Det må også være økonomisk rom for utprøving i så stor skala at nye løsninger først implementeres når det er et solid erfaringsgrunnlag for at de faktisk fungerer godt.

Kunnskap om brukere og om den oppgaven som skal løses er en sentral del av brukerdreven innovasjon. Innbakt i dette ligger både en synliggjøring av 'taus kunnskap' og en oversetting av eksisterende viten slik at den kan anvendes på konkrete oppgaver. I et systematisk innovasjonsarbeid er det sentralt å bryte ned tradisjonelle tanke-mønstre og tilvante måter å definere problemer. En satsing på brukerdreven innovasjon krever en praksisorientert forskning som er opptatt av å løse

konkrete problemer ved å mobilisere flere disipliner og ulike metodiske tilnærminger (Rosted 2005).

Utvalget mener at den desentralisering og variasjon i tjenesteyting som følger med det kommunale ansvaret, i utgangspunktet utgjør et gunstig utgangspunkt for en innovasjonsdrevet kunnskapsutvikling. Små, oversiktelige forhold kan gi gode vilkår for personer med idéer, og det kan være enklere å prøve ut nye arbeidsmåter og tjenestetilbud i praksis. Når det finnes mange tjenesteytende enheter, er det også billigere å etablere kontroll- og referansegrupper innenfor større prosjekter. Utfordringen er å gjøre lokale variasjoner i praksisfeltet til en ressurs for kunnskapsutvikling for hele sektoren og for alle kommuner.

8.1.6 En overordnet kunnskapsarkitektur

Et godt samvirke mellom det lokale, praksisnære utviklingsarbeidet, den disiplinbaserte kunnskapsproduksjonen og innovasjonsprosesser fordrer et bevisst blikk på hele den *institusjonelle arkitektur* for en kunnskapsbasert utvikling av omsorgstjenestene. Uten sammenbindende og integrerende elementer er risikoen stor for at mye kunnskap kan utvikles lokalt uten at den blir samlet til et stadig bedre kunnskapsgrunnlag for sektoren som helhet.

I løpet av fire tiår har omsorgstjenestene gjennomgått en revolusjon: Fra å være en virksomhet som i det alt vesentlige ble utført ubetalt innenfor husholdningssektoren av personer uten annen kompetanse enn den som ble overført mellom generasjonene og utviklet gjennom praksis, til nå å være kommunal tjenesteproduksjon i stor skala, i en ledet arbeidsorganisering med fagutdannet, avlønnet personell. I denne perioden utvikler omsorgsarbeidet alle de klassiske trekkene ved en moderniseringsprosess: Arbeidsoperasjoner flyttes ut av husholdninger og sivilsamfunn, de differensieres og spesialiseres, instrumentelle effektivitetsbetraktninger blir dominerende beslutningskriterier for organisering, og det gjøres foretaks- og samfunnsøkonomiske betraktninger om ressursbruk og verdiskapning. Og som et typisk trekk ved virksomhetens modernisering, følger etterlysning av et systematisk kunnskapsgrunnlag for næringens/sektorens videre utvikling.

Det kan være fristende å dra en historisk parallell: Overgang fra erfaringsbasert småskalaproduksjon i sosiale organisasjoner til kompetansebasert storskalaproduksjon i formelle organisasjoner, er et typisk trekk for alle næringers utvikling. Dette er selve kvintessensen i en moderniserings-

prosess. I landbruket er det overgangen fra det selvforsyningsorienterte familiebruket til den mekaniserte matproduksjon for et marked. I industrien er det overgangen fra håndverk og manufaktur til fabrikker, i fiskeriene overgangen fra sjark til fabrikkskip, ja selv bank- og finansnæringen vokser fram når regnskapsføring og pengeplassering blir så omfattende at den næringsdrivende ikke lenger kan gjøre det selv på kveldstid.

På et visst nivå i utvikling blir produksjonen så effektivitetsorientert at den må overføres til fagfolk som trenger systematisk opplæring. Kunnskap, arbeidsorganisering og teknologianvendelse blir sentrale innsatsfaktorer. Det oppstår et behov for at næringen får sin egen infrastruktur for systematisk kunnskapsproduksjon – et nasjonalt senter med oppdrag å fore sektoren med vitenskapelig innsikt og utdannet personell. Derfor fikk landbruket Norges Landbrukshøyskole i 1880, den framvoksende industrien fikk Norges Tekniske Høyskole i 1910, den merkantile sektoren sin Norges Handelshøyskole i 1936, – og senest, fiskeriene fikk Norges Fiskerihøyskole i 1972.

Typisk vokste disse nasjonale kunnskapssentrene fram utenfor Universitetene. De akademiske fag ble oppfattet som nødvendige hjelpe- og støttedisipliner, men likevel for fjerne fra den praktiske virkelighetens konkrete utfordringer. Det var genuint nye kunnskapsgrunnlag som trengtes – som praksisnær, pragmatisk kombinasjon av akademisk og forsøksbasert innsikt, med det konkrete formål å assistere utviklingen av helt bestemte næringer.

Parallellen til omsorgssektoren bør ikke føres for langt. Den historiske erfaringen er likevel at ved en bestemt fase i utviklingen av en næring, oppstår det et behov for et nasjonalt system for å systematisere, utbre og utvikle ny kunnskap for de praktiske virksomhetene.

Den norske omsorgssektoren har i dag intet nasjonalt og synlig senter for sin kunnskapsutvikling. Omsorgstjenestene har heller ikke sin parallell til spesialisthelsetjenestens velutviklede system av kunnskapsoppsamling langs fagdisiplinære (sub-)spesialiseringer. Kunnskap kommer til omsorgssektoren i det alt vesentlige gjennom de personer som rekrutteres til den. Videre- og etterutdanning er hovedsaklig innrettet på de behandlende og terapeutiske fagene. Kunnskap om tjenesteproduksjon som utvikles i sektoren, og i miljøer tett knyttet til den, foregår desentralisert. Ingen har ansvaret for at denne kunnskapen samles, dokumenteres og generaliseres tilbake til kommunene og praksisfeltet i en effektivt formidlet form.

I dag er omsorgstjenestene blitt en 'næring' som 'omsetter' for 75 milliarder kroner. Det har i dette perspektivet vært lite systematisk oppmerksomhet på den infrastruktur som fordres for at denne næringen systematisk blir tilført ny vitenskapelig forankret kunnskap om sin virksomhet, om virkninger på måloppnåelse og om de videre samfunnsmessige virkninger på samfunnsøkonomi og befolkningens velferd.

Det er utvalgets oppfatning at omsorgssektoren nå må oppfattes som en, i nasjonaløkonomisk sammenheng, så stor og viktig sektor at dens behov for kunnskapsbasert utvikling og praksis, ikke lar seg imøtekommekomme uten en overordnet strategisk plan for utvikling av en nasjonal infrastruktur for kunnskapsproduksjon.

8.1.7 Strategisk kunnskapsutvikling

Med en kunnskapsinfrastruktur menes et overordnet, nasjonalt system som stimulerer til at alle nødvendige elementer i et kunnskapsregime drar i samme retning. Det er et mål at kunnskapen som produseres er synlig og kommuniserende. Forskningsmiljøer må ha brede kontakter med den internasjonale utvikling på området. Dette krever evne og mulighet til deltagelse i det internasjonale forskningssamarbeidet.

Med elementer i et kunnskapsregime mener vi:

- 1) En allment akseptert beskrivelse av aktivitetene: definisjoner, standarder og prosedyrer for løpende statistikk- og dataproduksjon som muliggjør lokal så vel som nasjonal overvåkning av ressursbruk og verdiskapning i sektoren. Benchmarking mot de beste er en viktig kilde til endringspress og utvikling.
- 2) Arenaer for kunnskapsoppsummering og formulering av nye forskningsspørsmål, hvor disiplinbaserte og praksisnære aktører samhandler på regulær og systematisk måte.
- 3) Programmer og finansiering av ny forskning og utviklingsarbeid i et omfang som skaper forsknings- og utviklingsmiljøer som gjør omsorgssektoren til en attraktiv karrierevei for forskertalenter fra ulike disipliner
- 4) Et forskersamfunn med en faglig integrerende agenda, kollegial kritikk og kvalitets sikring, meritterende publikasjonskanaler og verdsetting av tilbakeføring av ny kunnskap til nytt innhold i grunn- og etterutdanning.
- 5) Et økonomisk så vel som holdningsmessig rom for at profesjonelle i praksisfeltet stimuleres til å prøve ut nye arbeidsmåter, med

aksept hos ledere for at også negative erfaringer har verdi som kunnskapsutvikling.

- 6) Institusjoner med ansvar for spredning av ny innsikt gjennom faglige kanaler og utdanningsinnhold, som bidrar med rådgivning til praktikere og fostrer fram nettverk og kultur for nytenking og innovasjon.

En kunnskapsinfrastruktur langs disse prinsipper må være en gjennomtenkt balanse mellom sentraliserte og desentrale elementer. Noen oppgaver kan bare utføres effektivt på et sentralt nivå, slik som statistikkproduksjon, kvalitetssikring, oppsummering av kunnskap og spredning av ny viten. En sentralisering kan være formalisert ved at bestemte institusjoner får i samfunnsoppdrag å utføre bestemte oppgaver. Den kan også være mer uformell, ved at faglige nettverk, profesjonsorganisasjoner, publiseringskanaler, peer reviews etc. danner nasjonale og internasjonale møteplasser hvor forskning initieres og ny viten formidles.

Utvalget er av den oppfatning at kunnskapsutviklingen for omsorgssektoren er ved et viktig veiskille. Et scenario kan være en omsorgssektor hvor et lite antall faglig sterke profesjoner 'koloniserer' sektoren og gjør dens utfordringer til objekt for sin egen fagutvikling. Siden det er de medisinske forankrede fagene som bærer mest makt og legitimitet, vil dette kunne forsterke en 'medikalisering' av omsorgstjenestene. Det kan i så fall lede til en sektor som blir god på behandling av bestemte tilstander, men på bekostning av kunnskapsutvikling om forebygging, alternative former for tjenesteyting og skepsis til overføring av oppgaver til andre.

En annen tenkelig framtid er en sterkere utvikling av omsorgstjenestenes praktiske og sosiale dimensjon – hvor den fulle bredde av kunnskap og menneskelig innsikt mobiliseres for å gi brukerne en samlet livssituasjon som er best mulig. Dette er et pragmatisk paradigme, preget av åpenhet og nysgjerrighet på hva ulike fag og ferdigheter kan bidra med.

Kunnskapsutviklingen framover må romme både de medisinske og de sosiale aspekter ved omsorgstjenestene. Bånd må knyttes til fagmiljøer som jobber med teknologi og utforming av boligløsninger og nærmiljø. For brukerne med de største hjelpebehovene vil den medisinske komponenten som oftest legges avgjørende føringer for organisering og innhold i tjenesteytingen overfor personen. Men tjenesteutviklingen framover må legge vel så mye vekt på brukere med mindre og moderate bistandsbehov, ut fra et overordnet mål

om å forsinke og forkorte perioder med store hjelpebehov.

8.2 Kunnskapsgrunnlaget – Tilbakeblikk og status

8.2.1 Omsorgsforskning – et kort historisk tilbakeblikk

Først i de aller siste årene kan *omsorgsforskning* og *omsorgstjenesteforskning* sies å ha befestet seg som egne forskningsfelt, og det er langt fra noen felles enighet om innholdet i disse begrepene. Begrepene er skandinaviske og har ingen parallell i engelsk fagterminologi: Typisk vil internasjonal forskning vi oppfatter som studier av omsorgstjenester publiseres under begreper som 'aging', 'care', 'social services', 'community work' og 'nursing', – og på tysk under 'Phlege'.

På mange måter er omsorgsforskning et tematisk felt med overlappende grenser til medisinsk behandlingforskning, til levkårs- og livskvalitetsfokuseringen i sosialt arbeid og mot den samfunnsfaglige, mer overgripende velferdsstatsforskningen. Behandlingsforskningens formål er å utvikle metoder for å bedre og lindre sykdomstilstander. Velferdsforskningen søker etter de sosiale, politiske og økonomiske betingelser for at offentlig sektor faktisk oppnår de velferdspolitiske målsettingene. Fagfeltet Sosialt arbeid, som på mange måter står i et spenningsforhold til både medikaliserte og institusjonelle forståelser av omsorgstjenestene, har fått økende relevans etter som tjenestene har utviklet et bredere perspektiv på sitt formål. Et synlig uttrykk for dette er hvordan *bruker* har fortrent både *pasient*, *klient* og *borger* som det dominerende ordet for rollen som tjenestemottaker.

Professor Tor Inge Romørens (2008) definisjon om at '*omsorgsforskningens mål er en god hverdag som noen ganger innebærer funksjonelle framskritt, andre ganger stabilitet eller også tilbakegang og død*', kan med fordel utvides til også å innholde et tydeligere fokus på alle sider ved tjenesteytingen, og ved de fysiske og sosiale omgivelser, som fordres for at den enkelte bruker faktisk skal kunne oppleve 'den gode hverdagen'.

Utvalget ser ingen tungtveiende grunner til å operere med et skille mellom omsorgsforskning og omsorgstjenesteforskning. Omsorgstjenesteforskning er det eldste begrepet. Det ble etablert på tidlig 1990-tall, for å markere et skille mot helsetjeneste- og sykehusforskning. I dag synes 'omsorgsforskning' å inkludere det som før ble kalt omsorgstjenesteforskning samtidig som den har tatt opp i seg studier av den uformelle, familie-

baserte omsorgsorgen. Utvalget vil derfor bare operere med begrepet omsorgsforskning.

Med et historisk tilbakeblikk kan man undres over hvor liten oppmerksomhet utvikling av et kunnskapsgrunnlag fikk da omsorgstjenestene virkelig befestet seg som en betydelig kommunal aktivitet. Kanskje falt kunnskapsutviklingen mellom to stoler? Den medisinske forskningen fulgte med spesialisthelsetjenestens fokus på kurativ og lindrende behandling. Bredere folkehelse- og sosialmedisinske perspektiver på dekning av hjelpebehov som *sam*-handling mellom ulike aktører, ble trengt i bakgrunnen.

Den samfunnsvitenskapelige utforskningen av velferdsstaten tok heller ikke riktig inn over seg hvordan nedbyggingen av sentralinstitusjoner utover på 1990-tallet innebar en oppbygging av et kommunalt ansvar for en arbeidsintensiv, svært individrettet, sosial tjenesteyting. Faget sosialt arbeid utviklet seg mot spesielle målgrupper, innen rusomsorg, barnevern, attføring og inkludering av yngre personer med problemer på arbeidsmarkedet. Sentrale levkårsproblemer for mange eldre som ensomhet, utrygghet og ulykker, falt mellom alle stoler.

Unntak finnes og omsorgsforskningens brede, sosiale tilnærming til hjelpebehov har sine forløpere: En tradisjon for geriatrisk forskning kan spores tilbake til 1950-tallet, med etableringen av Norsk Selskap for Aldersforskning (1954) og Norsk Geriatrisk Forening. En mer samfunnsorientert forløper, initiert av Landsforeningen for Folkehelsen, ledet i 1957 til opprettelsen av Norsk Gerontologisk Institutt. Dette ble i 1996 fusjonert inn i Norsk Institutt for Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA). En sammenhengende tradisjon for aldersforskning kan følges over et halvt århundre, helt fram til at den i dag langt på vei er blitt inkorporert i omsorgsforskningen.

Forskning med ikke-medisinsk fokus på omsorgstjenestene forble utover på 1980-tallet av lite omfang. Den som var, ble drevet fram av enkeltpersoner i løse faglige nettverk, uten noe samlende tematisk fokus eller institusjonell forankring (Næss og Christensen, 1999). Viktige bidrag kom likevel fra den juridiske og sosiologiske kvinneforskningen. Gjennom bidragene til Tove Stang Dahl og Kari Wærness ble det moderne omsorgsarbeidet analysert som en ny juridisk og sosial aktivitet i et spenningsfylt felt mellom tradisjonelle kjønnsrolleforventninger og hjelp, pleie og tjenesteyting.

Forståelsen av omsorgsarbeidet innenfor familiens rammer som ulønnet tjenesteproduksjon kom ikke fra økonomer slik begrepet kunne

antydde, men fra kvinneforskningens program for å synliggjøre sammenhengene mellom tradisjonelle forventninger til kvinners livsløp og organiseringen av det samlede omsorgsarbeidet (Hagen 1999). Selv om Kari Wærness i 2009 hevder at «den forskningen vi har holdt på med har hatt utrolig liten innflytelse på organiseringen av omsorgsarbeidet i Norge» (Wærness 2009), har denne forskningen bidratt til at kjønns- og likestillingsspørsmål er blitt et sentralt premiss for utforming av all offentlig politikk på omsorgsfeltet. Rune Slagstad legger vekt på at Kari Martinsen og Kari Wærness sine arbeider har hatt stor betydning for at norsk sykepleievitenskap utviklet et bredere, mer helhetlig og 'omsorgsfaglig' perspektiv på profesjonell yrkesutøvelse enn tilfellet har vært i mange andre land (Slagstad 1998).

I 1991 utarbeidet Norges Forskningsråd en statusrapport om situasjonen for omsorgstjenesteforskningen. Den konkluderte med at feltet er løst og fragmentert, preget av mange små enkeltstudier uten generaliseringsverdi (Ellefsen 1991 og Daatland m fl 2000).

Den første etterlysningen av en systematisk kunnskapsutvikling for omsorgssektoren kom med Handlingsplanen for Eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 1996-97). Her tas det til orde for kunnskap som forener innsikt om hjelpebehov med viten om det institusjonelle hjelpeapparatet og den kommunale dimensjon. To konkrete initiativ ble tatt: For det første ble Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse opprettet i 1997 for å styrke kunnskapsgrunnlaget for behandlingstilbudet for demente, både gjennom en praksisnær forskning og ved kunnskapsformidling overfor kommuner og fagpersonell. Senteret er i dag et anerkjent fagmiljø, med over 40 årsverk som forsker på demenssykdommer og utvikling av behandlingsmetodikk (www.aldringoghelse.no).

Opprettelsen av Undervisningssykehjemmene i 1996 var et annet viktig skritt for å systematisere en praksisnær kunnskapsutvikling i samarbeid med mer akademisk orienterte miljøer. Senere har hjemmetjenestene kommet til, og fra 2011 under navnet Utviklingssentre for Sykehjem og Hjemmetjenester (www.undervisningssykehjem.no)

I 1990 dannes Ressurssenter for Omstilling i kommunene (RO), som et kompetansesenter stiftet av KS og Sosialdepartementet. RO kom som et svar på et økende behov for rådgivning i omstillings- og utviklingsarbeid, med et spesielt fokus på helse- og omsorgstjenestene. En viktig kobling mellom omsorgstjenester og kommunalforskning ble gjort i enkeltprosjekter ved Norsk Institutt for By og Regionforskning.

I 1990 kom det første initiativet for å utvikle en standardisert datainnhenting om omsorgstjenestenes brukere for å gi bedre informasjons- og beslutningsstøtte til kommunale aktører. Det opprinnelige systemet (GERIX) er gradvis blitt utviklet videre til et standardisert nasjonalt kartleggingsverktøy for etterspørsel, ressursbruk og måloppnåelse under navnet IPLOS. Dette gir et omfattende datagrunnlag for å analysere utviklingstrekk i den kommunale tjenesteytingen med basis i individbaserte opplysninger.

Sosial- og Helsedepartementet ga i 1998 Norges Forskningsråd i oppdrag å utarbeide en statusrapport med forslag til videre 'aldersforskning'. Rapporten oppsummerte en forskningsinnsats som '*i mer generelle vendinger kan beskrives ved at den faglige profilen er for snever, datagrunnlaget er for tynt, orienteringen er for lokal og rekrutteringen er for dårlig*' (Daatland m. fl. 2000: 5). Rapporten foreslo et tiårig krafttak for norsk aldersforskning, med vekt på oppbygging av datamateriale om ulike sider ved befolkningens aldring. Blant annet ble det foreslått et konkret prosjekt (en 'forløpsstudie') hvor en større gruppe personer ble fulgt over leng tid. Dette ble aldri realisert, og utvalget gjentar dette forslaget i våre anbefalinger (se punkt 8.3.4).

Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) markerer et viktig skritt i synet på omsorgssektorens forhold til sitt eget kunnskapsgrunnlag. Dette kommer konkret til uttrykk på tre måter:

For det første legges omsorgstjenestens flerfaglige karakter og forankring som et kommunalt ansvarsområde til grunn for den kunnskapsutviklingen som etterlyses. Det settes opp en meget omfattende forskningsagenda:

«Viktige tema for forsknings- og utviklingsarbeid er; de nye eldres levekår og helse, de eldste eldres særlige behov og behandling av aldersdemens og multisykkelighet, sykehjemmenes funksjoner, legetjenesten og legemiddelbruken for brukere av omsorgstjenestene, hjemmesykepleiens og hjemmetjenestens kontinuitet og endrede oppgaver, kompetansebehov i møte med nye brukergrupper, kvinneperspektiv på helse og omsorg, metodeutvikling for forskning om psykososiale behov, nye boformer og smarthusløsninger, omsorgsteknologi og ny kommunikasjonsteknologi, status og utvikling av frivillig omsorg, utvikling av tiltak for pårørende og virkningen av forebyggende tiltak. I tillegg er det behov for mer kunnskap om styring, organisasjon og ledelse.» (St meld nr 25 (2005–2006) s 69)

For det annet rettes det oppmerksomhet på kvalitetsutvikling med utgangspunkt i det ansvaret hver enkelt kommune har for tjenestene. I en avtale mellom staten og KS legges rammene for dette, og det fokuseres på tjenesteytingens realøkonomi (ressurs- og kompetansebehov, rekruttering av arbeidskraft, samspill med sivilsamfunn) og på sammenhenger mellom organisering og effektivitet: ledelsesutvikling, praksisnært utviklingsarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale ansvarsområder. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen for kommunesektoren, og som sådan ikke formelt bindende for den enkelte kommune. Like fullt er den viktig, fordi den setter opp kunnskapsutfordringer som et felles anliggende for alle i sektoren.

For det tredje styrkes forsknings- og utviklingsaktiviteten. Økte midler tilføres til fordeling gjennom Norges Forskningsråd sitt Program for Helse- og Omsorgstjenester. Det opprettes fem regionale Sentre for Omsorgsforskning i 2008, der senteret på Gjøvik ble gitt en nasjonal koordineringsfunksjon.

Med Sentrene for Omsorgsforskning og forventninger om at det skal utvikles koblinger mellom forskningsprosjekter og praksisnær kunnskapsutvikling i Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, dannes det strukturer med potensial for å kunne bli en kunnskapsinfrastruktur for omsorgstjenestene.

I tillegg til den kunnskapsutviklingen som kan sies å ha en kontinuitet tilbake til de sosiologiske og medisinske utgangspunktene for aldersforskning, er det viktig å minne om tre områder hvor mye kunnskap er utviklet, men hvor relevansen for omsorgstjenestene ofte har vært lite erkjent utover den indre krets av forskere.

Utover på 1990-tallet vokste det fram en samfunnsvitenskapelig 'funksjonshemmedeforskning', parallelt med forskning på årsaker til uførhet og aldersforskningen. Forskningsinteressen for funksjonshemmedes kår ble tett knyttet til en politisk agenda for å synliggjøre funksjonshemming som et trekk ved de samfunnsskapede begrensninger som personer med ulike problemer opplever (Tøssebro 2009). Dette forskningsfeltet ble ytterligere befestet med egne program i Norges Forskningsråd, både innenfor Velferdsprogrammet og ved et eget program med eksplisitt fokus på funksjonshemninger og teknologi (www.itfunk.org).

Til tross for at funksjonshemmede-uføre- og aldersforskningen i stor grad studerer levekår til de sosialpolitisk og rettslig definerte målgrupper som det kommunale ansvaret omfatter, har det utviklet seg egne forskningsmiljøer med hver sine

vitenskapelige agendaer. Dels kan dette forklares med at forskningsmiljøene er små og unge. Men det viser også at det ikke er noen automatiske mekanismer i forskningsmiljøene som gjør at en mer integrert, tverrfaglig, praksisrelevant kunnskapsbasis kommer av seg selv. Forskningens logikk er en stadig dypere utforskning av et avgrenset felt, og forskersamfunnets egne meritteringsmekanismer understøtter dette. Den praktiske relevans må arrangeres fram 'utenfra'.

Innen boligfeltet, og gjennom Husbankfinansierte forsøk, er det utviklet mye kompetanse knyttet til de boligmessige implikasjoner av økt tilgjengelighet og universell utforming. Men den 'tjeneste' en tilrettelagt boliggløsning yter overfor en bruker, og den bygningsfaglige kompetansen som er i tekniske fag og arkitektmiljøer, har i liten grad vært kjent i samfunnsvitenskapelige miljøer. I Martha Szebehelys nordiske kunnskapsstatus over eldreomsorgsforskningen er boligtematikken ikke nevnt (Szebehelys 2005). I Kunnskapssenterets oversikt over 655 publiserte forskningsartikler, i tidsrommet etter 2000, er det kun 35 referanser til studier hvor de fysiske og territoriale aspekter ved omsorgstjenestene er en integrert del av forskningsopplegget (Holte m fl 2010).

Boligforskningen har på samme tid hatt et relativt sett stort fokus på eldre, funksjonshemmede og andre med særskilte boligbehov. Denne forskningen er primært initiert og finansiert av Husbanken og utført av boligforskningsmiljøer ved SINTEF Byggforsk og NIBR. Det som kjenner denne forskningen er små og mer avgrensede studier. En del av boligforskningen bærer også preg av å etterprøve lovbestemte bolignormer og standarder og i mindre grad utviklingsarbeid som har som mål å utvikle nye løsninger. Rapporten «Bolignormer, helse og velferd» påpeker at normer i dag har fått mindre status og respekt i en tid der individuell valgfrihet og større åpenhet for alternative løsninger er rådende idealer (Hansen 2007). Det blir pekt på at normene i svært liten grad er basert på forskning om sammenhengen mellom fysiske omgivelser og samfunns mål som helse og velferd. Rapporten hevder at dette forskningsfeltet i lang tid har vært forsømt både nasjonalt og internasjonalt og for tiden er svakt prioritert av Husbanken.

Dette krever en annen type boligforskning som ikke bare baserer seg på evalueringer ut i fra eksisterende normer, men som tar et tydeligere utgangspunkt i individers og gruppers varierende boligpreferanser og erfaringer med å bo. Fra å betrakte boligkvalitet som en egenskap med selve objektet «boligen» krever dette en boligforskning

som forsøker å framskaffe kunnskap om sammenhenger mellom fysiske omgivelser og det hverdagsliv som leves. En dreining av fokus fra å omhandle kunnskap om boliger til kunnskap om boligløsninger, vil kreve at det vokser fram en mer tverrfaglig agenda som er åpent inviterende til forskere fra ulike fagdisipliner.

Norge har i internasjonal sammenheng et velutviklet offentlig system for formidling av praktiske og tekniske hjelpemidler til personer med større eller mindre funksjonsvansker, slik det er beskrevet i kapittel sju og i NOU 2010: 5 fra Hjelpemiddelutvalget. Opplæring og bruk av hjelpemidler er en viktig del av tjenesteytingen. Likeså er tilbakeføring av brukererfaringer viktig for at nye og bedre hjelpemidler kan utvikles. På dette området er det en betydelig kompetanse både i brukerorganisasjoner og i NAVs hjelpemiddelsen-traler, kunnskap som i liten grad har vært kjent eller oppfattet som relevant for andre fag og miljøer med interesse for omsorgssektoren.

8.2.2 Oppsummering – et 30-årig historisk tilbakeblikk

Fragmentert

Kunnskapsutviklingen om omsorgstjenestene preges av to påfallende trekk: Den første er hvordan allerede etablerte kunnskapsmiljøer, innen helsefagene, sosiologi og kommunalforskning 'oppdager' omsorgssektoren i kjølvannet av dens økende betydning i velferdsstat og kommuner. Tematiseringen av omsorgssektoren går sammen med faglig nyorientering, i stor grad drevet fram av enkeltpersoner og uformelle nettverk.

Den andre observasjonen er hvordan kunnskap med stor relevans for omsorgssektoren utvikles innenfor spesialiserte miljøer med liten bevissthet om kunnskapens relevans for utvikling av omsorgstjenestene. Dette gjelder innenfor sosialt arbeid, forskning på funksjonsnedsettelse i studiet av familie- og sivilsamfunnsutvikling, teknologiens rolle i personlig tjenesteyting, i bolig- og arkitektmiljøer og innenfor velferdsstatsforskningen. Det er utviklet mye kunnskap om levekår, særlig for yngre brukere, men denne kunnskapen er i liten grad generalisert til relevans for den kommunale tjenesteutvikling.

'Bakpå'

En annen viktig observasjon er at kunnskapsutviklingen i så stor grad har kommet etter, og som en følge av, sektorens ekspansjon. Mens industri-

ell og tradisjonell næringsøkonomisk forskning har til eksplitt hensikt å utvikle større effektivitet og måloppnåelse, har omsorgsforskningen ligget 'bakpå' og vært opptatt av utviklingens konsekvenser. Med det viktige unntaket at det innen helsefaglige miljøer er utviklet en agenda knyttet til en behandlingsorientert kunnskapsutvikling innen demens og aldringsrelaterte sykdomsforløp, har omsorgsforskningen utviklet seg som en effektstuderende, evalueringsorientert og dokumenterende virksomhet. Kunnskapen er utviklet om sektoren, i mindre grad for sektoren.

Mange og små

En tredje observasjon er at ressursene som går til å forbedre sektorens kunnskapsgrunnlag er relativt små og de aktive forskerne kommer fra et betydelig antall forskningsinstitusjoner. Et 40-talls institusjoner er mottakere av forskningsbevilgninger til klart definerte omsorgssektorrelaterte problemstillinger. Dette høye antallet skyldes kombinasjonen av at forskningsinteressen er drevet fram av enkeltpersoner og at finansieringsformen i så stor grad har vært programbevilgninger til Norges Forskningsråd. Samtidig er dette også et typisk trekk ved en tidlig fase av en kunnskapsutvikling. Det har vært viktig å få fram forskere og idéer, og da er det fornuftig med en fase hvor det stimuleres til bredde.

Nå er det ikke enkelt – og heller ikke formålstjenelig – å avgrense omsorgsforskningen på en entydig måte. For likevel å gi en antydning om den samlede ressursbruken til å utvikle tjenestenes kunnskapsgrunnlag, kan denne grovt anslås til +/- 100 millioner. I dette ligger hovedsakelig forskningsbevilgninger via Norges Forskningsråd (40 mill) og utgiftene til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (37 mill). Videre har vi skjønnevis anslått den andelen av midlene som går gjennom Innomed og som har direkte relevans for omsorgstjenestene (7 mill). I tillegg kommer mindre beløp til enkeltprosjekter finansiert gjennom de Regionale Forskningsfondene, Innovasjon Norge og direkte fra kommuner og andre finansieringskilder. Hovedbildet er like fullt en omsorgssektor som har en Forsknings- og Utviklingskostnad på antydningssvis 1,3 promille av sin totale ressursbruk. Til sammenlikning ble 1,5 mrd ble brukt til forskning innenfor Helseforetakene i 2008.

Likevel: Godt utgangspunkt

På flere måter kan man altså si at det kunnskapsproduserende Norge brukte god tid på å oppdage

omsorgstjenestene. Det samme kan sies om statlige og kommunale myndigheter med ansvar for finansiering og organisering av tjenesteproduksjonen. Det tok tid før man erkjente at moderne omsorgstjenester ikke bare kan basere sin kunnskapsutvikling på anvendelse av kunnskap utviklet 'utenfor' sektoren. Snarere må omsorgstjenestene oppfattes som en egen sektor, med egne særtrekk, med egne utfordringer og med sine egne, genuine kunnskapsbehov. Og følgelig har sektoren og kommunene behov for sin egen nasjonale infrastruktur for systematisk kunnskapsproduksjon, slik andre store samfunnssektorer har.

Paradoksalt nok kan denne forsinkelsen oppfattes som et godt utgangspunkt for utvikling av ny kunnskap. Per i dag er situasjonen at mange, forholdsvis nye initiativ og nye aktører er i ferd med å konstituere omsorgsforskning som et selvstendig felt. Siden feltet er ungt, og fordi det er relativt lite ressurser i omløp, har ingen enkeltinteresse eller aktør klart å etablere seg med dominerende (og ekskluderende) oppfatninger av hva feltet 'egentlig' er.

Det er utvalgets oppfatning at videre satsing på kunnskapsutvikling må sikte på å videreutvikle nettopp den tverrfaglige, flerdisiplinære kunnskapsutvikling som kan avspeile selve tjenestenes mangfoldige og på mange måter uferdige karakter. Det er viktig å bygge videre på de aktiviteter og organisatorisk-institusjonelle rammeverk som er utviklet de senere årene. Samtidig er det viktig å utvikle et overordnet strategisk blikk, og tilføre og forvalte nye ressurser på en slik måte at det etableres sterkere og mer synlig integrerende elementer.

8.2.3 Ståsted: Disiplinforankret forskning

De moderne omsorgstjenestene er så sammensatte at ingen enkelt vitenskap eller fag har klart å gjøre sektoren til sin egen. Dette mangfoldet preger også den tradisjonelle akademiske forsknings- og publiseringsvirksomheten. På oppdrag for utvalget har Nasjonalt Kunnskapssenter for helse-tjenesten laget en oversikt over internasjonal, akademisk publisering om omsorgstjenestene. Til sammen 655 publikasjoner, utgitt etter 2000, ble identifisert. Oversikten viser, ikke overraskende, at hovedtyngden av studier faller i to omtrent like store grupper: På den ene side studier med et medisinsk utgangspunkt i pasienters og brukeres behov for behandling. På den andre side, samfunnsvitenskapelige studier av organisering og samhandlingsrelasjoner. En tredje, ikke uvesentlig kategori, er studier av de ansattes vilkår og arbeidssituasjon i sektoren.

Felles for både den medisinske og den samfunnsvitenskapelige forskningen er at det i stor grad er enkeltpersoner som innenfor sine fag er opptatt av omsorgssektoren. I helsefagene er geriatri og studier av demens veletablerte felt. Men i lys av den samlede innsatsen på medisinsk forskning, og ikke minst på bakgrunn av det framtidige sykdomspanorama, er det relativt små ressurser som settes inn på dette i utdanning og forskning.

Innenfor sosiologien har aldersforskningens utgangspunkt i forholdet mellom generasjoner utviklet seg over mot omsorgstjenester, og innenfor økonomi og statsvitenskap er helsetjeneste-økonomi blitt et etablert felt. Men også her gjelder det at det er enkeltpersoner og små nettverk som driver interessen for omsorgsfeltet. I stor grad er interessen for omsorgssektoren stimulert fram gjennom programmer i Norges Forskningsråd, og i mindre grad initiert av miljøene selv.

I sum betyr dette at den akademisk orienterte omsorgsforskningen på mange måter er et løst felt, hvor mange forskningsinstitusjoner har prosjekter som en følge av at de har enkeltpersoner med faglig interesse for feltet. Helsedirektoratet har i en oversikt over publiserte rapporter innenfor omsorgsfeltet i 2010, identifisert 46 prosjekter fra 27 institusjoner (Helsedirektoratet 2011). Dette kan gi et inntrykk av et stort mangfold, men det kan også leses som at det kommer i snitt under to rapporteringer dette året fra hver institusjon som har forskere som arbeider innenfor omsorgsfeltet.

Den store utfordringen, slik utvalget ser det, er ikke nødvendigvis bare å få flere enkeltforskere interessert i omsorgssektoren. Det er viktig å stimulere til en utvikling av mer disiplinærfaglige perspektiver på omsorgssektoren og dens virksomhet. Med dette mener vi at omsorgstjenestenes sterke ekspansjon, dens store volum og betydning for befolkningens levekår, i langt større grad bør utnyttes som et empirisk tilfang for brede, faglige agendaer innenfor både samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag. Og ikke minst, omsorgstjenestene er en stående invitasjon til tverrfaglige samarbeid mellom medisinske, terapeutiske og samfunnsvitenskapelige fag.

8.2.4 Ståsted: Praksisnært utviklingsarbeid

Omsorgssektoren trenger et konkret kunnskapsgrunnlag utviklet gjennom behovskartlegging, forskning, utvikling, utprøving, evaluering, forbedring og implementering. Dette krever systematisk oppbygging og styring av miljøer som har kompe-

tanse og ressurser til å håndtere alle disse fasene i en kunnskapsbasert, praktisk tjenesteutøvelse.

Etableringen av undervisningssykehjemmene og -hjemmetjenesten er en erkjennelse av dette. En overordnet strategi er utviklet for perioden 2011-2015 (Helsedirektoratet 2011). En eldre, vel etablert tradisjon finnes innefor hjelpemiddelområdet, i NAVs Senter for IKT-hjelpemidler.

Utover disse nasjonale satsingene, finnes det et bredt spekter av enkeltprosjekter og initiativ, beskrevet i kapittel 5 (sosialt entreprenørskap) og kapittel 6 (bolig). Når det gjelder prosjekter med utprøving av velferdsteknologi er det en tankevekkende historie: I kjølvannet av OL på Lillehammer, og i andre halvpart av 1990-årene, var det en betydelig interesse for smarthus og velferdsteknologi. Mange lokale forsøk ble iverksatt, drevet fram av entusiaster. Etter hvert døde de fleste initiativene ut, før interessen igjen har økt markant mot slutten av 2000-tallet. Av spennende prosjekter som er utviklet lokalt kan det nevnes Senter for e-helse og omsorgsteknologi ved Universitetet i Agder (www.ehealth.no), Omsorg Pluss i Oslo Kommune og innføring av trygghetspakke i Bærum kommune.

Det er utvalgets oppfatning at dagens omsorgssektor er preget av et stort mangfold av idéer og utviklingsprosjekter, initiert lokalt og drevet fram av ildsjeler. Utfordringen nå er å unngå at historien gjentar seg. Den erfaring vi trekker fra 1990-tallets forsøksbølge er at lokalt initierte utviklingsprosjekter må rammes inn av en nasjonal politikk for å understøtte oppsamling av kunnskap som gjøres, og gi kommunene og deres samarbeidspartnere tilgang til finansieringskilder som er tålmodige, og som kan gjøre spennende prosjekters framdrift mer uavhengig av den lokale, kommunale økonomiske situasjon.

8.2.5 Ståsted: Nettverk og innovasjon

Et viktig trekk ved de nyere initiativ til utviklingsarbeid i omsorgssektoren er etablering av nettverk, både mellom lokale aktører og på nasjonalt nivå ('innovasjonsallianser'). Dels er dette et uttrykk for at tenkningen om utviklingsarbeid er blitt mer systematisert mot å skape betingelser for innovasjon, dels er det nok også en erkjennelse av at innovasjon i omsorgssektoren fordrer en bred deltakelse fra aktører med ulikt ståsted.

Samtidig har også Samhandlingsreformen innebåret en åpning av tradisjonelle medisinsktekniske miljøer for omsorgstjenestens problemstillinger. Offentlige midler, både gjennom Norges

Forskningsråd og Innovasjon Norge har også bidratt til dette. Viktige møteplasser er skapt rundt KITH, INNOMED, MEDTECH og HEALTH-WORLD.

Nettverk med utgangspunkt i kommunene er skapt på nasjonalt nivå både gjennom Innovasjonsalliansen i KS og gjennom samarbeid mellom KS og NHO om leverandørutvikling. Lokale innovasjonsallianser med fokus på omsorgssektoren er utviklet i Drammen (Arena helseinnovasjon), i Østfold (Borg innovasjon) og i Agder (Listersamarbeidet). Samarbeid som i realiteten uttrykker den samme ambisjon om tjenesteutvikling finnes i 12-kommune-samarbeidet i Vestfold og på Øvre Romerike. I Midt-Norge er det tatt initiativ fra fylkesmannen i Sør-Trøndelag til en slik nettverksbasert satsing på utvikling av omsorgssektoren.

Næringslivsorganisasjonen Abelia har nylig tatt initiativ til Innovasjonsarena «Trygg Omsorg», med deltakere fra sentrale myndigheter, kommuner, ideelle organisasjoner og kommersielle aktører.

Dette er en på alle måter positiv utvikling. Utfordringen nå er å sikre at disse initiativene utvikler seg videre til konkrete innovasjonsprosjekter, som kan bli gjennomført i et så stort omfang og med en slik systematikk, at summen av erfaringer styrker kunnskapsgrunnlaget for framtidens omsorgstjenester. Likeså er det viktig at de norske nettverkene åpner seg, og integrerer seg i tilsvarende nettverk på nordisk nivå. Med utgangspunkt i Teknologisk Institut i Forskningsparken i Odense CareNet, har det vokst fram et nettverk av kommuner, bedrifter og forskningsmiljøer for å fremme og implementere velferdsteknologi i de danske omsorgstjenestene. Nettverket teller nå 28 aktører (www.CareNet.nu).

Østlandsforskning har på oppdrag for KS foretatt en gjennomgang av det virkemiddelapparat som foreligger for å støtte kommunenes innovasjonsarbeid. Studien viser at kommunene vurderer fylkesmannen og fylkeskommunene som de viktigste aktørene i virkemiddelapparatet. NFR blir ikke oppfattet å disponere virkemidler av relevans for kommunene. Innovasjon Norge oppfattes som relevant i forhold til bygdeutvikling, men ikke for andre deler av kommunenes virkefelt. Hovedfunnet er at de innovasjonspolitiske virkemidlene ovenfor kommunene er svakt utviklet. Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) anses for å være et effektivt innovasjonspolitisk virkemiddel, men i praksis inngås det få kontrakter, og de som inngås er først og fremst mellom store kommuner og små underleverandører.

8.2.6 Ståsted: Markedsutvikling

Til tross for at omsorgssektoren er en betydelig etterspørter av arbeidskraft, boligløsninger og tekniske hjelpemidler (og etter hvert velferdsteknologiske løsninger), er sektoren knapt tematisert eller forsøkt beskrevet i næringsøkonomiske termer. I kapittel 9 analyseres forutsetningene for utvikling av en næring på omsorgsfeltet. I dette avsnittet vil utvalget bare peke på at utvikling av en næring også er et spørsmål om å utvikle den kunnskapen som trengs for å beskrive og analysere den direkte – og indirekte – økonomiske aktivitet som denne delen av økonomien genererer. Det trengs også kunnskap om kompetanse og produktideer som foreligger innenfor næringslivet – for å se om det er potensial for anvendelse i omsorgssektoren. Det trengs kunnskap om hvilke barrierer næringslivsaktører opplever for dem som ønsker å spille en større rolle som samarbeidspartner og underleverandører til omsorgstjenestene.

I en analyse næringslivsorganisasjonen Abelia foretok blant sine egne medlemmer i 2010, ga 159 bedrifter uttrykk for at de hadde kompetanse og produkter de mente burde kunne komme til anvendelse i omsorgssektoren. De fleste av disse er relativt små, og de spenner over et bredt felt av virksomheter. I Norsk Teknologi samles de mer tradisjonelle næringslivsaktører, knyttet til installasjoner ved om- og nybygging. Antakelig er det stort potensial for å integrere ombygging av energiokonomiske hensyn og tilrettelegging for funksjonshemming i både gamle og nye boliger.

For Danmark har konsulentfirmaet DAMVAD gjort et nybrottsarbeid ved å forsøke å definere og klassifisere omfanget av produksjon og tjenesteyting knyttet til velferdsteknologi (Damvad 2010). Med den metodikk de utviklet ble omfanget av velferdsteknologisk virksomhet anslått til en omsetning på DKK 41.4 milliarder (hvorav 18,7 til eksport) og 24 642 årsverk. En liknende analyse av Norge er under utarbeiding. Etter utvalgets oppfatning er det nødvendig med en gjennomgang av definisjonene som i dag nyttes i nasjonalregnskap og næringsklassifisering, for å se om de tilfredsstillende kravene som en nødvendig for å kunne beskrive omsorgsnæringens aktiviteter og samhandling med andre næringer på en hensiktsmessig måte.

8.2.7 Status – for smått, for kort og for lite

Det er utvalgets oppfatning at de senere årene, og gjennom de initiativ som er tatt i kjølvannet av

St meld nr 25 (2005-2006), har skjedd en markant økning i kunnskapssøkende aktivitet. Dette skaper et godt utgangspunkt for utvikling av et bedre og bredere kunnskapsfundament. Den store utfordringen nå er å 'omdanne' et bilde preget av en fragmentert situasjon, dominert av pionerer, lokale entreprenører og enkeltprosjekter løst fra hverandre, til en samlet bevegelse mot en fastere, mer integrert, og mer systematisk opererende infrastruktur for kunnskapsproduksjon.

Etter utvalgets vurdering er det behov for en overordnet, nasjonal politikk for kunnskapsutvikling i sektoren, av fem grunner:

- Mange av initiativene er per i dag for små og for løst koblet sammen til at aktørene på egen hånd vil kunne utvikle et kunnskapsmiljø som for egen maskin, og raskt nok kan frambringe den praksisnære forskning og nyskaping som sektoren har behov for i framtida. Summen av aktiviteter er under en kritiske masse og finansieringsordningene for uforutsigbare til å kunne dekke sektorens kunnskapsbehov. Med dette kommer utvalget til samme konklusjon som tidligere kunnskapsoppsummeringer.
- En mer kunnskapsbasert utvikling av sektoren vil kunne realisere både større produktivitet og bedre kvalitet i tjenesteytingen. Det kan i den forstand sies å foreligge en egeninteresse hos kommunene til selv å finansiere kunnskapsutviklingen. Mangelen på verifisert kunnskap oppleves som så stor at enkeltkommuner vegrer seg for å ta den risiko det innebærer å sette i gang innovasjonsprosjekter på egen hånd.
- Mange kommuner er små og vil være avhengige av å implementere kunnskap de henter fra andres erfaringer. Dette gjelder både der en ønsker å endre praksis eller er i posisjon som offentlig innkjøper av underleveranser til tjenesteytingen. Per i dag er det svært ressurskrevende for mange kommuner å skaffe seg den relevante kunnskapen, – og i praksis vil søken etter kunnskap ofte ende med en erkjennelse av at kunnskapen faktisk ikke finnes. Kommunene trenger ett enkelt kontaktpunkt inn mot den kunnskap som finnes.
- Forsøk som involverer utprøving av velferdsteknologiske og bolig-løsninger bør ha et så stort omfang at den kunnskapen som etableres kan bli så solid at den kan ha industriell og kommersiell verdi. Med dette menes at utprøving har vært gjennomført i så stor skala at feil og svikt kan gi opphav til forbedring, og at erfaringer kan nyttes som dokumentasjon når produkter lanseres på markedet. I dag er situasjo-

nen at mange enkeltprosjekter er under planlegging og gjennomføring, men det er ingen sentral kvalitetssikring av prosjektene, eller prosedyrer for dokumentasjon og ansvar for å spre erfaringer.

- Dagens virkemiddelapparat oppleves som lite relevant for kommunesektoren. Initiativ og prosjektideer som går på tvers av tilvante forestillinger faller lett utenom eksisterende finansieringsordninger. Likeså er det en tendens til at forsknings- og prosjektfinansieringskilder som er utformet for 'helse- og omsorg' i praksis fører mye av ressursene mot spesialisthelsetjenestenes tematikker.
- Hovedtyngden av dagens forsknings- og utviklingsprosjekter er svært små, både i budsjett og varighet. Det er derfor behov for en finansieringsordning for innovasjonsprosjekter målrettet mot kommunene. Det er en forutsetning at kommunene gis en lett og byråkratisk adgang til ressurser, slik at de både kan medvirke til, og legge til rette for at de omsorgstjenester de har et ønske om å utvikle, får et solid, kunnskapsbasert grunnlag.

8.3 En strategi for nasjonal kunnskapsutvikling

8.3.1 Udekkede kunnskapsbehov og en nasjonal strategi

En strategi for kunnskapsutvikling må nødvendigvis utgå fra behovene for kunnskap. Her slutter utvalget seg til de drøftinger og opplysninger av kunnskapsbehov som er gjort i St meld nr 25 (2005-06) og til de formulerte målene for InnoMeds aktiviteter. Likeså gir Norges Forskningsråds Programplan for helse- og omsorgsforskning etter utvalgets oppfatning en adekvat beskrivelse av kunnskapsutfordringene.

Utfordringen er ikke å bli enige om hva det trengs kunnskap om. Jobben er å framskaffe ressurser og anvende dem på måter som gjør at ny innsikt blir frambrakt, spredt og anvendt. Samtidig kan det lett bli slik at etterlysningen etter kunnskap blir så bredt formulert at 'alt blir like viktig'. Utvalget anbefaler derfor en tydeligere gruppering av kunnskapsbehovene.

Prioritering av kunnskapsproduksjon er et vanskelig tema. I disiplinbaserte forskningsmiljøer er det en iboende hang til diskusjoner om definisjoner og avgrensninger, for eksempel hvor grensene går mellom 'helse' og 'omsorg' og hvor gjerdet skal gå mellom omsorgsforskning og

omsorgstjenesteforskning (Kjekshus og Lian 2009). I akademiske miljøer er den internasjonale forskningsfronten og utsiktene til meritterende publisering viktig. Praksisaktørene har gjerne et sterkere formålsbasert syn på kunnskapsutvikling. De etterlyser kunnskap som kan forbedre tjenesteytingen, uavhengig av hvem som har frambrakt innsiktene.

Utvalget er av den oppfatning at kunnskapsutviklingen må foregå på måter som ikke hemmes av nedarvede forestillinger om hvilke fag og disipliner som eier de ulike delene av en sammensatt virkelighet. Etter utvalgets mening er det hensiktsmessig å gruppere kunnskapsbehovene i fem hovedkategorier:

1: Faglig metodikk, kliniske resultater og tjenestekvalitet, herunder særlig:

- Helse- og sosialfaglig forskning på årsaker til hjelpebehov og kunnskapsutvikling om hvordan ny faglig praksis kan avhjelpe problemer og øke pasienters og brukeres livskvalitet.
- En søken etter god samhandling mellom helsefaglige og bredere, sosialfaglige metoder for forebygging av hjelpebehov og selvstendigjøring av brukere.

2: Organisering, yrkesutøvelse og ledelse, herunder særlig:

- Studier av omsorgssektoren i et virksomhetsperspektiv, hvor økt kunnskap om profesjoner, yrkesroller, arbeidsorganisering, ledelse, intern informasjonsflyt og finansiering kan øke kunnskapsgrunnlaget for ressursprioritering og effektivisering internt i sektoren.
- Kunnskap som er relevant for utviklingen av god samhandling mellom omsorgssektoren, ressurser i nærsamfunnet og nødvendige bidrag fra spesialist- og kommunehelsetjenesten.

3: Samspill mellom brukerressurser, behov og sosiale og fysiske omgivelser

- Omfang, betydning og potensialer for tjenesteproduksjon forankret i nye brukergrupper og endrede relasjoner mellom kommunal tjenesteyting, pårørende og sivilsamfunn.
- Forholdet mellom individers helse- og funksjonsproblemer og de fysiske omgivelser i egen bolig og i de øvrige, ytre samfunnskapte omgivelser.

4: Tekniske hjelpemidler, ny teknologi og innovasjon

- Kunnskap om hvordan ulike typer av teknologi kan øke brukerens selvhjelpskapasitet, øke effektiviteten i tjenesteproduksjon, forholdet mellom teknologiens potensialer og omfang av faktisk implementering og bruk både i den enkeltes egen bolig og i praktisk tjenesteyting.
- kunnskap om hemmende og fremmende faktorer for en bruker- og behovsdriven utvikling og implementering av ny teknologi, etterspørsel og markedsforhold for velferdsteknologiske produkter, herunder kommuners utøvelse av sin rolle som innkjøper av varer og tjenester.

5: Kunnskap om kunnskapsutvikling, herunder særlig

- forskning som følger utviklingen av sektorens kunnskapsutvikling, med fokus på spenninger mellom helsefaglige og sosiale paradigmer, tendenser til silobygging og egeninteresser i det kunnskapsproduserende miljøet.
- Fokus på hvilke faktorer som hemmer og fremmer implementering av ny kunnskap, arbeidsmetoder og kvalitetsutvikling, – og hvordan maktforhold i sektoren kan virke selekterende på hva slags kunnskap som oppfattes som relevant.

I overskuelig framtid vil finansieringen av omsorgssektorens kunnskapsutvikling i Norge være et offentlig ansvar. Ny kunnskap kan ikke i noen vesentlig grad forventes å bli finansiert fra utenlandske kilder, private donasjoner eller av underleverandørers fortjenestemotiver. Likeså vil det være behov og løsninger på et kommunalt nivå, og omsorgstjenestenes integrasjon i kommunens samlede aktivitet, som vil være den dominerende referansen for kunnskapsutviklingen.

I så måte er omsorgssektoren mer nasjonalstatlig forankret enn for eksempel spesialisthelse-tjenesten. Dette betyr at kunnskapsutviklingen i Norge blir avhengig av bevilgninger som kommer fra statlige og kommunale myndigheter. Dette kan samtidig svekke forskningsmiljøenes internasjonale orientering, og redusere interessen for import av kunnskap fra utenlandske miljøer. Samtidig er omsorgstjenestene svært like i de nordiske land. Det kan hentes store gevinster ut av et systematisk nordisk perspektiv både på sammenstilling av etablert kunnskap, og i utvikling av ny viten. Kunnskap av stor relevans for tjenesteutvikling i Norge kan utmerket godt være frambrakt gjennom prosjekter i våre naboland.

Utvalget ser det ønskelig at kunnskapsutviklingen om omsorgstjenester skjer på en slik måte at det tiltrekker seg deltakelse fra aktører i våre naboland.

Utvalget anbefaler myndighetene å utvikle en overordnet, strategisk plan for en kunnskapsbasert omsorgssektor. Planen bør gå over ti år, fra 2012 til 2022. Over denne perioden bør det foregå en opptrapping av den samlede ressursbruken til forsknings- utviklings og innovasjonsaktivitet i sektoren slik at den anvender én prosent av sine årlige totale utgifter til å utvikle sitt kunnskapsgrunnlag.

I 2022 vil fredsbarne født i 1946 være 76 år. De vil stå ved inngangen til livets siste 10-20 leveår. Kommunene må møte dette med en kraftig økning i tjenesteproduksjonen. Da gjelder det at det norske velferdssamfunnet har benyttet det foregående tiåret til å utvikle:

- Nok folk til å utøve et kompetent lederskap over utprøvde organisasjons- og samhandlingsmodeller, slik at sektorens tjenesteyting kan ekspandere raskt langs en middelvei mellom ad hoc tilpasninger til ressursknapphet og mer ressursbruk i ineffektiv virksomhet.
- At kunnskapen om hensiktsmessige bolig- og velferdsteknologiske løsninger er så godt utviklet og utbredt at økt selvhjelpenhet blant folk også betyr en mindre økning i behovene for kommunale tjenester enn det som ellers ville vært tilfellet.
- At det er nok folk som i sum har bred kompetanse om sektoren, slik at samfunnets handlings- og endringskapasitet er stor nok til å håndtere de oppgaver og utfordringer det ikke er mulig å se i dag – fra 2025 og videre inn i framtida.

Den tiårige utviklingsplan som utvalget foreslår

- bygger videre på de nasjonale og kommunale initiativ som er tatt i løpet av 2000-tallet, og på de fagmiljøer som er etablert,
- styrker den tverrfaglige og praksisnære karakter som omsorgsforskningen har,
- utpeker, innstifter og tydeliggjøre institusjoner med integrerende ansvar
- styrker det kommunale eieransvaret for tjenesteutvikling og bidrar til at kompetansen utvikles i kommunene
- har tydelige ambisjoner og konkrete virkemidler for utvikling av en næring på omsorgsfeltet

Utvalgets forslag til plan er bygget rundt fem konkrete forslag:

1. Et nasjonalt sekretariat for kommunene, med ansvar for kunnskapsoppsamling og forvaltning av et finansieringsprogram for innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren.
2. Et initiativ til styrking av nettverk og til å igangsette to nordiske formidlingskanaler av ny kunnskap for hhv. forskning og praksisnært utviklingsarbeid.
3. Et systematisert kompetansehevingsopplegg for ledere i kommunal sektor – 'innovasjons-skole'
4. En livsløpsstudie hvor tyve tusen individer følges i de neste 30 årene.
5. Et klarere, strategisk begrunnet, skille mellom helse og omsorg, innenfor dagens virkemiddelapparat for kunnskapsutvikling.

8.3.2 Et nasjonalt sekretariat for innovasjon i kommunesektoren

Utvalget er av den oppfatning at det i dag er en betydelig interesse i kommunene for å prøve ut nye løsninger i omsorgssektoren. Mange idéer, forsøk og prosjekter er på trappene eller under gjennomføring. Samtidig er det et stort behov for lett tilgjengelig, dokumentert kunnskap om ny teknologi, boligløsninger, organisasjons- og driftsmåter. Særlig for teknologiske og byggtekniske løsninger er det en frykt for at man av mangel på kunnskap om hva som er 'state-of-the-art', risikerer feilinvesteringer med gårdsdagens løsninger eller påfører seg bindinger til bestemte framtidige leverandører. Likeså er det en mangel på systematisk oppsamling av kunnskap vunnet gjennom lokale forsøk. Viten finnes, men blir ikke samlet og omdannet til råd for bedre praksis. En slik kunnskapsoppsamlende aktivitet må foregå på nasjonalt nivå. I dag er det ingen i Norge som har fått dette samfunnsoppdraget.

Forsøk og innovasjonsprosjekter innebærer alltid en risiko. Frykten for fiasko og økonomisk tap blir en barriere mot innovasjon i tillegg til problemer med å få finansiert utprøving av nye løsninger. Siden gevinstene er usikre, må innovasjonsstrategier understøttes med tilgang til risikovillig finansiering. Utvalget mener at Norge i dag mangler en kilde til finansiering av utviklings- og innovasjonsprosjekter målrettet mot omsorgssektoren. Dette er en barriere for at idéer og initiativ som er i omløp, kan realiseres, gis en samlende retning, og styrke en kumulativ utvikling av kunnskapsgrunnlaget for omsorgstjenestene.

En god kultur for nytenking og innovasjon karakteriseres av åpenhet og deling av kunnskap og erfaringer. Samlingene til InnoMed, Innova-

sjonsalliansen til KS og de to forskerkonferansene som til nå er avholdt for omsorgsforskning, er gode eksempler på møteplasser som har vokst fram. Erfaring viser at slike nettverk kan dø ut like raskt som de oppstår dersom de ikke forankres hos en aktør med et tydelig ansvar for å sikre kontinuitet. Omsorgssektoren har per i dag ingen som er ansvarlig for at Norge har en kontinuitet i arenaer hvor aktører med ulike ståsted i omsorgstjenestene møtes for formidling, diskusjon og utforming av nye kunnskapsutfordringer.

Skal det vokse fram flere spennende innovasjonsprosjekter i de kommunale omsorgstjenestene må tre forutsetninger på plass. Aktørene som utformer prosjektet må være godt informert om den internasjonale kunnskapsfronten, prosjektet må ha en sterk forankring hos alle deltakende aktører, og det må finnes et nettverk av personer og institusjoner som arbeider med likeartede problemstillinger.

Utvalget mener det er hensiktsmessig å samle alle disse tre oppgavene i en institusjon med et tydelig nasjonalt ansvar overfor kommunesektoren, og foreslår derfor at det opprettes et Nasjonalt InnovasjonsSekretariat for Omsorgssektoren (NISO).

Senteret bør ha tre oppgaver:

1. Rådgivning til praksisaktørene: Sekretariatet har ansvaret for å være landets mest oppdaterte veiviser til all kunnskap av relevans for omsorgstjenestenes utvikling. Det skal kunne gi råd og støtte til praksisaktører i utprøving av nye løsninger og i faglig kvalitetssikring av forsøksvirksomhet. Det skal ha et særskilt ansvar for å holde oversikt over pågående prosjekter, samle inn evalueringsrapporter og rutinemessig utarbeide kunnskapsstatus og oversette kunnskap til autoritative retningslinjer for god praksis.
2. Ha ansvaret for å forvalte en finansieringsordning for innovasjonsprosjekter: Det betyr å administrere og kvalitetssikre tildeling av midler etter gode prosedyrer, dokumentere prosjektgjennomføring, samle resultater og gjøre ny viten lett tilgjengelige for bruk i undervisning, videre fagutvikling og i praksis.
3. Være ansvarlig for at de nettverk som i dag er etablert, gradvis vokser sammen eller eksisterer overlappende og parallelt, slik at Norge sikres en sterk arena for nettverksaktiviteter.

Utvalgets begrunnelse for å samle disse tre oppgavene under samme tak bunner i analysen av at omsorgssektoren trenger å utvikle en infrastruktur for sin kunnskapsutvikling (jfr. kap. 8.1.6). Det

betyr å styrke klart definerte funksjoner på nasjonalt nivå, funksjoner som i dag er for svake. Utvalget har bevisst valgt begrepet 'sekretariat' i stedet for det nærliggende 'senter'. Dette er for å understreke at institusjonens oppgave er å skape bedre og mer oversiktelige forutsetninger for en tjenestetutvikling som skal og bør foregå desentralisert i kommuner, næringsliv og sivilsamfunn.

Det nye sekretariatet skal verken overta eller erstatte oppgaver som ligger hos andre. Dets samfunnsoppdrag er å utøve funksjoner som i dag ligger brakk. Det er naturlig at den nye institusjonen utvikler god samforstand og hensiktsmessige arbeidsdelinger med eksisterende institusjoner, miljøer og ordninger.

Utøvelsen av de kunnskapsoppsamlende og rådgivende funksjoner må finne en arbeidsdeling med det medisinsk- og behandlingsorienterte system som allerede finnes for kunnskapsutvikling og -spredning. Særlig viktig er det at det utvikles god og gjennomtenkt arbeidsdeling med Helsedirektoratet. Likeså er det naturlig at sekretariatet utvikler en struktur for sammenkopling av den store boligkompetansen som er i Husbanken, kunnskapen om hjelpemidler i NAV Hjelpemiddelsentraler og de velferdsteknologiske miljøene ved SINTEF/NTNU og ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved Universitetet i Nord-Norge.

Forslaget om en ny finansieringsordning tydelig målrettet mot kommuners innovasjonsarbeid på omsorgsfeltet vil også måtte samvirke med det virkemiddelapparatet som allerede foreligger. Utvalget ser det som naturlig og ønskelig at Innovasjon Norge øker sin interesse for omsorgsfeltet. Det er ingen ulempe i seg selv om aktørene i omsorgssektoren kan stå ovenfor flere potensielle finansører av forsknings- utviklings- og innovasjonsprosjekter. I kapittel 9 utbroderer utvalget dette nærmere.

Sekretariatet bør gis en juridisk selvstendig status. Samhandlingsreformens overordnede ambisjoner om å utvikle nye samarbeidsrelasjoner mellom kommunene og helseforetakene (staten) tilsier etter utvalgets syn at verken staten eller kommunene bør være eier av organisasjonen. Videre legger utvalget til grunn at framtidens omsorgstjenester vil utøves i tettere samspill mellom kommunen og private parter i familie, sivilsamfunn og næringsliv. Dette trekker også i retning av en juridisk selvstendig eieform. Aktuelle konstruksjoner kan da være selveiende stiftelse, eller en annen form for eierskap uten én dominerende eier.

Utvalget ser det ikke som nødvendig å ta stilling til hva som kan være en hensiktsmessig eie- og organisasjonsform. Det sentrale er at sekretariatets samfunnsoppdrag som en infrastruktur for kommunenes innovasjonsarbeid nedfelles i dets vedtekter. Utvalget anser det som viktig at organisasjonen får et styre som avspeiler omsorgstjenestenes tverrinstitusjonelle karakter og som synliggjør dens rolle som et faglig, autoritativt miljø. Vedtektene bør ikke hindre organisasjonen fra å ha egne inntektsgivende aktiviteter, for eksempel gjennom rådgivningstjenester og utføring av evalueringsoppdrag.

Den foreslåtte organisasjonen må tilføres midler til å kunne ivareta sine tre formål: kunnskapsoppsamling, finansiering av innovasjon og nettverksstøtte. Heller enn å starte med å angi hvor mye midler det er behov for, er det viktig med følgende vurdering:

Sekretariatet skal utvikle funksjoner utvalget mener mangler i dagens norske omsorgssektor. Samtidig er det viktig at disse funksjonene utvikles på en slik måte, og i en så gjennomtenkt takt, at de lokale initiativ som har vokst fram ikke overkjøres. Sekretariatets personellbehov må ikke vokse så fort at pågående initiativ tappes for nøkkelpersoner. Finansieringsmulighetene må heller ikke bedres så raskt at pågående arbeid for å finansiere innovasjonsprosjekter stopper opp.

Sekretariatet bør derfor etableres gjennom en styrt ekspansjon som ikke er sterkere enn at pågående aktiviteter gradvis kan utvikle seg inn mot den nasjonale satsingen. Vilårene for at prosjekter kan få støtte må være slik at den type samarbeidskonstellasjoner vi har sett vokse fram lokalt og spontant, må stimuleres og styrkes heller enn å bli forrykket eller overtatt.

En vellykket innfasing av sterkere nasjonale funksjoner bør etter utvalgets oppfatning skje langs to spor: styrking av senterfunksjoner og forvatningsansvaret for finansiering av innovasjonsmidler.

Styrking av senterfunksjoner. Utvalget ser det som hensiktsmessig at den nasjonale funksjon som allerede er utviklet ved Senter for Omsorgsforskning på Gjøvik er utgangspunktet for videre senterbygging. Her ligger de beste forutsetningene for oppbygging av den nasjonale kunnskapsbanken og for funksjonen som ansvarlig node i nasjonal nettverksutvikling.

– Utvalget foreslår at det opprettes en interimorganisasjon med ansvar for å planlegge etableringen av et nasjonalt sekretariat for omsorgstjenesten, som også skal:

- utarbeide rammene for en tiårig plan med sikte på at omsorgssektoren som helhet, fra 2022, har en forsknings- utviklings- og innovasjonsaktivitet som i omfang tilvarer én prosent av dens driftsutgifter, og
- etablere et organ og prosedyrer for tildeling av midler til lokale utviklings- og innovasjonsforsøk av relevans for omsorgssektoren

Kriterier for tildeling av innovasjonsmidler. De lokale innovasjonsprosjektene som har vokst fram de senere årene har en klar tre-parts-struktur (jfr. kap. 8.2.5). Initiativ til nytenkning har kommet ved at aktører og 'ildsjeler' forankret i tjenesten har dannet allianse med en ekstern part, en 'underleverandør'. Deretter har man fått interesse og støtte fra politikere og administrasjon i kommunen. Den finansieringsordning utvalget foreslår er ment å gi større rom for slike initiativ, og sørge for ressurser nok til at løsninger kan prøves ut i betydelig omfang.

Utvalget er av den oppfatning at nettopp slike tre-parts-konstellasjoner mellom aktører med ulike roller og funksjoner er et godt utgangspunkt for innovasjonsprosjekter. Det er viktig at slike samarbeid fostres fram ved også å være et formelt vilkår for tildeling av midler til innovasjonsprosjekter. Ved å være tydelig målrettet mot innovasjon i kommunene, og ved å disponere over betydelige midler, vil ordningen kunne bli en kraftig stimulans for kommunene til å utvikle sine tjenester på en slik måte at innovasjonsarbeidet innebærer en mobilisering av andre ressurser i lokalsamfunnet, både fra frivillig sektor og fra bedrifter.

Enhver finansieringsordning som har anvendte siktemål for de forsknings-, utviklings- og innovasjonsprosjekter som skal støttes, må ha gjennomtenkte kriterier for tildeling av midler. Det må være en tydelig forbindelse mellom vilkårene for å få prosjektmidler, og de overordnede samfunnsmålene for ressursbruken som går gjennom ordningen. Det er to ulike modeller for å oppnå dette: I den ene (top-down-modellen) setter finansøren tydelige krav til at prosjektsøker skal kunne dokumentere gode grunner til at prosjektet kan forventes å resultere i bestemte effekter. I den andre (bottom-up-modellen) er prinsippet å sette krav til prosjektets organisering og gjennomføring, herunder å kreve at søker skal bære en bestemt andel av de samlede projektkostnadene. Søknadens seriøsitet antas å komme til uttrykk ved søkerens vilje til selv å bære kostnader og risiko.

Vilje til å bære et egetbidrag i et innovasjonsprosjekt er et troverdig uttrykk for at prosjektet er

godt gjennomtenkt i den søkende organisasjon. Organisatorisk og ledelsesmessig forankring, hos alle deltakere, er en viktig forutsetning for at innovasjonsprosjekter skal gjennomføres på god måte. Krav om egetbidrag er en hensiktsmessig mekanisme for å få realisert prosjekter det er sterke lokale ønsker om å gjennomføre. Et egetbidrag kan være penger, men like gjerne å stille andre typer av realressurser til disposisjon for prosjektet.

Utvalget mener derfor at en statlig finansieringsordning for innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren bør baseres på klart definerte krav til egenbidrag som vilkår for å kunne tildeles midler. Kravene bør settes slik at dersom man har egenbidraget på plass, er sannsynligheten for tildeling av midler svært høy. Dette er viktig for at kommunene skal oppleve den nye ordningen som forutsigbar, og at søknader om innovasjonsprosjekter som tilfredsstillt kravene med stor påregnelighet og med kort, ubyråkratisk saksbehandling kan komme i gang.

Utvalget foreslår følgende prinsipper for at et prosjekt skal kunne tildeles midler:

1: Søker må være et avtalefestet samarbeid mellom tre parter: En kommune, en praksisaktør og en privat partner, forstått på denne måten:

- En kommune (eller et samarbeid mellom kommuner) i kraft av å være den juridisk ansvarlige for tjenesteytingen. Den kommunale part antas å representere ønsket om at prosjektet skal gi kunnskap som kan effektivisere tjenesteytingen ut fra et eier- og ansvarsperspektiv. Kommunen representerer interessen i at borgere og brukere får best mulig kvalitet ut fra de ressurser en kommune velger å benytte til omsorgstjenester.
- En 'praksisaktør' – definert relativt vidt som en part med en direkte involvering i tjenesteyting. Dette kan være et sykehjem, hjemmetjeneste, helseforetak, en utdannings- eller forskningsinstitusjon. En sammenslutning av brukere eller pårørende som ønsker å prøve ut løsninger som kan øke selvhjulpenhet (og med det kanskje redusere behovet for å forbruke kommunale tjenester) må oppfattes som en praksisaktør.
- En 'underleverandør' – en i utgangspunktet ekstern aktør som antas å kunne tilføre tjenesteproduksjonen økt sosial eller økonomisk verdiskapning. Aktøren kan være en markedsbasert virksomhet med kommersiell egeninteresse i prosjektet, for eksempel som leverandør av boligløsninger, hjelpemidler eller velferdsteknologi. Men det kan også være

en sosial entreprenør eller en ideell organisasjon med idéer til nye arbeidsmåter eller andre typer av nye innhold i omsorgstjenestene.

Ved å stille krav til et betydelig egetbidrag, kan innovasjonsmidler styres til aktører som selv har stor tro på prosjektet. Det bør etter utvalgets mening stilles krav til egetbidrag fra kommuneparten og fra underleverandøren. Praksisaktøren bør fritas fra et slikt krav, ut fra det argument at idéer som utvikles innenfor tjenestene ikke skal belastes med en slik oppstartskostnad. Energien bør i stedet kanaliseres over mot å overtale kommunen og den eksterne parten om at de bør de være med på å utvikle og realisere innovasjonsprosjekter.

Kravet til egetbidrag fra kommunens side er en mekanisme som sikrer forankring av prosjektet i kommunens ledelse. Dette er en viktig forutsetning for at innovasjonsprosjekter skal kunne lykkes. Egetbidraget kan være penger, men også andre former for ressurser, for eksempel dedikering av personell, infrastruktur og liknende. For aktører med kommersielle egeninteresser i prosjektet, er viljen til å betale en egenandel en enkel og grei indikator på aktørens vurdering av prosjektets industrielle eller kommersielle verdi.

Den prosjektdeltaker som kan tenkes å få problemer med kravet om egetbidrag vil kunne være idéelle organisasjoner, sosiale entreprenører, sammenslutninger av pårørende og lignende. Ubetalt dugnadsarbeid kan være et aktuelt egetbidrag. I andre tilfeller vil det være nødvendig å skaffe penger. Det vil i praksis kunne utvikles en etterspørsel fra slike aktører mot kilder som kan finansiere egenandelen. Slike finansieringskilder finnes i dag. Det kan for eksempel nevnes at Stiftelsen Helse og Rehabilitering fordeler opp mot 300 millioner årlig (overskuddet av Norsk Tippings Ekstralotteri). Et annet eksempel kan være Einar Strands minnefond. Dette vil kunne bety en adgang for slike institusjoner og interesser til å 'kjøpe seg inn' i prosjekter av en størrelse som de selv aldri ville kunnet ha finansiert på egenhånd. Et slikt egetfinansieringskrav for idéelle aktører vil også åpne for at private donasjoner kan ha en konkret mottaker.

Utvalget ser for seg at de 'treparts' innovasjonsprosjektene som skal finansieres vil være av svært varierende størrelse, fra små forsøk til svært store og langvarige utprøvinger med store budsjetter. For å unngå den sløsing med tid og ressurser som ofte følger med at en kommune benytter mye tid på å utforme søknader om prosjekter – for så å oppleve at de ikke får midler –

innføres en prekvalifiseringsordning. Det bør derfor være en egen, kun for kommuneparten, lett og ubyråkratisk fungerende ordning for at prosjektidéer kan få en 'innovasjonsmillion': en million kroner til på ett år å utvikle en prosjektsøknad.

Utvalget er av den oppfatning at det nasjonale sekretariatet for innovasjon i omsorgssektoren, etter den modellen som er beskrevet over, vil kunne:

- Ivareta en nasjonal funksjon som 'kollektiv hukommelse' for omsorgssektoren. I praksis ville det bety å etablere og bygge oversikter over kunnskapsbaser og utvikle en brukerorientert formidlings- og betjeningsfunksjon målrettet mot kommunene.
- Være den praktiske ansvarlige for at etablerte nettverk integreres og sikres kontinuitet.
- Være ansvarlig for forvaltning av innovasjonsmidlene, herunder å ha ansvaret for at prosjekter evalueres, at lærdommer samles, dokumenteres og gjøres lett tilgjengelig for interesserte.

Kommunene oppfatter fylkesmannen og fylkeskommunen som en viktig aktør i innovasjonsarbeidet. Det er viktig at dette videreføres, for eksempel ved at kommuner på fylkesnivå kan samarbeide om prosjektutvikling og gjennomføring. Fylkesmannen kan ha en viktig koordinerende funksjon, og stimulere til prosjektgjennomføring ved at fylket, helt eller delvis dekker kommunenes egenandel for å delta i prosjektet.

8.3.3 Nettverk, fagfellesskap og formidling

I kapittel 8.2.5 ble det pekt på at flere nettverk for kunnskapsutvikling og innovasjon har sett dagens lys i de senere årene. Utvalget ser det ikke som noe selvstendig mål at disse nettverkene skal samles. Det ligger i nettverks natur at de skal springe ut av desentraliserte initiativ, og drives fram av samarbeidets egen dynamikk.

På den annen side er det en nasjonal interesse i at nettverkene oppdager og samhandler med hverandre, slik at tydelige nasjonale møteplasser kan etableres. Nettverk kan ha en tendens til å vokse 'innover'. For å motvirke dette, kreves det at noen tar et overordnet ansvar for at omsorgssektoren tilføres et integrerende element som kan bevirke til at nettverkene finner sammen og utvikler en felles agenda for omsorgstjenestene.

Utvalget anbefaler derfor at det nasjonale koordineringsansvar, og den årlige konferansen for omsorgsforskning som har sprunget ut av Senter for Omsorgsforskning på Gjøvik, tilføres ressurser slik at de kan ta ansvar for å skape en årlig,

felles møteplass for alle som arbeider med å utvikle framtidens omsorgstjenester.

Parallelt bør det vurderes om det kan være hensiktsmessig å innstifte et sett av *Nasjonale Fagkomiteer*, for eksempel langs den klassifisering av kunnskapsbehov som ble satt opp i kapittel 8.3.1. I disse fagkomitéene bør det være nordisk representasjon. Det er naturlig at ansvaret for den enkelte fagkomité legges til et forskningsmiljø som er det faglig sterkeste på den aktuelle tematikken. En mulig utvikling kan være at de fire andre sentrene for omsorgsforskning prioriterer sine aktiviteter inn mot bestemte sider av omsorgstjenestene, slik at det kan utvikles en nasjonalt avtalt arbeidsdeling mellom miljøer med ulik spisskompetanse. Alternativt kan det være andre kompetansemiljøer som peker seg ut med sine komparative fortrinn.

Slike nasjonale fagkomiteer kan ha ansvaret for å arrangere tematisk avgrensede faglige samlinger og workshops hvor funn og resultater diskuteres og kritiseres før videre bearbeiding for publisering. Et slikt sett av vitenskapelige fagkomiteer kjenner tegner alle modne kunnskapsutviklingssystemer. De er sentrale og nødvendige fora for å arrangere de møteplasser hvor forskere som arbeider med samme tematikk kan møtes til diskusjon og kritikk av forskningsfunn før de publiseres.

Det er et rimelig godt tilfang av internasjonale publiseringskanaler for forskere på omsorgssektoren. Det savnes imidlertid en nordisk, engelskspråklig publiseringskanal med fagfellevurdering og publiseringspoeng. Det vil være en ubetinget fordel om et slikt tidsskrift kunne samle forskningsbidrag rundt tema som er felles for den nordiske velferdsmodellens utvikling av sine omsorgstjenester.

Utvalget anbefaler at det tas initiativ til et slikt tidsskrift. Dette kan komme ved å opprette et helt nytt tidsskrift, – men kanskje like gjerne ved å utvikle eksisterende tidsskrift til å bli en bredere anlagt publikasjonskanal for omsorgsforskning hvor nordiske studier publiseres for et større internasjonalt fagmiljø.

Norge savner også en populærvitenskapelig, norskspråklig og kunnskapsformidlende publisering beregnet for alle aktører i omsorgssektoren. Det er et paradoks at mens politikk og offentlighet er svært opptatt av framtidens omsorgsutfordringer, så nedlegges det eneste tidsskrift som fram til 2010 hadde en slik innretning (Aldring og Livsløp). Sektoren trenger et norskspråklig tidsskrift for sektorens ledere og praktikere, for eksempel etter modell av 'Søkelys på Arbeidsmarkedet' eller 'Plan'.

Faglige møteplasser mellom politikk, praksis og academia kan på sitt beste være en viktig generator for kunnskapsutvikling. Forutsetningene for dette ligger i at noen har et konkret ansvar for å sikre kontinuitet, og sørge for at det finnes kanaler for formidling fra kunnskapsproduksjon til praktisk anvendelse. Slik kontinuitet krever en institusjonalisering, i likhet med den funksjon fag- og populærvitenskapelige publikasjoner og i økende grad nettbaserte kunnskapsbanker spiller innenfor andre sektorer. Omsorgssektoren har ennå ikke sine egne kanaler, og må derfor utvikle dem.

8.3.4 En innovasjonsskole for kommunesektoren

Omsorgssektoren er på den ene side en integrert del av det lokale demokratiet og den kommunale organisasjonen. På den andre siden er selve tjenesteproduksjonen i realiteten et nasjonalt mangfold av store og mellomstore bedrifter. Først i den aller siste tid er det tenkt systematisk om lederutvikling for sektoren, og det har vokst fram en erkjennelse av at ledelse av omstillings- og innovasjonsprosesser krever en særskilt kompetanse.

Likeså er det en viktig innsikt fra litteraturen om gode innovasjons- og utviklingsprosesser, at forsøk må ha forankring i organisasjonens ledelse. Prosjekter av den samarbeidskarakter og størrelse det er behov for å gjennomføre i omsorgssektoren, krever i seg selv kompetent ledelse. Skal det utvikles gode innovasjonsprosjekter i omsorgstjenestene, må kunnskap om innovasjonsledelse finnes i alle deler av kommunen.

Omsorgssektoren har behov for at folkevalgte, administrative ledere, andre etatsledere, ansatte og brukere har kunnskap om hvilke metoder som fungerer godt når det skal prøves ut nye løsninger på de helt konkrete utfordringene i tjenesteytingen. Ikke minst trengs det ledere som kan trekke med brukere og underleverandører i innovasjons- og utviklingsprosesser, som har evne til å se løsninger på tvers av hele det kommunale tjenestespekteret, i grenselandet mellom kommune og sivilsamfunn, og ikke minst, som har trygghet til å utfordre fagdisiplinære skiller.

Utvalget er av den oppfatning at det er behov for et nasjonalt utdanningstilbud for personer som har nøkkelfunksjoner både *i og for* omsorgssektoren. Et slikt utdanningstilbud kan ha en mer eller mindre tett kobling til dagens omsorgstjenester. Utvalget er av den oppfatning at et generelt lederutdanningstilbud mest hensiktsmessig kan vokse fram fra dagens utdanningsinstitusjoner og ved at

aktørene selv artikulere sine behov for opplæring i de ferdighetene de selv opplever som mangelfulle. De ledere og faggrupper som i dag er i sektoren har tilstrekkelige motiver til selv å etterspørre kompetanse som sikrer at dagens drift følger beste praksis, og det finnes utdanningsinstitusjoner som er fullt kapable til å respondere på denne etterspørselen.

Utvalget vil derfor argumentere for at Norge trenger et utdanningstilbud som er mer fokusert på innovasjonsarbeid og på utvikling av morgendagens praksis. Dette betyr at vi ser for oss et undervisningsopplegg som er komplementært til mer tradisjonelle tilbud innen ledelse og organisasjonsutvikling. Hovedmålet med utdanningen må være en oppøving av evnen til å se utfordringer og løsninger på tvers av tilvante tenkemåter og dages institusjonelle løsninger.

Utdanningens innhold og gjennomføring bør være slik at det er mulig for enkeltpersoner å bygge den inn i en individuell karriereplan (dvs. at den gir ECTS studiepoeng). Utvalget mener det er både et nødvendig og et attraktivt element ved utdanningstilbudet at det kan bygges inn i et større utdanningsløp, som sammen med annen utdanning kan føre fram til en Master og Managementgrad i innovasjonsarbeid i offentlig sektor. I dag finnes det flere slike muligheter innenfor helse- og sykehusledelse, men ingen tilbud utformet med særlig henblikk på kommunenes aktiviteter og utfordringer.

Det vil føre for langt å gi en drøfting av hva som bør være de formelle rammene rundt og det konkrete innholdet i en 'innovasjonsskole'. Antydningssvis vil likevel utvalget foreslå følgende rammer:

- Undervisningen ligger på masternivå, slik at gjennomført deltakelse gir studiepoeng. Opp-tak kan gjøres også på realkompetanse.
- 'Innovasjonsskolen' defineres som et standard program i et Master-løp, dvs omfangs-og arbeidsmessig til 30 studiepoeng. I praksis vil det være et opplegg på 5-6 tredagers samlinger over ett til halvannet år.
- Opplæringens innhold må bygges opp rundt tre tematikker:
 - Innovasjon: teori og praktisk anvendelse i velferdssektoren
 - Ledelse av innovasjonsprosesser: risiko, hindringer og muligheter
 - Metodikk for brukerinvolvering og leverandørutvikling
 - Utøvelse av bestillerkompetanse og innovative offentlige innkjøp

- Håndtering og utnyttelse av virkemiddelapparat
- Praktisk oppstart bør skje gjennom et pilotforsøk, med sikte på et gjennomarbeidet opplegg som tilbys på nordisk nivå innen et par-tre år.

Etter utvalgets oppfatning er det naturlig at 'Innovasjonsskolen' utvikles i samarbeid med KS. Det vil være en ressurs for Innovasjonsskolen å kunne være en videreutvikling av opplegg som har vært eller er utviklet for denne målgruppen tidligere.

8.3.5 En nasjonal forløpsstudie

Det er av overordnet viktighet at utvikling av framtidens omsorgstjenester skjer på befolkningens og brukernes premisser. Det er de hjelpebehovene individer og befolkning har, som skal og må legge grunnlaget for utviklingen av tjenestene. Dette er alle enige i.

Samtidig er det en kjent fare at produsent- og leverandørinteresser kan overse brukerbehov og sette premisser for tjenesteutvikling ut fra egne interesser. For sterk vekt på brukerinteresser slik de artikuleres av dem som i dag er brukere, er ikke nødvendigvis representative for de brukerinteresser som vil opptre i framtida. Morgendagens brukere er dagens middelaldrende og yngre eldre. Deres behov og forventninger til tjenestene kan ikke nødvendigvis avledes gjennom framskrivninger av dagens behovsspekter. En for sterk vekt på dagens brukerinteresser kan dermed, paradoksalt nok, være et konserverende element i forhold til utvikling av tjenester som skal møte morgendagens behov.

Rimelige hensyn til legitime produsentinteresser, og systematisk involvering av dagens ansatte, må alltid være en viktig del av god tjenesteutvikling. Det samme må mekanismer som sikrer balansering mellom produsent- og brukerinteresser. Den part som i utgangspunktet er potensielt svakest, må sikres maktressurser. Konkret og solid kunnskap om behovsutvikling og velferdseffekter av alle sider ved tjenesteytingen er ikke bare nødvendig for planlegging. Det er også en viktig forutsetning for at maktforholdene i sektoren kan balanseres på konstruktive måter. Nettopp fordi kunnskap spiller en slik interesse- og konfliktbalanserende rolle er det et overordnet prinsipp i alle rettsstatlige, liberale samfunn at de politiske beslutningstakerne må ha tilgang til miljøer som ikke har andre egeninteresser enn å søke ny kunnskap.

Kunnskap etablert av uavhengige forskningsmiljøer med høy legitimitet er særlig viktig for det

lokale demokratiet. I årene som kommer vil behovene for omsorgstjenester øke. Verken tjenesteprodusenter eller brukere har i prinsippet noen bremses mot å 'overdrive' behovene for tjenester. De har heller ikke sterke insitamenter til å lete etter innovasjoner som kan føre til uendret tjenestekvalitet produsert på en billigere måte (slik en finansierende kommune eller en bedrift i et marked har). Motivasjon til å prøve ut og utvikle tjenester som reduserer behovet for de kvalifikasjoner og de yrkesgrupper som til enhver tid er i sektoren, kan heller ikke forventes å komme innenfra sektoren. Slike forhold kan lede til allianser mellom produsenter og brukere som kan bli svært vanskelig å motstå for lokale folkevalgte.

Dette kan bety at den praksisnære kunnskaps- og innovasjonsutviklingen som utvalget har argumentert for i kapittel 8.1.2 har viktige begrensninger. Det er fullt mulig å se for seg en utvikling av nye og innovative omsorgsløsninger som både brukere og tjenesteytere er meget godt fornøyde med, men som samtidig også er svært dyre. Sagt på en annen måte, løsningene kan bli generalisert i opinionens ønsker og krav om at nyvinningene skal tas bredt i bruk. Om så ikke skjer fordi de kommunale ressursrammer ikke gir rom for dette, kommer det lokale demokratiet under press: enten må det rasjonere godet, eller så strekker ikke ressursene til. Dette kan i sin tur lede til at private kommersielle aktører kan tilby løsninger mot betaling fra ressursrike brukergrupper.

Derfor er det viktig at kunnskap om omsorgstjenestene også produseres fra akademiske miljøer uten direkte forankring i sektorens interessegrupper. Det er viktig at nasjonen har god og tung kompetanse om behovsutvikling over tid og på sammenhengene mellom hjelpebehov og de fysiske og sosiale omgivelser rundt brukerne. Det bør finnes fagmiljøer med uavhengighet og integritet nok til å utgjøre den 'omgivelsestest' som innovasjonsresultater må utsettes for. Det er en viktig demokratisk verdi at det finnes kunnskap om sektoren også *utenfor* sektoren.

Et slikt forskningsmiljø finnes ikke i dag. I prinsippet er det to måter å bygge opp en slik kompetansebase. Den ene strategien er å tilføre større midler til akademiske forskningsprosjekter, mest nærliggende kanalisert gjennom Norges Forskningsråd (NFR). NFR har god kompetanse og rutiner til å håndtere og forvalte slik satsing. Den andre strategien for oppbygging av en forskningssatsing er å etablere et så stort og unikt datamateriale at utforskningen av dette i seg selv har en utviklende og samtidig integrerende funksjon på fagdisiplinære miljøer. Det etableres en gullgruve

og så invitere forskere med ulikt faglig ståsted til å grave i den.

En begrensning ved den første (NFR-)strategien er at støtte til frie, forskerinitierte prosjekter ikke nødvendigvis leder til en kunnskapsutvikling som samlet sett trekker i en retning som er nyttig for sektorens beslutningstakere. Dersom myndigheter og programstyrer forsøker å sette slike rammer og retninger for forskningen, er forskningen ikke lenger så fri som den må være for å ha nødvendige autoritet og legitimitet.

Utvalget vil derfor at det integrerende elementet i utvikling av kunnskap bør være et felles dataprosjekt. Det er mange eksempler på hvordan forskningsinnsats er strukturert nettopp rundt nettopp et datamateriale med vid anvendelse for mange typer av problemstillinger. Det norske kreftregisteret og oppbyggingen av et datamateriale over befolkningens vandringer i trygdesystemet (KIRUT) er illustrerende eksempler.

Utvalget foreslår at det tas et initiativ til å etablere en nasjonal database (NORAGE – Aging in Norway) hvor et stort antall individer følges gjennom siste tredel av livet. Utvalget tar med dette opp igjen idéen som i sin tid ble foreslått av Daatland i hans gjennomgang av kunnskapsutfordringer for omsorgstjenestene (Daatland 2000). Utvalget er av den oppfatning en slik database bør bygges opp slik at den er like attraktiv for medisinske som for samfunnsvitenskapelige forskningsmiljøer.

Konkret er forslaget at:

- 3000 individer fra hver alderskohort 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85+ velges ut til å bli fulgt livet ut. Et informert samtykke om å delta må innhentes.
- For alle individer settes registerdata sammen med regelmessige intervjudata, slik at det bygges opp en databank med opplysninger om:
 - Alle konvensjonelle levekårsopplysninger, med spesielt fokus på variabler relevant for egen mestringssevne
 - Medisinske data over kontakter med helse-tjenester
 - All kontakt og mottak av tjenester fra omsorgssektoren
 - Bruker- og pårørenderferinger med offentlige tjenester
- Databasen gjøres tilgjengelig for det internasjonale forskersamfunn.
- En forskerrekuttering og –bestand bygges gradvis opp gjennom tildeling av for eksempel ti årlige dr.gradsstipend til å analysere på data-materialet
- Forskere kan utforme egne prosjekter, og velge mindre utvalg av enheter for spesialstu-

dier. Basen vil sikre nærmest automatisk tilgang på kontrollgrupper.

- NORAGE-prosjektet settes opp med et eget sekretariat, som også fungerer som kvalitetssikrer av enkeltprosjekter. På sikt kan dette tenkes utviklet til et eget forskningssenter, hvor forskere med helsefaglig og samfunnsvitenskapelig disiplinbakgrunn samarbeider.

Dersom dette ble realisert ville det sette Norge på kartet: Det ville være et unikt prosjekt, og verdien av de data som samles inn vil bare øke etter hvert som årene går.

En slik database ville ha stor interesse utover å danne kunnskapsgrunnlag for planlegging av omsorgstjenester. Også for studier av eldres atferd i arbeidsmarkedet og for spesialist- og primærhelsetjenesten, vil en slik database være et unikt datasett for forskning. Det lange tidsperspektivet vil gi store muligheter for å vinne innsikt om effekter av ulike typer av forebyggende innsats.

8.3.6 Skille mellom helse og omsorg i virkemiddelapparatet

Utvalget er opptatt av at den spenning som alltid vil være mellom et helsefaglig og et bredere, sosialfaglig perspektiv på omsorgstjenestene, må virke som et konstruktivt element for idéutvikling og for en problemdreven, praksisnær agenda for kunnskapsutvikling. Samhandlingsreformens ambisjon er at mer av helsetjenestene skal komme gjennom omsorgstjenestene og den kommunale organisering. Dette vil i praksis også bety at skillene mellom 'helse' og 'omsorg' vil endres og bli mer diffuse, både faglig og institusjonelt.

I drøftingene og forslagene over har utvalget ikke tatt stilling til noe skille mellom helseforskning og omsorgsforskning. Grunnen til det er ganske enkelt at det ikke er mulig å trekke et slikt skille på noe faglig og vitenskapelig grunnlag. Samtidig registrerer vi en tendens til at forsknings- og utviklingsmidler rettet mot 'helse- og omsorg' i større grad trekkes mot spesialisthelsetjenestens tematikker, enn det som kan være hensiktsmessig gitt forholdet mellom disse to segmentene i morgendagens velferdsstat.

Utvalget er derfor av den oppfatning at det i det forskningsfinansierende virkemiddelapparatet bør skilles klarere mellom omsorgsforskning og spesialisthelsetjenesteforskning. Poenget med dette er ikke å argumentere for at det er mulig å dra et slikt skarpt skille i praksis, men at det kan være et hensiktsmessig strategisk grep for en viss tid framover. Det er viktig å gi omsorgstjenestene en synlig identitet, også ved å anerkjenne nødvendigheten av at sektoren har sitt eget kunnskapsproduserende regime.

Skal Samhandlingsreformen lykkes må kommune- og omsorgssiden kunne bli så sterk at den kan utøve en bestillerfunksjon overfor helseforetak. En god og 'sømløs' helse- og omsorgstjeneste i framtida vil kreve mye mer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgssektoren. Ofte er det slik at samarbeid blir bedre dersom alle samarbeidende parter er trygge på sin egen posisjon, status og stilling. For å få til dette kan det være hensiktsmessig skille omsorg og helse i virkemiddelapparatet for kunnskapsproduksjon – og så la alle dører være åpne for at aktører med ståsted i spesialisthelsetjenesten kan komme inn i samarbeid med aktører i omsorgssektoren. Og omvendt.

Kapittel 9

Ny næring

*«Norden kan bli en stormakt på
velferdsinnovasjon»*

(Mandagmorgen 1. november 2010)

9.1 Omsorgsfeltet – en ny næring

9.1.1 Et møte mellom to verdener?

Omsorgstjenestene er verdibasert virksomhet. De utøver en praksis som forener kristen og humanistisk nestekjærlighetsetikk, moderne solidaritetsprinsipper og idealer om at alle mennesker skal råde over eget liv. Knappe ressurser skal fordeles etter den enkeltes behov og hva fellesskap i demokratiske prosesser definerer som rimelig. Risikotaking og eksperimenter ansees fort som et fremmedelement i en virksomhet som har trygghet og livskvalitet som formål. Gjennom bred politisk enighet er omsorgstjenestene i alle de nordiske landene utviklet som et offentlig drevet og kollektivt finansiert prosjekt.

Måten vi snakker om omsorgstjenestene på er derfor forskjellig fra det språket som anvendes til å beskrive økonomisk aktivitet i et marked. Det noen kaller 'omsorg med respekt for det enkelte menneske' kaller andre 'et spisset kundefokus'. Kulturelt og statusmessig kan det være langt fra den lavtlønte, kvinnelige, middelaldrende hjemmehjelperen i en norsk utkantkommune til den unge, mannlige industridesigner som farer verden rundt på teknologimesser på leting etter voksende globale markedssegmenter.

Forestillingen om at omsorgssektoren kan betraktes som en næring er derfor fremmed for mange. Men om vi sier at viktige verdier som god pleie, trygghet og trivsel skapes ved å bruke praktiske hjelpemidler, utforme gode boligløsninger og sørge for den enkelte får hjelp av personell med relevante kvalifikasjoner, er alle umiddelbart enige. Det kan være en uvant språkbruk, men omsorgstjenester er ikke annerledes enn annen verdiskapning: Arbeid, kunnskap, utstyr og fysiske omgivelser settes bevisst sammen til en

tjeneste som en bruker verdsetter høyere enn innsatsfaktorene hver for seg.

Å betrakte omsorgssektoren som en næring betyr å snu perspektivet på det som foregår, og beskrive det med et annet språk. De offentlige utgiftene til sektoren – 78 milliarder i 2010 – brukes vanligvis som et uttrykk for hvor mye tjenester befolkningen blir tilbudt. Sett fra et ståsted utenfor sektoren, er tallet et uttrykk for prisen på den arbeidskraft og andre innsatsfaktorer omsorgssektoren har kjøpt fra andre. Selv om omsorgssektorens utgifter i det vesentlige er arbeidskraftskostnader, er sektoren i kraft av sitt rene volum, en betydelig etterspørter av varer og tjenester fra andre næringer. I dag gjelder dette særlig bygging, innredning og installasjonsarbeid. Potensialet for å utvide denne etterspørselen over mot teknologiske leveranser er svært store. Selv med små relative erstatninger av arbeid med teknologi, vil det åpne seg en stor etterspørsel på det velferdsteknologiske området. For hver prosent av den samlede timeinnsats som sektoren sparer inn ved å bruke teknologi, for eksempel til møter, reiser, tolking, saks- og informasjonsbehandling vil det åpne seg en potensiell etterspørsel etter teknologiske løsninger på 5-600 mill kroner.

I kapittel 7 refererte vi til en dansk studie (KMD 2010) som anslo at 20 prosent av arbeidstiden har en alternativ teknologisk løsning. I så fall utgjør det, med alle mulige forbehold om relevans for Norge, en etterspørsel i størrelsesorden 10-12 milliarder kroner. Vi skal heller ikke glemme at hjelpemiddelsektoren allerede er en stor innkjøper. Den teknologiske utviklingen vil ganske sikkert oppheve skillene mellom hjelpemidler og velferdsteknologi. Det betyr at produsentsiden vil stå overfor en etterspørsel som utgjøres både av de kommunale omsorgstjenestene og av leveranser til andre sektorer, hvor velferdsteknologiske løsninger kan øke selvhjulpenheten til personer med nedsatt funksjonsevne. Særlig kan det være gode grunner til å følge med i utdanningssektoren og i arbeidslivet.

Å utvikle omsorgssektoren som næring betyr å utforske og utnytte mulighetene for at det velferdsstatlige tjenesteansvaret kan utøves på en slik måte at kunnskap, arbeidskraft og andre underleveranser samvirker bedre, og at private leverandører, stimuleres til å utvikle sine produkter for salg til flere enn bare kommunale tjenester i Norge. Det er voksende markedsmuligheter i den private husholdningssektoren både i Norge og i andre land, så vel som overfor offentlig tjenesteyting i andre velferdssamfunn. Det vil være god langsiktig næringsutvikling å utnytte den offentlige innkjøpsmakten til å stimulere fram og prøve ut produkter og løsninger, som produsentene i neste omgang utvikler videre for salg til individer som ønske å være mest mulig selvhjulpne uten omsorgstjenestenes assistanse.

Utvalget finner det hensiktsmessig å skille mellom tjenesteutvikling og produktutvikling. Med produkter tenker vi på konkrete ting, som alle typer av praktiske og tekniske hjelpemidler for bruker eller tjenesteyter, teknologi for kommunikasjon og informasjonshåndtering, utforming og innredning av bolig, og innhold i aktivitets- og treningsopplegg. Også organisasjonskonsepter, ledelsesmodeller, tidsplanlegging, rapporteringsrutiner og rådgivningstjenester er produkter omsorgstjenestene etterspør.

Med tjenesteutvikling tenker vi på måten en tjenesteyter anvender produkter og hvordan de kombineres med arbeid og kunnskap til et endret tjenesteinnhold. Utvikling av nye produkter kan være et element i en tjenesteinnovasjon, men innovasjon kan like gjerne komme gjennom oppdagelser av hvordan produkter utviklet for helt andre formål, kan brukes på nye måter i omsorgstjenestene.

Det er hensiktsmessig, slik mandatet gjør, å etablere et begrep om et *omsorgsfelt* – ment å angi den samlede økonomiske aktivitet som bidrar til økt livskvalitet hos mennesker med funksjonsnedsettelse. Kompetanser og produkter i andre næringer, mest åpenbart i bolig- og ikt-bransjen, er sentrale underleverandører inn mot omsorgstjenestene og for personer som ønsker å klare seg best mulig på egen hånd. På denne måten er de aktører i omsorgsfeltet. Begrepet omsorgsfelt er vidt og uten entydig avgrensning. Det er også hensikten, nettopp for å formidle at både etterspørsels- og tilbudssiden er mer enn det som fanges med ordet omsorgssektor. Dersom flere selv velger bedre tilpassede boligløsninger og på eget initiativ tar i bruk velferdsteknologi, eller er villige til å betale for aktivitetstilbud, vil etterspørselen etter tilbud øke. Flere kan bli sin egen 'tjeneste-

produsent' – i stedet for å være bruker av tjenester fra den offentlige omsorgssektoren. Fra et ståsted hos kommersielle eller ideelle tilbydere, er slik etterspørsel like viktig som markedet for underleveranser til den kommunale omsorgssektoren. Og fra historien er det mange eksempler på at kommersielle suksesser nettopp er tilpasninger til massebruk av produkter som i sin tid ble utviklet i offentlige innkjøp.

Næringsutvikling på omsorgsfeltet dreier seg om å skape politiske strategier og rammer slik at omsorgs-, tjeneste- og hjelpebehov omdannes til en etterspørsel som er synlig, konkret og forutsigbar for produsenter.

9.1.2 En bred tilnærning

I en tidlig utviklingsfase av en næring vil alle parter preges av usikkerhet: Leverandører er usikre på hvem som vil være kunder, på hvordan mulige kunder tenker, hvilke behov de egentlig har og på hva som kan forventes å bli kjøpt i årene som kommer. Tjenesteyterne er usikre på hvilke produkter som finnes eller som kan forventes utviklet, hvordan de kan brukes, hvordan det vil påvirke brukerens velferd og så videre. Skal slike usikkerheter reduseres, er det en forutsetning at det skapes et større kunnskapsgrunnlag for samhandling. Det må skapes møteplasser før det kan utvikle seg markedsplasser.

For utvalget er det derfor viktige sammenhenger mellom de forslag til innovasjonsfremmende og kunnskapsutviklende tiltak som er begrunnet i foregående kapitler, og utvikling av gunstigere betingelser for næringsutvikling på omsorgsfeltet.

Forslagene i kapittel 6.2 om standardklassifisering, veiledning og økonomiske stimulanser for tilpasning av boliger er *også* ment å være tydeligere signaler til tilbyderne i bolignæringen om hva som kan forventes av etterspørsel i framtida.

Forslagene i kapittel 7.4 om et Nasjonalt Program for Velferdsteknologi er *også* ment å konkretisere den etterspørsel som kan forventes gjennom kommunale innkjøp og implementering av ny teknologi i tjenestene

Forslagene i kapittel 5.4-5.5 er *også* ment å eksemplifisere hva slags leveranser aktører med ståsted i det sivile samfunn kan forvente vil bli etterspurt gjennom en mer innovativ utvikling av det kommunale ansvaret for omsorgstjenestene.

Forslaget til et Nasjonalt Innovasjonssekretariat for Omsorgsinnovasjon (Kap. 8.3.2) med den tilhørende foreslåtte opptrappingsplan for økonomisk støtte til forskings- utviklings- og innovasjonsprosjekter (se kap.10.1) er *også* ment å være

et virkemiddel for at bedrifter kan få betydelige midler til å drive fram utvikling og utprøving av nye idéer med mulig framtidig kommersiell verdi.

Forslaget om en innovasjonsskole (kap. 8.3.4) er *også* ment å styrke den kommunale innkjøpskompetanse, slik at de potensialer for innovasjon som ligger i bevisst forvaltning av makten som innkjøper, kan bli bedre realisert enn i dag.

9.1.3 Tre markedssegmenter

I et næringsutviklingsperspektiv er det nyttig å dele omsorgsfeltet i tre litt ulike segmenter:

I husholdningene vil den enkelte tilpasse boligen, utnytte teknologi og kanskje også kjøpe hjelp. På denne måten utformer den enkelte sine egne tjenester. Dette kan skje etter egen vilje, eller i samråd med pårørende og faglige veiledere. Ønsket om å være mest mulig selvhjulpen leder til en etterspørsel etter produkter som kan virkelig gjøre dette. Sett fra leverandørsiden er dette et individmarked, og ikke særlig forskjellig fra annen etterspørsel etter boligløsninger, forbrukerelektronikk eller livsfaserelatert personlig tjenesteyting.

Kommunene har et ansvar for å produsere tjenester for sine brukere. Som offentlige innkjøpere retter de, enkeltvis eller som deltakere i innkjøpsfelleskap, en etterspørsel mot underleverandører. Hva som ønskes innkjøpt er knyttet både til et ønske om å effektivisere tjenesteytingen, bedre kvaliteten og utvikle tjenesteinnholdet. For bedriftene er dette et storkundemarked hvor flere leverandører i regelen konkurrerer om én kunde.

For det tredje, karakteriseres etterspørselsiden i omsorgsfeltet i stor grad av at enkeltprodukter settes sammen til den løsning som egentlig etterspørres. En trygghetsalarm gir trygghet bare ved å være integrert i en utrykningstjeneste. En boligløsning er et stikkord for en kombinasjon av lokalisering, fysisk utforming og innredning, kanskje også vaktmestertjeneste og installering av velferdsteknologi. Både enkeltpersoner og kommunale innkjøpere overlater det i praksis til leverandøren å kombinere slike enkeltelementer til det sluttproduktet brukeren ønsker. Ofte tenker vi ikke engang på alle de transaksjoner som er mellom produsenter for å framstille det vi oppfatter som en vare eller tjeneste. I et innovasjons- og næringsutviklingsperspektiv er disse markedene mellom produsenter viktige. Felles industristandarder er viktig stikkord, likeså utvikling av brede industrielle kunnskapsmiljøer, samarbeidende bedrifter og klynger av virksomheter. Det er derfor viktig at bedrifter stimuleres til selv å oppdage

at de besitter kompetanse og produkter som kan være nyttige som delleveranse til leverandører til omsorgssektoren.

Enkeltpersoner og kommuner vil etterspørre løsninger på problemer de selv opplever. For tilbyderne oppleves dette som mer eller mindre klare oppfatninger av behov, mer enn som presise spesifikasjoner av hvordan løsningen framkommer. En byggmester som bygger omsorgsboliger for en kommune gjør det ut fra en kontrakt som normalt inneholder generelt utformede funksjonelle krav til boligene. I praksis vil han levere en bolig ved å kjøpe og kombinere én kjøkkenløsning fra én leverandør, en badeløsløsning fra en annen og en trygghetspakke fra en tredje. Bestillingen fra kommunen forplanter seg videre inn i et marked mellom næringsdrivende. Slike sammenhenger kan også gå motsatt vei: Produsenter kan oppdage at de sitter med kompetanse og produkter som kombinert på bestemte måter, kan være løsninger på utfordringer som finnes i omsorgssektoren.

Vekst og utvikling av en næring kan komme både ved økt etterspørsel og ved at produkter som utvikles viser seg å kunne løse behov ingen visste det fantes løsninger på. Innovasjonsprosesser karakteriseres ofte av slike oppdagelser. Problemer oppdages ved å bli kjent med løsninger. God næringsutviklingspolitikk må koble aktører som strir med problemer med andre som kan sitte med løsninger.

Det er en ganske sikker gjetning om framtida at flere, kjøpekraftige eldre og deres pårørende i årene som kommer vil etterspørre bedre og mer funksjonelle boligløsninger. De vil ha stor kompetanse i å bruke teknologiske løsninger til kommunikasjon med andre og til utføring av dagligdagse gjøremål. De vil være nysgjerrige på velferdsteknologiske muligheter, men også sette store krav til funksjonalitet og driftssikkerhet. Den potensielle kjøpekraften i individmarkedet vil øke. Den næringspolitiske utfordringen er å utløse den på en slik måte at produsenter opplever å stå overfor en så tydelig og forutsigbar etterspørselsside at det kan fattes rasjonelle beslutninger om investering i produktutvikling og markedsføring.

Etterspørselen fra de kommunale omsorgstjenestene vil også øke: Det er store behov for utvikling og oppgradering av boligmassen, så vel som for nybygging. Med dette kommer også gode anledninger til å investere i velferdsteknologiske løsninger som både kan øke beboeres trygghet og personalets effektivitet. Regjeringens plan for utvikling av dagsentertilbud vil øke behovene for innholdsleveranser. Men hvilke signaler som for-

midles til leverandørsiden er betinget av hvordan kommunene forvalter sin makt som innkjøper. Den næringspolitiske utfordringen er å koordinere fram en samlet, kompetent og krevende etterspørselsside, fra et mangfoldig kommunenorge. Ved offentlige innkjøp er det store potensialer for å fostre fram en leverandørindustri som, i tillegg til å levere til kommunene, også utvikler sine kompetanser og produkter mot individmarkeder i Norge og i utlandet.

Aktiviteten i industrimarkedet påvirkes både av den innenlandske etterspørselen fra husholdninger og kommuner, og fra hvor godt bedrifter lykkes med eksport. Også utenlandske selskapers investering i Norge kan virke som en næringsutviklende kraft, gitt at Norge klarer å utvikle forsknings- utviklings- og forretningsmuligheter som oppfattes som attraktive. Den næringspolitiske utfordringen er å få forsknings- og utviklingsmiljøer til å oppdage omsorgsfeltet, og sikre at dagens virkemiddelapparat er åpent for prosjekter med omfang og varighet som sikrer en så grundig utprøving av løsninger at de har relevans for kommuner og husholdninger.

Det er utvalgets oppfatning at det er et stort potensial for å utvikle en norskbasert, kommersielt orientert næring for leveranser til omsorgsfeltet. Men, bortsett fra på boligområdet, er tilbudssiden i dag svakt utviklet og i det vesentlige preget av mange små virksomheter. Etterspørselssiden, både fra individer og offentlig sektor, er utydelig for virksomhetene. Det er bare en håndfull bedrifter som har eksporterfaring, og knapt noen utenlandske etableringer med ambisjoner om å gå inn i omsorgsfeltet.

Dette betyr at en næringsutviklingspolitikk for omsorgsfeltet må baseres på et bredt knippe av virkemidler, gjennom en bevisst bruk av:

- Lovgivende regulering og myndighetsutøvelse, for å synliggjøre og strukturere en etterspørselsside slik at det gis tydelige signaler til marked og sivilsamfunn om hvilke produkter, tjenester og løsninger som vil etterspørres
- Økonomisk stimulering av utvalgte segmenter på etterspørselssiden, for å øke etterspørselen etter bestemte produktkategorier og tjenestetilbud hvor det er ønskelig å utvikle sterkere kunnskaps- og produsentmiljøer
- Strategisk forvaltning av den storkundemakten som offentlige innkjøp har på leverandørsiden

9.2 En næringspolitikk for omsorgsfeltet

9.2.1 Forbrukerinformasjon

I dag er ingen forbrukerpolitiske tiltak spesielt innrettet på individmarkedet for tilrettelagte boligløsninger og velferdsteknologi. Det finnes ingen paralleller til svanemerke, nøkkelhull, fair trade eller energiklasse. Dette er uheldig både fordi det svekker produsenters oppmerksomhet mot et viktig framtidig markedssegment, og fordi det kan bidra til at dagens produsenter ensidig posisjonerer seg for å bli leverandører til det offentlige.

Det er informasjonskrevende for en enkelt konsument å orientere seg om hva som finnes av produkter, deres hensiktsmessighet og kvalitet. En ombyggingsbeslutning av egen bolig kan være en betydelig utgift. Det kreves kunnskap for at resultatene skal bli gode. I praksis vil råd fra pårørende og faglige autoriteter i helse- og omsorgstjenestene være viktige premissgivere. Produsenter må derfor både få signaler fra disse og ha dem som målgruppe for produktinformasjon og markedsføring. En forbrukerpolitikk må ta hensyn til dette, så vel som til det forhold at brukere vil være i en mer sårbar situasjon enn en vanlig konsument, dersom produktet svikter.

Mange produkter er slik at deres nytte for brukeren ligger i at de leveres i pakker eller bygges ut som sammenvevde løsninger. Trygghetsalarm kan være integrert i mobiltelefonen, som kan være styringsenhet for dørlås osv. Markedsaktører er flinke til å bygge slike løsninger, men også til å utnytte dette til å få makt over brukeren. Kunden knyttes til en leverandør ved å kjøpe noen grunnelementer, for så å få tilbud om utvidelser. Eller omvendt, ett element kan ikke kjøpes for seg uten gjennom kobling med andre produkter.

Slik produsentadferd er vanskelig å regulere fordi to hensyn står mot hverandre: Kvalitetshensyn tilsier ofte at produsenter bør tillates å utvikle slike sammenflettede løsninger, nettopp fordi totaliteten er den verdi brukeren er ute etter. Konkurransopolitiske hensyn, og brukerens rett til selv å velge, kan fort tilsi at det bør begrenses. Sterk hensyntagen til det siste kan hemme innovasjon og eksperimentering. Utvalget ser ikke dette som et stort problem i dag, men det kan være gode grunner til å sette denne tematikken på dagsorden. Det er viktig at markedsaktørene får klare signaler å forholde seg til.

Som et første skritt for å etablere en forbrukerpolitikk for en kommende befolkning hvor mange

flere vil ha funksjonsproblemer, foreslår utvalget følgende:

- Det bør foretas en gjennomgang av forbrukerlovgivningen for å etterse om den gir et godt nok sett av rettigheter for eldre og funksjonshemmede ovenfor leverandører av velferdsteknologi. Det bør i denne sammenheng vurderes om leverandører av produkter som ved svikt setter brukeren i en sårbar situasjon, skal ha et særskilt ansvar utover dagens garantibestemmelser. Et særlig fokus må rettes på farer for utvikling av sammenflettede løsninger som er mer til nytte for samarbeidende produsenter enn for brukeren
- Det bør, fortrinnsvis i regi av Forbrukerombudet, vurderes opprettet en forbrukerportal som gir nøytral produktinformasjon om velferdsteknologiske produkter. Portalen bør utformes slik at den er nyttig både for brukere, og for personer som er i en rolle som veileder/ behandler ovenfor en bruker. En slik portal kan for eksempel utvikles i samarbeid med NAVs hjelpemiddelsentraler eller være et ledd i den sammenstilling av kunnskap om velferdsteknologi som utvalget foreslår lagt til det Nasjonale Sekretariatet for Innovasjon i Omsorgssektoren (jfr. kap. 8.3.2).
- For å skape blesst og interesse for forbrukerorientert velferdsteknologi bør det opprettes en årlig pris for beste nye løsning på et brukerbehov på omsorgsfeltet. Prisvinner bør bestemmes av et panel fra brukerorganisasjoner, og prisen bør være et betydelig økonomisk beløp. Prispengene må brukes til videre produktutvikling. En slik pris er viktig også for at vinnerne skal kunne bruke den i sin markedsføring.

9.2.2 Individrettede økonomiske stimulanser

I det private markedet er det vanlig at forsikringselskaper gir rabatt på hus- og bilforsikring dersom forsikringstaker selv foretar risikoreduserende investeringer, som for eksempel innbrudds- og brannalarm. Etter samme logikk kan det anses som samfunnsøkonomisk fornuftig å belønne individer som selv påtar seg en utgift som reduserer behovet for en framtidig offentlig utgift.

Utvalget er av den oppfatning av det er fornuftig å utvikle slike ordninger med utgangspunkt i folks egen bolig. Private initiativ til selv å foreta ombygginger som kan forlenge perioden man bor og er selvhjulpel i egen bolig, er ønskelige. Ved å knytte stimulansene til fysiske endringer av boli-

gen, øker folks oppmerksomhet på egen tilrettelegging, og med det også etterspørselen etter ombygging.

I kapittel seks begrunnet utvalget et system for en faglig gjennomgang av boligens hensiktsmessighet i forhold til beboerens faktiske eller påregnelige hjelpebehov. Hensikten med dette var at beboeren skulle øke sin bevissthet om boligens betydning for evnen til egenmestring, og kunne utforme en fornuftig plan for ombygging og tilrettelegging. Utvalget foreslår (jfr. kap. 6.2.5) derfor at:

- Det innføres konkrete økonomiske insitamenter for private til hensiktsmessig ombygging av egen bolig. Slike stimulanser har to formål: De skal øke befolkningens bevissthet om at boligens utforming er en vesentlig bidragsyter til mestringsevne og livskvalitet ved funksjonsvekkelser, og de skal redusere kostnadene ved ombygging slik at etterspørselen overfor produsent og leverandørsiden øker.
- Det utvikles en sertifiseringsordning for velferdsteknologiske produkter, slik at 'godkjente' produkter som inngår i en persons ombygingsplan, kan gis samme økonomiske stimulans som selve boligendringen. Det er naturlig at et slikt system for produktklassifisering utvikles som en nordisk standard.

Vilkårene for å kunne utløse den økonomiske støtten vil være tydelige signaler til markedet om hva som etterspørres. Norge har en vel utviklet bolig-næring, som både har god erfaring i å tilpasse seg til offentlige reguleringer og insitamentsystemer, og som raskt ville kunne utvikle en økt leveringskapasitet.

9.2.3 Kommunen som krevende kunde

Den per i dag viktigste markedsrelasjon på omsorgsfeltet er mellom kommunene som innkjøper og private leverandører. De på kort sikt mest kraftfulle impulsene for produktutvikling må derfor komme fra kommunenes utøvelse av sin makt som innkjøper, og ved kommunenes interesse for å inngå forsknings-, utviklings- og utprøvningsarbeid med eksterne partnere. Dette forutsetter imidlertid at innkjøpsmakten erkjennes og brukes strategisk.

Gitt det kommunale ansvaret for omsorgstjenestene, vil statens næringspolitikk på dette området være å skape gunstige rammebetingelser for at kommunene kan utøve en kompetent og innovasjonsfremmende rolle som innkjøper og være en konstruktiv samarbeidspartner i utviklingspro-

sjekter. Dette betyr i praksis å sørge for at de legale rammene for kommunenes aktiviteter ikke bremses innovasjonsprosesser, og å sikre at utviklingsprosjekter blir tilført nok risikovillig finansiering. Selve utøvelsen av innkjøpsfunksjonen, og oppbyggingen av den innkjøpsfaglige kompetansen, vil måtte forbli et kommunalt ansvar.

Omsorgssektoren må forventes å bli en stadig viktigere kunde overfor markedsbaserte produsenter, og mer etter hvert som næringslivet selv utvikler produkter, tjenester og konsepter som er interessante for kommunene. I et næringsutviklingsperspektiv er det gunstig at bedrifter står overfor krevende kunder. Det gir viktige markedsimpulser, det skaper press for nytenkning og for tilpasning til kunders og brukeres behov. Frykten for å bli valgt bort av kunden stimulerer på denne måten til innovasjon. Både i Norge og innen EU er det stor oppmerksomhet på hvordan den store kundemakten som offentlige innkjøp utgjør, kan utnyttes som strategisk virkemiddel for innovasjon og næringsutvikling. I St meld nr 7 (2008-2009) 'Et nyskapende og bærekraftig Norge' fremmer regjeringen det synspunkt at offentlig innkjøpsmakt skal brukes bevisst for å utvikle nye varer, prosesser og tjenester. Offentlig sektor må opptre som en 'krevende kunde'.

For omsorgssektoren er dette på mange måter en ny rolle som må utvikles skrittvis fra to utgangspunkt: På den ene siden har vi det offentlige hjelpemiddelsystemet, hvor det finnes et etablert marked for individrettede enkeltprodukter. Dette er viktige goder for mange av omsorgstjenestenes brukere, men kommunene har til nå i liten grad vært involvert som produktutvikler. Kommunene har ansvaret for hjelpemidler til personer i institusjon, men den tydeligste bestillerfunksjon utføres av NAVs Hjelpemiddelentraler. Dette systemet er gjennomgått av Hjelpemiddelutvalget (NOU 2010:5). Dette utvalget foreslår et økt kommunalt ansvar for hjelpemidler, hvilket i så fall vil innbære en større rolle for kommunen som innkjøper i utøvelsen av sitt ansvar for omsorgstjenestene.

Uavhengig av hva som skjer på Hjelpemiddelområdet, foregår det en markedsdrevet utvikling av velferdsteknologi og boligløsninger som gjør at omsorgssektoren i økende grad må oppdage seg selv som kunde i et marked. Det er gode grunner til å tro at press for å ta i bruk nye løsninger vil komme fra brukere og pårørende. I økende grad må det regnes med at framtidens brukere forventer at kommunen tar i bruk produkter som brukerne kjenner fra før. Behovet for å utvikle en innkjøpsfaglig kompetanse i sektoren vil øke.

9.2.4 Kommunen som konstruktiv samarbeidspartner

Det andre utgangspunktet er at innovasjonsprosesser må komme gjennom tjenesteutvikling, hvor nye produkter bare er ett av flere elementer i en søking etter nye løsninger. Tjenesteytere og brukere kan ha idéer om produkter som ennå ikke finnes annet enn på et tidlig utviklingsstadium. Bedrifter kan være usikre på om den kompetansen de har egentlig er relevant for omsorgstjenestene. Kommune og virksomhet må samhandle før eventuelle komplementære interesser kan oppdages. I tillegg til å være en krevende kunde, må en kommune oppøve kompetanse til å være en konstruktiv partner i et innovasjonsorientert, løsningssøkende samarbeid med en eller flere andre partnere.

Utvalgets perspektiv på kommunens rolle overfor næringslivet er derfor todelt: På den ene siden må kommunen være en kompetent og krevende kunde på områder hvor produkter er utviklet og har vist sin nytte i praktisk bruk. Det betyr å ha kunnskap om produkter, og tilgang til nettverk hvor andres erfaringer om bruk tilflyter den enkelte kommune når innkjøp skal gjøres. På den andre siden må kommunene ønske å inngå i samarbeidsrelasjoner hvor utvikling og utprøving av nye omsorgsløsninger blir en naturlig del av omsorgssektoren.

Utvalget har valgt å legge hovedvekten av sin drøfting på den sistnevnte siden ved kommunenes rolle. Den viktigste utfordringen i et innovasjonsperspektiv er å forvalte innkjøpsmakten på en slik måte at nye løsninger utvikles, og hvor konkrete kjøp av produkter og andre underleveranser er et bevisst ledd i en langsiktig, brukerorientert tjenesteutvikling.

I næringslivet er det i dag en betydelig nysgjerrighet på omsorgssektoren. I en undersøkelse Abelia utførte blant sine medlemmer i 2010, etter dialog med utvalget, svarte nesten 200 bedrifter at de har kompetanse og produktidéer med potensiell nytteverdi for omsorgssektoren. De lokale innovasjonsallianser (jfr. kap. 8.2.4 og 8.2.5) er også et synlig uttrykk for en økende interesse for omsorgsfeltet blant næringslivsaktører. Det er et stort behov for å få prøvd idéer ut i praksis, i så stor skala at det er mulig å fatte informerte driftsøkonomiske beslutninger om videre investering i produktutvikling og markedsføring.

Det samme utprøvings- og læringsbehovet foreligger i omsorgssektoren. En kommunal anskaffelse, er et innkjøp på vegne av brukere. Før en kommune kan aksle en rolle som krevende

kunde, må den være så godt informert at det som anskaffes med rimelig sikkerhet vil virke etter hensikten. Kommunen skal forvalte brukernes interesse, hvilket betyr at nye produkter må ha vist sin nytteverdi før de innføres som en ordinær del av tjenesteytingen. Dette, tilsier et stort rom for samarbeid med private aktører i produktutvikling og utprøving før beslutninger om innkjøp og implementering foretas. Det er utvalgets oppfatning at det i dag er en felles interesse i produktutvikling og utprøving både på innkjøper- og leverandørsiden.

Den næringspolitiske utfordringen er å tilskynde til at slike samarbeidsrelasjoner kan oppstå, at samarbeid gjennomføres mellom likeverdige parter og at risiko fordeles på akseptable måter. Det er viktig at de økonomiske rammene tillater utprøving av nye løsninger i så stor skala at kommunene kan fatte velbegrunnede beslutninger om senere innkjøp, og at næringslivsaktørene på sin side kan beslutte om videre investering i produksjon og kommersialisering. Det er derfor viktig at de legale rammene for kommunens samhandling med næringslivsaktører ikke begrenser innovasjonspotensialer, og at det finnes et godt økonomisk virkemiddelapparat som gjør at kommune og næringslivsaktører opplever en felles interesse i å utvikle innovasjonsprosjekter.

9.2.5 Kommunen som offentlig innkjøper

Alle innkjøp en kommune foretar er underlagt Lov om offentlige anskaffelser (Lov av 16. juli 1999 nr. 69) med tilhørende forskrifter. Dette regelverket korresponderer med et europeisk regelverk Norge er bundet av gjennom EØS-avtalen. Reglens formål er å sikre åpenhet i alle sider ved det offentlige innkjøpet, og en lik og rettfærdig konkurranse mellom aktuelle leverandører på konkurranseparametre som er tydelig formulert i den offentlige utlysningen.

Regelverkets utgangspunkt er en normalsituasjon hvor de offentlige kan presisere på forhånd hvilke egenskaper det ønskede produkt/tjeneste skal ha, og hvor det finnes et marked med konkurrerende produsenter. Utøvelse av storkundemakt vil normalt stimulere markedsaktørene til mer effektiv produksjon og billigere produkter. Derfor er det også en utbredt erkjennelse at det er en spenning mellom prosedyrene for innkjøp av etablerte produkter ('hylleware') og innovasjonsprosesser hvor det offentlige samarbeider med enkeltaktører med kommersielle interesser. Lovverkene har derfor unntaksbestemmelser som åpner for samarbeid om forsknings- og utviklingsformål.

Hovedprinsippet er at en offentlig aktør kan samarbeide om utvikling av nye produkter/tjenester, så lenge det skilles tydelig mellom en utviklingsfase og innkjøp med det formål å implementere leveransen i den ordinære virksomheten.

Utvalget har møtt på det synspunkt at reglene for offentlige innkjøp svekker mulighetene for innovative samarbeid mellom offentlig tjenesteyter og en privat partner. Oftest bunner dette i mangel på kunnskap om det rommet som faktisk eksisterer for ('pre-kompetitivt') samarbeid om forsknings- og utviklingsprosesser. I andre tilfeller er oppfatningen at prosedyrereguleringene er så rigide at de demotiverer for samhandling som mer effektivt kunne vært gjennomført som tillitsbaserte relasjoner, blant annet fordi lovligheten av samarbeidet kan være betinget av at en tredje finansieringskilde er med eller at det må lages avtaler om eiendomsrett ved eventuell videre kommersialisering av produkter. Det er også usikkerhet knyttet til når et utviklingsprosjekt som kommunen bestemmer seg for å gjennomføre, i seg selv er å anse som et offentlig innkjøp.

Det er utvalgets oppfatning at det gjeldende lovverk for offentlige anskaffelser, og det rom som er for offentlige forsknings- og utviklingskontrakter, ikke trenger å utgjøre noe vesentlig hinder for innovasjonsprosesser som drives av samarbeid mellom en offentlig og en privat partner. Etter utvalgets oppfatning er det derimot et stort behov i omsorgssektoren for kunnskap om selve regelverkene, og om hvordan man utøver rollen som en krevende kunde og samarbeidspartner. En slik rolle fordrer i seg selv en god oversikt over det aktuelle feltet og begrunnede forestillinger om hva det er mulig å kreve. Særlig vil dette gjelde når teknologiske og boligtekniske forhold er et viktig element i innkjøpet eller samarbeidet.

Utvalget ser positivt på det nasjonale programmet for leverandørutvikling som KS og Næringslivets Hovedorganisasjon har etablert (www.leverandorutvikling.no). Hensikten med dette fem-årige programmet er å øke kompetansen i offentlig sektor om hvordan utøvelse av innkjøpsmakt og samarbeidsmuligheter kan stimulere til mer innovative offentlige anskaffelser.

Samtidig er det viktig å ha med seg at selv om omsorgssektoren utgjør en stor del av kommunenes samlede aktivitet, er dens omfang som innkjøper per i dag liten. Det er derfor viktig at opplegg ment å styrke den generelle innkjøpsfaglige kompetansen i kommunesektoren, også gis i mer skreddersydde varianter for omsorgstjenestene. For bolig tjenester har mange kommuner god kompetanse i egne rekker. På andre områder kan

relevant innkjøpskompetanse være i miljøer utenfor kommunen, for eksempel i NAVs Hjelpemiddelsentraler og i helseforetakene.

I KS/NHO's leverandørutviklingsprosjekt er det et konkret eksempel på dette, hvor NAV Hjelpemiddel og Bergen kommune samarbeider om varslingshjelpemidler for hørselsvekkede og alarmer for demente. Samhandlingsreformen gjør det også naturlig at det etableres arenaer hvor helseforetakene og kommunene samarbeider mer systematisk om kunnskapsutvikling for bedre utøvelse av innkjøpsmakt.

Utvalget mener at det er viktig å stimulere til denne type erfaringsutveksling, og vil i denne forbindelse minne om forslaget om en Innovasjonsskole i kapittel 8. Der argumenterer vi for at nettopp kompetanse om utøvelse av rollen som krevende kunde, og bruken av denne makten i innovasjonsarbeid, bør være et viktig element i opplæringen. På tre områder er det imidlertid, etter utvalgets syn, en fordel om rettstilstanden blir tydeligere.

For det første gjelder det vilkårene for når et utviklingsprosjekt en kommune ønsker å gjennomføre i seg selv er å betrakte som et offentlig innkjøp. Dette er igjen bestemmende for hvordan en kommune skal gå fram for å bestemme hvem som blir den deltakende private part. I en slik idéutviklingsfase er motivasjon og entusiasme en viktig drivkraft. Usikkerhet om de rettslige rammer, eller at mye tid går med til å avklare juridiske problemstillinger, legger fort en demper på innsatsviljen.

For det annet gjelder det fortolkningen av et utviklingsprosjekt. Utprøving av nye løsninger i omsorgssektoren kan kreve både tid og involvering av brukere i betydelig skala. Ofte kan ikke tilstrekkelig kunnskap etableres før nye løsninger er prøvet ut som ledd i ordinær drift over en viss tid. Grensene mellom utvikling, utprøving og implementering kan være vanskelig å bestemme i kontrakter på forhånd. Det kan oppstå spenninger mellom en leverandørs motiver om å oppnå en monopolstilling, og kommunenes interesse i å etablere konkurranse mellom tilbydere fra det tidspunkt man har nok kunnskap til å vite hva man med sikkerhet trenger. I dag er det uklarer knyttet til slike grensedragninger, noe som igjen kan svekke samarbeidspartneres motivasjoner for helhjertet innsats i samarbeidet.

For det tredje, det er viktig at det blant offentlige tjenesteprodusenter ikke fester seg et inntrykk av at innovasjonsmulighetene er større for privatrettslige subjekter. I dag kan private parter få offentlige midler til innovasjonssamarbeid som

ikke ville være lovlig for en kommunal og en privat part. Private kan danne tillitsbaserte samarbeid med langsiktige mål om å integrere deler av sine virksomheter i en ny felles organisasjon. Der som et samarbeid mellom en kommune og en privat stiftelse (eller en frivillig organisasjon) kom til å utvikle et produkt, en tjeneste eller et konsept man tjener penger på, kan det oppstå problemer med skattelovgivningen osv. Kanskje kan det være hensiktsmessig at store samarbeidsprosjekter får sin egen juridiske eieform, som joint venture selskaper, konsortier eller på andre måter er egne juridiske personer. Det kan være nyttig med en bred gjennomgang av andre og alternative juridiske konstruksjoner for offentlig-privat innovasjonssamarbeid enn det som i dag reguleres gjennom lovgivningen om offentlige innkjøp. Særlig viktig er det med en belysning av rettsforholdene i de tilfeller hvor en kommune ønsker å innlede et nært og langvarig samarbeid med en annen lokal partner, med et eksplisitt ønske om også å bidra til lokalsamfunnsutvikling.

9.2.6 Offentlig-privat innovasjonssamarbeid

Svært få kommuner har økonomi til selv å finansiere innovasjonsprosesser med tjenesteutviklende målsettinger på omsorgsfeltet. Og det finnes knapt noe eksempel på at enkeltbedrifter har bidratt med finansiering i så stor skala at samarbeid er kommet i gang. Etter utvalgets oppfatning er det urealistisk å se for seg utvikling av innovasjonsprosesser uten gjennom finansiering fra sentrale myndigheter. Både kommuner og bedrifter har tilgang på et bredt sett av statlige, næringsutviklende virkemidler til forskning, utvikling og innovasjon. Og lovverket åpner for at slike samarbeid kan unntas fra de generelle prinsippene for offentlige innkjøp.

Utformingen av virkemiddelapparatet synes i liten grad å ha blitt oppfattet som relevant for de kommunale omsorgsprodusentene. En evaluering av kommunenes bruk av virkemidlene som er tilgjengelige gjennom OFU-kontrakter, viste at disse i begrenset grad oppfattes som relevante (Teigen m fl 2010). Det finnes eksempler på enkeltprosjekter med åpenbart stor relevans for omsorgssektoren. Disse framstår nok mer som enkelttilfeller enn som eksempler på bruk av gjeldende ordninger.

Det er utvalgets inntrykk at omsorgssektorens behov i liten grad fanges opp som relevante i et teknologi- og næringsutviklingsperspektiv, og at dagens virkemiddelapparatet i større grad er egnet for prosjekter med utspring i spesialisthelsetjenestens tematikk.

Det er utvalgets inntrykk at aktørene i omsorgssektoren oppfatter dagens virkemiddelapparatet som vanskelig tilgjengelig og mer innrettet på samarbeid med partnere som operer i næringer og produktmarkeder som er mer utviklet enn omsorgsfeltet. Mange er derfor inspirert av den danske satsingen, hvor et statlig fond for Anvendt Borgernær Teknologi finansierer innovasjons- og utprøvningsprosjekter med til sammen 3 milliarder over tidsperioden 2008-2013.

Utvalgets forslag til en norsk satsing for omsorgsfeltet, slik det ble beskrevet i kapittel 8.3.2 er inspirert av den danske strategien. I kapittel 8 begrunnet vi denne satsingen som et ledd i kunnskapsutvikling. Det er et viktig poeng for utvalget at skal gode innovasjonsprosesser stimuleres på omsorgsfeltet fra i dag og i den nærmeste framtid, bør kunnskapsutvikling og næringsutvikling knyttes tett sammen. Utvalgets modell, med et nasjonalt sekretariat for innovasjon i omsorgssektoren, og med tilføring av statlige midler langs den opptrappingsplan som er skissert, er like mye ment å ha næringsutvikende begrunnelser og målsettinger.

Utvalgets forslag, hvor det settes som et krav at en privat part skal delta, vil innbære en økt etterspørsel etter idéer fra næringslivsaktører. Finansieringen muliggjør at velferdsteknologi og nye boligløsninger kan prøves ut i konkret kommunal virksomhet. Kravet om at en tjenesteproducent også skal være deltaker i prosjektet, skaper forutsetninger for at brukersiden kan involveres i innovasjonsprosessen og i evaluering av effektene. Brukerinvolvering i utviklings- og utprøvningsprosesser er etter utvalgets oppfatning viktig ikke bare ut fra tjenestenes formål om økt kvalitet for brukerne. Det er like viktig for næringslivsaktører: Det offentlige innkjøpsmarkedet for omsorgsprodukter er et marked hvor profesjonelle i sektoren vil formulere bestillinger overfor underleverandører. Varer og tjenester kjøpes inn på vegne av brukerne. Innkjøperen vil derfor alltid stå overfor et informasjonsproblem, nemlig hvor godt vil innkjøpet virke for brukerne når de møter det som et element i tjenesteytingen. Produsenter som kan verifisere brukernytte gjennom solide referanser fra konkret utprøving vil derfor ha et fortrinn.

Den største utfordringen på omsorgsfeltet er i dag en manglende synlighet for markedsaktører av hva kommunene er villige til å bruke penger på. Etterspørselssiden er utydelig, hvilket gjør at gründere og bedrifter inntar en avventende holdning. Ved å skape en finansierings-arena eksplisitt for omsorgssektoren mener utvalget at det vil gis

tydeligere signaler til næringslivsaktører: Dersom de har idéer relevante for tjenesteutvikling, så er mulighetene for å utvikle disse i samarbeid med tjenesteyterne betraktelig forbedret.

Utvalget vil også peke på forslag til et Nasjonalt program for velferdsteknologi (kap 7.4). Ved en statlig spesifisering av hvilke typer velferdsteknologiske produkter som ønskes implementert i tjenesteytingen, synliggjøres en kommunal etterspørselsside for produkter som allerede er på markedet, og hvor produsenter som kan videreutvikle dette, kan forvente økt etterspørsel framover.

9.2.7 Bestillerkompetanse som innovasjonsdriver

Kommunale innkjøp på omsorgsfeltet er av to typer: Det første er produkter og tjenester som er ferdig utprøvd, og hvor pris og egnethet bestemmes av produktutvikling og konkurranse i markedet. Det andre vil være at kommunen kjøper seg inn i en innovasjons- og utviklingsprosess. I begge roller er det viktig at kommunen er en kompetent forvalter av sin makt: I den første må rollen utøves som en krevende kunde, med kompetanse til å sette de relevante produktspesifikasjoner og raskt kunne identifisere den beste leverandør. I den andre rollen må kommunen være en konstruktiv samarbeidspartner, med evne til å identifisere brukerbehov og oversette disse til en form som gjør at næringslivsaktører kan respondere med forslag til videre prosjektsamarbeid.

Felles for begge roller er at de krever informasjon og kompetanse. Som innkjøper må kommunen kjenne produktmarkedet. De må vite hva som eksisterer på markedet og hvor dokumentasjon for brukereffekter er å finne. Kommunale beslutningstakere opererer under tidsknapphet. Kostnadene ved informasjonssinnhenting kan fort bli store.

Utvalget vil derfor vise til forslaget om et nasjonalt ansvar for å samle inn og formidle kunnskap om velferdsteknologiske produkter og løsninger (jfr. kap. 8.3.1). Med dette etableres en kunnskapsbank som vil kunne dekke noe av behovet for konkret informasjon og kunnskap som trengs for å kunne være en krevende kunde. Likeså kan utvikling av nasjonale veiledere knyttet til konkrete produkter og løsninger (jfr. Helsedirektoratets arbeid med veileder i bruk av sporingsteknologi) gjøre det mindre ressurskrevende for en kommunal innkjøper å orientere seg i markedet.

Kommersielle produsenter har selv et sterkt insitamant til å markedsføre sine produkter. Det

arrangeres messer og utstillinger. Behovet for uavhengig informasjon er essensielt når en innkjøperrolle skal utøves. Like viktig er det at signaler går fra innkjøpersiden til markedet. Ren uvitenhet kan bety at kommuner og tjenesteprodusenter rett og slett ikke er klar over at det kan finnes bedre løsninger på problemer de strir med. Derfor kan det argumenteres for at det bør opprettes en nasjonal (eventuelt en nordisk) behovsplattform for omsorgsfeltet. En slik behovsplattform er en fysisk eller virtuell møteplass hvor tilbydere og etterspørere møtes, eventuelt også med deltakelse fra virkemiddelapparatet. Hensikten er å synliggjøre og systematisere behovene som er på omsorgsfeltets tjenesteside, og matche dette med ideer og produkter som tilbys fra markedsaktører.

Utvalget ser det som naturlig at initiativ til en slik behovsplattform kommer fra kommunene, idéelt sett som et samarbeid på nordisk nivå. Samtidig kan det være et nødvendig første skritt at initiativ og en første finansiering utgår fra nettverk og samarbeid som allerede foreligger. En mulig modell kunne være en videre utvikling av prinsippene (og aktørene) bak NHO/KS sitt leverandørutviklingsprosjekt i samarbeid med de nettverk for omsorgsfeltet som utvalget i kapittel 8 argumenterer for at bør styrkes gjennom det nasjonale innovasjonsekretariatet. Igjen vil utvalget understreke at et slikt initiativ bør tas med utgangspunkt i omsorgssektorens behov, og at det derfor kan være strategisk viktig at det tradisjonelle (og mer velutviklede) helsetjenestesegmentet ikke får en for dominerende plass.

Rollen som konstruktiv samarbeidspartner i utviklings- og innovasjonsprosesser er en litt annen enn rollen som krevende kunde. I praksis kan det være vanskelig for den offentlige parten å identifisere sine utviklingsbehov. Innovasjonsprosesser må ledes, og brukere må involveres på hensiktsmessige måter. Det kreves kunnskap om de rettslige sidene ved et utviklingssamarbeid, og kulturkunnskap om hvordan andre deltakere tenker.

Det er utvalgets oppfatning av det er stort behov for kompetanse i å lede og delta i innovasjonsprosesser. Og kundemakt må utøves på en slik måte at når de innkjøpte produkter implementeres i egen tjenesteyting, så skjer det samtidig en utvikling av selve tjenesteytingen. Dette betyr i praksis at det må samhandles med potensielle leverandører i en fase forut for kunngjøring av selve innkjøpskriteriene.

En utvikling av slik kompetanse på kommunesiden er en viktig forutsetning for at den bestiller-makt kommunene har på omsorgsfeltet stimulerer til innovative utviklingsprosesser også på

leverandørsiden. Utvalget viser til forslaget om en Innovasjonsskole i kapittel 8.3.4.

En økt bestillerkompetanse på innkjøpersiden vil bidra til at krav og forventninger til de kommersielle leverandørene på omsorgsfeltet kan bli tydeligere. Dette kan igjen gjøre det lettere å få i gang samarbeid om nytenkning og innovasjonsprosjekter.

Fra et nasjonalt næringsutviklingsperspektiv må målet være å fremme utvikling av utprøvnings- og innovasjonsprosjekter som over tid avleirer seg både som utvikling av en mer verdiskapende omsorgssektor, og i markedet som et stadig økende tilbud av utprøvde produkter, tjenester og konsepter som tilbys på kommersiell basis.

9.2.8 Industrimarkedet

En god næringspolitikk for omsorgsfeltet er mer enn bare å fostre fram gründere og enkeltbedrifter som kan lykkes som underleverandører til kommunal tjenesteyting. Viktige målsettinger bør være å fremme utviklingen av samarbeid mellom kunnskapsprodusenter og markedsaktører. På den måten kan det utvikles nettverk av virksomheter. Industrielle og kommersielle miljøer kan utvikle indre dynamikker som driver fram både konkurranse og samarbeid. Samarbeid kan starte med utgangspunkt i en interesse for omsorgsfeltet, men kanskje ende opp med produktutvikling og ekspansjon over mot helt andre markeder.

Næringsutvikling på omsorgsfeltet vil i praksis foregå i et felt hvor innovasjon og produktutvikling er omgitt av tre betydelige og tunge næringsclustre: Boligbygging- og innredningsbransjen, den medisinske-tekniske leverandørindustri og IKT-næringer. Alle disse miljøene har kompetanse med stor potensiell anvendelse på omsorgsfeltet. Per i dag utgjør leveranser til omsorgsfeltet en liten andel av disse næringenes totale virksomhet. Interessen for, så vel som kunnskapen om behov og etterspørsel på omsorgsfeltet, kan med fordel økes. Men det fordrer også at aktører med ståsted i omsorgssektoren blir tydeligere til å formulere sine behov og utfordringer.

Utvalget mener at en behovsplattform kan være et egnet virkemiddel for å skape en slik møteplass. En behovsplattform er en faktisk eller virtuell møteplass satt opp for at etterspørere og tilbydere skal oppdage hverandre, og fra det utvikle samarbeid om produktutvikling. En slik behovsplattform kan også være et viktig virkemiddel for rett og slett å bevisstgjøre aktører om kommersielle potensialer i omsorgsfeltet. Det konkrete initiativ kan for eksempel tas av Innovasjon

Norge, som er det miljø i Norge som har størst erfaring med slike virkemidler.

Utvikling av industrisamarbeid med relevans for omsorgsfeltet, særlig når det gjelder å få ulike velferdsteknologiske produkter til å være kompatible med hverandre, og med de fysiske omgivelser de skal installeres i, reiser et sentralt spørsmål om industrielle standarder.

Utvalget oppfatter dette som så viktig at det anbefaler en utredning av alle sider ved industristandardenes betydning for næringsutvikling på det velferdsteknologiske området.

Det er viktig for omsorgsfeltets utvikling som næring at det finnes stønadsordninger som gjør at aktørene ikke ensidig orienterer seg mot leveranser til offentlig sektor. Eksportmarkedet i utlandet, så vel som det nasjonale individmarkedet vil vokse i framtida. Derfor er det viktig at det generelle næringsrettede virkemiddelapparatet tilskynder til bedriftssamarbeid, og har stønadsordninger som er hensiktsmessige for utvikling av produkter og løsninger mot disse markedene. Særlig viktig er det at det gis stønader til god uttesting av produkters hensiktsmessighet over tid.

Utvalget har registrert at det innen Innovasjon Norge er økt interesse for omsorgsfeltet. Dette er positivt, men reiser også spørsmålet om forholdet mellom den satsing utvalget foreslår gjennom det Nasjonale sekretariatet for innovasjon i omsorgssektoren og det virkemiddelapparat som allerede foreligger.

Utvalgets oppfatning er at næringsutvikling på omsorgsfeltet er i en så tidlig utviklingsfase at det i en periode framover er fornuftig med en arbeidsdeling mellom kunnskapsutvikling og mer tradisjonell næringsutvikling.

Utvalgets forslag til en målrettet satsing mot innovasjon i kommunesektoren har til formål å utvikle et bredere kunnskapsgrunnlag for tjenestetutvikling. I et næringspolitisk perspektiv kan dette oppfattes som et virkemiddel for å få fram en mer kompetent etterspørerside på omsorgsfeltet. Virkemidler for å stimulere til produktutvikling gjennom industrielt samarbeid vil mer direkte være knyttet til å utvikle tilbudssiden i omsorgsfeltet.

9.3 Næringsutvikling – mer enn markedsbygging

9.3.1 Samhandling med andre næringer

Det kan være god samfunnsøkonomi å få forskjellige næringer, og ulike deler av offentlig sektor, til å oppdage at de kan være til gjensidig nytte. Mye

økonomisk virksomhet er i stor grad finansiert over offentlige budsjetter, og historisk utviklet for å utføre oppgaver som i utgangspunktet kan ligge langt fra de behov og oppgaver som omsorgssektoren har. Med oppfinnsomhet kan det utvikles leveranser mot omsorgsfeltet, hvor nytten for omsorgstjenestene er synergieffekter av næringens egentlige formål.

Forutsetningen for at omsorgssektoren kan ha nytte av leveranser fra andre samfunnssektorer må alltid utgå fra omsorgsfaglige vurderinger og tydelige brukerinteresser, og hvilke behov sektoren ser for seg vil øke i årene som kommer. Et bredere tilfang av aktiviteter for brukere, og bedre tilgang på praktiske hjelpetjenester er to konkrete områder hvor leveranser fra utradisjonelt hold bør kunne spille en større rolle.

Utvalget vil peke på to slike potensialer, ett med utgangspunkt i en modell utviklet i landbruket, og ett med utgangspunkt i attføringsbedriftene.

9.3.2 Aktivitetsinnhold fra nye tilbydere

I dag er det stor mangel på dagaktivitetstilbud. I regjeringens demensplan blir dette beskrevet som «det manglende mellomledd» i dagens tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Kun 6 % av de hjemmeboende med en demenslidelse har i dag et dagaktivitetstilbud, til tross for at slike tiltak både kan gi god avlastning for pårørende og utsette institusjonsinnleggelse (Eek og Nygård 2006). Ikke bare eldre, men også andre brukergrupper vil kunne ha stor nytte av tilbud på dagtid. I økonomisk forstand er dette en etterspørsel som mangler et tilbud.

I jordbruksavtalen er det en egen satsing ('Inn på TUNET', 18 mill. kr i 2010), hvor ideen er å utnytte miljøet i og rundt et gårdsbruk som arena for læring, mestring og opplevelser for personer som etter omsorgsfaglige vurderinger har glede og nytte av dette. Gården 'leverer' en tjeneste og får inntekt ved at den kommunale omsorgstjenesten betaler for tilbudet, i dag innenfor en ramme med 50 prosent statlig støtte. Slike Inn-prosjekter kan også søke støtte fra Innovasjon Norge.

Utvalget foreslår at INN-ordningen ikke avgrenses til landbruket, men utvides til flere næringer og virksomheter der det vil være hensiktsmessig å etablere dagaktivitetstilbud for ulike målgrupper. Det er lett å tenke seg at kulturinstitusjoner kan stimuleres til å utvikle slike inntektsbringende aktiviteter. Men også bedrifter og annen virksomhet som er basert i markedet, kan inviteres til å utvikle slike tilbud og ha det både som forretningskonsept

og som en liten attåt-næring. Innenfor turist- og fritidssektoren bør det være store potensialer til å utnytte ledig kapasitet utenfor de ordinære sesongsvingninger til å utvikle målrettede tilbud ovenfor omsorgstjenestene.

9.3.3 Ikke-kommersielle tilbydere av hjelpetjenester

Med flere hjemmeboende eldre, vil det i framtida komme et økende behov for praktisk hjelp og assistanse til alle mulige store og små praktiske gjøremål. Ofte framheves transporttjenester som noe mange ønsker mer av. I dag tilbys dette arbeidet enten som ordinært, tjenesteytende arbeid eller som hjelp gjennom familie og andre sosiale nettverk.

Sett fra brukerens side er det en svakhet at det ordinære arbeidet vil være dyrt og standardisert i arbeidsinstruksjer, mens det nettverksbaserte kan være usikkert. Mange vil være ensomme, eller ønsker ikke å bry sine nærmeste. Denne etterspørselsstrukturen er i noen grad forsøkt fanget opp i systemet med Frivillighetssentraler.

Utvalget ser det som positivt at enkelte atfføringsbedrifter har begynt å utvikle tjenester med eldre og funksjonshemmede som målgruppe. Atfføringssektoren er på mange måter en betydelig næring, og tilføres ca 7 milliarder i året i offentlig støtte. Etter utvalgets oppfatning er det et betydelig potensiale for utvikling av tjenester både for de kommunale omsorgstjenestene så vel som for enkeltpersoner.

Brukerorganisasjoner, frivillighetssentraler og atfføringsbedrifter bør samhandle, og utforske mulighetene for en innovativ tjenesteutvikling, ikke bare overfor enkeltpersoner med hjelpebehov, men også som ledd i utviklingen av lokalsamfunnet. Likeså kan samarbeid mellom kommersielle foretak og sosiale entreprenører utvikle tilbud og løsninger i grenselandet mellom kommersiell og ideell virksomhet.

9.3.4 Den gode bestilling

To viktige forutsetninger må på plass for at omsorgssektoren skal kunne stimulere frem produktutvikling og innovasjon innenfor andre næringer. For det første er det nødvendig at brukeres behov oversettes til en tydelig bestilling. I mange tilfeller betyr det at helse- og omsorgsfaglige kunnskaper må være utgangspunktet, i andre tilfeller at brukere må involveres på systematiske måter. I alle tilfeller må det tydeliggjøres overfor potensielle leverandører hvilke tjenester som skal

leveres. For det annet må bestillingen ledsages av en konkret økonomisk innkjøpsevne. Det må være realistiske muligheter for en tilbyder som utvikler et tilbud å faktisk oppnå en inntektsbringende leveranse.

I praksis ser utvalget det som mest realistisk at samhandling mellom omsorgstjenestene og andre næringer vil måtte skje gjennom samarbeidsprosjekter som utvikles ut fra den konkrete situasjon i det enkelte lokalsamfunn. Denne type samhandling kan ha betydelig verdi som mobilisering av et bredere tilfang av lokale ressurser inn mot omsorgsfeltet. Men fordi samhandlingen skjer inn mot virksomheter som i utgangspunktet tilføres statlige midler, kan det argumenteres for at den samfunnsøkonomiske gevinsten ligger i at statlig støttede næringer gjennom kommunale tiltak leverer noe av større samfunnsverdi. Derfor er det etter utvalgets oppfatninger ikke urimelig om kommunenes kjøpekraft stimuleres gjennom statlige tilskuddsordninger.

9.4 Omsorgstjenester – import og eksport

Omsorgssektoren har til nå, både i nasjonalregnskapet og i våre oppfatninger, vært en nasjonal sektor. Helsetjenestene er inne i en rivende utvikling hvor pasienter, personell og tjenester krysser nasjonalstatens grenser. Omsorgstjenestene er nok i sin natur mer stedbundne, men det er all grunn til å forvente at en økende internasjonalisering vil prege morgendagens omsorgsfelt.

9.4.1 Import av – og til – omsorgstjenester

Import av omsorgstjenester betyr at vi benytter ressurser til å tilegne oss goder produsert i andre land. Dette kan skje på i hovedsak fire måter:

En kommune kan sende brukere til andre land, hvor det er billigere eller på andre måter lettere å gi brukerne det tjenesteinnhold de ønsker. Noen kommuner har etablert slike tjenestetilbud i andre land.

Vi kan importere og sysselsette arbeidskraft, hvor andre land har bekostet utdanning.

Vi kan importere velferdsteknologi og bolig-løsninger fordi de er billigere eller bedre enn det som er tilgjengelig fra nasjonale produsenter.

Og vi kan importere og nyttiggjøre oss kunnskap og erfaringer fra andre land, uten selv å ha måttet delta med utviklingskostnader.

Det framtidige omfang av tjenesteproduksjon for norske brukere i utlandet, og omfanget av sys-

tematisk import av arbeidskraft til omsorgssektoren, vil være betinget av politiske beslutninger (Helseth 2004, Sørbye 2004). Dette kan tenkes å bli viktigere trekk ved morgendagens omsorgssektor enn i dag. Det ligger utenfor utvalgets mandat å drøfte dette.

Import av varer og tjenester til omsorgsfeltet kan komme gjennom tre mekanismer: For det første kan utenlandske leverandører satse på det norske markedet, og vinne i konkurranse om offentlige innkjøp. For det annet kan norske leverandører kjøpe innsatsfaktorer til sine løsninger fra utlandet. Og for det tredje, etterspørselen fra individmarkedet kan dekket opp ved at forbrukerne foretrekker produkter som ikke er produsert i Norge. Andre lands satsinger på å utvikle sin eksport kan på denne måten være fordelaktig for norske kommuner og husholdninger.

En sterk eksponering mot utenlandske konkurrenter er et nødvendig ledd i utviklingen av norske bedrifters konkurransekraft. Økt tilbud og markedsføring fra utenlandske produsenter kan også øke bevissthet og kunnskap om produkter og muligheter, og på den måten styrke en etterspørsel som kan utnyttes av norske produsenter.

9.4.2 Eksport fra omsorgsfeltet

Det er fullt mulig å tenke seg en omsorgsnæring med basis i Norge, og som ut fra omfattende kunnskaps- og forretningsmessige samhandlingsrelasjoner mellom offentlig sektor og private underleverandører, kan utvikle et salgsvolum på internasjonale markeder som kan bli av stor nasjonaløkonomisk betydning. I praksis betyr det:

- Produkter innen velferdsteknologi og bolig- (innrednings-) løsninger som møter etterspørsel både på individ, industri- og offentlig sektor markedet.
- Konsepter (modeller) for konkret tjenesteyting, hvor prinsippet er at kjøper kommer med definerte behov (og brukere), og så leveres et sett av sammenknyttede produkter i form av for eksempel en bolig- eller en institusjonsløsning.
- Tjenesteyting knyttet til opplæring, rådgivning, drift og tilsyn, i praksis mest nærliggende som avtaler i etterkant av produkt- og konseptleveranser

En økende kjøpekraft fra en aldrende befolkning er en stor mulighet for hele næringslivet, ikke bare for dem som posisjonerer seg inn mot de offentlige omsorgstjenestene i snever betydning. De nye eldres ønsker om å bli boende hjemme og

i størst mulig grad klare seg selv, gjør at næringslivsaktørene bør følge individmarkedet med stor oppmerksomhet. Et for ensidig fokus på underleveranser til kommunale tjenester kan svekke oppmerksomheten mot at de store markedene nettopp ikke karakteriseres av et så omfattende offentlig ansvar som vi har i Norden. I andre land vil pårørende og frivillige organisasjoner være viktige tjenesteytere, og i en eksportsammenheng sentral målgruppe. Også rene kommersielle tjenesteprodusenter vil kunne utgjøre et viktig markedssegment.

Man må ha noe å eksportere før man kan tjene penger på eksport. Det er fem gode grunner til at en norsk næringspolitikk for omsorgsfeltet om litt tid kan danne grunnlaget for betydelige eksportrettede aktiviteter:

- Norge kan bidra til å utvikle en nordisk dimensjon: Nettopp fordi det offentlige spiller en så stor rolle i den nordiske velferdsmodellen, er Norden det område i verden hvor omsorgsfeltet tydeligst og mest umiddelbart står overfor en kjøpekraftig etterspørselside. Nordisk Ministerråd antyder at Norden har de beste forutsetninger for å bli en verdensledende region for omsorgsinnovasjon (Nordisk Ministerråd 2010). Likeså er skandinavene som etterspørrere både individualistiske og kjøpekraftige. Vi ønsker å klare oss selv og forlanger at velferdsstatens tjenester skal understøtte dette ønsket. Den som lykkes på det nordiske markedet, vil ha gode forutsetninger for å treffe den etterspørselsstruktur som må forventes å vokse fram også i andre land.
- Norge har allerede kompetansemiljøer og bedrifter som har gode forutsetninger for å utvikle konkurransekraft i større markeder. Norsk bolig- og byggenæring er langt framme, og mulighetene for å kombinere energieffektivisering med tilpasning til aldring og nedsatt funksjonsevne bør være store. Vi har gode miljøer for møbler og rominnredning som kan utvikle produkter og løsninger for en aldrende befolkning, for deres egen bolig så vel som for mindre og nye typer av institusjons- og samlokalisering-løsninger.
- Vi har store muligheter for å drive fram innovasjonsprosjekter i samarbeid mellom private og offentlige aktører. Fordi det offentlige har et så stort ansvar for så mange brukere innenfor en oversiktlig og helhetlig organisatorisk ramme, er mulighetene for utprøving av nye produkter og løsninger i stor skala svært god, dersom de utnyttes. Siden markedet for omsorgstjenesteprodukter i så stor grad er et marked for trygg-

het, sikkerhet, trivsel og egenmestring i sårbar livssituasjon, er verifisering av gode bruks-egenskaper og driftssikkerhet nødvendig for å lykkes kommersielt. Derfor er utprøving av nye løsninger i stor skala, med tilhørende systematisk og vitenskapelig dokumentasjon, viktig også i et kommersielt perspektiv.

- Vi har et nordisk hjemmemarked hvor det er få institusjonelle og kulturelle barrierer for etablering og produktutvikling. Det er en lang tradisjon for nordisk samarbeid på hjelpemiddelområdet som kan føres videre over mot omsorgstjenestene. Felles nordiske produktstandarder danner en krevende etterspørsels-side som fungerer gunstig for utvikling av solide produkter. Det er gode eksempler på nordiske bedrifter som samarbeider godt, og hvor norske produsenter nettopp har vokst gjennom slikt samarbeid. Samtidig er alle de nordiske landenes næringsliv mer eksportrettet enn i antakelig noen annen region i verden. Mange danske og svenske bedrifter som er produsenter av velferdsteknologi har betydelige aktiviteter rettet mot andre deler av næringslivet (Damvad 2010). Dette gir en unik kombinasjon av et oversiktlig hjemmemarked med åpne nettverk og forbindelser ut til verdensmarkedene.
- Sist med ikke minst, Norden har et globalt rykte som de verdensledende velferdsstater. Dette er en uvurderlig markedsføringsressurs.

Danmark er antakelig det nordiske land med størst ambisjoner om å gjøre omsorgsfeltet til en eksportsektor (IDA 2010). Men det er Sverige som har størst erfaring, blant annet fordi Sverige har flere verdensledende virksomheter innen medisinsk-teknisk og farmasøytisk industri. For å fremme svenske produkter og løsninger ble det på tidlig 1980-tall etablert en egen institusjon med oppdrag å fremme svensk eksport.

Utvalget foreslår at det utredes å etablere en lignende stiftelse i Norge. Det bør vurderes om det ikke vil være hensiktsmessig å legge opp til et nært samarbeid med den svenske stiftelsen. Også i Danmark arbeides det med å etablere eksportstøttende nettverk for omsorgstjenester og velferdsteknologi. Gode grunner kan også tale for at Norge kunne ta initiativ til en felles nordisk ramme for eksportfremmende tiltak på omsorgsfeltet.

Utvalget foreslår at en tilsvarende norsk stiftelse (NORCARE), kan bygges opp med nettverks- og koordineringsfunksjon i forholdet mellom den kommunale helse- og omsorgs-

Boks 9.1 SWECARE

Eksportstiftelsen SWECARE i Sverige ble etablert for over 30 år siden av Socialdepartementet, Utrikesdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Exportrådet og 30 svenske bedrifter innen helse- og omsorgssektoren.

I dag har stiftelsen et nettverk bestående av 350 helse- og omsorgsforetak, og har etablert et unikt samarbeid mellom bedrifter, offentlige helse- og omsorgstjenester, akademia, organisasjoner, regjering og myndigheter. Formålet med et slikt bransjeoverskridende samvirke er «att främja tillväxt, ökad internationell konkurrenskraft samt utveckling och export för Life Science-branschen och hälso- och sjukvården i Sverige och utomlands». Stiftelsen har i dag 5 ansatte og et budsjett på om lag 8 mill sv.kr.

SWECARE har som arbeidsmetode å:

- fremme samvirke og bygge nettverk
- kartlegge og identifisere markeder og prosjekter
- drive fokuserte prosjekter som fremmer tilvekst og eksport

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

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

sektoren, aktuelle bedrifter og virksomheter, utdannings- og forskningsinstitusjoner, aktuelle departement og ulike eksportorgan. Formålet med stiftelsen må være å bygge en særskilt plattform der utdanning og forskning og privat og offentlig sektor kan gå sammen om økt eksport og deltakelse internasjonalt på omsorgsområdet.

9.5 Oppsummering: En samlet kunnskaps- og næringsutviklingspolitikk

Utvalget ser store potensialer i å utvikle en norsk-basert næring for leveranser til omsorgsfeltet. Etterspørselen etter hensiktsmessige boligløsninger, aktivitetsinnhold og velferdsteknologiske vir-

kemidler vil øke både fra husholdninger og fra den kommunale omsorgssektoren. I økende grad vil dette også innebære at omsorgsfeltet blir åpnet, og import og eksport vil kjennetegne omsorgssektoren på samme måte som andre næringer.

I dag preges omsorgsfeltet av en altoverskygende kommunal dominans, hvor samhandlingen med andre næringer skjer i form av et offentlig innkjøp av underleveranser. Særlig på boligsiden utgjør dette en viktig del av tjenesteproduksjonen, samtidig som det kan forventes økte innkjøp av velferdsteknologiske løsninger. Det er viktig at denne innkjøpermakten styrkes, utvikles og forvaltes slik at den også bidrar til å fremme innovasjon på leverandørsiden. På denne måten kan det gis tydeligere signaler til næringslivsaktører og andre leverandørinteresser, om hva omsorgssektoren etterspør for å kunne utføre sitt samfunnsoppdrag på en bedre måte i framtida.

For å styrke omsorgssektorens evne til å se løsninger på sine problemer i leveranser fra andre aktører, og for å kunne utøve en funksjon som en synlig, kompetent og krevende bestiller, har utvalget foreslått tre typer av tiltak:

- En systematisk opplæring av kommunale aktører til å utøve rollen som bestiller av innkjøp med innovasjonspotensiale, og kompetanse i å lede leverandørutviklings- og innovasjonsprosesser i samarbeid med aktører utenfor omsorgssektoren
- En finansieringsordning for innovasjonsprosjekter i omsorgssektoren, organisert gjennom et Nasjonalt sekretariat for Innovasjon i Omsorgssektoren
- Et nasjonalt program for utbredelse av velferdsteknologi som ved sin gjennomføring, både vil øke de kommunale aktørenes interesse for velferdsteknologi, så vel som å utvikle den kommunale bestillerkompetanse i dette markedet.

Det er viktig at norsk næringsvirksomhet på omsorgsfeltet også utvikler interesse og satsinger på andre markedssegmenter enn den norske

offentlige sektoren. Dette gjelder særlig individmarkedet, og i de eksportmuligheter som ligger i leveranser til andre lands offentlige innkjøp. For å tydeliggjøre og øke etterspørselen fra individmarkedet, foreslår utvalget tiltak for

- å bevisstgjøre og styrke den enkelte forbruker i markedene for tilrettelagte boligløsninger og velferdsteknologi
- å øke etterspørselen fra individer ved særskilt utformede økonomiske stimulanser til å bygge om boliger til mer hensiktsmessig utforming og innredning.

Det er også viktig at det utvikles et samarbeid mellom private bedrifter i å utvikle produkter som etterspørres i omsorgsfeltet. Industrielt samarbeid, med involvering av forsknings- og utviklingsmiljøer bør stimuleres fram, uavhengig av den kommunale dimensjon i omsorgsfeltet. Etter utvalgets oppfatning er det tre viktige betingelser som kan fremme (eller unngå å hemme) en slik utvikling:

- Spørsmålet om industrielle tekniske standarder må belyses og avklares, slik at norske produkter utvikles etter standarder som er framtidrettede.
- Det generelle offentlige virkemiddelapparat må brukes til å øke interessen for omsorgsfeltets muligheter, og stimulere og finansiere utviklingsprosjekter med nytteverdi og kommersielle potensialer for individmarkeder og eksport.
- For å fremme norsk eksport av produkter og løsninger på omsorgsfeltet foreslår utvalget at det opprettes en egen stiftelse som har dette som sitt tydelige formål.

Utvalget ser store samfunnsøkonomiske gevinster ved at andre samfunnssektorer involveres som leverandører til omsorgssektoren. Dette kan både skape et mer spennende innhold i tjenestene, og bli en ny og alternativ inntektskilde for slike virksomheter.

Kapittel 10

Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste av de forslag utvalget har lagt fram er ment å forebygge behovsvekst eller minske konsekvensene av en framtidig situasjon med sterk behovsvekst og knapphet på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere. Kostnadene med de tiltak utvalget foreslår, må derfor vurderes opp mot det som kan bli alternativet om en bare framskriver og viderefører dagens løsninger i takt med demografisk utvikling og økende forventninger i befolkningen til samfunnets velferdsordninger.

10.1 En prosent av budsjettet til forskning, utvikling og innovasjon (FUI)

I møte med framtidens omsorgsutfordringer, konkluderer utvalget med at det vil være uforvarselig å drive en offentlig omsorgssektor med et årlig driftsbudsjett på nærmere 80 milliarder kroner videre, med bare promiller av budsjettet til forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid. De omfattende utfordringene samfunnet står overfor på omsorgsfeltet vil kreve:

- risikovilje og innovasjonsevne til å prøve ut nye faglige tilnæringsmåter og finne nye måter å løse omsorgsoppgavene på
- økt forskningsbasert kunnskap for å kunne planlegge framtidens tjenestetilbud både på lokalt og nasjonalt nivå
- langsiktig utviklingsarbeid for å forberede og gjennomføre nødvendige endringer og omstillinger

Utvalget foreslår derfor at det i perioden fram til 2020 etter hvert settes av midler tilsvarende én prosent av omsorgstjenestens totalbudsjett til forskning, innovasjon og utvikling.

Midlene skal gis i form av vekst i statlige forsknings- og utviklingsmidler og et eget innovasjonstilskudd forvaltet i tråd med kapittel 8 av et eget nasjonalt sekretariat for kommunal innovasjon til omsorgsformål. Utvalget ønsker at dette på sikt

blir sett i sammenheng med innovasjonsarbeid i hele kommunesektoren.

Midlene skal bidra til

- å skaffe til veie grunnleggende kunnskap om dagens og framtidens brukere og deres behov og ressurser og disse tjenestenes organisasjonsmessige, økonomiske og faglige virksomhet
- å dokumentere, evaluere og vurdere effekten av ressursinnsatsen i alle deler av denne mangfoldige tjenestesektoren
- å sette i gang utviklingsarbeid, implementere ny teknologi og nye arbeidsmetoder
- å drive nyskapende virksomhet og lokalt innovasjonsarbeid som grunnlag for å planlegge og utforme framtidens omsorgstjeneste

De kommunale pleie- og omsorgstjenestenes brutto driftsutgifter var i 2010 på 78,4 mrd kr. I tillegg kommer investeringskostnader og kommunale fellesutgifter. Dersom en prosent av driftsbudsjettet skal gå til innovasjon, forskning og utvikling, blir det om lag 800 millioner kroner pr år. I utgangspunktet gis det i dag noe tilskudd til omsorgsforskning gjennom Forskningsrådet og midler til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, tilsvarende om lag 10 % av dette beløpet. Samlet bevilgningsbehov utover dette vil da utgjøre vel 700 millioner kroner pr år, som utvalget foreslår lagt til en egen tilskuddsordning for forskning, utvikling og innovasjon på omsorgsfeltet. Ordningen foreslås trappet opp med om lag 100 mill hvert år, slik at den utgjør 400 mill kr eller 0,5 % av brutto driftsutgifter i 2015 og 800 mill kr eller 1 % ved inngangen til 2020.

Utvalget mener det vil ta noen år å bygge opp en god infrastruktur for kunnskapsutvikling på omsorgsfeltet, og mener midlene får størst effekt om dette blir utviklet over tid ved hjelp av en opptrappingsplan med kjente økonomiske forutsetninger.

Utvalget har vurdert ulike modeller for finansierungs- og forvaltningsløsninger i form av statlige fond (jfr. de regionale forskningsfondene)

Boks 10.1 ABT-fonden

Det danske ABT-fondet bruker 3 mrd kr i perioden 2009-2015 på innovative prosjekter innenfor «Anvendt Borgernær Teknologi». Fondet styres direkte fra Finansdepartementet. Det gir støtte til prosjekter som gir målbare effektiviseringsgevinster i det offentlige ved å gjøre oppgaver overflødige eller lettere å løse, ved bruk av arbeidskraft-besparende teknologi eller nye arbeids- og organisasjonsformer. En svært stor andel av prosjektene er knyttet til den kommunale omsorgssektoren. ABT-fondet støtter både prosjekter, der en velprøvet teknologi implementeres nasjonalt, og prosjekter som prøver ut ny arbeidskraft-besparende teknologi og nye arbeidsformer.

Kilde: Se <http://www.abtfonden.dk/>

eller krav om kommunale fondsavsetninger, men kommet til at det enkleste og mest virkningsfulle er en egen statlig tilskuddsordning.

Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet i samarbeid med KS etablerer et sekretariat for kommunal innovasjon, som i første omgang setter fokus på omsorgssektoren med forgreininger til de regionale sentrene for omsorgsforskning og de fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Sekretariatet får som en av sine oppgaver å forvalte innovasjonstilskuddet og tildele tilskuddsmidler til prosjekter der kommunene samarbeider/samskaper med brukerorganisasjoner, ideelle organisasjoner, sivilsamfunn, næringsliv, utdanningsinstitusjoner og forskning for å ta i bruk eller utvikle nye løsninger i møte med framtidens omsorgsutfordringer (se kapittel 8). Tilskuddet medfinansierer prosjekter som utfordrer bestående praksis på feltet, for eksempel ved bruk av ny teknologi eller nye arbeidsmetoder og prosjekter som har produktivitets- eller kvalitetsforbedrende potensial.

Innovasjon kan og bør skje lokalt der nærhet til brukerne og ansvar for tjenestene gir de riktige insentiver til endring. Sentrale myndigheters rolle vil være å lage en insentivstruktur som fremmer innovasjon og nyskaping innenfor sektoren. Det må legges til rette for at satsinger som er nødvendige og samfunnsøkonomisk hensiktsmessige kan iverksettes uten at hver enkelt kommune bærer risikoen for tiltakene alene. På et område

Boks 10.2 De regionale forskningsfond

De regionale forskningsfondene ble opprettet i 2009 med en fondskapital på 6 mrd kroner. Avkastningen var på 212, 4 millioner kroner i 2010, og renten er bundet 10 år fram i tid. Årlig avkastning fordeles slik:

- 5 % av midlene settes av til de tre nordligste fylkene
- 15 % av midlene skal fordeles til de regionale fondene som har best kvalitet på FoU-prosjektene eller har fått frem FoU-prosjekter gjennom mer enn ett fond.
- 80 % av midlene fordeles til fondsregioner etter faste kriterier:
- 50 % blir fordelt på grunnlag av antall fylker i regionen
- 50 % blir fordelt på grunnlag av de samarbeidende fylkenes folketall

Ordningen styres av en felles folkevalgt nemnd (fondsstyre) med delegert myndighet fra fylkeskommunene i hver fondsregion

Kilde: Se www.regionaleforskningsfond.no

som er så sentralt i forhold til å møte framtidige utfordringer i sektoren må staten både bidra til å finansiere og legitimere innovasjon i kommunenes omsorgssektor.

Etter utvalgets vurdering er det nødvendig å gi kommunene risikoavlastning og skjermede økonomiske ordninger for å styrke innovasjonsevnen, prøve ut nye arbeidsformer og finne nye måter å løse omsorgsoppgavene på. Midlene kan eventuelt ses i sammenheng med tilsvarende FUI-midler til andre deler av den kommunale virksomhet, og kan med fordel suppleres med tilsvarende bidrag fra andre departement til øvrige sektorer i kommunen. På den måten kan det være mulig å se hele den kommunale virksomhet i sammenheng. Nærmere detaljer om dette bør tas opp og utformes gjennom konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS, og eventuelt knyttes til de avtaler som tidligere er inngått på omsorgsområdet.

Utvalget viser ellers til at Teknologirådet i sitt program for implementering av omsorgsteknologi i kommunene beregnet at det trengs friske statlige bevilgninger på minst 1,1 mrd kroner i perioden frem mot 2015. Dette inkluderte investeringsstøtte for kommunene, støtte til pilotprosjekter,

kompetansesenter, teknologi i helseutdanninger, samt innovasjon (Teknologirådet 2009b).

Det vises i denne sammenheng ellers til det danske ABT-fondet som bruker 3 mrd kr i perioden 2009-2015 på innovative prosjekter innenfor «Anvendt Borgernær Teknologi».

10.2 Konsekvenser av utvalgets øvrige forslag

Innovasjonstilskuddet eller FUI-ordningen (se ovenfor) vil helt eller delvis kunne være finansieringskilde til flere av de forslag utvalget har fremmet, i et tett samarbeid mellom kommune, stat, sivilsamfunn, næringsliv, forskning og utdanning.

10.2.1 Teknoplan 2015

Velferdsteknologiprogrammet forutsettes fra statens side i hovedsak å være dekket av en FUI-ordning som beskrevet ovenfor. Alternativet er å etablere en egen tilskuddsordning til prosjekter knyttet til implementering av velferdsteknologi.

Det vil være et stort løft å få alle kommuner til å ta i bruk velferdsteknologi. Det er noen få kommuner som leder an i dette arbeidet. En strategi kan være å koble disse kommunene sterkere med hverandre og tilføre både kompetanse og kapital i form av utviklingsmidler og partnerskap med forsknings- og teknologimiljøer for å gå foran i det videre arbeidet. En del slike initiativ er allerede tatt, der kommuner har gått sammen med innovative bedrifter og fagmiljøer i et utviklingssamarbeid. Utvalgets erfaring er at mange allerede har gjort et solid grunnlagsarbeid, og at en del av disse initiativene raskt ville skyte fart om det ble tilført prosjektmidler.

Velferdsteknologiprogrammet foreslås på kort sikt gjennomført som en del av arbeidet med Omsorgsplan 2015. Til utarbeidelse av selve planen og styrking av Helsedirektoratets og fylkesmannsembetenes kompetanse på velferdsteknologi må det derfor beregnes årlige kostnader på om lag 10 – 15 mill kr.

I programmet ligger det forslag som innebærer styrking av omsorgssektorens kompetanse gjennom opplæringsvirksomhet, fordobling av antall ergoterapeutstillinger og styrking av teknisk kompetanse i omsorgssektoren. Dette forutsettes først og fremst dekket som en del av de 12.000 nye årsverk regjeringen har lagt til grunn for perioden fram mot 2015. Internopplæring av kommunalt ansatte er først og fremst en kommunal oppgave, men det foreslås at Helsedirektoratet

utarbeider kurspakker og læremidler finansiert gjennom en styrking av Kompetanseløftet 2015.

Når det gjelder kravet om at alle nye sykehjem og omsorgsboliger med tilskudd fra Husbanken skal være tilrettelagt for «smarthusteknologi», legger en til grunn at forholdsvis beskjedne ekstrakostnadene til det dekkes opp innenfor den veksten i statlig finansieringsandel som nylig er vedtatt for investeringstilskuddet gjennom Omsorgsplan 2015.

10.2.2 Eksisterende boliger og nye boligkonsept

For de nærmeste 10 årene foreslår utvalget å flytte fokus fra nybygg til å konsentrere oppmerksomheten om fornyelse og tilpasning av eksisterende boliger og omgivelser. Dette gjelder både folks egne boliger og institusjoner og boliger til omsorgsformål.

Dette innebærer i sin konsekvens at utvalget vil dreie Husbankens økonomiske virkemidler fra nybygg til i større grad å stimulere til tilpasning og utbedring av eksisterende boliger og omgivelser.

Utvalget foreslår en rådgivningstjeneste etter modell fra «Prosjekt boligtilpasning» som ble til i et samarbeid mellom Husbankens regionkontor, Hjelpemiddelsentralen og kommuner i Hordaland og Sør-Trøndelag. Rådgivningstjenesten tenkes gjort tilgjengelig for alle. Videre foreslås et klassifiseringssystem som dokumenterer og sertifiserer boligene etter 3 standarder (universell utforming, livsløpsstandard/seniorbolig, brukbar bolig). Ordningene er ment både å legge til rette for og gi insitamenter til at folk selv går i gang og tar ansvar for tilpasning av egen bolig. I hovedsak må de finansiære ombyggingen selv, men vil kunne ta gevinst ut i form av verdiøkning for dokumentert standard. En dreining av tilskuddsordningene i Husbanken i retning tilpasning og utbedring av egen bolig, forventes også å kunne gi betydelig stimulerings effekt, ikke minst i forhold til oppgradering av egen bolig til seniorbolig.

Statskonsults evaluering av «Prosjekt boligtilpasning» (Statskonsult 2006) konkluderte i sin kost/nytteanalyse med at tilrettelegging av boliger gjennom bygningsmessige endringer framstår som den mest kostnadseffektive løsningen, sammenlignet med installering av hjelpemidler. De viser til at kun sju prosent av boligmassen tilfredsstillt kravene til universell utforming og at

«Samfunnet kunne sannsynligvis spart store summer dersom denne andelen var høyere, dvs. at det ble stilt strengere krav både i forbin-

delse med planlegging og prosjektering av nye bygg og ved ombygging av boliger som i utgangspunktet tilsvarer kravene til universell utforming.»

Oppbygging av en rådgivningstjeneste og en godkjenningssystem vil kreve noe personellmessig og kompetansemessig styrking, som anslås til 1-2 årsverk pr fylke eller til sammen 30 årsverk fordelt på Husbankens regionkontor og NAV hjelpemidler i samarbeid med kommunene.

Når det gjelder boliger og institusjonsbygg til omsorgsformål, ble halvparten av denne bygningsmassen renoverert eller nybygd under Handlingsplan for eldreomsorgen fra 1997 til 2007. Det betyr at den andre halvparten, om lag 45.000 institusjonsplasser og boliger ikke har vært gjenstand for oppgradering. Dette er bygningsmasse med intensiv bruk som vanligvis krever full renovering eller utskifting etter 25-30 år. Utvalget regner med at dette behovet melder seg med økt styrke de nærmeste årene, og anbefaler at ombygging og utskifting gjøres før den sterke veksten i tallet på eldre fram mot 2030. Investeringskostnadene til dette vil totalt kunne utgjøre anslagsvis 60-90 milliarder kroner.

Ettersom investeringene i en sykehjemsplass i dag bare tilsvarer driftskostnadene til den samme sykehjemsplassen i 2-3 år, er det av stor betydning at bygningene og omgivelsene fungerer optimalt og gir hensiktsmessige løsninger både for de som skal bo og de som skal arbeide der.

Gjort på riktig måte vil slike investeringer kunne tas inn på driften, slik en fersk rapport om kostnader ved ulike bo- og omsorgstilbud viser:

«Boligtiltak som gjør brukerne mer selvhjulpne vil kunne ha høy samfunnsøkonomisk lønnsomhet selv om de medfører betydelige økninger i byggekostnadene. Et boligtiltak som kan bidra til å redusere antall årsverk per bruker med 0,1 per år (om lag 10 prosent) vil kunne forsvare en økning i byggekostnader per bruker med 1,2 millioner kroner (Borge og Nyhus 2010).

Utvalgets forslag til nye boligkonsept bygger på en erkjennelse av at «smått er godt» for de som skal bo. Erfaringer tyder også på at små avdelinger og bofellesskap ikke trenger å være dyrere å drive enn store institusjoner (Høyland 2003), og at kommuner som driver mer bolig- og hjemmebasert, kommer økonomisk sett bedre ut enn de institusjonstunge kommunene (Borge og Haraldsvik 2005).

10.2.3 Den andre store samhandlingsreformen

Alle utvalgets forslag innebærer andre måter å mobilisere og utnytte ressursene i omsorgsfeltet på, gjennom andre arbeids- og organisasjonsformer, et utvidet samspill med sivilsamfunn, større rom for brukerstyring, samvirkeløsninger og ideelle virksomheter og lettere vilkår for familie som påtar seg krevende omsorgsoppgaver og andre arbeidsformer.

Når det gjelder utvalgets forslag til en ny pårørendepolitikk, må den ses som bakgrunn for og i sammenheng med Kaasa-utvalget, som for tida utreder framtidens omsorgslønsordning og ser på viktige økonomiske sider av saken. Samlet bør begge utvalgsinnstillinger kunne danne grunnlaget for utformingen av en moderne pårørendepolitikk.

Forslag om lærings- og mestringssentra i alle kommuner og større faglig bredde med sterkere satsing på bl a nettverksarbeid, kulturtiltak, rehabilitering, avlastning og egenmestring, innebærer en mer målrettet omstilling innenfor rammen av de nye 12.000 årsverk regjeringen har satt seg som mål å bygge ut omsorgssektoren med fram mot 2015. En endret retning på ressursinnsatsen vil etter utvalgets oppfatning innebære en bedre utnyttelse av ressursene, med langsiktige positive effekter.

10.2.4 «INN»-ordningen

Det er satt av 18 mill kr over 3 år som statlig tilskudd til «Inn på tunet». I 2010 var det 25 prosjekter i 37 kommuner som ble tildelt midler, mens det var 137 kommuner som hadde søkt på ordningen. Dersom ordningen utvides til andre næringer og virksomheter med samme tilskuddsandel på 50 %, må ordningen også utvides betydelig økonomisk, og flere departement trekkes inn. Utvalget foreslår at ordningen utvides med 50 mill. kr, i samarbeid mellom aktuelle departement.

10.2.5 Eksportstiftelsen NORCARE

Med bakgrunn i budsjett-tall for den svenske stiftelsen SWECARE, vil en tilsvarende norsk stiftelse fullt utbygd måtte ha et driftsbudsjett på om lag 8-10 mill kr pr år, hvorav en del etter hvert kan dekkes inn gjennom medlemsbedrifter og aktiviteter. Det statlige bidraget anslås på den bakgrunn til 4 mill kr.

Referanser

- Andreassen, Tor W., Olsen, Line Lervik og Calabretta, Giulia (2010): Elektroniske offentlige tjenester. Tidsskriftet MAGMA nr 6/2010.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2011): Omfang av innkjøp av hjelpemidler som kan defineres som velferdsteknologi. Notat til sekretariatet for Hagen-utvalget 18.02.11.
- Bakke, Toril; Holte, Hilde H. og Kirkehei, Ingvild (2010): Kartlegging av nye eier- og driftsformer i omsorgssektoren basert på samvirke, brukerstyring og kooperasjon. Notat fra Kunnskapssenteret 2010: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009): Norge universelt utformet 2025. Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013.
- Barstad, Anders (2000): Hvem er de ensomme og isolerte? Tidsskrift for velferdsforskning, 4/2000.
- Barstad, Anders (2009): Gode venner – sjeldne fugler? Samfunnsspeilet nr. 1/09.
- Barstad, Steinar (2006): SENIORLAND – Omsorgsscenarioer for de nye gamle. Hovedfagsoppgave i samfunnsplanlegging. Høgskolen i Lillehammer/Universitetet i Tromsø.
- Barstad, Steinar (2007): Fra gentrifisering til gerontofisering. Artikkel i Aldring og Livsløp nr 4/2007.
- Bason, Christian; Knudson, Sune og toft, Søren (2009): Sæt borgeren i spil Gyldendal Public.
- Batt-Rawden, Kari B. og Solheim Liv J. (2011): Sosiale årsaker til sykefravær. ØF-rapport 03/2011. Østlandsforskning, Lillehammer.
- Bogason, Peter (red) (2000): Public policy and local Governance. Institutions in Postmodern Society. Edward Elgard Publishing, UK .
- Borge, Lars Erik og Haraldsvik, Marianne (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning, Trondheim.
- Borge, Lars Erik og Nyhus, Ole Henning (2010): Alternative boformer for eldre. Kostnadsberegning av ulike bo og omsorgstilbud for eldre. SØF-rapport.
- Bogen, Hanne og Høyland, Karin (2006): Egen bolig – også når helse svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrequende eldre. SINTEF byggforsk, Trondheim.
- Bowes, A., og McColgan, G. (2009): Implementing telecare for people with dementia: Supporting ageing in place in West Lothian, Scotland. Journal of Care Services Management, januar 2009, Volume 3 No 3, s. 227-243.
- Brandt, Åse (1999): Ældres udedørs mobilitet. Master of Public Health, Århus Universitet, Danmark.
- Breen, Tor; Løvik, Arild og Moe, Geir (2008): Samvirke innen offentlige tjenester. Pleie og omsorg. Det Kgl. Selskap for Norges Vel, FoU-prosjekt nr 074024.
- Brevik, Ivar (2010): De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2.
- Brevik, Ivar (2011): Boliger og institusjoner i pleie- og omsorgstjenestene de 40 siste åra. Historisk utvikling og sammenheng. NIBR-notat 2011.
- Brevik, I. og Høyland, K. (2007): Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen, NIBR, Oslo.
- Brevik, Ivar og Schmidt, Lene (2005): Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17.
- Christensen, Karen og Næss, Sturle (1999): Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene, Senter for samfunnsforskning (SEFOS).
- Christensen, Karen og Syltevik, Liv Johanne (red) (1999): Omsorgens forvitring? Antologi om utfordringer i velferdsstaten. Fagbokforlaget, Bergen.
- Commision for the Compact (2009): The Compact on relations between Government and Third Sector in England. Birmingham. Se <http://www.thecompact.org.uk/>
- Copenhagen co'creation (2009): Designing for change. Manifesto 09. Se <http://copenhagen-cocreation.com/>
- Cottam, Hilary og Leadbeater, Charles (2004): Health – Co-creating services. RED Paper 01.

- Design Council, Kent. Se <http://www.design-council.info/RED/>
- Dahm K.T., Landmark B.F. og Reinart L.M. (2009): Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester. Rapport nr 13-2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, Oslo.
- Dale, B., Dale, J.G., Fensli, M.M.F. og Fensli, R. (2010): «Omsorg og teknologi. I dag og i morgen». I Andersen, A.J.W. m.fl. (red) «Utdanning til omsorg», Gyldendal Akademisk.
- Damvad (2010): Velfærdsteknologi og service. Faktarapport utarbeidet for Region Syddanmark og Odense kommune.
- Datatilsynet (2011): Brev til Hagen-utvalget datert 9. mai 2011.
- Demeris, G., Oliver, D.P., Dickey, G., Skubic, M. og Rantz, M. (2008): Findings from a participatory evaluation of a smart home application for older adults. *Technology and Health Care* 16: s.111-118).
- Det Etske Råd (2009): Udtalelse om sociale robotter. Se www.homoartefakt.dk
- Devoteam daVinci (2011): Felles IKT-utvikling i kommunal sektor. utfordringer og muligheter med IKT-styring og IKT-samarbeid.
- Difi (2010): Statlig styring av kommunene. Om utviklingen i bruken av juridiske virkemidler på tre sektorer – Dift rapport 2010:4.
- Digmann, Annemette (2010): Danmarks mest innovative kommune – er en kommune der gjennomfører radikal innovation på velfærdsområdene. *Innovation & Forskning*, Region Midtjylland, Viborg.
- Disch, Per Gunnar og Vetvik, Einar (2009): Framtidens omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Rapport nr 1/2009. Senter for Omsorgsforskning Sør.
- Døhl, Øystein (2011): Data fra undersøkelse i Trondheim kommune, Mandagmorgen nr 14/2011.
- Daatland, Svein Olav (1994): Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester. Rapport nr 1/1994. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.
- Daatland, Svein Olav; Nordhus, Inger Hilde; Romøren, Tor Inge og Sletvold, Olav (2000): Status og framtid for norsk aldersforskning, Oslo.
- Daatland, Svein Olav og Solem, Per Erik (2000): Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget, Bergen.
- Eide, Tom og Aadland, Einar (2008): Etikkhåndboka – for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommuneforlaget, Oslo.
- Ellefsen, B. (1991): Omsorgstjenesteforskning – en veiviser? Norges råd for anvendt samfunnsforskning, Oslo.
- Engedal, Knut og Wyller, Torgeir Bruun (red) (2003): Aldring og hjernesykdommer. Akribe forlag, Oslo.
- Erhvervs- og Byggestyrelsen og Realdania (2010): Modelprogram for plejeboliger. Se <http://www.ebst.dk/>
- ESA (2010): Efta Surveillance Authority decision of 21 June 2010. Dec. No.: 248110ICOL. Se <http://www.eftasurv.int/press-publications/press-releases/internal-market/nr/1265>
- Esping-Andersen, Gösta (red) (2002): Why we need a New Welfare State. Oxford University Press.
- Eurostat (2007): Internet usage in 23/2007. Households and Individuals.
- Evjemo, Bente; Stenvold, Lilly Ann og Rinde, Eivind (2010): Sensorbaserte hjelpemidler i hjemmetjenesten. Erfaringer fra 5 sørlandskommuner. Telenor Rapport 14/2010.
- Follesø, K. (2010). Når det kognitive svikter. Bro-sjyren «Når det kognitive svikter – Usynlig, undervurdert», 6-13.
- Frankelius, Per og Utbult, Mats (2009): Den innovative kommune - lærdomar från åtta kommuner och relevant forskning. Sveriges kommuner och Landsting.
- Frivilligrådet (2010): Et stærkt velfærdssamfund skal skabes sammen med borgerne! Reformoplæg fra Frivilligrådet i Danmark.
- Frønes, I., Heggen, K. og Myklebust, J.O., (1997): Livsløp, Oppvekst, generasjon og sosial endring, Universitetsforlaget, Oslo.
- Førde, Reidun m fl (2006): Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2006: 126: 1913-6.
- Gabrielsen, Bjørn m fl (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Rapport 50/2010, Statistisk Sentralbyrå.
- Gautun, Heidi (1999): Eldreomsorg. Endringer i familieomsorgen til eldre? Faforapport 298, Forskningsstiftelsen Fafos, Oslo.
- Gautun, Heidi (2003): Økt individualisering og omsorgsrelasjoner I familien. Faforapport 420. Forskningsstiftelsen Fafos, Oslo.
- Gautun, Heidi (2008): Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma. Faforapport 2008:40. Oslo.
- Gautun, Heidi og Kåre Hagen (2010): How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? Artikkel i tidsskrift

- tet Community, Work & Family, Volume 13, Issue 4, november 2010.
- Gjeldsvik, Martin (2007): Innovasjonsledelse. Fagbokforlaget.
- Gulbrandsen, Ole (1999): Fremdeles få boliger egnet for bevegelseshemmede. Samfunnsspeilet nr 2/1999, Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Gulbrandsen, Trygve og Ødegård, Guro (2011): Frivillige organisasjoner i en ny tid – utfordringer og endringsprosesser, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Rapport 2011:1.
- Guttu, Tor (red) (1993): Norsk illustrert ordbok. Kunnskapsforlaget, Oslo.
- Hagen, Kåre (1999): Linjer i velferdsstatsforskningen. Tidsskrift for samfunnsforskning.
- Hagestad, Gunhild O (2003): Aldring. Artikkel i Frønes og Brusdal. Det Norske Samfunn. Gyldendal, Oslo
- Hansen, Thorbjørn (2007): Bolignormer, helse og velferd. Drøfting av bolignormer, deres grunnlag og rolle i boligpolitikk og planlegging. SINTEF Byggforsk, Trondheim.
- Hartvigsen, Gunnar (2003): Mitt hjem er mitt hospital. Pasienttilpasset telebasert tilsyn og telemedisinske løsninger i hjemmet. NST-rapport14-2003. Norwegian Centre for Telemedicine, Tromsø.
- Hauge, Solveig (2004): Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Doktoravhandling ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Heap, Ken (1998): Gruppemetode for sosial – og helsearbeidere. Universitetsforlaget, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Demensplan 2015. «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015.
- Helsedirektoratet (2004): Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201.
- Helsedirektoratet (2010a): Hva kan offentlig statistikk si oss om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten? Rapport IS-1863.
- Helsedirektoratet (2010b): Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing. Overordnet Strategi 2011-2015.
- Helsedirektoratet (2011): Rapport og forskningskatalogen 2010. En katalog om ny kunnskap innenfor omsorgsfeltet.
- Helset, Anne; Lauvli, Marit og Sandlie, Hans Chr. (2004): Norske pensjonister og norske kommuner i Spania. NOVA-rapport 3/04. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Helsetilsynet (2003): Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003.
- Helsetilsynet (2005): «Pleie- og omsorgstjenester på strekk – sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004», 2005/1012.
- Helsetilsynet (2011): Krevende oppgaver med svak styring. Rapport nr 5/2011.
- Hochschild, Arlie R. (2001): Globale omsorgskjeder. Tidsskrift for kjønnsforskning nr 2 2001,Oslo.
- Hoen, Hallvard og Tangen, Une (2011): Velferdsteknologiundersøkelse. KS Innovasjon og utvikling, Oslo.
- Hofmann, Bjørn (2010): Etske utfordringer med velferdsteknologi. Notat. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, Oslo.
- Hulgård, L., & Andersen, L. L. (2009). Sosialt entreprenørskap i tal og tale – Danmark anno 2009. I Andersen, L. L., Bager T. og Hulgård L. (Eds.). Sosialt Entreprenørskap – GEM-antologi 2009, s. 95-104. Syddansk Universitetsforlag, Odense.
- Holte H.H., Kirkehei I. og Vist, G.E. (2010): Omsorgsforskning i Norge. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Høyland, Karin (2001): Ny sykehjemsmode, et bedre tilbud. Erfaringer fra tre nye sykehjem. SINTEF Bygg og miljø, Arkitektur og byggteknikk. Trondheim.
- Høyland, Karin (2003): Ny sykehjemsmode gir «smådriftsfordeler». Nordisk Sosialt Arbeid 1/2003.
- Ibsen, Rikke og Kjellberg, Jakob (2010): Økonomisk evaluering af «Længst Muligt i Eget Liv» i Fredericia Kommune. ITracks i samarbeid med Dansk Sundhedsinstitut, København.
- IDA (2010): Faktaark om IDA og Velfærdsteknologi. København: Ingeniørforeningen IDA.
- Ingstad, Eline S. Lorentzen (2010): Notat om Sosialt Entreprenørskap. PhD Kandidat ved Senter for Entreprenørskap UiO.
- Innovasjonsraadet.dk (2009): Innovasjonsrådets årsberetning 2008-2009, Maj 2009, Danmark.
- Isaksen, Lise Widding (2001): «Kommer din praktikant også fra Litauen?» Om nye løsninger på gamle problemer. Tidsskrift for kjønnsforskning nr 2/2001, Oslo.
- Isaksen, Lise Widding (2005): «Kjønn og globalisering: Omsorg over grenser». Arbeidsnotat 1/2005. Publisert på nettstedet Kilden. Norges Forskningsråd.

- Jensen, Karen (red) m fl (1990): *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal 1990, Oslo.
- Jensen, Kirsten E., Jensen, Jens P., Digmann, Annemette og Bendix, Henrik W. (2008): *Prinsipper for offentlig innovasjon. Fra best practice til next practice*. Børsen Forlag.
- Johansen, Vegard; Askheim, Ole Petter; Andersen, Jan og Guldvik, Ingrid (2010): *Stabilitet og endring – Utviklingen av brukerstyrt personlig assistanse*. Rapport 16/2010. Østlandsforskning.
- Jaastad, Lise (2011): *Kulturdeltakelse og helse. Den kulturelle spaserstokken, arena for kulturell deltakelse for seniorer i Trondheim kommune*. Evalueringsrapport. Senter for helsefremmende forskning, HIST/NTNU, Trondheim.
- Keilman, Nico (2010): *Mindre behov for pleiehjem*. Artikkel i Apollon. Se http://www.apollon.uio.no/vis/art/2010_1/artikler/pleiehjem
- Kirkeby, Willy A. (2001): *Engelsk ordbok*. Forlaget eBok AS/De norske Bokklubbene, Oslo.
- Kjekshus, Lars Erik og Lian, Olaug (2009): *Rapport fra nettverksmøter om norsk forskning på helse- og omsorgstjenester 2008/2009*. Norges Forskningsråd, Oslo.
- Kjølstad, M. K., Pettersen, S., og Tvette, P. W. (2009): *Kan fall og fallskader hos eldre forebygges?* Namsos: Eldrerådet Nord-Trøndelag og Midtre Namdal Region.
- KMD Analyse (2010): *Digitalisering af ældreplejen. Potensialer og holdninger*.
- KS (2008): *Sammen om det gode liv – en veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk*.
- KS og NHO (2009): *ARTE – arbeidskraft og teknologi*. Rapport fra forprosjekt.
- Kuhnle, Stein (2001): *Den skandinaviske velferdsstat i det globale konkurransesamfunn*. Artikkel i Bay, Hvinden og Koren: *Virker velferdsstaten*, Høgskoleforlaget.
- Kulturdepartementet (1999): *Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt?* Rapport från en arbetsgrupp inom Kulturdepartementet, Stockholm.
- Kulturministeriet (2000): *Charter for samspill mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige*, København.
- Laberg, Aspelund og Thygesen (2004): *Veileder om smarthusteknologi for kommunene*, HelseDirektoratet, Oslo.
- Landmark, B.F., Kirkehei, I., Brurberg, K.G., Reinart, L.M. (2009): *Botilbud til mennesker med demens*. Rapport nr 11–2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Langsether, Åsmund og Hellevik, Tale (2002): *Familienettverkets betydning i velferdsstaten*. Paper til den 21.nordiske sosiologikongress i Reykjavik. NOVA.
- Lauvli, M (1992): *Serviceboliger. Selvstendighet og trygghet under samme tak*. NGI-rapport 5/92. Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.
- Leininger Madeleine M. (1997): *Overview and Reflection of the Theory of Culture Care and the Ethnonursing Method*. *Journal of Transcultural Nursing*, 8:2, s. 32–52.
- Lingsom, Susan (1997): *The substitution Issue. Care politics and their consequences for family care*. NOVA-rapport 97:6.
- Lorentzen, Håkon (2010): *Frivillingsentralen mellom stat, kommune og sivilsamfunn*. ISF Rapport 2010:013, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69. (1999-07-16).
- Luanagh, C.O. og Lawlor, B.A. (2008): *Loneliness and the health of older people*, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23/2008.
- Malmedal, W. (1999): *Sykehjemmets skyggesider*. Kommuneforlaget, Oslo.
- Mandagmorgen (2010): *Kusk, Dorte*. Mandagmorgen nr 29/2010.
- Mandagmorgen (2010): *Norden kan bli stormakt på velferdsinnovasjon*. Mandagmorgen nr 30. november 2010.
- Mandagmorgen Danmark (2010): *Det teknologiske Sundhetspotentiale*. september 2010.
- Mandagmorgen Danmark (2010): *desember 2010*.
- Martinsen, Kari (2003): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Historisk-filosofiske essays. 2. utg. Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Mathisen, Thomas (1971): *«Det uferdige»*. Bidrag til politisk aksjonsteori. Pax forlag.
- Melander-Wikman, A., Jansson, M., Hallberg, J., Mörtberg, C. og Gard, G. (2007): *The Lighthouse Alarm and Locator trial – a pilot study*. *Technology and Health Care* 15, s. 203-212.
- Melander-Wikman, Anita (2007): *Safety vs. privacy: elderly persons' experiences of a mobile safety alarm*. I *Health & Social Care in the Community*, Volume 16, Issue 4, s. 337–346, July 2008.
- Meuter, M.L., Ostrom, Amy L. m fl. (2000): *«Self-Service Technologies: Understanding Customer Satisfaction with Technology-Based Service Encounters»*. *Journal of Marketing*, 64(3) s. 50–64.
- Murray, Robin m fl (2006): *Open Health*. RED Report 01. Design Council, Kent. Se <http://www.designcouncil.info/RED/>

- Møller, Kurt og Knudstrup, Mary-Ann (red) (2008): Trivsel i plejeboligen – en antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger. Syddansk Universitetsforlag.
- Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) (2011): Se <http://www.telemed.no/definisjon-av-telemedisin.43862-42656.html>
- NK LMS (2010): Om LMS. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Se <http://www.mestring.no/>
- Nordisk Ministerråd (2009): Innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet i Norden. Kartlegging og rapport fra nordisk arbeidsgruppe. TemaNord 2009:504, Danmark.
- Nordisk Ministerråd (2010): Fokus på velferdsteknologi. Nordens Velfærdscenter, desember 2010.
- Norsk Form (2010): Eldre i sentrum – bedre omsorgsboliger for de nye gamle.
- NOU 1992:1 Trygghet – verdighet – omsorg (Gjærevoll-utvalget).
- NOU 2001:22 Fra bruker til borger.
- NOU 2003:19 Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen.
- NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.
- NOU 2010:5 Aktiv deltagelse, likeverd og inkludering, et helhetlig hjelpemiddeltilbud.
- NS 11001-2 (2009): Norsk Standard NS 11001-2:2009, Universell utforming av byggverk, Del 2: Boliger.
- Nygård, Lars (2004): Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming. RO og SINTEF Helse, Trondheim.
- Næss Kate (1969): «Blindgjengere». Aschehougs forlag.
- Nøhr, Øyvind N (red) (1993): Gerontologisk oppslagsbok. Kommuneforlaget, Oslo.
- Pestoff, Victor og Brandsen, Taco (2009): Public governance and the third sector: Opportunities for co-production and innovation? Paper presented at the conference of the European Group of Public Administration, Malta 2009.
- Pew Research Senter (2009): Social Isolation and new technology. Undersøkelse i november 2009.
- Rambøll (2009): Kortlegning og måling af administrative opgaver – hjemmeplejeområdet, 2009, KMD analyse.
- RO (2004): Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren, rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Romøren, Tor Inge (2007): Kommunele hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg? Artikkel i Aldring og livsløp nr 1/2007.
- Romøren, Tor Inge (2008): Hva er omsorg, og hva er Omsorgsforskning? Aldring og Livsløp. Nr. 4 s. 8-12.
- Rosted, Jørgen (2005): Brugerdreven innovasjon – resultater og anbefalinger. Dansk Erhvervsråd.
- Ruth, Sabine (2005): Nytteverdien av skjermede enheter for demente. Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 9/2005.
- Ruud, Ina Kathrine (2010): Frivillighetsundersøkelse. KS Samfunnsutvikling.
- Røde Kors/Synnovate (2009): Annenhver nordmann frykter ensomhet. Se <http://www.rodekors.no/>
- Rønning, Rolf (2004): Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Rønning, Rolf (2009): Framtidas omsorg – noen scenarier. Artikkel i Aldring og Livsløp nr 2/2009, Oslo.
- Rønning, R. og Teigen, H. (2007): En innovativ forvaltning, Fagbokforlaget, Bergen.
- Rønning, Rolf; Schanke, Tuva og Johansen, Vegard (2009): Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen. ØF-rapport nr 11/2009. Østlandsforskning, Lillehammer.
- Schumacher E.F. (1973): Small is Beautiful. A study of economics as if people mattered. Svensk utgave med tittelen «Litet är vackert», Bokforlaget Prisma, Stockholm 1975.
- Seip, Anne-Lise (1994): Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-1975. Gyldendal, Oslo.
- Selbæk, Geir (2008): Psykososiale tiltak, pleiekultur og omgivelsenes betydning for å motvirke adferdsforandringer ved demens. Prøveforelesning 9. juni 2008 til doktorgrad. Det Medisinske Fakultet, UiO.
- SINTEF (2009): «Kartlegging av behov og muligheter for bruk av robot- og sensorteknologi i helse- og omsorgssektoren». SINTEF Rapport 2009.
- Sivesind, Karl Henrik (2007): Frivillig sektor i Norge 1997-2004. Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Sivesind, Karl Henrik (2008): Halveis til Soria Moria. Ikke-kommersielle velferdstjenester – politikkenes blinde flekk? Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Skadeforebyggende Forum (2011): Om fall og hoftelandsbrudd. Se <http://www.skafor.org/>

- no/hoved/forebygging/eldresikkerhet/eldresikkerhet-fakta/
- Skansgård, Bente: Independent Living-bevegelsens historie – i USA og Norge. Artikkel på <http://dahlesunivers.no/>
- Slagstad, Rune (1998): De Nasjonale Strategier. Pax forlag.
- Sletvold, Olav (2010): Innovativ geriatri, finnes den? Foredrag for Hagen-utvalget 19.02.2010, Trondheim. Se http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/fagnytt/vil_holde_eldre_p_beina-469014
- SSB (2008): Helse- og levekårsundersøkelsen.
- SSB (2011): Innovasjon i offentlig sektor. Nyskaping også i offentlig sektor. Pilotundersøkelse høsten 2010.
- SSB Statistisk Sentralbyrå og Forskningsinstituttet NOVA (2007): LOGG 2007: Studien av livsløp, generasjon og kjønn.
- St meld nr 7 (2008-2009): Et nyskapende og bærekraftig Norge. Nærings- og handelsdepartementet.
- St meld nr 25 (2005-2006): Mestring – muligheter – mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St meld nr 28 (1999-2000): Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000. Sosial- og helsedepartementet.
- St meld nr 31 (2001-2002): Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen, Helse- og omsorgsdepartementet.
- St meld nr 50 (1996-1997): Handlingsplan for eldreomsorgen, Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 48 (2007–2008): Et forsvar til vern om Norges sikkerhet, interesser og verdier.
- Statskonsult (2006): Evaluering av Prosjekt Boligtilpasning – om sikring av hensiktsmessige løsninger for personer med tilgjengelighetsproblemer i egen bolig. Rapport 2006:08.
- Storey, John og Salaman, Graeme (2005): Managers of innovation. Insights into Making Innovation Happen.
- Svenning, Aslaug S. (2010): Bevegelse fra hjertet – det som kommer fra hjertet går til hjertet. En kvalitativ studie av ansatte sine opplevelser med «Bevegelse fra hjertet» i bruk hos mennesker med demens på sykehjem. Master i Helsevitenskap, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.
- Synnes, Oddgeir (2006): Forteljing som identitet. Essay. Senter for Vitskapsteori, Universitetet i Bergen.
- Synnes, Oddgeir m fl (2003): Tonen og glaset. Pedagogisk arbeid med eldre og verbal kreativitet. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Szebehely, Martha (1996): Om omsorg og omsorgsforskning. Kap. 1 i omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. R. Eliasson (red.).
- Szebehely, Martha (2005) : Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt. TemaNord 2005:508.
- Sørbye, Liv Wergeland m fl (2004): Nordmenn i Spania. Pleie, rehabilitering og omsorg. Rapport nr 3/2004, Diakonhjemmets Høgskole, avdeling for Forskning og Utvikling, Oslo.
- Teigen, Håvard; Skjeggedal, Terje og Skåholt, Asgeir (2010): Kommunesektorens innovasjonsarbeid – ein analyse av verkemidlar og verkemiddelaktørar. ØF-rapport nr 11/2010 Østlandsforskning, Høgskolen i Lillehammer.
- Teknologirådet (2009a): Fra Rådet til tinget. Klar for eldrebølgen? Omsorgspolitik og ny teknologi.
- Teknologirådet (2009b): Fremtidens alderdom og ny teknologi. Rapport 1/2009.
- Teknologisk Institut Danmark (2010): Rapport om Robotteknologi i ældreplejen, et prosjekt under puljen til utvikling av bedre ældrepleje.
- The Scottish Government (2008): A new Philosophy of care. Reshaping care for older people – information booklet from The Scottish Government, Convention of Scottish Local Authorities and National Health Service.
- Thorsen, K., og Clausen, S-E. (2009): «Hvem er de ensomme?». Samfunnsspeilet, Nr. 1/2009.
- Thorsen, K. og Solem, P.E. (2005): «Vil ensomheten øke i årene fremover?», i Slagsvold, B. og Solem, P.E., (2005), Morgendagens eldre, NOVA-rapport 11/05, Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Thorslund, Mats og Parker, Marti (2005): Hur mår egentligen de äldre. Artikkel i Läkartidningen nr 43/2005.
- Thygesen, Hilde (2009): Technology and good dementia care: A study of technology and ethics in everyday care practice. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.
- Todd, C., og Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Online.
- Tornstam, L. (1988): Ensamhetens ansikten. En studie av ensamhetsopplevelser hos svenskar 18-80 år, Sosiologiska Institutionen, Universitetet i Uppsala.

- Tøssebro, Jan (2009): I Hjernen er alene. Institusjonalisering, kvalitet og relevans i norsk velferdsforskning. En innsiders skråblikk på funksjonshemming og velferdsforskning.
- Ulstein, Ingun (2010): Demens i familien. Se <http://www.napha.no/content/576/>
- Utbult, Mats (red); Klepke, Birgitta; Larsson, Ragnhild og Lundström, Ulla (2007): Måste innovationer vara av metall - Att tänka om och skapa nytt i kommuner, landsting och regioner. Sveriges kommuner og Landsting.
- Vaage, Odd Frank (2009): SSB Mediebruksundersøkelse 2009.
- Walker, Alan (1999): The principles and potential of active ageing. Report for The European Commission Conference on Active Ageing, Brussels 15-16 november, 1999. University of Sheffield, UK.
- Walker, Alan (2002): A strategy for active ageing. International Social Security Review Vol. 55, s.121-139.
- Westlund, Hans Red.(2001): Social Ekonomi i Sverige. Fritzes, Stockholm.
- Wiegaard, Advokatfirmaet (2010): Grunnlagsnotat til nasjonal veileder i bruk av varslings- og lokaliseringhjelpemidler overfor personer med kognitiv svikt. Notat til Helsedirektoratet.
- Wikström, Berith (2000): Social ekonomi skapar välfärd, demokrati och tillväxt Socialekonomi. Tidskrift för forskning och kooperativ utveckling. Nr 1, mars 2000.
- Wollebæk, Dag & Selle, Per (2002): Det nye organisasjonssamfunnet. Demokrati i omforming. Fagbokforlaget, Bergen.
- Wærness, Kari (2009): Intervju. www.forskningsradet.no/publikasjoner/vis.html
- Wågø, S., og Høyland, K. (2009): Bokkvalitet og hverdagsliv for eldre. En evaluering av ulike boligkonsepter. Prosjektrapport 39-2009, SINTEF Byggforsk.
- WAAAM (2011): What is Anti-Ageing Medicine? The American Academy of Anti-Ageing Medicine (A4M). Se www.worldhealth.net/ og www.waaam.org/
- Yeates, Nicola (2005): Global care chains: a critical introduction. Global Migration Perspectives Nr 44/2005. Global Commission on International Migration, Geneva.
- Ytrehus, S. og Fyhn, A.B. (2006): Bufast, Bjørvika eller Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år. Fafo-rapport 511.
- ÆldreSagen (2001): Nye Tider – Nye Ældre. Ældresagens Fremtidsstudie. København.
- Øderud Tone; Rolfsen, Marianne og Valdernesnes, Anders Kjeseth (2011): Rapport forprosjekt: Demens – sosial kontakt og kommunikasjon. SINTEF teknologi og samfunn og live|work .
- Øhrstrøm, Peter (2010): Ethiske overvejelser og dilemmaer ved bruk af velfærdsteknologi i den kommunale social- og sundhedssektor. Artikkel i publikasjonen «Velfærdsteknologi – nye hjelpemidler i ældreplejen» utgitt av Ældreforum oktober 2010.
- Överenskommelsens kansli (2009): Överenskommelsen mellan regjeringe, Ideburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm.
- Åhlander, Ann-Mari Sätre (2003): Är välfärdstakterna Sverige och Norge på väg åt olika håll? Om den nationella politikens roll i glesbygdens utvecklingsprocesser, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- AALIANCE. (2009): Ambient Assisted Living Roadmap. Berlin: VDI/VDE-IT AALIANCE Office.
- Aanesen, M., Lotherington, A.T., Olsen, F., Devold, R., Brevik, E. (2009): Ny teknologi i pleie og omsorg: En kost-nytteanalyse av smarthusteknologi og videokonsultasjoner. Rapport 5/2009 Norut Tromsø AS, Rune Devold AS og Nasjonalt Senter for Telemedisin, Tromsø.

Vedlegg 1

Foredrag

Til utvalgsmøtene som ble avholdt i 2010, i fasen for kunnskapsinnhenting og systematisering, ble ulike foredragsholdere invitert til å holde innlegg om aktuelle tema:

Forsker ved SINTEF Byggforsk, Karin Høyland: «Hva kan omgivelser gjøre?»

Kommunaldirektør i Trondheim kommune, Helge Garåsen: «Trondheim – en nyskapende omsorgskommune»

Professor i geriatri ved St. Olavs Hospital, Olav Sletvold: «Innovativ geriatri, finnes den?»

Professor i medisin ved NTNU, Jan Hoff: «Trening som forebygging og behandling av livsstilsykdommer»

Seniorrådgiver i HOD, Siv Svardal: «I kjølvannet av Hjelpemiddelutvalget»

Forsker ved FAFO, Heidi Gautun: «Et intergenerasjonelt perspektiv på omsorg»

Forskningsleder i SSB, Erling Holmøy: «Kan behovet for helse- og omsorgstjenster dekkes? Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenster mot 2050»

Seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Hilde H. Holte: «Omsorgsforskning i Norge»

Professor ved UIO, Nico Keilmann: «Framtidens befolkning og husholdninger»

Prosjektleder i Teknologirådet, Åse Kari Haugeto: «Framtidas omsorgspolitik og ny teknologi»

Sjefanalytiker i Abelia, Rune Foshaug: «En kartlegging foretatt av Abelia»

Secretary General i Norsk Teknologi, Erik Pilgaard: «Trygghetsskapende teknologi – viktig del av fremtidens omsorgsløsning»

Produktansvarlig i Ikks, Per Gammelsæther: «Hvor ligger potensialet for målrettet teknologisk innovasjonsarbeid i helse- og sosialtjenesten?»

Forsker ved NIBR, Ivar Brevik: «De kommunale omsorgstjenestene 1989–2009»

Daglig leder i USBL Horten, Rolf Mikaelen: «Bygging av tilrettelagte boliger – Om samarbeidet mellom boligbyggelaget og Horten kommune»

Prosjektleder ved Papirbredden Innovasjon, Hilde Holm: «Boligprosjekt; Intelligente helse- og omsorgstjenester»

Forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Bjørn Hofmann:

«Ethiske utfordringer med velferdsteknologi»

Leder av Statens Seniorråd, Ivar Leveraas: «Presentasjon av NBBLs Framtidsprosjekt 2030 – lengst mulig i eget hjem»

Seniorrådgiver i Norsk Form, Annichen Hauan: «Eldre i sentrum – Sju gode råd»

Rådgiver i Datatilsynet, Camilla Nervik: «Velferdsteknologi og personvern»

Spesialkonsulent i KS Hallvard Hoen: «Presentasjon av fersk undersøkelse om bruk av velferdsteknologi i kommunene»

Vedlegg 2

Brev fra Datatilsynet av 9. mai 2011 til Hagen-utvalget

Velferdsteknologi og personvern – Innovasjon og omsorg – Helse- og omsorgsdepartementet

Datatilsynet viser til henvendelse av 3. februar 2011, hvor Hagen-utvalget har bedt om tilsynets vurdering av dagens tilstand og utfordringer ved bruk av velferdsteknologi til privat bruk og innen offentlig pleie- og omsorg.

Private formål

Datatilsynets tilsynskompetanse er avgrenset mot behandling av personopplysninger til rent personlige eller private formål, jf personopplysningsloven § 3 annet ledd. Helseregisterlovens anvendelsesområde er som kjent begrenset til behandling av personopplysninger som skjer i helseforvaltningen eller helsetjenesten.

Bruk av omsorgsteknologi til rent private formål, for eksempel etter ønske mellom ektefeller, faller dermed utenfor Datatilsynets tilsynskompetanse.

Datatilsynet har imidlertid også en ombudsrolle knyttet til personvern, og gir på denne bakgrunn uttalelser og rådgivning også dersom formålet er knyttet til rent private og personlige forhold.

Generelt har Datatilsynet få innvendinger mot bruk av velferdsteknologi i sistnevnte tilfelle. Tilsynet har sett mange gode eksempler på at bruk av slik teknologi har ført til bedre livssituasjoner for mange. Det er imidlertid grunn til å presisere at teknologien må brukes på en slik måte at den ikke kommer i konflikt med den enkeltes personlige integritet. En absolutt yttergrense er bruk av teknologi på en slik måte at det kan medføre strafferettslig ansvar.

Datatilsynet har i det følgende fokusert på velferdsteknologi innen offentlig omsorg.

Datatilsynets høringsuttalelse av 29. august 2002

Datatilsynet kom i 2002 med følgende høringsuttalelse:

atferdsmønster gjennom smarthusteknologi i

«Datatilsynet er generelt negative til at elektroniske hjelpemidler, av økonomiske hensyn, benyttes for å erstatte menneskelig kontakt, særlig i pleie- og omsorgssektoren».¹

Det går frem av Hagen-utvalgets henvendelse at norske kommuner og helsemyndigheter har lagt og fortsatt legger dette utsagnet til grunn som Datatilsynets generelle vurdering av bruk av velferdsteknologi.

Datatilsynet vil med dette presisere at tilsynet på ingen måte er negativt til bruk av velferdsteknologi. Med formuleringen «...for å erstatte...» siktet tilsynet til at teknologi sjeldent er egnet til fullt ut å dekke det helhetlige pleiebehovet som kan foreligge innen sektoren. Velferdsteknologi kan supplere foreliggende tilbud og i mange tilfeller gi pasienten eller brukeren pleie- og omsorgstjenester en betydelig merverdi.

I tilfeller hvor hensynet til personvernet må avveies mot andre hensyn, for eksempel ved bruk av velferdsteknologi, vil økonomiske hensyn alene sjelden være en tilfredsstillende grunn til at hensynet til den enkeltes personvern må vike.

Økt bruk av velferdsteknologi vil kunne få konsekvenser for personvernet. Dette innebærer imidlertid ikke at teknologien ikke skal tas i bruk, men at fordelene må avveies mot utfordringene skapes i forhold til personvernet. Dagens og fremtidens velferdsteknologi er mangefasettet, og de forskjellige løsningene har varierende grad av personvernkonsekvenser. Enkelte av løsningene vil ikke medføre noen behandling av personopplysninger, mens andre, for eksempel sporingsteknologi innen demensomsorgen, har åpenbare personvernmessige konsekvenser.

Mange av løsningene Datatilsynet ser i dag, innebærer en form for overvåking av enkeltpersoner. Det kan for eksempel være lagring av bevegelsesmønster gjennom GPS-sporing, helseovervåking gjennom kroppssensorer og overvåking av

¹ Høring: Lov om rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demensform av kamera eller bevegelsessensorer.

Datatilsynet er enig i at teknologien gir nye muligheter innen helse- og omsorg, og at den i stor grad bidrar til økt frihet og trygghet for den enkelte. Samtidig fremhever Datatilsynet at velferdsteknologi har potensialet i seg til å kunne medføre inngrep i den enkeltes rett til personvern og privatliv. Det er derfor avgjørende at slike hjelpemidler benyttes i samsvar med rettsregler som skal beskytte grunnleggende rettigheter enkeltmennesket har.

Dagens rettslige situasjon

Helsedirektoratet bestilte i forbindelse med utarbeidelsen av «Nasjonal veileder i bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler overfor personer med kognitiv svikt» en utredning av dagens rettslige regulering av bruk av slik teknologi.

Konklusjonen i notatet er at bruk av slike hjelpemidler vil kreve enten samtykke fra brukeren eller hjemmel i lov, og at slik hjemmel ikke foreligger i dag. Det vil derfor kun være tillatt å bruke *sporingsteknologi* overfor personer som samtykker til dette.

Uten samtykke kan ikke teknologien benyttes med mindre det foreligger lovhjemmel for dette. I tilfeller hvor brukerne i tillegg motsetter seg å bruke teknologien, vil det være særlig viktig at en eventuell tvungen bruk er lovregulert gjennom klare lovhjemler.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A gir for eksempel hjemler for å benytte tvang overfor personer uten samtykkekompetanse dersom de motsetter seg helsehjelp mv.

I forarbeidene til kapittel 4A i pasientrettighetsloven² går det klart frem at observasjon og overvåking som innebærer at bilde eller lyd blir registrert slik at det er mulig å konstatere hvor en person til enhver tid er, ikke er tiltak som er hjemlet i loven. Begrunnelsen for at dette ikke ble omfattet av loven, var at Helse- og omsorgsdepartementet anser faren for misbruk for stor, og at slike virkemidler reiser særlige spørsmål vedrørende personvern.

I tilfeller hvor pasienten eller brukeren selv samtykker til bruk av velferdsteknologi, foreligger det ingen rettslige hinder for å ta i bruk dette.

Samtykke kan være vanskelig i forhold til mange av de personene det er aktuelt å benytte velferdsteknologi overfor, ettersom de kan ha redusert eller manglende samtykkekompetanse. Videre kan brukernes evne til å samtykke variere over tid og ut i fra dagsform. Vurderingen av ved-

kommendes samtykkekompetanse må vurderes konkret.

Helsedirektoratet påpeker i sin utredning behovet for en lovregulering av dette området.

Datatilsynet støtter at det foreligger et slikt behov, og viser til at andre land har lovregulert bruk av sporingshjelpemidler. Eksempelvis har Danmark i Lov om Social Service § 125 gitt hjemmel til bruk av slike virkemidler når nærmere angitte vilkår er oppfylt.

Forholdet til personvernregelverket

Den primære forutsetningen for «lovlig» bruk av velferdsteknologi er at dette skjer i samsvar med gyldig rettslig grunnlag i form av samtykke eller lovhjemmel.

I tillegg må bestemmelsene i personvernregelverket være oppfylt. Både personopplysningsloven og helseregisterloven vil være aktuelle. Personopplysningsloven gjelder behandling av personopplysninger, mens helseregisterloven omfatter behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen eller helsetjenesten. Personopplysningsforskriften gir utfyllende bestemmelser.

Datatilsynet vil i det følgende gå gjennom utvalgte bestemmelser som har betydning for bruk av velferdsteknologi. For enkelthets skyld vil det primært henvises til bestemmelsene i personopplysningsloven.

Behandlingsgrunnlag

Personopplysningsloven § 11 oppstiller grunnkravet at personopplysninger ikke kan behandles uten at dette er tillatt etter lovens § 8 og i tillegg § 9 dersom det gjelder sensitive opplysninger. Paragrafene 8 og 9 oppstiller alternative behandlingsgrunnlag i form av samtykke, lovhjemmel eller at det er nødvendig for å oppnå nærmere angitte formål.

Det prinsipielle utgangspunktet er at det skal innhentes samtykke fra brukeren i de tilfellene det er mulig. Personvernet anses i stor grad ivare tatt ved at den det behandles opplysninger om har hatt mulighet til å velge dette selv. Datatilsynet ser også at en stor del av dagens velferdsteknologi forutsetter aktivitet fra brukeren, og det er derfor naturlig at samtykke innhentes.

For de skjønnmessige behandlingsgrunnlagene som oppstilles i § 8 a – f og i § 9 c – h, kreves det at det foretas en helhetsvurdering av blant annet om behandlingen er nødvendig i forhold til konsekvensene behandlingen har for den enkelte personvern.

² Ot.prp. nr 64 (05-06) s 49

Datatilsynets oppfatning er at dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle hvor man ønsker å benytte velferdsteknologi. Generelt kan det sies at det for eksempel er vanskeligere å finne behandlingsgrunnlag i §§ 8 a-f og 9 c-h for teknologi som innebærer en stor grad av overvåkning. Tilsynet utelukker imidlertid ikke at gyldig behandlingsgrunnlag kan foreligge også i disse tilfellene. Lovens § 8 c og 9 c angir for eksempel at det kan behandles opplysninger dersom det er nødvendig for å beskytte en persons vitale interesser.

Datatilsynet vurderer det imidlertid slik at det ikke vil være holdbart å bygge opp en fast praksis ut i fra disse skjønnsmessige behandlingsgrunnlagene. Personvernkonsekvensen ved bruk av velferdsteknologi kan være store, og det vil innebære en for stor grad av usikkerhet og fare for misbruk ved å benytte denne kategorien av behandlingsgrunnlag. Datatilsynet ser derfor et klart behov for at bruk av slike virkemidler lovhjemles.

En tilfredsstillende lovregulering av bruk av velferdsteknologi i offentlig omsorg, vil være dekkende for at lovhjemmel som behandlingsansvar i personopplysningsloven §§ 8 og 9 anses oppfylt.

Krav til saklig begrunnet formål

Personopplysningsloven §§ 11 b og c stiller krav om at det må formuleres klare formål med behandlinger av personopplysninger, og at all behandling skjer i samsvar med disse formålene. Formålene må i tillegg være saklig begrunnet.

Av forarbeidene til personopplysningsloven³ fremgår det at det forut for behandlingen må fastsettes et formål som er tilstrekkelig konkret og avgrenset slik at det skaper åpenhet og klarhet om hva behandlingen skal tjene til. Dette krever et visst presisjonsnivå. Videre fremheves det at *«jo større fare behandlingen kan medføre for personvernet, desto viktigere er det at formålet er presist definert slik at den registrerte kan gjøre sine rettigheter gjeldende»*.

Opplysningene kan ikke benyttes til andre formål uten at den registrerte samtykker til dette.

Kravet til formålsangivelse er ment å skape forutberegnelighet for den enkelte, og formålsangivelsen vil ofte være avgjørende for hvorvidt den enkelte ønsker å avgi personopplysninger.

Velferdsteknologi kan ha mange forskjellige formål, og med varierende personvernkonsekvenser for de registrerte. Enkelte former for velferdsteknologi kan innebære stor risiko for inngrep i den enkeltes rett til personvern. Datatilsynet

anser det derfor særlig viktig at formålene med å benytte teknologien er tydelig formulert.

Forbud mot behandling av overskuddsinformasjon

Personopplysningsloven § 11 d angir at opplysningene som skal behandles skal være tilstrekkelige og relevante for formålet. Bestemmelsens bokstave pålegger en plikt til å sørge for at opplysningene som behandles er korrekte og oppdaterte, og plikt til å slette opplysninger når de ikke lenger er nødvendige ut i fra formålet.

Uttrykket «relevante» markerer en ytre grense for hvilke personopplysninger som kan trekkes inn, behandlingen kan ikke omfatte unødvendige personopplysninger.

Disse kravene angir også hvilke former for teknologi som kan benyttes.

Springsteknologi er et velegnet eksempel på at det finnes mange forskjellige hjelpemidler som behandler personopplysninger i varierende grad. Teknologi som forutsetter at brukeren selv utløser en type varsling kan være mindre inngripende for personvernet enn teknologi som er styrt «utenfra», for eksempel fra sykehjem. Videre kan såkalte «geofences» innebære mindre behandling av personopplysninger enn en fullstendig oversikt over en persons bevegelsesmønster. Opplysninger om hvor en person er i «sanntid» anses videre mindre omfattende enn en fullstendig oversikt over hvor vedkommende har vært tidligere.

Forbudet mot lagring av unødvendige opplysninger vil også være styrende for hvilken teknologi man bør anvende og på hvilken måte. Generelt kan det sies slik at opplysningene ikke skal lagres med mindre det er nødvendig for å nå formålet. Når formålet er oppnådd, skal opplysningene også i utgangspunktet slettes.

I forbindelse med utøvelsen av helse- og omsorgstjenester, er det en del opplysninger som må behandles og i mange tilfeller lagres. Datatilsynet har tidligere påpekt behovet for lovregulering av bruk av springsteknologi og velferdsteknologi generelt hvor det ikke er mulighet for å innhente samtykke. Tilsynet presiserer at det i et eventuelt lovarbeid også bør tas stilling til spørsmålet om lagring av de personopplysningene denne teknologien genererer.

Grunnleggende rettigheter

De registrerte har noen grunnleggende rettigheter når det behandles personopplysninger, og disse rettighetene skal gjøre dem i stand til å ivareta sitt eget personvern.

³ Ot.prp. nr 92 (1998-1999) s. 113-114

Sentralt er retten til innsyn i opplysninger om seg selv som følger av personopplysningsloven §§ 18 og 19 og retten til å motta informasjon etter §§ 20-24. Videre er retten til retting og sletting av opplysninger også sentrale personvernrettigheter som må ivaretas også ved bruk av velferdsteknologi.

Krav til tilfredsstillende informasjonssikkerhet

Personopplysningsloven § 13 stiller krav om at den behandlingsansvarlige skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelig ved behandling av personopplysninger. Personopplysningsforskriften gir utfyllende bestemmelser.

Kravet til konfidensialitet skal sikre at informasjon ikke blir gjort tilgjengelig for uvedkommende. Dette betyr at personopplysninger skal være beskyttet mot uautorisert innsyn, blant annet gjennom styring av tilgangene til opplysningene.

Sikkerhetsnivået må tilsvare den risikoen personvernet er utsatt for gjennom behandlingen.

Avsluttende bemerkninger

Datatilsynet mottar mange henvendelser vedrørende velferdsteknologi, og er derfor opptatt av dette temaet.

Økt bruk av velferdsteknologi vil kunne gi mange mennesker en bedre livssituasjon, samtidig som det kan få personvernmessige konsekvenser for den enkelte.

Nytten av teknologien må avveies mot hensynet til personvernkonsekvensene, og disse konsekvensene må reduseres i mest mulig grad gjennom innhenting av samtykke, informasjon og tilfredsstillende sikkerhet.

Videre er Datatilsynet av den oppfatning at det er et klart behov for lovregulering av bruk av blant annet sporingsteknologi som kan utgjøre et inngrep i den enkeltes privatliv og personvern. Konsekvensene av manglende lovregulering er en stor del av de teknologiske mulighetene som finnes i dag ikke kan benyttes innen offentlig helse og omsorg.

Datatilsynet ser frem til å delta i det videre arbeidet med implementeringen av sikker bruk av velferdsteknologi innen offentlige helse- og omsorgstjenester.

Med hilsen

Bjørn Erik Thon
direktør

Camilla G. Nervik
rådgiver

Norges offentlige utredninger 2010 og 2011

Statsministeren:

Arbeidsdepartementet:

Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
NOU 2010: 1.

Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
NOU 2010: 4.

Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
NOU 2010: 5.

Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011.
NOU 2011: 5.

Barne-, likestillings- og inkluderings- departementet:

Nemndsbehandling av forbrukertvister. NOU 2010: 11.
Velferd og migrasjon. NOU 2011: 7.

Finansdepartementet:

Pensjonslovene og folketrygdreformen I.
NOU 2010: 6.

Bedre rustet mot finanskriser. NOU 2011: 1.
Ny finanslovgivning. NOU 2011: 8.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Fornyings-, administrasjons- og kirke- departementet:

Håndhevelse av offentlige anskaffelser. NOU 2010: 2.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU 2010: 3.

Arbeid for helse. NOU 2010: 13.

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. NOU 2011: 9.

Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11

Justis- og politidepartementet:

Ny klageordning for utlendingssaker. NOU 2010: 12.

I velferdsstatens venterom. NOU 2011: 10.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst
i hele landet. NOU 2011: 3.

Kulturdepartementet:

Lett å komme til orde, vanskelig å bli hørt –
om moderne mediestøtte. NOU 2010: 14.

Kunnskapsdepartementet:

Mangfold og mestring. NOU 2010: 7.

Med forskertrang og lekelyst. NOU 2010: 8.

Et åpnere forskningssystem. NOU 2011: 6.

Landbruks- og matdepartementet:

Mat, makt og avmakt. NOU 2011: 4.

Miljøverndepartementet:

Et Norge uten miljøgifter. NOU 2010: 9.

Tilpassing til eit klima i endring. NOU 2010: 10.

Nærings- og handelsdepartementet:

Mellomlagerløsning for brukt reaktorbrensel og
langlivet mellomaktivt avfall. NOU 2011: 2.

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

Utenriksdepartementet:

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes servicesenter

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 20 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Oslo 06/2011