



Ut i li

Strategi

IS-1858

Utvikling gjennom kunnskap

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
- en nasjonal satsing

Overordnet strategi 2011–2015

Tittel: Utvikling gjennom kunnskap
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester - en nasjonal satsing
Overordnet strategi 2011-2015

Utgitt: November 2010

Bestillingsnummer: IS-1858

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi IS-nummer

Grafisk design og trykk: Andvord Grafisk AS

Forsidebilde: Colourbox

Takk til arbeidsgruppen:

Anne Kittelsen, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, Oslo
Liv Berven, Løvåsen sykehjem, Bergen
Ingelin Testad, Stokka sykehjem, Stavanger
Björg Landmark, Drammen kommune
Åshild Moen, Tromsø kommune
Siri Ramberg, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Irene Hanssen, Fylkesmannen i Hedmark
Liv Helene Jensen, Høgskolen i Buskerud
Tone Elin Mekki, Senter for omsorgsforskning

Helsedirektoratet takker også referansegruppen som har vært involvert i arbeidet med strategien.

FORORD

Helsedirektoratets mål er en god pleie- og omsorgstjeneste som setter brukeren i sentrum. Gode tjenester og pasientforløp avhenger av at pleie- og omsorgstjenesten samarbeider med øvrige aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten, andre sektorer, frivillige organisasjoner og lokalsamfunn.

Pleie- og omsorgstjenestene har brukere og pasienter i alle aldersgrupper. Noen har behov for hjelp i kortere perioder eller mot slutten av livet, mens andre har behov for bistand hele livet. Befolkningsmessige endringer de neste tiårene medfører større etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester, samtidig som brukernes behov og ressurser også er i endring. Vi blir stadig flere eldre, flere som lever lengre med sykdom, og flere som har sammensatte behov for hjelp.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en viktig nasjonal satsing for pleie- og omsorgstjenestene. Visjonen er **"Utvikling gjennom kunnskap"** – Helsedirektoratet styrker med denne satsingen det lokale arbeidet med kunnskap og kvalitet som pågår innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester var tidligere kjent under navnet Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjenester. Satsingen er forankret i St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer" og er et tiltak i delplanen "Kompetanseløftet 2015".

Fra august 2009 har satsingen omfattet to kommunale enheter i alle fylker. Nå skal disse to kommunale enhetene, et Utviklingssenter for sykehjem og et Utviklingssenter for hjemmetjenester, være pådrivere for kunnskap og kvalitet i eget fylke.

Helsedirektoratet har for første gang en overordnet strategi for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og presenterer visjon, mål og nasjonale føringer for 2011-2015, og rollene til de ulike aktørene. Vertskommunenes, Fylkesmannens, utdanningsinstitusjonenes og Helsedirektoratets samlede innsats er én avgjørende forutsetning for å lykkes med satsingen. Erfarings- og kunnskapsdeling mellom kommunene i fylket er en annen og like viktig forutsetning.

Helsedirektoratet takker for alle bidrag til strategidokumentet og ønsker Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester lykke til med det viktige arbeidet!

Oslo, november 2010



Bjørn-Inge Larsen
helsedirektør

INNHOOLD

Forord	3
1. Innledning	7
1.1 Hvorfor en nasjonal satsing på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester?	7
1.2 Begrepsavklaring	7
1.3 Formål og målgruppe for strategidokumentet	8
1.4 Utfordringer innen pleie- og omsorgstjenesten	8
1.5 Historikk	9
2. Visjon og mål	11
2.1 Visjon: Utvikling gjennom kunnskap	11
2.2 Mål	11
2.3 Utdyping av delmålene	11
Pådriver for fag- og tjenesteutvikling	12
Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter	12
Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte	13
Tilrettelegger for forskning og utvikling	13
3. Nasjonale føringer	15
3.1 Omsorgsplan 2015	15
3.2 Definisjon av kvalitet	15
3.3 Brukermedvirkning og tilpassede tjenester	15
3.4 Rett behandling – på rett sted – til rett tid	16
3.5 Internkontroll – hvordan holde orden i eget hus	16
3.6 Kunnskapsbasert praksis	16
4. Roller, samarbeid og ansvarsfordeling	19
4.1 Status som utviklingssenter	19
4.2 Pådriverrollen til utviklingssentrene	20
4.3 Nettsiden www.utviklingssenter.no	20
4.4 Rådgivende organer	21
Fag- og samarbeidsråd	21
Bruker- og pårørenderåd	21
4.5 Økonomi og rapportering	21
4.6 Sentrale aktører	22
Vertskommunen	22
Øvrige kommuner i fylket	22
Helseforetak	22
Lokalsamfunn og frivillige organisasjoner	22
Fylkesmannen	22
Helsedirektoratet	23
Videregående skoler og fagskoler	23
Fylkeskommunen	23
Høyskoler, universiteter og andre fag- og forskningsmiljøer	23
Senter for omsorgsforskning	23
Regionale og nasjonale kompetansesentre	24
Etterord: Evaluering 2015	25
Vedlegg 1: USHT Navn på enhetene	27
Vedlegg 2: USHT Fag- og samarbeidsrådets mandat	28
Vedlegg 3: Mal for samarbeidsavtaler	29



Imagine.com



Mattfox



Courbox

1. INNLEDNING

1.1 Hvorfor en nasjonal satsing på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester?

For å møte dagens og fremtidens utfordringer trenger pleie- og omsorgstjenestene kontinuerlig oppmerksomhet på forbedring og utvikling. Forbedring og utvikling kan også gjøre det lettere å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene.

En nasjonal satsing på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene¹. Helsedirektoratet vil legge til rette for utvikling gjennom kunnskap. Den nasjonale satsingen skal understøtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring og være et virkemiddel for implementering av nasjonale føringer.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en videreutvikling av satsingen på "Undervisningssykehjem" som startet opp i 1999. Ideen med Undervisningssykehjem var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen. Dagens Utviklingssenter omfatter både sykehjem og hjemmetjenester og alle tjenestemottakere, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsevne.

En sentral idé med satsingen er etableringen av et forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmann, utvalgte kommuner og stat. Et annet viktig aspekt er forpliktelse til erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene.

Helsedirektoratet satser på ett Utviklingssenter (USH) for sykehjem og ett Utviklingssenter for hjemmetjenester (UHT) i hvert fylke². Kommuner med sykehjem og hjemmetjenester med vilje og kapasitet til å ta på seg et ekstra ansvar, har søkt statlige midler, forpliktet seg til samarbeid, og er tildelt rollen som pådrivere for kunnskap og kvalitet i sitt fylke.

Nettsiden www.utviklingssenter.no³ er en felles kommunikasjonskanal på internett for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Den primære målgruppen er ansatte og beslutningstakere i pleie- og omsorgstjenestene i hele landet. Nettsiden skal bidra til erfarings- og kunnskapsdeling, og inspirere til forbedring og utvikling i tjenestene.

1.2 Begrepsavklaring

Begrepet "pleie- og omsorgstjenester" blir i strategien til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) brukt som samlebetegnelse for kommunale tjenester som hjemmetjenester, hjemmesykepleie, korttids- og langtidsopphold i sykehjem, heldøgns pleie og omsorg i omsorgsbolig (inkludert barnebolig), kommunale fysioterapi- og ergoterapitjenester organisert i sykehjem eller hjemmetjenesten, praktisk bistand, omsorgslønn, avlastningstiltak, støttekontakt, matombringning og trygghetsalarm (listen er ikke uttømmende). Begrepet omfatter også lavterskeltilbud som for eksempel dagsenter og eldresenter.

¹ Statsbudsjettet 2011: kapittel 761 post 67, 37 millioner kr.

² Se liste i vedlegg 1. Rogaland har tre USHT pga den tidligere helseregionsinndelingen.

³ Finnmark har tre USHT pga Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen.

³ Utviklingssenteret for sykehjem i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter mottar tilskudd for å drifte nettsiden og lønne en nettrektor.

Begrepet "helse- og omsorgstjenester" inkluderer også fastlegene, fysioterapi- og rehabiliteringstjenester utenfor sykehjem og hjemmetjeneste, mm.

I strategien omfatter "sykehjem" alle kommunale institusjoner og boformer med heldøgns omsorg og pleie. Institusjonene kan ha andre navn enn sykehjem, som omsorgssenter, bo- og rehabiliteringssenter, bo- og aktivitetssenter, bo- og behandlingssenter, osv.

1.3 Formål og målgruppe for strategidokumentet

Formålet med dette strategidokumentet er å beskrive hensikten med satsingen og Helsedirektoratets visjon, mål og føringer for perioden 2011-2015. Strategien beskriver også rollene til de ulike aktørene, samarbeid og ansvarsfordeling og evalueringen i slutten av perioden.

De primære målgruppene for strategidokumentet er utviklingssentrene og vertskommunene. Dokumentet retter seg også mot de øvrige aktørene og samarbeidspartnerne til utviklingssentrene. Ansatte og beslutningstakere i pleie- og omsorgstjenestene og brukere av tjenestene vil også ha nytte av å kjenne til strategien.

1.4 utfordringer innen pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenestene utgjør på landsbasis en virksomhet med årlige brutto driftsutgifter på omtrent 75 milliarder kroner. I overkant av 265 000 personer mottok tjenester i 2009. Omtrent 17 % av brukerne mottok sitt tjenestetilbud i institusjon, men 66 % fikk sitt tjenestetilbud gjennom hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Omtrent 18 %, eller vel 47 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt osv.⁴ Utviklingen i sykehjem og hjemmetjenesten de siste ti årene er kjennetegnet av redusert antall plasser og redusert dekningsgrad i institusjon, og økning i antall omsorgsboliger og hjemmebaserte ytelser.

Som resultat av kortere liggetid i sykehus, kommunal egenutvikling og en styrt oppgaveoverføring fra staten⁵, har kommunene nye og utvidede oppgaver. Kommunene tar seg av flere brukere og pasienter med større hjelpebehov. Kommunene har flere og mer helserettede og medisinskfaglige oppgaver knyttet til smertelindring, rehabilitering og oppfølging/viderebehandling etter sykehusopphold.

Det har vært en økning i andel sykehjemsbeboere med mer komplekse helsetilstander. Andel sykehjemsbeboere med demenssykdommer er over 80 %⁶, og vi vet at det er en betydelig underdiagnostisering av demens⁷.

Det har vært en sterk vekst i antallet yngre brukere av hjemmetjenester. I overkant av hver tredje mottaker av hjemmetjenester er under 67 år, og tilveksten har vært særlig stor blant personer under 50 år^{8,9}. Det har vært vekst i brukergruppene med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

4 Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1S (2010-2011).

5 Kalseth et al 2004. Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. SINTEF Helse. Rapportnr. STF78 A045018.

6 Geir Selbæk et al 2007. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes.

International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol 22 Issue 9 843-849.

7 Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Helsedirektoratet. Rapport 08/2007.

8 Brevik I. De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg: Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2.

9 SSB, kommunal pleie- og omsorgsstatistikk: <http://www.ssb.no/pleie/>

Utfordringer innen pleie- og omsorgstjenesten de neste ti årene vil først og fremst være knyttet til^{10,11}:

- Økende antall yngre brukere med mange ulike og sammensatte behov
- Økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov
- Økende antall eldre med demenssykdommer
- Økende antall brukere med minoritetsbakgrunn
- Økt behov for medisinsk oppfølging, med behov for koordinering av tjenester
- Økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering
- Økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak
- Knapphet på visse grupper av helse- og omsorgspersonell¹²

Utfordringer og muligheter for pleie- og omsorgstjenestene varierer med kommune-størrelse, befolkningsgrunnlag, geografi, avstand til sykehus, med mer. Det er forskjeller i kommunenes vektlegging av ulike tjenester, for eksempel med hensyn til organisering med satsing på institusjon eller hjemmebaserte tjenester. Helse- og omsorgstjenestene er ulikt organisert fra kommune til kommune og tjenestene har ulike samarbeidsmodeller internt og på tvers av kommuner i regionen.

1.5 Historikk

Ideen om en nasjonal satsing på Undervisningssykehjem ble tatt opp i Nasjonalt geriatri-program, Statens helsetilsyn i 1996. Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo fikk tilskudd fra geriatriprogrammet til å utarbeide en nasjonal plan for Undervisningssykehjem¹³. Planen ble støttet av Sosialdepartementet i 1999 og innebar underprosjekter i Oslo (Tåsenhjemmet), Bergen (Fyllingsdalen sykehjem), Trondheim (Søbstad sykehjem) og Tromsø (Kroken sykehjem). I 2001 ble Karasjok definert som et eget prosjekt med fokus på den samiske befolkningen.

Prosjekt Undervisningssykehjem varte ut 2003. En underveisevaluering ble gjennomført og publisert i 2002¹⁴, og en sluttevaluering i 2003¹⁵.

I 2004 ble det bestemt å satse videre på Undervisningssykehjemmodellen. Satsingen ble forankret i St.meld. nr.25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer", Omsorgsplan 2015 og delplanen "Kompetanseløftet".

Målet om undervisningssykehjem i alle fylker ble nådd i 2008. Undervisningshjemmetjenestene ble etablert i alle landets fylker i 2009.

Frem til 2010 var Undervisningssykehjem organisert med et hovedundervisningssykehjem i hver region og satellittundervisningssykehjem under disse i hvert fylket. Hovedundervisningssykehjemmene hadde ansvar for nettverk i regionen. Undervisningshjemmetjenestene ble i motsetning til dette organisert etter en modell der alle enheter fikk tildelt samme ansvar og oppgaver i sitt fylke. Fra 2011 tillegges alle enheter med status som utviklingssenter samme ansvar og oppgaver. I 2015 vil denne likestilte modellen evalueres.

10 St.meld. nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

11 St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

12 Texmon I. og Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEM0D 2008. SSB.

13 Kirkevold M og Kårikstad V. Undervisningssykehjem: Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Rapport Nasjonal geriatriprogram. ISBN 82-9195951-01-2.

14 Hagen A, Borgen JS, Moland LE. Undervisningssykehjemsprosjektet: En underveisevaluering. FAFO-rapport 2002. ISBN 82-7422-367-5.

15 Sluttevaluering 2003. Undervisningssykehjemsprosjektet. Ingar Pettersen & co as.



Coburnbox



Coburnbox



Foto Tone Fossgård Berg

2. VISJON OG MÅL

I dette kapitlet beskrives visjon og mål for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. I kapittel 3 beskrives de nasjonale føringene. Visjonen og målene gjelder på nasjonalt nivå for alle utviklingssentrene sett under ett. Innenfor rammen av målene og de nasjonale føringene bestemmer kommunene og utviklingssentrene egne mål og satsingsområder.

2.1 Visjon: Utvikling gjennom kunnskap

Helsedirektoratets visjon for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er "Utvikling gjennom kunnskap". Visjonen uttrykker et ideal for dagens og fremtidens pleie- og omsorgstjenester; et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling, tjenester der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap. Visjonen gir rom for mange forskjellige typer kunnskap; systematiserte brukererfaringer og annen erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap av både kvalitativ og kvantitativ karakter, oppsummert kunnskap for eksempel i faglige retningslinjer, evalueringskunnskap, teoretisk kunnskap, etikk og verdier.

2.2 Mål

Under beskrives hovedmål og fire delmål som gjelder for alle utviklingssentrene. Måloppnåelse innenfor delmålene kan variere hos utviklingssentrene. Helsedirektoratet oppfordrer til arbeid innenfor alle delmål, men forventer ikke aktivitet på alle underpunkter innenfor hvert delmål.

Helsedirektoratet godkjenner lokale mål og satsingsområder gjennom tilskuddsbrevet. For å sikre at delmålene nås på nasjonalt nivå, vil Helsedirektoratet gjennom tilskuddsbrevet oppfordre til prioritering av enkelte prosjekter.

Hovedmål:

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Delmål:

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er:

- 1) Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder
- 2) Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter
- 3) Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- 4) Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene

2.3 Utdyping av delmålene

I dette avsnittet utdypes delmålene. Pådriverrollen innebærer å gå foran og få med seg andre. Utviklingssentrene oppfordres til å ta initiativ til samarbeidsavtaler internt i kommunen og mellom kommuner om erfaringsdeling og felles fag-, kompetanse- og tjenesteutviklings- tiltak. Pådriverrollen beskrives nærmere i kapittel 4.

Pådriver for fag- og tjenesteutvikling

I 2015 har kommunene tilgang på kunnskap fra utviklingsprosjekter i pleie- og omsorgstjenesten innen lokale og nasjonale satsingsområder.

Målet med utviklingsarbeid er tjenester av god kvalitet. Forskning er ofte utviklingsarbeid, men utviklingsarbeid innebærer ikke alltid forskning. I utviklingsarbeid anvender man eksisterende kunnskap sammen med praktisk erfaring. Utviklingsarbeid er en forutsetning for kunnskapsbasert praksis, nødvendig for å kunne implementere nasjonale føringer og forskning i praksis, og for å kunne utvikle kompetansen til de ansatte.

Utviklingsarbeid kan defineres som systematisk virksomhet rettet mot å utvikle eller videreutvikle modeller, prosesser og systemer med den hensikt å forbedre tjenestene. Med modeller mener vi beskrivelser og fremstillinger av innholdet i og organiseringen av tjenestene inkludert lokale retningslinjer, prosedyrer, sjekklister osv.

Helsedirektoratet oppfordrer utviklingssentrene til å:

- Gjennomføre og være pådriver for utviklingsprosjekter innenfor lokale og nasjonale satsingsområder i samarbeid med aktuelle aktører.
- Sikre kunnskapsnivået på prosjektene og alltid søke etter relevant informasjon ved oppstart av nye prosjekter, for eksempel på følgende nettsteder:
www.utviklingssenter.no
www.helsedirektoratet.no
www.omsorgsforskning.no
www.helsebiblioteket.no
- Dokumentere prosjekter, erfaringer, resultater og modeller.
- Formidle og spre prosjekter, erfaringer, resultater og modeller.

Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter

I 2015 har kommunene tilgang på modeller for praksistilbud i sykehjem og hjemmetjenester.

Langsiktig utvikling i sykehjem og hjemmetjenestene forutsetter at tjenestene tilbyr elever, lærlinger og studenter et praksistilbud som er oppdatert og i utvikling. Det er viktig med styrking av forbedringskunnskapens plass i utdanningene, og det er viktig med samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene¹⁶.

Utviklingssentrene oppfordres til å:

- Prøve ut og dokumentere modeller for tverrprofesjonelle praksistilbud i pleie- og omsorgstjenesten, det vil si praksistilbud med involvering av ulike profesjoner og yrkesgrupper i veiledning og undervisning.
- Stille sykehjemmet/hjemmetjenesten til disposisjon for at medisinerstudenter, leger i spesialisering i relevante spesialiteter, turnusleger og turnusfysioterapeuter kan gjennomføre deler av praktisk/klinisk tjeneste her.
- Stille sykehjemmet/hjemmetjenesten til disposisjon som lærebedrift i helsefagarbeiderutdanningen.
- Utvikle samarbeid med aktører fra andre utdanninger enn de helse- og omsorgsfaglige; for eksempel ernæring, pedagogikk, idrettsfag, kokkefag og musikk.

¹⁶ ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005-2015).

Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte

I 2015 har kommunene tilgang på modeller for kompetanseutvikling hos ulike grupper av ansatte i sykehjem og hjemmetjenester.

Alle sykehjem og hjemmetjenester plikter å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre oppgavene sine¹⁷. Dette forutsetter kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse samt å sørge for tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Dette gjelder alle ansatte, også støttekontakter, avlastere, assistenter og vikarer. Kompetanseutviklingen bør sees i lys av brukernes behov for faglært assistanse.

Utviklingssentrene oppfordres til å:

- Prøve ut og dokumentere kompetanseutviklingstiltak i pleie- og omsorgstjenesten som kurs, tverrfaglig gruppeveiledning relatert til klinisk praksis, etter- og videreutdanning og mentorordninger. Modeller bør inneholde beskrivelse av overordnede planer, metoder for internundervisning, opplæringsplaner, implementering og metodeverktøy.
- Utvikle tverrprofesjonelle modeller for kompetanseutvikling på områder som krever tverrprofesjonell tilnærming, for eksempel miljø- og medikamentiltak i demensomsorgen, lindrende behandling, rehabilitering etter skade eller sykdom, intravenøs antibiotika-behandling, rusomsorg osv. Kommuneoverlegen og sykehjemslegen bør ha sentrale posisjoner i kompetanseutvikling på disse områdene.

Tilrettelegger for forskning og utvikling

I 2015 har utviklingssentrene tilrettelagt og bidratt til forskning og utvikling innen helse- og omsorgstjenestene.

Forskning kan defineres som virksomhet av original karakter som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap¹⁸. Forskningen kvalitetssikres gjennom fagfelle-vurdering ("peer review") og publiseres i forskningstidsskrifter.

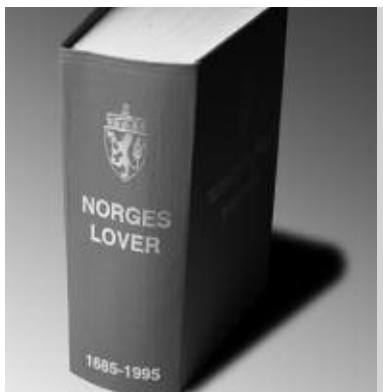
Forskningsaktiviteten på flere av helse- og omsorgstjenestenes felt er i dag uforholdsmessig lav i forhold til praksisfeltets behov. Utviklingssentrene oppfordres til å legge til rette for og bidra til forskning. Helsedirektoratet vil gjennom satsingen stimulere ulike typer forskningsprosjekter innen sektoren, både kliniske prosjekter og kvalitets- og tjenesteutviklingsprosjekter.

Utviklingssentrene oppfordres til å:

- Etablere samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer og stimulere til samarbeidsprosjekter på tvers av institusjoner og fagområder.
- Arbeide for at forskning i kommunen har den nødvendige materielle tilrettelegging.
- Tilrettelegge arbeidsmessig og bidra til gjennomføring av mastergrads-, doktorgrads- og andre forskningsprosjekter.
- Bidra til at anerkjente forskningsresultater gjøres kjent, diskuteres og tas i bruk.
- Være pådriver for å implementere forskning som en naturlig del av praksis.

¹⁷ Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011. Revidert november 2006.



St.meld. nr. 25

(2005-2006)

Mestring, muligheter og mening
Framtidas omsorgsutfordringer



St.meld. nr. 47

(2008-2009)

Samhandlingsreformen
Rett behandling – på rett sted – til rett tid



3. NASJONALE FØRINGER

I dette kapittelet beskrives viktige nasjonale føringer for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester.

3.1 Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 omfatter delplaner og tiltak som følger av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening". Stortingsmeldingen skisserer fem langsiktige strategier for å møte utfordringene på omsorgsfeltet:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Strategiene, delplaner og tiltak i Omsorgsplanen gir føringer for USHT. To sentrale delplaner er Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

3.2 Definisjon av kvalitet

Strategien for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester bygger på kvalitetsdefinisjonen fra den Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten "...og bedre skal det bli!"¹⁹.

Kvalitet kjennetegnes ved at tjenester:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet (koordinert) og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

3.3 Brukermedvirkning og tilpassede tjenester

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som omfatter både brukere og pårørende. Denne strategien legger til grunn at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker²⁰. Dette innebærer at brukerne og de pårørende kan være med å bestemme hvordan tjenestene skal utføres. Pleie- og omsorgstjenestene må utvikle metoder for å involvere brukere i beslutninger, gjennomføre brukerundersøkelser og sikre respekt og medvirkning i sårbare livssituasjoner. Brukerne har krav på tjenester som er tilpasset med hensyn til religion, kultur, etnisitet og språk.

¹⁹ ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015).

²⁰ Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201. Sosial- og helsedirektoratet.

3.4 Rett behandling – på rett sted – til rett tid

St.meld. nr. 47 (2008-2009) "Rett behandling – på rett sted – til rett tid" (Samhandlingsreformen) forutsetter at bedre samhandling er et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder²¹. Meldingen skisserer tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenestene:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på de tre utfordringene påpekt ovenfor. Alle utfordringene krever helhetlige tiltak.

Meldingen skisserer fem hovedgrep for møte utfordringene. Det første hovedgrepet er en klarere pasientrolle gjennom gode helhetlige pasientforløp. Det andre grepet er en ny kommunerolle som i større grad enn i dag forebygger og setter inn tiltak i tidlige sykdomsfaser hos pasienter med kroniske sykdommer.

Eksempler på fremtidige kommunale oppgaver er:

- Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- Tiltak for å forebygge og begrense sykdom
- Tverrfaglige team, inkludert ambulante team
- Lærings- og mestringstilbud
- For psykisk helsevern og rus: Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, rehabilitering
- Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser

De øvrige hovedgrepene myndighetene skisserer i samhandlingsreformen er etablering av økonomiske intensiver, utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegging for tydeligere prioriteringer.

3.5 Internkontroll – hvordan holde orden i eget hus

Internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem. Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egenkontroll. Hensikten med internkontroll er gjennom styring og kontroll, å sikre at tjenester som ytes er forsvarlige og i tråd med kravene i gjeldende lover og forskrifter²². Grunntanken er at når en virksomhet "holder orden i eget hus", øker sikkerheten for brukere og pasienter. Hensikten er å oppnå kvalitetsforbedring. Internkontroll består av de aktiviteter som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen. Lovens viktigste krav er faglig forsvarlighet.

3.6 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov

²¹ St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett på sak – på rett sted – til rett tid.

²² Hvordan holde orden i eget hus - Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 2004 IS-1183.

i den gitte situasjonen²³. Kunnskapsbasert praksis har som mål å sikre at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, og i tråd med brukernes behov.

Daglig står de ansatte i sykehjem og hjemmetjenester overfor situasjoner som innebærer å ta faglige beslutninger. Kunnskapsbasert praksis innebærer at man har felles løsninger i møte med faglig utfordrende situasjoner, med bruk av kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer, systematisk kartlegging av brukererfaringer og behov, med mer. Kunnskapsbasert praksis innebærer økt bevissthet om og refleksjon over hvilke informasjonskilder man legger til grunn for handling.

Ledelsen ved sykehjemmet/hjemmetjenestene har et særlig ansvar for å sørge for at det anvendes arbeidsmetoder som sikrer at den nyeste og beste kunnskapen implementeres i praksis.

Utdanning, kompetanseutvikling og forskning er sentralt for å imøtekomme kravet om kunnskapsbasert praksis i sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingsarbeid i tjenestene er et viktig virkemiddel for å nå dette målet.

²³ <http://kunnskapsbasertpraksis.no>



stock.xchng



Foto privat



stock.xchng

4. ROLLER, SAMARBEID OG ANSVARSFORDELING

Samarbeid og erfaringsutveksling mellom utviklingssenteret for sykehjem og utviklingssenteret for hjemmetjenester i samme fylke er viktig for måloppnåelse. De nyetablerte utviklingssentrene for hjemmetjenester vil særlig i den første fasen kunne ha nytte av erfaringene til de tidligere undervisningssykehjemmene. For å få til samarbeid mellom sentrene i fylket, anbefaler Helsedirektoratet et felles rådgivende organ, alternativt et samarbeid mellom rådgivende organer.

I åtte av landets fylker har sentrene felles vertskommune²⁴. I de øvrige fylkene er utviklingssenteret for sykehjem og utviklingssenteret for hjemmetjenester plassert i hver sin kommune. På sikt anbefaler Helsedirektoratet at utviklingssentre med felles vertskommune slås sammen til ett Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Kommunen velger hvem som skal være ansvarlig leder for utviklingssenteret.

4.1 Status som utviklingssenter

Administrativ ledelse i vertskommunen er ansvarlig for utviklingssenteret. Utviklingssentrene skal være gode rollemodeller for øvrig pleie- og omsorgstjenester i eget fylke. Helsedirektoratet stiller krav til kvalitet i henhold til gjeldende lovverk, til prosjektene og til rollen som pådriver. Ved sviktende måloppnåelse vil Helsedirektoratet etter en samlet vurdering ta stilling til videre status for det enkelte utviklingssenteret²⁵.

Krav til utviklingssentrene:

- Klar forankring i relevant kommunalt organ
- Samarbeidsavtaler med aktuelle helseforetak, utdannings- og forskningsinstitusjoner
- Kvalitetssystem som oppfyller kravene til helselovgivningen
- Kompetanse og kapasitet til veiledning av elever, studenter og lærlinger
- Godkjent praksissted for elever og studenter for ulike fagområder

Ledelsen av sykehjemmet og hjemmetjenesten avgjør intern organisering; oppgavene kan være plassert i en forsknings- og utviklingsavdeling eller tilsvarende. Utviklingssentrene bør involvere bredt blant de aktuelle tjenestene og integrere utviklingsaktivitet i den daglige virksomheten. Ledelsen av sykehjemmet/hjemmetjenesten er ansvarlig for overgangen fra prosjekter til implementering og drift i egen organisasjon.

For veiledning og inspirasjon er følgende nettverk og møtearenaer tilgjengelig for utviklingssentrene:

- Årlig nasjonalt seminar for alle utviklingssentrene arrangert av Helsedirektoratet
- Årlig regional samling arrangert av Senter for omsorgsforskning
- Regionalt nettverk for utviklingssentrene koordinert av utviklingssentrene selv
- Digitale læringsarenaer og nettportaler

²⁴ Oslo, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Troms.

²⁵ Dersom et utviklingssenter frasier seg status eller andre forhold gjør det nødvendig å etablere et nytt utviklingssenter, vil Helsedirektoratet kunngjøre etableringen i det aktuelle fylket.

4.2 Pådriverrollen til utviklingssentrene

Utviklingssentrene skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i sitt fylke. En pådriver går foran og jobber for å få noe til å skje, motiverer andre og får med seg andre. For å nå målene i strategien oppfordres utviklingssentrene til å etablere interkommunale samarbeid og fagnettverk med øvrige kommuner i eget fylke. Det er ønskelig at utviklingssentrene tar initiativ til samarbeidsavtaler om felles fag-, kompetanse- og tjenesteutviklingstiltak, og stimulerer til erfaringsdeling internt i kommunen og mellom kommunene.

Som pådriver oppfordres utviklingssentrene til å arbeide for å inkludere alle kommuner i fylket, og å få frem de gode erfaringene fra de andre kommunene. Behovet for nye fagnettverk vurderes i samråd med samarbeidspartnere. Samtidig oppfordres utviklingssentrene til å vurdere nytte og kostnader ved etablering av nye nettverk og planlegging av nettverkssamlinger. Nye fagnettverk bør innrapporteres til Fylkesmannens oversikt over nettverk, og før etablering av nytt fagnettverk er det viktig å kontakte Fylkesmannen for å få informasjon om eksisterende fagnettverk.

Kommunikasjon er et viktig virkemiddel for å understøtte målene i strategien. Utviklingssentrene bør ha et bevisst forhold til kommunikasjonskanaler og målgrupper. De bør lage lokale kommunikasjonsstrategier for arbeidet med å involvere øvrige kommuner i fylket, spre og dele kunnskap. Planene må være forankret i kommunenes kommunikasjonsstrategier.

Utviklingssentrene oppfordres til å formidle følgende hovedbudskap i kommunikasjonen med øvrige tjenester i egen kommune/fylke, i møte med nye samarbeidspartnere og med pressen:

- Visjonen
- Hoved- og delmål
- Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene
- Ideen om erfaringsdeling på tvers av kommuner
- Nettsiden (se under)
- Relevante prosjekter, egne og andres

4.3 Nettsiden www.utviklingssenter.no

Nettsiden www.utviklingssenter.no er en elektronisk fagressurs og en viktig felles kommunikasjonskanal til de ansatte og beslutningstakerne i pleie- og omsorgstjenestene i hele landet. Hensikten med nettsiden er å bidra og inspirere til kunnskap og kvalitet i tjenestene. Nettsiden presenterer:

- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester - grunnlagsdokumenter og kontaktinformasjon
- Søkbar oversikt over prosjekter
- Nyheter og aktuell informasjon om konferanser, fagarrangementer og faglige nettverk
- Nyttige verktøy som inspirerer til fagutviklingsarbeid

Utviklingssenteret for sykehjem i Oslo mottar tilskudd for å utvikle og drifte nettsiden og lønne en nettredaktør. Utviklingssenter for sykehjem i Oslo har ansvar for å utarbeide maler for prosjekter og rapporter som legges ut på nettsiden. Selv om de enkelte sykehjem og hjemmetjenester med status som utviklingssenter har egne lokale kommunale nettsider, forutsetter Helsedirektoratet at sentrene publiserer alle prosjekter som er finansiert av tilskuddsmidlene på nettsiden. Utviklingssentrene oppfordres til å markedsføre nettsiden og iverksette tiltak som øker bruken.

4.4 Rådgivende organer

Utviklingssentrene bør etablere et eller flere rådgivende organer. Organiseringen av rådgivende organer må tilpasses oppgaveløsningen og lokale forhold.

Fag- og samarbeidsråd

Utviklingssentrene bør etablere et fag- og samarbeidsråd som bidrar med faglig kompetanse, råd og innspill i forhold forvaltning av tilskuddsmidlene. Fag- og samarbeidsrådet bør gi innspill til oppfølging av resultater av fagutvikling og forskning og planlagte aktiviteter for erfaringsutveksling (se mandat i vedlegg 2). Fag- og samarbeidsrådet kan bestå av:

- Leder for sykehjemmet/hjemmetjenesten
- FoU-ansvarlig i sykehjemmet/hjemmetjenesten
- Representant fra kommuneadministrasjonen
- Fylkesmannen
- Senter for omsorgsforskning
- Høyskole/universitet
- Fagskole/videregående skole
- Arbeidstakerorganisasjon(er)
- Helseforetak
- Fastlege, sykehjemslege eller kommunelege

Utviklingssentrene bør ha bindende samarbeidsavtaler med beskrivelser av forpliktelser og rettigheter (se mal i vedlegg 3).

Bruker- og pårørenderåd

For å sikre medvirkning fra brukere og pårørende er det hensiktsmessig at utviklingssentrene benytter eksisterende bruker- og pårørenderåd eller etablerer et slikt råd hvis det ikke allerede eksisterer.

4.5 Økonomi og rapportering

Utviklingssentrene mottar et stimuleringsstilskudd fra Helsedirektoratet på bakgrunn av søknad. Tilskuddsrammen er gitt i det årlige Statsbudsjettet²⁶. Helsedirektoratet setter rammen for tilskudd for henholdsvis sykehjem og hjemmetjenester med status som utviklingssenter. Tilskuddet gis som et rundsumstilskudd, det vil si et løpende grunntilskudd knyttet til generell aktivitet innenfor de målene som Helsedirektoratet har definert.

Årlig rapportering består i en melding om måloppnåelse. Dersom Fylkesmannen har foretatt tilsyn skal tilsynsrapport legges ved rapporteringen.

Det enkelte utviklingssenter kan i samråd med fag- og samarbeidsrådet sette av deler av tilskuddsmidlene til frie midler/ lokale tiltak. Frie midler kan søkes av helsearbeidere og andre aktuelle fagpersoner i kommunehelsetjenesten i fylket for å gjennomføre prosjekter i samsvar med utviklingssentrenes mål og føringer.

Vertskommunen bidrar økonomisk ved egenfinansiering av prosjektet og ved f.eks. kontor - plass eller administrativ og regnskapsmessig bistand. Utviklingssentrene kan også ta betalt fra andre kommuner for fagdager, seminarer og liknende.

Når det gjelder å søke om andre tilskudd fra Fylkesmannen eller andre institusjoner, står utviklingssentrene på lik linje med andre sykehjem og hjemmetjenester.

26 Statsbudsjettet 2011: kapittel 761 post 67, 37 millioner kr.

4.6 Sentrale aktører

Vertskommunen

Administrativ ledelse i vertskommunen er ansvarlig for utviklingssenteret. Vertskommunen ansetter prosjektleder og har ansvar for personaloppfølgingen. Det er ønskelig at vertskommunen deltar i det rådgivende organet til utviklingssenteret for å sikre faglig styring av tjenestene. Det er viktig at vertskommunen bidrar til spredning og deling av resultater og erfaringer mellom sykehjem og hjemmetjenester i kommunen, og tilrettelegger for systematisk samarbeid med øvrige kommuner i fylket.

Øvrige kommuner i fylket

Øvrige kommuner i fylket er både målgruppe og samarbeidspartnere for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene bør tilby samarbeid om tjeneste- og kompetanseutviklingstiltak og avtaler om erfarings- og kunnskapsdeling. For utviklingssentre i små kommuner vil interkommunalt samarbeid være nødvendig for å gjennomføre utviklingsprosjekter.

Helseforetak

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen legges det vekt på at spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste²⁷. Helsedirektoratet anbefaler samarbeid mellom utviklingssentrene og spesialisthelsetjenesten om prosjekter som omhandler for eksempel tidlig intervensjon, forebygging av sykehusinnleggelse, oppfølging etter sykehusinnleggelse, utvikling av brukerforløp på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. Samarbeid med helseforetak kan innebære endringer i arbeidsfordeling og oppretting av nye tilbud i kommunen.

Lokalsamfunn og frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner, pasientorganisasjoner og pårørendeforeninger er viktige ressurser og et supplement til de offentlige pleie- og omsorgstjenestene. Utviklingssentrene oppfordres til å samarbeide med disse organisasjonene samt andre aktører i lokalsamfunnet som skoler, barnehager, idrettsforeninger, lokalt næringsliv med mer.

Fylkesmannen

Fylkesmannen er et forvaltnings- og kompetanseorgan. Fylkesmannen bidrar til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk i helse- og omsorgssektoren regionalt og gjennom kommunene. Fylkesmannen driver rådgivning mot kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen og har oppgaver knyttet til kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Fylkesmannen er en viktig samarbeidspartner og støttespiller for utviklingssentrene. Fylkesmannens oppgaver i satsingen på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er å:

- Delta i fag- og samarbeidsrådet (skilles fra rollen som tilsynsmyndighet).
- Støtte utviklingssentrenes etablering av nettverk og samarbeid med øvrige kommuner i fylket.
- Bidra til spredning og deling av erfaringer og resultater i fylket.

²⁷ St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet definerer de overordnede målene for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Helsedirektoratet fordeler tilskuddsmidlene, informerer om nasjonale føringer og sikrer at utviklingssentrene bruker midlene i samsvar med formålet. Helsedirektoratet kan gi spesielle oppgaver til enkelte enheter i dialog med enhetene.

Den faglige kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og utviklingssentrene foregår i hovedsak via tilskuddsbrevet og via en årlig samling der alle utviklingssentrene deltar.

Videregående skoler og fagskoler

Helse- og omsorgssektorens praksisplasser, videregående skoler og fagskoler med helse og sosialfag er gjensidig forpliktet til samarbeid gjennom de nasjonale rammeplanene/læreplanene og gjennom utdanningsinstitusjonenes fagplaner. Utviklingssentrene skal inngå samarbeidsavtaler med aktuelle utdanningsinstitusjoner om videreutvikling av praksistilbudet, og om elever, lærlinger, studenter og praksislærernes deltakelse i utviklings- og forbedringsprosjekter.

Fylkeskommunen

Fylkeskommunen er en regional forvaltningsenhet som ivaretar ulike oppgaver innenfor fylket, blant annet videregående opplæring, fagskole, folkehelse og tannhelse. Fylkeskommunen er en aktuell samarbeidspartner for utviklingssentrene på disse områdene.

Høyskoler, universiteter og andre fag- og forskningsmiljøer

Høyskolene utdanner sentrale profesjoner for pleie- og omsorgssektoren; sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, m.fl. Høyskolene er ansvarlige for studenter i praksis.

Helsedirektoratet anbefaler at utviklingssentrene samarbeider systematisk med høyskoler, universiteter og/eller andre fag- og forskningsmiljøer. Samarbeidet kan innebære delte stillinger mellom høyskole/universitet og utviklingssentre eller bruk av høyskoleansattes FoU-tid eller praksismidler til felles prosjekter. Studenter på bachelor, master og i doktorgradsprogrammene kan være ressurspersoner i utviklingsprosjekter.

Høyskoler og universiteter kan bidra til å

- Identifisere relevant forskning
- Bygge opp kunnskapsbasert praksis
- Veilede, undervise, evaluere og fagutvikle
- Drive forskning i samarbeid med utviklingssentrene

Senter for omsorgsforskning

Opprettelsen av omsorgsforskningssentrene utgjør sammen med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester en helhetlig nasjonal satsing i tråd med Omsorgsplan 2015²⁸. Det er fem regionale sentre for omsorgsforskning, ett i hver av de gamle helseregionene. Sentrene er knyttet til høyskolene i Nord-Trøndelag, Bergen, Gjøvik og Telemark og til universitetene i Tromsø og Agder²⁹. De regionale sentrene er forsknings- og kompetanse - sentre som skal samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid.

²⁸ St.meld. nr.25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

²⁹ www.omsorgsforskning.no

Helsedirektoratet gir tilskudd til omsorgsforskningssettene for at disse skal gi forskningsfaglig bistand til utviklingssettene. Omsorgsforskningssettene skal:

- Tilby samarbeidsavtaler med alle utviklingssettene i sin region.
- Arrangere én årlig samling for utviklingssettene i sin region.
- Yte forskningsfaglig bistand og veiledning til utviklingssettene. Omsorgsforskningssettene og utviklingssettene må lokalt bli enige om innholdet og formen på bistanden og veiledningen ut fra behovet hos det enkelte utviklingssenteret.
- Utføre praksisnær forskning med bidrag fra utviklingssettene, og støtte øvrige utviklingsprosjekter som utviklingssettene selv driver.

Utviklingssettene for sykehjem og hjemmetjenester oppfordres til å samarbeide med omsorgsforskningssettene og tilrettelegge for at de kan drive praksisnære forsknings- og utviklingsprosjekter i pleie- og omsorgstjenestene.

Regionale og nasjonale kompetansesentre

De fem regionale kompetansesentrene for lindrende behandling er knyttet til universitets-sykehusene og har en rådgivende funksjon overfor lokalsykehusene, det regionale helseforetaket og kommunene. Sentrene bistår Helsedirektoratet i prioritering av søknader om tilskudd ved lindrende behandling. Kompetansesentrene er en naturlig samarbeidspartner for utviklingssettene på området lindrende behandling. Kompetansesentrene gir utviklingssettene mulighet til å delta i faglige nettverk.

Nasjonale kompetansesentre skal sikre nasjonal kompetanseutbygging og kompetanse-spredning innen sitt spesifikke fagområde, og skal bidra til, samt drive forskning og fagutvikling innen fagfeltet. Flere kompetansesentre er mulige samarbeidspartnere for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, som f.eks. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), de regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål og de Allmenntedisinske forskningsenhetene ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

ETTERORD: EVALUERING 2015

Helsedirektoratet vil i 2014 forberede en ekstern evaluering av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester med gjennomføring i 2015. Evalueringen vil eventuelt inngå i evalueringen av Omsorgsplan 2015. Evalueringen skal belyse måloppnåelse og dokumentere i hvilken grad hensikten med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er oppnådd. Hva har fungert, hva har ikke fungert og hva er årsaker til dette? Har satsingen gitt sykehjem og hjemmetjenester bedre erfarings- og kunnskapsgrunnlag for fag-, tjeneste- og kompetanseutvikling? Har satsingen bidratt til implementering av nasjonale føringer i kommunene?

Det blir vesentlig å belyse om gjennomføringsbetingelser som samarbeid på tvers av sektorer. Hvordan har det fungert? I hvilken grad og på hvilken måte har de ulike partene hatt nytte av samarbeidet?

Evalueringen av det enkelte utviklingssenter vil ha som mål å gi en totalvurdering av utviklingssenteret i forhold til mål og føringer. Totalvurderingen vil munne ut i en anbefaling av om sykehjemmet eller hjemmetjenesten fyller rollen som utviklingssenter tilfredsstillende. Vurderingen vil avdekke eventuell sviktende måloppnåelse og angi områder hvor utviklingssenteret bør videreutvikles.

VEDLEGG 1: USHT NAVN PÅ ENHETENE 2011

Fylke	Utviklingssenter for sykehjem	Utviklingssenter for hjemmetjenester
Østfold	Glemmen sykehjem, Fredrikstad	Eidsberg kommune
Oslo	Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, Oslo	Oslo kommune, bydel Bjerke
Akershus	Lørenskog sykehjem, Lørenskog	Bærum kommune
Hedmark	Moen, Ottestad og Stange sykehjem, Elverum og Stange	Hamar kommune
Oppland	Haugtun omsorgssenter, Gjøvik	Kommunene Vågå, Sjøk og Lom
Buskerud	Ål bu- og behandlingssenter, Ål	Drammen kommune
Vestfold	Nygård sykehjem, Sandefjord	Sandefjord kommune
Telemark	St. Hansåsen sykehjem, Porsgrunn	Porsgrunn kommune
Aust-Agder	Feviktun bo- og omsorgssenter, Grimstad	Grimstad kommune
Vest-Agder	Songdalstunet bo- og aktivitetssenter, Songdalen	Kristiansand kommune
Rogaland	Stokka sykehjem, Stavanger Bjørgene Omsorgssenter, Haugesund	Stavanger kommune
Hordaland	Løvåsen sykehjem, Bergen	Bergen kommune
Sogn og Fjordane	Førde Helsetun, Førde	Førde kommune
Møre og Romsdal	Rokilde sykehjem, Kristiansund	Ålesund kommune
Sør-Trøndelag	Søbstad Helsehus, Trondheim	Åfjord kommune
Nord-Trøndelag	Verdal bo- og helsetun, Verdal	Stjørdal kommune
Nordland	Sykehjemmene i Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna	Vestvågøy kommune
Troms	Kroken sykehjem, Tromsø	Tromsø kommune
Finnmark	Sykehjemssamarbeid i Alta	Sør- Varanger kommune
Finnmark	Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen, Karasjok helsesenter	

VEDLEGG 2: USHT FAG- OG SAMARBEIDSRÅDETS MANDAT

Formål	Fag- og samarbeidsråd skal gi faglige råd og bidra til måloppnåelse i henhold til strategi 2011-2015
Ledelse av fag- og samarbeidsråd	Avklares lokalt
Deltakelse i fag- og samarbeidsråd	Fag- og samarbeidsråd kan bestå av: <ul style="list-style-type: none">- Leder for sykehjem/hjemmetjeneste- FoU ansvarlig i sykehjem/hjemmetjeneste- Representant fra kommuneadministrasjon- Representant fra Senter for omsorgsforskning- Representant fra Fylkesmannen- Representant fra høyskole/universitet- Representant fra videregående skole/fagskole- Arbeidstakerorganisasjon(er)- Helseforetak- Fastlege, sykehjemslege eller kommunelege Ressurspersoner inviteres ved behov For å sikre kontinuitet bør deltakerne ha vararepresentanter
Samarbeidspartnere	<ul style="list-style-type: none">- Kommunene i fylket- Fylkesmannen- Specialisthelsetjenesten- Aktuelle fagutviklingsmiljøer/kompetansesentra- Høyskoler/universitet- Videregående skoler/fagskoler- Senter for omsorgsforskning- Brukerråd/brukerorganisasjoner
Styringsdokumenter	<ul style="list-style-type: none">- Strategi for USHT 2011-2015- Fylkesvise og kommunale planer- St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen- Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015- Årlige statsbudsjetter
Oppgaver	<ul style="list-style-type: none">- Bidra til at USHT inngår samarbeidsavtaler med aktuelle aktører- Bidra med innspill til prosjektplaner og gjennomføring av prosjekter- Bidra med faglig kompetanse og råd- Gi innspill til forvaltning av tilskuddsmidler- Følge opp resultater av fagutvikling og forskning- Bidra til planlegging av erfaringsdeling i fylket- Annet etter lokale behov
Møtestruktur	Avtales lokalt. Anbefaling: rådet møtes minst to ganger årlig og ved behov
Evaluering av mandat	Mandatet evalueres ved behov og senest 2015

VEDLEGG 3: MAL FOR SAMARBEIDSAVTALER

Parter

(Navn, kontaktinformasjon)

Mål for samarbeidet

Avtalens varighet og gyldighet

Rettigheter, plikter og ansvar for partene

Samarbeidsforhold/styringsform

Taushetsplikt

Økonomi

Behandling av tvister

Sted, dato partenes underskrifter



HelseDirektoratet

Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helseDirektoratet.no