

AKTIV OMSORG

- prioritering, kompetanse og kompetansebehov



PER GUNNAR DISCH OG GRO LORENTZEN

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 6 - 2012

Per Gunnar Disch og Gro Lorentzen

Aktiv omsorg
- prioritering, kompetanse og kompetansebehov

Senter for omsorgsforskning, Sør

2012

© Per Gunnar Disch og Gro Lorentzen/Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 6 – 2012

ISBN: 978-82-91313-91-7 ISSN: 1892-705X

FORORD

Prosjektet «Aktiv omsorg – kompetanse og kompetansebehov» er finansiert av Helsedirektoratet. Prosjektet har sitt utgangspunkt i St. meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer der Regjeringen oppsummerer fem strategier for å møte både dagens og fremtidens utfordringer i den kommunale omsorgstjenesten. En av de fem strategiene er en større satsning på Aktiv omsorg.

En satsning på Aktiv omsorg/forebyggende arbeid finner vi også i de påfølgende styringsdokumentene, som i St. meld. 47, (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, i NOU- 2011:11 «Innovasjon i omsorg», Proposisjon nr 90, Ny lov om folkehelsearbeid og i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet ønsker med dette kartleggings og utviklingsprosjektet å se nærmere på status, eksisterende tiltak og utdanningstilbud innen Aktiv omsorg. I tillegg til dette skal prosjektet samle tiltak og kunnskapsbyggende aktiviteter i en ide og kunnskapsbank som skal utvikles i samarbeid med Utviklings-senter.no og det skal også vurdere behovet for utvikling av et nasjonalt kompetanseutviklingsprogram for å styrke kunnskapen på området. Dette er en hovedrapport til vår oppdragsgiver Helsedirektoratet. Vi har tidligere levert to delrapporter, en i november 2011 og en i februar 2012. Hovedvekten i denne hovedrapporten ligger derfor på å framstille og kommentere hovedtrekk i datamateriale som er presentert i delrapportene.

Prosjektet har gjort en bred kartlegging av utdanningstilbud, tiltak og behov for kompetanse bygging innen i kommune Norge, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, institusjoner organisert under VIRKE, et utvalg av frivillige organisasjoner og aktuelle utdanningsinstitusjoner på høyere og lavere nivå, som alle er viktige bidragsytere inn mot satsningen på Aktiv omsorg

Prosjektet er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør. Sosiolog Per Gunnar Disch har vært prosjektleder. 1. lektor Gro Lorentzen, har vært prosjektmedarbeider og er også medforfatter til denne rapporten. I prosjektet har også følgende kommet med viktige bidrag: Spesialbibliotekar Ellen Marit Asonze, Rådgiver Kirsti Rosenvold Bruun, Høgskolelektor Kathrine Cappelen, IKT rådgiver Bjarne Nærum, Høgskolelektor Anne K. Malme, Rådgiver Geir Rugthvedt. Ingeniør/statistikker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått med datainnsamling og analysearbeid på den kvantitative delen av studien. I tillegg til disse har Anne Marie Karlsen fra utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Telemark, konsulent Ole Hetlesæther, student Lotte Røssum og student Ragnhild Glad deltatt i datainnsamlingsarbeidet.

Prosjektleder vil rette en takk til respondentene i undersøkelsen både med utfylling av spørreskjema og at de avsatte tid til intervju.

Prosjektet er gjennomført etter de retningslinjene Datatilsynet har for denne type undersøkelser.

Senter for omsorgsforskning Sør, 18. april 2012

Per Gunnar Disch
Prosjektleder

INNHold

FORORD	3
SAMMENDRAG	7
1.0 INNLEDNING	11
1.1 Oppdraget	11
1.2 Prosjektets formål og nytteverdi	12
1.3 Rapportens oppbygging	12
2.0 AKTIV OMSORG	15
2.1 Hvordan anvendes begrepet: Aktiv omsorg - politisk	15
2.2 Aktiv omsorg – begrepsavklaring	20
2.3. Hvorfor aktiv omsorg?	21
2.4 Hvordan gi aktiv omsorg?	24
3.0. PROSJEKTETS KARTLEGGINGSARENAER OG DATAGRUNNLAG	27
3.1 Prosjektets datagrunnlag	27
3.2 Telefonintervjuer	28
3.3 Spørreskjemaundersøkelsen	28
3.4 Litteratursøk	29
3.5 Noen metodiske betraktninger	29
4.0. ET OMSORGPOLITISK BAKTEPPE	31
4.1 Den kommunale omsorgstjeneste i endring	31
5.0 PRESENTASJON AV DATA FRA KARTLEGGINGEN I KOMMUNENE	37
5.1. Datagrunnlag	37
5.2 Status i det kommunale omsorgsplanarbeidet	39
5.3 Den kommunale omsorgens innhold og retning	40
5.4 Den kommunale prioriteringene	42
5.5 Organisering av aktiv omsorg	45
5.6 Kompetanseheving og opplæring	46
5.7 Framtidig beredskap	48
5.8 Oppsummering	48
5.9 Økt satsning på Aktiv omsorg – et viktig framtidig omsorgspolitisk virkemiddel	49
6.0 TEMAET AKTIV OMSORG I VIDEREGÅENDE	51
6.1 Videregående skoler – helsefagarbeider og aktivtør	51
6.2 Oppsummering av kartleggingsdata vgs.	52
6.3 Vurdering	53
7.0 TEMAET AKTIV OMSORG PÅ HØGSKOLER OG UNIVERSITETER MED HELSE OG SOSIALFAGLIG PROFESJONSUTDANNING	55
7.1. Hva sier aktuelle rammeplaner om aktiv omsorg?	55
7.2 Rammeplan for, Aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.	58
7.3 Andre aktuelle helsefaglige – og sosialfaglige utdanninger som ikke er rammeplanstyrt	58
7.4 Høgskoler og universiteter – med aktuelle videreutdanningstilbud og FOU-aktivitet	60

8.0	TEMAET AKTIV OMSORG VED AKTUELLE KOMPETANSESENTRER	61
8.1	Sentre for omsorgsforskning	61
8.2	Øvrige utvalgte kompetanse- og kunnskapsentre	62
8.3	Vurdering	62
9.0	UTVIKLINGSENTRER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTE, TILTAK OG KUNNSKAPSBYGGING INNEN AKTIV OMSORG	63
9.1.	Opplæringstilbud i regi av utviklingssentrene	64
9.2	Et utvalg av aktuelle prosjekter innen aktiv omsorg	65
9.3	Tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming	71
9.4	Tiltak for mennesker med innvandrerbakgrunn	73
9.5	Vurdering	74
10.0	PRIVATE IDEELLE AKTØRER HVA FINNES AV AKTIV OMSORG HER?	77
10.1	Vurdering	78
11.0	NASJONALE FRIVILLIGE ORGANISASJONER – VIKTIGE TILBYDERE INNEN AKTIV OMSORG	79
11.1	Opplæringstilbud	80
11.2	Vurdering	82
12.0	EN «ALTERNATIV» TILNÆRMING TIL AKTIV OMSORG	83
12.1	Snoezelen – sansestimulering	83
12.2	Bruk av Qi Gong	83
13.0	HVA FINNES AV LÆREMATERIELL INNEN AKTIV OMSORG – EKSEMPLER	85
13.1	Læremateriell	85
13.2	Vurdering	88
14.0	AKTIV OMSORG – KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV	89
14.1	Etablering av en ide- og kunnskapsbank som et bidrag til kompetanseheving	89
14.2	Beskrivelse av sentrale utdanningstilbud som eksempler	90
14.3	Kulturarbeiderskoler som kompetansehevingstilbud	98
14.4	Et nasjonalt tverrfaglig kompetansehevingsprogram i aktiv omsorg?	102
15.0	ØKT FOKUS PÅ SAMHANDLING, INNOVASJON OG KOMPETANSEKULTUR – EN STYRKET SATSNING PÅ AKTIV OMSORG	107
15.1	Fra kompetanse til praktisk handling	108
16.	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	109
	LITTERATUR	111
	VEDLEGG	115
	Tabelloversikt	115
	TIDLIGERE UTGIVELSER	116

SAMMENDRAG

Høsten 2011 fikk Senter for omsorgsforskning Sør i oppdrag fra Helsedirektoratet å foreta kartlegginger, undersøkelser og vurderinger av hva som finnes av tiltak, fagutvikling og opplæring innen satsningsområdet: Aktiv omsorg, som er et av fem strategiske satsningsområder i Omsorgsplan 2015 (St.meld. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer. Data fra denne kartleggingen skal anvendes som forberedelse til utvikling av en idé og kunnskapsbank for aktiv omsorg og i vurdering av en mulig etablering av et nasjonalt kompetansehevingsprogram innen Aktiv omsorg.

I rapportens kapittel to beskrives begrepet aktiv omsorg, hvordan det anvendes politisk og hva som ligger i selve begrepet. Begrepet: Aktiv omsorg, skal i vår sammenheng forstås i et livsløpsperspektiv. Vi har derfor, på bakgrunn av kunnskapsoppsummeringer og gjennom den kartlegging vi har foretatt i dette prosjektet kommet fram til denne begrepsforståelsen: Aktiv omsorg er en tilpasset prosess som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet for den enkelte i hele livsløpet.

Kapittel tre presenterer prosjektets kartleggingsarenaer og metode.

I kapittel fire beskrives endringene i den kommunale omsorgssektoren de siste 30 årene. Oppgavene og ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåene i forvaltningen har vært i sterk endring i etterkrigstiden noe som også påvirker dagens prioriteringer.

Kapittel fem belyser data fra spørreskjema undersøkelsen i kommunene. Spørreskjema undersøkelsen er sendt til alle landets kommuner. Svarprosent er på 53. Data viser at kommunene har store nåtidige og framtidige utfordringer knyttet til de helsepolitiske reformene, spesielt med hensyn på plan, økonomi og personell, noe som gjør at aktiv omsorg reelt ikke prioriteres høyt i dette. Likevel ønsker kommunen å fokusere på dette. Det viser stort engasjement både knyttet til behov og behov for større fokus gjennom opplæring.

Undersøkelsen viser også hvor det er viktig å sette inn opplæring knyttet til aktiv omsorg. Kommunens eget personell og frivillige syntes å være viktige målgrupper. Data viser også at kommunene gjerne vil samarbeide med de regionale utviklingssenetrene for sykehjem og hjemmetjenester når det gjelder opplæring. Tidligere studier som er gjennomført ved Senter for omsorgsforskning Sør viser det samme – at kommunene ønsker et tett samarbeid med det regionale utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester når det gjelder opplærings og utviklingstiltak.

I kapittel seks presenterer vi data fra kartleggingen på videregående skoles nivå. Det syntes å være et samsvar mellom programområde og utdanningstilbud flere steder, men ikke hos alle, noe kartleggingen vi foretok underbygger. Satsningen syntes å ha en sammenheng med lærekrefter, samarbeidsrelasjoner i praksis og undervisningsmateriell.

Kartleggingen avdekker også tiltak og aktiviteter i som etter vår oppfattning vil være interessante å bygge videre på i forhold til det å utvikle gode rekrutteringsstrategier for Helsefagarbeiderutdanningen.

Hvordan behandles temaet, Aktiv omsorg i rammeplanene til velferdsstatens profesjonsutdanninger er tema i kapittel sju. Vi har valgt å se på følgende rammeplaner: Sykepleier, vernepleier, sosionom, barnevern, ergoterapi, fysioterapi utdanning.

I tillegg til dette har vi sett på rammeplaner for videreutdanning innen aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

Slik vi finner det er ikke aktiv omsorg som begrep anvendt som begrep i noen av rammeplanene. Rammeplanene fokuserer ikke eksplisitt på dette. Ergoterapiutdanning, vernepleierutdanning og fysioterapiutdanning er de utdanninger som tydeligst fokuserer på dette temaet. Barnevernpedagogutdanning fokuserer gjennom sitt aktivitesfag også på dette, spesielt rettet mot barn og unge.

Det er verd å merke seg at sykepleierutdanning og sosionomutdanning fokuserer dette temaet i liten grad. Spesielt er dette for sykepleierutdanningen, som utdanner mange medarbeidere til den kommunale omsorgstjenesten, medarbeidere som også får lederansvar og utviklingsansvar i tjenesten.

I kapittel åtte har vi sett nærmere på hvordan temaet behandles ved aktuelle kompetansesentre. Det foregår noe aktivitet ved de ulike sentrene for omsorgsforskning, ved Senter Sør bidrar en både med FOU-aktiviteter og opplæring det samme gjøres ved Senter Nord. Verdighetscenteret, Nasjonalt Senter for aldring og helse driver også noe arbeid her, det samme gjør Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste, tiltak og kunnskapsbygging innen aktiv omsorg er tema i kapittel ni. Utviklingssentrene har mange spennende utviklingsprosjekter. Utviklingssentrene i de store regionene – Oslo Akershus har store tiltak innen aktiv omsorg. Det arbeides systematisk og det er også knyttet opp utviklingsprosjekter i forhold til de ulike tiltakene. Tiltak spesielt rettet mot menn er det lite å finne når en ser på resultater fra kartleggingen.

Kapittel ti beskriver hva som finnes av utviklingsprosjekter hos de private, ideelle aktører. Kirkens Bymisjon og Catinka Gulberg senter er en av flere viktige pådrivere innenfor dette feltet. Begge institusjonene har opparbeidet seg viktig kunnskap som også anvendes av kommunale institusjoner og av andre ideelle organisasjoner. Flere av de ideelle organisasjonene syntes å ha prioritert aktiv omsorg høyere enn mange av de kommunale institusjonene.

Bidrag fra utvalgte nasjonale frivillige organisasjoner presenteres i kapittel elleve. I Norge er den frivillige innsatsen som utøves innen omsorgssektoren særlig viktig i forhold til barn, eldre, funksjonshemmede og syke. Omsorgssektoren inneholder et mangfold av tiltak utført av mange typer frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige, med eller uten offentlig støtte. De frivillige organisasjonene, frivillige enkeltpersonene representerer i alminnelighet en organisasjonsform hvor veien er kort fra ide til aktivitet. Det er grunn til å fastslå at de kartlagte organisasjonene yter en betydelig innsats i feltet aktiv omsorg – også overfor gruppen under 67 år som syntes å være den mest krevende gruppa for kommunen å yte et kvalitativt godt omsorgstilbud til.

Under kartleggingen fant vi at flere kommuner har etablert det en kaller for sansehus eller snoezel som anvendes aktivt i arbeid med sansestimulering for brukere i alle aldre med ulike typer omsorgsbehov. Bruk av Qi Gong som aktivitet fant vi også noe som er svært populært spesielt hos yngre brukere men også for aldersgruppen over 67 år. Dette er temaet for kapittel tolv.

I kapittel tretten har vi vurdert et utvalg av læremateriell. Kirkens Bymisjons publikasjoner er nyttige verktøy i opplæring og inneholder gode tips og beskrivelser av tiltak. Det samme gjør publikasjonene fra Nasjonalforeningen. Filmene fra Parkinsonforbundet er også viktige å se nærmere på og kan godt anvendes.

des i opplæring av både brukere, ansatte og pårørende. Disse er gode motivasjonsfilmer. Lærematerialet som her er vurdert er brukt på flere institusjoner, av pårørende og frivillige.

Aktiv omsorg - kompetanse og kompetansebehov er tema i kapittel fjorten. Etablering av en ide og kunnskapsbank som et virkemiddel for kompetanseheving her beskrevet. Behovet for et nasjonalt tverrfaglig kompetansehevingsprogram innen aktiv omsorg er stort. Videre i kapitlet beskriver vi hvordan dette kan utvikles og organiseres.

Kapittel femten setter fokus på økt samhandling, innovasjon og kompetansekultur og om dette kan gi en styrket satsning på aktiv omsorg.

Avslutningsvis i kapittel seksten kommer vi med noen avsluttende kommentarer. I denne rapporten har vi hatt hovedfokus på kartlegging av kompetanse, kompetansebehov og kartlegging av gode eksempler på tiltak som gjennomføres både av utviklingssentrene, kompetansesentre og frivillige organisasjoner.

Kartleggingen har avdekket at kommunene ikke har Aktiv omsorg høyt oppe på prioriteringslisten, men sier likevel at en ønsker å prioritere dette. Behov for mer kompetanse er uttalt og et kompetansehevingsprogram innen aktiv omsorg ønskes velkommen. Det er likevel grunn til å tro at et økende fokus på effektivitet – mangel på personell – og økende fokus på medisinske behov kan være en faktor som kan svekke prioriteringen av aktiv omsorg. Behovet for kunnskap om samhandling med lokalsamfunnets frivillige og frivillige organisasjoner er også en utfordring for mange kommuner. Mange frivillige organisasjoner besitter viktige ressurser som en kan anvende for å skape mer innhold i den daglige omsorgen, spesielt gjelder dette for yngre brukere som er vant til å være aktive og deltakende.

Hvordan kan en så styrke fokuset på aktiv omsorg både med hensyn å øke aktiviteten med fokus på kunnskapsutvikling, kunnskapsimplementering og samhandling internt i enhetene og samhandling utad mot lokalsamfunnets frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige. Dette er et omfattende spørsmål som denne kartleggingen ikke kan gi et entydig svar på men vi vil likevel peke på noen forutsetninger vi mener er sentrale.

- Styrke kunnskapen om den nye kommunerollen og de nye brukergruppene og framtidige brukergruppene i utdanning på videregående skoles nivå og innom høyere utdanning av velferdsstatens profesjoner.
- Styrke fokuset på aktiv omsorg inn mot videregående skoles nivå og høyere utdanning gjennom utvikling av læremateriell og kompetanseutvikling for lærere og samhandling med utviklingssentrene.
- Styrke fokuset på aktiv omsorg inn mot utdanning av velferdsstatens profesjoner gjennom fokus på rammeplan og fagplanutvikling på grunn- og videreutdanningsnivå.
- Utvikle et nasjonalt kompetanseutviklingsprogram innen aktiv omsorg. Utvikling i samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og utviklingssentrene.
- Styrke kompetansen om samarbeid med frivillige/frivillige organisasjoner på videregående skoles nivå og innom høyere utdanning.
- Utdanning og forskning på feltet skal være praksisnært – skal en lykkes i å utnytte og implementere ny kunnskap og å utvikle ting sammen må også praksisfeltet være nær både utdanning og forskning i sitt daglige arbeid.

-
- Styrke elever og studenters tilgang på kunnskap om aktiv omsorg gjennom markedsføring av ide- og kunnskapsbanken mot bl.a. biblioteker ved utdanningsinstitusjonene og gjennom presentasjoner.
 - Gjennom regionale kurs i regi av utviklingssentrene fokusere og drøfte temaet i forhold til implementering i en hektisk hverdag der fokuset ligger på de tradisjonelle medisinske behov og et økende krav til effektivisering.
 - Kommunene må jobbe kontinuerlig med å utvikle en kultur for kompetanse ved enheten, ha rutiner for hvordan medarbeidere som har deltatt i kompetansehevingsaktiviteter får videreformidlet sin kunnskap.
 - Kommunene må utvikle gode strategier for samhandling og tverrfaglighet i omsorgstjenesten, der fokuset ligger både på det medisinske og det innholdsmessige i den daglige omsorgen.
 - Gi rom for mer flerfaglighet i omsorgstjenesten – våge å satse.
 - Bruke tid på å involvere og samhandle med lokalsamfunnets frivillige organisasjoner og frivillige i enheten, som bidragsytere til aktiv omsorg.

Aktiv omsorg er et utfordrende satsningsområde der også ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av personell er viktig. Ufordringene som her skisseres er ikke uoverkommelige. Forskning, utviklingsarbeid og kunnskapsbygging i samarbeid med utviklingssentrene må intensiveres på området.

1.0 INNLEDNING

Høsten 2011 fikk senter for omsorgsforskning Sør i oppdrag fra Helsedirektoratet å foreta kartlegginger, undersøkelser og vurderinger av hva som finnes av tiltak, fagutvikling og opplæring innen satsningsområdet: Aktiv omsorg, som er et av fem strategiske satsningsområder i Omsorgsplan 2015 (St.meld. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer. Data fra denne kartleggingen skal anvendes som forberedelse til utvikling av en idé og kunnskapsbank for aktiv omsorg og i vurdering av en mulig etablering av et nasjonalt kompetansehevingsprogram innen Aktiv omsorg.

Senter for omsorgsforskning Sør ser på dette prosjektet også som en mulighet til å kunne styrke egen kompetanse innen Aktiv Omsorg. Vi håper også at Senter for Omsorgsforskning Sør, gjennom dette prosjektet, kan gi nyttige bidrag til politikkkutforming på området.

I dette kapittelet vil vi videre kort redegjøre for oppdraget, prosjektets formål og nytteverdi og til slutt for rapportens oppbygging.

1.1 Oppdraget

Oppdraget fra helsedirektoratet omfattet følgende kartlegginger, undersøkelser og vurderinger:

- Kartlegge hva som finnes av aktuelle utdanningstilbud (kurs-, etter-, videreutdanninger) og læremateriell (verktøy, metoder, lærebøker mv.) i aktiv omsorg i regi av ulike utdanningstilbydere. Vurdere hvilke av elementene, som her er kartlagt, som bør inngå i ide- og kunnskapsbanken, enten i sin nåværende form eller ved å videreutvikles.
- Undersøke hvordan aktiv omsorg prioriteres i norske kommuner sammenliknet med andre satsninger i Omsorgsplan 2015
- Kartlegge eksisterende aktiv - omsorgstiltak, - prosjekter, - aktiviteter i Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og andre utvalgte virksomheter. Vurdere å begrunne hvilke av disse som har en overføringsverdi og bør inngå i idébanken
- Undersøke opplæringsbehovet i aktiv omsorg og vurdere hva slags opplæringsopplegg som er egnet, og om det er behov for annen type tilrettelegging og organisering av tjenestene.
- Vurdere hvorvidt det er behov for andre former for tilrettelegging for å sikte læremateriell, verktøy og metoder for at aktiv omsorg implementeres og tas i bruk i omsorgstjenestene.

På bakgrunn av dette har vi tolket mandatet på følgende måte:

Vi har kartlagt et representativt utvalg av videregående skoler med helsefagarbeiderutdanning og aktivtørutdanning. I tillegg har vi sett på utdanningsprogrammene. Innen høyere utdanning har vi sett på ulike utdanningsprogrammer ved universiteter og høyskoler som utdanner aktuelle kandidater innen velferdsstatens profesjoner. Vi har også sett nærmere på rammeplaner og studieplaner for disse profesjonene.

I tillegg til dette har vi også kartlagt utvalgte kompetansesentre.

Vurdering av utvalgt aktuelt læremateriell er gjennomført.

For å undersøke hvordan aktiv omsorg prioriteres i norske kommuner sammenliknet med andre satsninger i Omsorgsplan 2015 har vi gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i alle landets kommuner. Dette for å få et større datagrunnlag i forhold til politikkkutforming på området.

Alle Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste er intervjuet både med hensyn på aktiviteter/tiltak, om det gjennomføres opplæring, finnes læremateriell og om det er behov for et kompetansehevingsprogram. I tillegg har vi kartlagt aktuelle institusjoner organisert under VIRKE (tidligere HSH). Vi har valgt å kartlegge også disse institusjonene da disse drives av ideelle organisasjoner som historisk sett har vært gode på å utvikle gode strategier på aktivitet.

Vi har også intervjuet et utvalg av frivillige organisasjoner, vi fant relevante, og som er aktive innen omsorgstjenesten, ved å tilby både aktiviteter til brukere og samtidig tilby opplæring.

Gjennom kartleggingene har vi også dannet oss et bilde av behovet for utvikling og gjennomføring av et kompetanseutviklingsprogram.

1.2 Prosjektets formål og nytteverdi

Mye tyder på at mange brukere av omsorgstjenesten lever passive liv, ikke minst fysisk. Grunnleggende kunnskaper om fysisk aktivitet og helse, deltakelse, mening og motivasjon er nødvendig for å gi et tidsriktig kvalitetstilbud til dagens og ikke minst framtidens mottakere av omsorgstjenester (St. meld 25 (2005 – 2006), St. Meld 47 (2008 – 2009) og NOU (2011:11)). Regjeringen mener derfor at økt aktivisering både sosialt og fysisk gjennom et mer tverrfaglig tilbud bør inngå som en del av den framtidige omsorgstjenesten og vil derfor legge mer vekt på dette som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig framtidig omsorgstilbud.

På bakgrunn av dette ønsker Helse- og omsorgsdepartementet, gjennom Helsedirektoratet å se nærmere på status i arbeidet med en økt satsning på aktiv omsorg og hvilke – tiltak som gjennomføres i regi av Utviklingscenter for Sykehjem og hjemmetjenester og utfordringer som ligger i arbeidet med hensyn på kunnskapsutvikling og behov for kompetanseheving på området.

Et viktig formål og nytteverdi med prosjektet er å bidra til å styrke og videreutvikle en politikk og hovedstrategi i forhold til økt satsning på aktiv omsorg. Målsettingen med dette er å bidra til at brukerne i de kommunale omsorgstjenestene opplever god livskvalitet og egenmestring. I dette arbeidet vil det være viktig å styrke kunnskapen rundt temaet, få fram gode eksempler som kan deles med flere gjennom kunnskapsbaser og vurdere behov for ytterligere kunnskapsbygging.

Gjennom den kartleggingen som vi har foretatt er det grunn til å tro at bevisstheten, blant de ulike aktørene om temaet vil øke.

1.3 Rapportens oppbygging

Denne rapporten inneholder presentasjoner og analyser/vurderinger av hovedtrekk ved de data som vi har samlet inn både gjennom studier av styringsdokumenter, planer, litteratur, telefonintervjuer og spørreskjema.

Rapporten er delt inn i seksten hovedkapitler, for å bedre oversikten over kartleggingsarenaene og de vurderinger som her er gjort. Det første kapittelet er en kort introduksjon til prosjektet. Begrepet: Ak-

tiv omsorg, vil bli drøftet og avklart i kapittel to. Kapittel tre inneholder en presentasjon av prosjektets kartleggingsarenaer. Et kort omsorgspolitisk bakteppe er tema i kapittel fire. I kapittel fem – tolv vil vi presentere data fra kartleggingene: Kommunene, videregående skoler, universiteter og høyskoler, aktuelle kompetansesentre, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester og private og ideelle aktører. I kapittel tolv har vi sett på to «alternative» tiltak. I kapittel tretten har vi vurdert utvalgt læremateriell. Aktiv omsorg – kompetanse og kompetansebehov ser vi nærmere på i kapittel fjorten. Kan økt fokus på samhandling, innovasjon gi en styrket satsning på Aktiv omsorg er temaet i kapittel femten. Til sist i kapittel seksten følger avsluttende kommentarer.

2.0 AKTIV OMSORG

I dette kapitlet vil vi først se nærmere på hvordan begrepet: Aktiv omsorg anvendes politisk. Deretter vil vi innholdsbestemme begrepet. Hvorfor aktiv omsorg - er tema i den tredje delen. I den siste delen vil av kapitlet vil vi gjennom eksempler belyse noen metodiske tilnærminger til aktiv omsorg.

2.1 Hvordan anvendes begrepet: Aktiv omsorg - politisk

Aktiv omsorg er et sentralt begrep i St.meld. 25 (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening*, også kalt omsorgsmeldingen.

Begrepet er ikke nærmere definert i meldingen, men under kapitlet om aktiv omsorg, heter det innledningsvis at «Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud» (St.meld. 25 (2005 – 2006) s. 98.) Meldingen sier videre at undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området den kommunale omsorgstjenesten er kommet til kort, og viser til behovet for større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren. Med faglig bredde nevnes «sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid». Dette er yrkesgrupper som etter vår vurdering i mindre grad ivaretar bredden i kulturelle aktiviteter ser en på innholdet i utdanningen jf. kapittel 7.1.

Statens seniorråd blir referert i meldingen og foreslår å ansette kulturarbeidere på alle sykehjem (St.meld. 25 (2005 – 2006), s. 100). (Seniorrådet går her lengre enn Regjeringen). Det er grunn til å supplere dette med bl.a. med musikkterapeuter og aktivitører.

I stortingsmeldingen, gis det indirekte en rekke eksempler på hva aktiv omsorg kan være.

Kort oppsummert er dette områder som:

- Dagliglivets gjøremål som innbefatter varierte og tilpassede aktiviteter
- Støttekontakt som hjelper til med å fylle et behov for aktivitet og kontakt med andre
- Aktiviserings- og velferdstiltak som for eksempel eldresentre
- Mat og måltider; ikke bare i betydningen sunt kosthold, men som sosial begivenhet, tradisjon, identitet, selskap og fellesskap
- Kunst og kultur som opplevelse
- Musikk, dans og drama i terapeutisk sammenheng
- Fysisk aktivitet

Den kulturelle spaserstokken introduseres i meldingen, og har siden 2006 vært en støtteordning der kommunene kan søke midler. Målet med ordningen er:

-
- Å sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling av høy kvalitet til eldre
 - Å legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren, slik at det utvikles gode kunst- og kulturprosjekter lokalt innenfor et mangfold av sjangre og uttrykk
 - Å bidra til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de eldre befinner seg i dagliglivet (Regjeringen.no/Kulturdepartementet)

Selve begrepet aktiv omsorg har ført til reaksjoner og en viss irritasjon blant helsepersonell, fordi det kan se ut som om man tidligere bare ga passiv omsorg. Dette var også en erfaring vi fikk under vårt kartleggingsarbeid. Vi måtte flere ganger forklare hva som ligger i begrepet. Ut fra dette er det grunn til å tro at begrepet ikke uten videre er innarbeidet i det faglige vokabular. Årsakene til dette kan være mange – en kan være at begrepet ikke er tydelig definert i sentrale styringsdokumenter. Noe vi vil redegjøre for i det følgende.

Begrepet tas ikke opp i «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller», men her brukes begrepet kultur deltakelse. Samhandlingsreformen nevner aktiv omsorg i forbifarten i forbindelse med utviklinga i omsorgstjenesten. Derimot brukes begrepet mye i NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Det nevnes også i KUDs melding nr. 10 (2011 – 2012) *Kultur, inkludering og deltaking*.

Dersom en ser på aktuelle styringsdokumenter som kom i etterkant av (St.meld. 25 (2005 – 2006), fra Helse- og omsorgsdepartementet brukes begrepet i liten grad og det defineres ikke. Vi vil her komme med noen eksempler:

Vi gjør oppmerksom på at redegjørelsen her gjøres i grove trekk.

Rundskriv I-5/2007 – Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud.

Rundskrivet tar utgangspunkt i Regjeringens vektlegging av kultur, aktivitet og trivsel som sentrale deler av et helhetlig omsorgstilbud, noe som er i tråd med føringene gitt i *St.meld.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening*. Her er, som tidligere nevnt, Aktiv omsorg en av hovedstrategiene for fremtidens omsorgstjenester. Rundskrivet omtaler individuelle tiltak hjemlet i sosialtjenesteloven og presiserer samtidig at dagliglivets gjøremål må forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Det vises til muligheter for å delta i aktiviteter, sosiale nettverk og fysisk aktivitet. Ordningen med støttekontakter nevnes særskilt og at dette er et tilbud som skal kunne tilbys brukere i alle aldersgrupper med nedsatt funksjonsevne eller psykiske problemer, samt personer med utviklingshemming. Videre omtales forebygging og avlastning, særlig i form av dagtilbud, samt andre mer generelle velferds- og aktivitetstiltak som for eksempel eldresentre. Sistnevnte er i dag ikke lovhjemlet.

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

Utfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommenes helse- og omsorgstjenester har hatt fokus lenge. Oppgave- og ansvarsfordeling ble for alvor satt på dagsorden gjennom St. melding nr. 47 (2008-2009), den såkalte Samhandlingsreformen.

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.» s. 13.

Samhandlingsreformen forutsetter en forskyvning der flere oppgaver skal løses i kommunen og at det skal lønne seg for kommunene og satse på forebygging og helsefremmende tiltak. Det er et uttalt mål å bidra til

økt livskvalitet og mindre press på helsetjenesten. Den nye fremtidige kommunerollen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene beskrives som en del av lokalsamfunnet. Det henvises til *St.meld.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening* St.meld. 25 (2005-2006) som skal sikre økt kapasitet, kompetanse og kvalitet i tjenestene. Herunder en satsning på familie og pårørende, samt vektlegging av Aktiv omsorg og forebygging. Kommunen blir også ansvarlig for folkehelsearbeidet med økt fokus på egenmestring og forebygging, jf. forslag om ny folkehelselov. Samhandlingsreformen følges opp med forslag til nytt lovverk tilpasset behovet for å se kommunale helse- og sosialtjenester under ett, samt ny oppgavefordeling

Stortingsmeldingen omtaler de frivillige organisasjoners rolle, samt frivillighet som verdi. Det vises til at frivillige organisasjoner kan ha andre forutsetninger for å bidra enn det offentlige tjenesteapparatet og at frivillighet i seg selv er en verdi gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt samvær. Ulike tiltak skal bidra til at brukere kan mestre sin livssituasjon og frivillige organisasjoner kan ha en viktig plass i dette arbeidet.

Prop. 90 L Lov om folkehelsearbeid - Folkehelseloven

Prop. 90 L, er et forslag til Lov om folkehelsearbeid – Folkehelseloven. Den nye loven skal erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven inklusive miljørettet helsevern, samt lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. Forslaget tar utgangspunkt i at grunnlaget for god helse primært legges utenfor helsetjenesten. Det vises til «visjonen» Helse i alt vi gjør (Health in all Policies) og betydningen av empowerment (egenkraftmobilisering) som del av det helsefremmende arbeidet. Kommunene får ansvaret for folkehelsearbeidet og blir oppfordret til å nytte andre sektorer enn helse inn i dette arbeidet. Frivillige organisasjoner synes å spille en betydelig rolle inn i folkehelsearbeidet både i kraft av at enkeltmennesker engasjerer seg, samt det tilbudet de i dag representerer, herunder kultur og fritidsaktiviteter. Idrett og friluftsansjoner nevnes også. Forslaget må ses i sammenheng med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Forslaget til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. er en oppfølging av Samhandlingsreformen. Loven skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester. Dette betyr en harmonisering av kommunehelsetjenestens å «sørge for ansvar» og sosialtjenestelovens plikt til å «yte tjenester».

I dagens lovgivning heter det blant annet at omsorgstjenestene skal «*Bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i felleskap med andre.*» (Sosialtjenestelovens § 1) Tiltak rettet mot Aktiv omsorg synes å komme inn her.

I det nye forslaget oppheves skillet mellom helse- og omsorgstjenester, dette betyr felles klage- og tilsynsinstans hjemlet i pasientrettighetsloven, samt at helsepersonelloven vil omfatte alle som yter tjenester. Som en konsekvens vil det også bli foreslått endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Kommunene får gjennom ny forlaget til ny lovgivning et samlet ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Veksten i antall brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester beskrives, samt utviklingstrekkene fremover. Kommunene får større ansvar og flere oppgaver som krever økt kompetanse. Også her settes fokus på forebygging og helsefremmende tiltak som ledd i å fremme helse og trivsel.

Denne nye planen skal gi føringer for både helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i kommunene, samt en oppfølging og videreføring av Omsorgsplan 2015. Aktiv omsorg omtales sammen med forskning, planlegging, bedre samhandling, medisinsk oppfølging og partnerskap med familie og frivillige. Det vises til at «Flere undersøkelser peker på at dagligliv, måltider, aktivitet og sosiale og kulturelle forhold er de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud. Det er behov for flere yrkesgrupper og større faglig bredde for at tjenesten skal ta en mer aktiv profil og dekke psykososiale behov». Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester må organiseres med sikte på at den enkelte bruker kan fortsette å leve trygt, meningsfylt og mest mulig selvstendige liv. Aktiviteter skal rettes både mot de som mottar og de som ikke mottar tjenester med fokus på mening, muligheter for egenaktivitet og sosialt liv. Pleie- og omsorgstjenestene omtales særskilt og det vises det til at man må forutsette at disse tjenestene i kommunene ikke kan løse alle omsorgsutfordringer alene. Det vil bli behov for å styrke det frivillige engasjementet. Videre trekkes aktiv omsorg igjen frem som en av de fem hovedstrategiene i Omsorg 2015. Det vises til at Aktiviteter i form av kultur, mat og måltider sammen med aktivitet og trivsel sees som en del av et helhetlig omsorgstilbud. Den Kulturelle spaserstokken, Livsglede for eldre og Inn på Tunet trekkes igjen frem som eksempler på tiltak under Aktiv omsorg. Det vises til behov for kompetanseheving og opplæring på området, herunder utvikling av læremateriell og etablering av tverrfaglige videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg.

Etableringen av de fem regionale sentrene for omsorgsforskning skal bidra til kompetanseheving og praksisnær forskning (relevant for pleie- og omsorgstjenestene, tjenestemottakere og pårørende). Det er opprettet utviklingscentre for hjemmetjenester og sykehjem i hvert fylke. Disse er samlet i nettverk og støttes faglig av de regionale sentrene for omsorgsforskning.

Strategi for utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester 2011-2015

Satsningen på utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem er forankret i St.meld. 25 (2005-2006) Mestring muligheter og mening». Omsorgsplan 2015 gir nasjonale føringer for utviklingscenterne herunder de fem hovedstrategiene fra stortingsmeldinger, der Aktiv omsorg inngår som en av disse. Utviklingscenterne skal ha en pådriverfunksjon for kunnskapsutvikling og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten i sine fylker.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Utvalget har i sitt arbeid lagt betydelig vekt på aktiv omsorg og viser til St.meld.25 (2005-2006). De viser til at utfordringer knyttet til Aktiv omsorg er lagt til grunn som en av fem hovedutfordringer for utvalgets arbeid. Utvalget drøfter og problematiserer begrepet omsorg på en grundig måte og hevder at «Begrepet omsorg inviterer til en passiv og avhengighets skapende mottakerrolle som er lite tilpasset de krav vi må stille for å møte framtidens utfordringer. Videre viser de til at «Det nye begrepet «Aktiv omsorg» som er innført med Omsorg 2015 løser ikke dette problemet, selv om det bøter noe på det.»(kap.4.3.4). Aktiv omsorg knyttes opp mot teknologistøtte og såkalt «hverdagsrehabilitering» på brukernes premisser. Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved at det settes inn mye ressurser tidlig for å redusere konsekvenser av videre problemforløp i stedet for og bare sette inn kompensierende tiltak. Trening i stedet for pleie med utgangspunkt i brukerens eget hjem. Det vises til «The Eden Alternative» som skal bidra til å skape fellesskap som styrkes selvbestemmelsesretten og der målet er å øke både eldre og pleieres livskvalitet gjennom å forandre steder de lever og arbeider. (Boks 5.8.) Omgang med barn, dyr og planter er eksempler på tiltak. Konseptet prøves ut i to norske kommuner i samarbeid med Innomed.

Utvalget legger vekt på Kunst og kulturaktiviteter (dans, musikk, drama, skjønnlitteratur) og bevegelse (gjennom musikk, sang, avspenning og massasje) som eksempler på aktiv omsorg. De viser for øvrig til ulike tiltak og omtaler blant annet det første kommunale lærings- og mestringssenteret i Sandefjord. Det vises til behov for å videreutvikle velferdsteknologi som en del av hjelp til selvhjelp og teknologi som et bidrag til å skape sosial kontakt (aktiv omsorg). Aktiv seniorpolitikk og aktiv aldring trekkes frem og gis innhold. Utvalget har en rekke forslag til tiltak og påpeker behovet for opplæring og kompetanseheving innen velferdsteknologi, samt tiltak som stimulerer til innovasjon i omsorgstjenestene.

Prop.1S (2010-2011)

Her vises eksplisitt til behovet for tiltak med sikte på å øke kompetansen innen Aktiv omsorg. Den Kulturelle spaserstokken videreføres og styrkes. Mat og måltider settes igjen på dagsorden og det vises til de nye retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner. I følge Prop.1S (2010-2011) er mellom 10 og 60 prosent av pasientene i sykehus og beboere i sykehjem underernært og det er behov for tiltak og rutiner for å føle opp og kartlegge og følge opp ernæringsstatus.

Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenesten sin rolle i det å bidra til kompetanseheving og kompetansespredning i kommunene understrekes.

Samarbeid med frivillige organisasjoner omtales særlig i sammenheng med etablering og opptrapping av antall frivillighetssentraler.

Det legges vekt på at begrepet også omfatter forebyggende og helsefremmende aktiviteter. Det forebyggen- de og helsefremmende perspektivet er særlig fremtredende i Samhandlingsreformen, samt de nye lovforslag som følger av denne. Det gjelder både den nye Helse- og omsorgsloven, samt forslaget til ny Folkehelselov. Her synes imidlertid begrepet Aktiv omsorg og de aktiviteter og tiltak vi knytter opp mot dette i liten grad å være eksplisitt nevnt.

Forslaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan synes samtidig å forutsette en satsning på Aktiv omsorg som en del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og som et viktig element inn i det helhetlige helse- og omsorgstilbudet, i kommunene.

Ser vi videre på den norske kulturpolitikken har den etter krigen i stor grad gått ut på å demokratisere kunst og kultur, blant annet gjennom oppretting av en rekke vandrende riksinstitusjoner, og ved å stimulere til lokalt kulturarbeid. Denne demokratiseringa førte til at kulturdepartementet på 70-tallet introduserte «det utvidede kulturbegrep» som inneholder:

- Det tradisjonelle, profesjonelle kulturområdet (musikk, litteratur, bildende kunst, teater, kulturvern m.v.)
- Dagliglivets aktiviteter som foreningsvirksomhet, idrett og amatøraktiviteter

Fra 70-tallet understrekes også betydningen av medvirkning og deltakelse i ulike former for kulturaktiviteter. Viktige målgrupper var barn, eldre, personer med nedsatt funksjonsevne, pasienter og folk på institusjoner. I St.meld.10 (2011 – 2012) *Kultur, inkludering og deltaking* heter det:

Kulturpolitikken skulle i dette perspektivet ikke først og fremst tvinge fram ny innsikt og horisontar, men skape tryggleik, tilhøyrslø og sosial utjamning. Det kulturpolitiske velferdsmotivet inneber med andre ord ei klar tilnærming mellom kulturpolitiske og sosialpolitiske mål og verdiar. Dette velferdspolitiske perspektivet på kultur fekk konkret uttrykk gjennom

ei vektlegging av samanhengane mellom eit velutvikla kulturtilbod og innbyggjarane si livskvalitet og helse. (s. 17)

St.meld. nr. 48 (2002 – 2003) *Kulturpolitikk fram mot 2014* understreker behovet for tilgjengelighet og knytter kultur opp mot ulike helsestrategier:

Siktemålet med det vidare arbeider er å medverka til at kunst og kultur av god kvalitet vert betre tilgjengeleg for fleire, og at kultur vert ein akseptert metode i det førebyggjande, helsefremmande og rehabiliterande arbeidet. (s. 119)

Kulturloven fra 2007 sier i sin formålsparagraf:

Lova har til føremål å fastleggja offentlege styresmakters ansvar for å fremja og leggja til rette for eit breitt spekter av kulturverksemd, slik at alle kan få høve til å delta i kulturaktivitetar og oppleva eit mangfold av kulturuttrykk.

Dette understreker rettighetsperspektivet, som også tas opp i FN's konvensjon for menneskerettigheter, der det heter at alle har rett til fritt å delta i kulturlivet i samfunnet, og ha glede både av kultur og vitenskap. Aktiv omsorg kan ut fra dette se ut til å bygge på et rettighetsperspektiv.

2.2 Aktiv omsorg – begrepsavklaring

Dersom vi går tilbake og ser på St.meld. nr 25 (2005 -206) sin konkretisering av begrepet; aktiv omsorg, ligger det nær opp til det utvidede kulturbegrep, noe også Kirkens Bymisjon har gjort i sin begrepsforståelse.

Kirkens Bymisjon, som er en aktiv aktør på området, bruker ikke begrepet aktiv omsorg – men begrepet kultur – det utvidede kulturbegrep. Bymisjonen sier det slik: « Når vi skriver og prater om kultur i bymisjonen, forstår vi begrepet kultur som holdninger, verdier og «måter å leve sammen på». Vi har også oversatt kultur med det litt gammelmodige ordet «dannelse». Man finner de som mener at kultur er kun profesjonell musikk, dans, teater, film, litteratur og billedkunst. Kultur er også dette, men kulturen er ikke forebeholdt profesjonelle kunstnere. Kultur er som lufta – alle må ha den for å kunne leve, være i sosiale sammenhenger, ha fantasi, vise skaperglede og ha rom for refleksjon og stimulans til intellekt og følelsesliv. Med kulturarbeid forstår vi derfor alle tiltak som fremmer gode relasjoner mellom mennesker.» (Kirkens Bymisjon 2008).

Aktiv omsorg eller «Active ageing» beskrives av Verdens helseorganisasjon som prosessen som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet også i eldre år. (Jakobsen og Grandebo 2011).

Begrepet: Aktiv omsorg, skal i vår sammenheng forstås i et livsløpsperspektiv. Vi har derfor, på bakgrunn av kunnskapsoppsummeringer og gjennom den kartlegging vi har foretatt i dette prosjektet kommet fram til denne begrepsforståelsen: Aktiv omsorg er en tilpasset prosess som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet for den enkelte i hele livsløpet.

2.3. Hvorfor aktiv omsorg?

Forskning og erfaringer fra ulike prosjekter viser at aktiv omsorg, eller kultur og aktiviteter, kan gi en rekke positive resultater både i helsefremmende arbeid, forebygging, behandling og rehabilitering.

I en kunnskapsoversikt fra 2010, heter det at det ikke finnes mye forskning som knytter deltakelse i kultur og frivillighet med lykke og økt livskvalitet på individnivå. Derimot finnes en klar sammenheng på samfunnsnivå (Loga, 2010).

Opplevelsesdimensjonen er en viktig del av menneskers livskvalitet. På slutten av 1990-tallet var det en stor nasjonal satsing, *Kultur gir helse*, der utvalgte kommuner hadde prosjekter der en brukte kultur og aktiviteter for ulike målgrupper. Evalueringa konkluderer med:

Evalueringen viser at kultur har gitt helse på to forskjellige måter. For det første har mange aktiviteter og tiltak bidratt til helse gjennom å gi målgruppene trivsel og samvær, og derigjennom en rolle og en plass i et lokalmiljø. Marginaliserte grupper og enkeltindivider er flyttet fra marginen og inn i «det gode selskap». Den kulturen som kan anrettes slik at den gir identitet og tilhørighet, har altså gitt helse.

(.....)

Evalueringen viser imidlertid også at kultur har gitt helse på en annen og mer direkte måte, nemlig ved å gi opplevelser og livsinnhold. Vi har snakket med brukere som både har vektlagt selve kulturopplevelsen, og som har vært opptatt av å stille kvalitetskrav til de kulturaktivitetene de blir budt. (Baklien og Carlsson, s. 8)

Ensomhet er et stort problem. Det er et trivselsproblem - og et helseproblem. Det å ha et sosialt nettverk er av stor betydning for helsa. Dette er en faktor som først er blitt via oppmerksomhet i de siste 20-30 åra. Helsemyndighetene har i lengre tid satt i gang ulike helsekampanjer som omhandler livsstil; alkoholvaner, spisevaner, røyking, mosjon, seksualvaner osv. Disse faktorene har i flere undersøkelser vist seg å ha mindre betydning enn nettverket har. Nest etter høy alder er ensomhet den største helserisiko. Eldre som er ensomme er derfor dobbelt belastet, og utgjør en betydelig risikogruppe.

Mange mennesker med ulike former for funksjonshemming står utenfor arbeidslivet. Dette innebærer at de ikke har tilgang til det fellesskapet arbeidsplassen utgjør. I tillegg betyr det at de har masse fri tid - enten de er i institusjon eller i egen bolig. Dette er også et moment som må tas med når en skal vurdere aktuelle kulturtilbud.

Deltakelse i kulturaktiviteter innebærer at mennesker får mulighet til å utvide sitt nettverk og komme ut av en sosial isolasjon. En kan møte mennesker i samme livssituasjon, eller en kan møtes ut fra felles interesser.

MIND – søsterorganisasjonen til Mental Helse i England påpeker i en evalueringsrapport at deltakelse i kultur- og kunstaktiviteter har et stort potensial for å utvikle ulike former for sosial kapital:

1. Avgrenset (bonding) sosial kapital, beskrevet som kontakten og forholdet mellom mennesker som deler samme særpreg, sterke sosiale bånd innad – homogene grupper
2. Brobyggende (bridging) sosial kapital, beskrevet som kontakten med mennesker som er ulik en sjøl, men som har felles interesser. Svakere bånd innad åpner opp for sterkere bånd utad – og inkluderer forskjellige folk for ulike sosiale lag og klasser – heterogene grupper (APU/UCLAN)

Porsgrunn kommune har hatt en kunstgruppe bestående av mennesker med psykiske problemer, kunstnere, helse- og kulturarbeidere. Gruppen hadde som målsetting å utsmykke et par institusjoner i kommunen. I den forbindelse var de på en rekke kunstutstillinger. En av pasientene sier:

Det at vi har hatt mot til å bli med, mot til å være i et åpent rom, med andre ukjente mennesker, har vært milepæler for enkelte i kunstgruppa. Vi har sprengt noen grenser for oss selv. Dessuten har utstillingen vært et fristed for oss – overalt blir vi møtt som «vanlige mennesker, og ikke som pasienter». (Lorentsen m.fl. 2002, s. 31)

I dette arbeidet var en opptatt av at lokale kulturtiltak fører til økt deltakelse og integrasjon som igjen gir bedre helse. En av målgruppene var personer med psykiske problemer.

Noen eksempler:

Biblioteket som møteplass. I Arendal ble det satt i gang et prosjekt som fikk navnet «Treffpunkt bibliotek». Et sentralt tiltak her var en bokkafé med ulike foredragsholdere – som oftest forfattere. I utgangspunktet var bokkaféen for blinde og svaksynte, men har etter hvert blitt utvida til å omfatte andre brukere; som for eksempel medlemmer i Mental Helse og brukere av de psykiatriske dagstrenene. Tilbudet er dessuten åpent for folk som ikke tilhører spesielle brukergrupper. Denne vinklinga er interessant; man tilrettelegger for spesielle målgrupper, men det er deltakelsen fra de såkalt friske som bidrar til at en unngår å gjøre bokkaféen til en stigmatisert arena (Baklien og Carlsson).

I Levanger har man prøvd ut et tiltak som bare er retta mot mennesker med psykiske lidelser. Fri-luftsgruppa *Tjuddurn* (tiuren) samles ukentlig for å gå tur – dvs. de møtes to ganger per uke, først for planlegging, dernest for tur. I evalueringsrapporten kommer det fram følgende:

Deltakerne legger vekt på at ved å delta på slike turer brytes isolasjon, og gjennom å mestre turen sammen med andre, og det sosiale rundt bålet, øker sjøltilliten. Dessuten blir de slitne og trøtte slik at behovet for beroligende midler reduseres. Både de deltagende fagpersoner og brukerne legger vekt på at forholdet mellom «pasient» og «behandler» blir et annet når de prater mens de går på tur (Baklien og Carlsson, s. 47).

Begge eksemplene synliggjør at forholdsvis små innsatser kan gi store ringvirkninger.

Den kreative prosessen kan være en viktig del av opplevelsen. En student med Høgskolen i Telemark har intervjuet profesjonelle kunstnere som var innlagt på en psykiatrisk institusjon (Hoelstad, 2001). Hennes fokus var å se på hvordan kreativ og kunstnerisk virksomhet kan påvirke hverdagen og livskvaliteten til mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse.

En glasskunstner sier:

Når jeg arbeider med glass er det som jeg blir veldig varm inni meg, - og jeg blir lett og glad. Jeg glemmer det traumatiske. Jeg jobber ikke etter faste tider, men når jeg har lyst. Jeg jobber nesten alltid om kvelden, da har jeg det verst med meg selv. Når jeg jobber glemmer jeg det vonde, jeg blir fylt av energi som kan vare i flere dager. Jeg tror fifty-fifty at det å skape og produktet betyr noe for de gode følelsene jeg får når jeg arbeider.

Jeg ville ikke vært sykdommen foruten. (...) Når jeg har vært syk, har jeg lagd noen av de fineste arbeidene. (Hoelstad 2001, s. 18)

En musiker får utløp for sine følelser - både de gode og de vanskelige:

Musikken betyr mye for meg - den gir meg selvtillit. Musikk er veldig privat for meg.

Håper å nå gjennom med musikk.

Det er en måte å få ut det indre i meg. Jeg får ut kjærlighet, fortvilelse, frustrasjon, glede, tristhet og sorg. (Hoelstad 2001, s. 24)

Det er ikke bare profesjonelle kunstnere som har glede av å uttrykke seg. Nina, psykiatrisk pasient som gjennom prosjektet «Kulturkontakt i psykiatrien» har kommet i kontakt med kulturlivet, ser at hun kan ta opp igjen sin interesse for amatørteater, sjøl om hun bare får statistroller;

Dette prosjektet har betydd mye for meg. Det har kanskje ikke gjort meg frisk, men friskere, og har vist meg veien til stien jeg gikk på før jeg ble syk. (Kobro 2000, s. 24 og 25)

Psykolog Sol Seim viser til at det er vanlig å tro at kreativitet er noe som hører ungdommen til. Gjennom eksempler viser hun at dette på ingen måte er tilfelle. En ting er at mange forfattere, diktere, malere, musikere, komponister og skuespillere har begått noe av sitt ypperste arbeid i høy alder. For å gi noen eksempler; Knut Hamsun var 89 år da han skrev boka «På gjengrodde stier», dikteren Rolf Jacobsen ga ut en diktsamling 78 år gammel, der anmeldere berømmer hans dikt for å være blant de vakreste kjærlighetsdikt i hele den norske litteratur. Over 80 år gammel hadde Olav Mosebekk en utstilling av nye malerier - der han sier at han har fått et nytt liv. En anmelder karakteriserte bildene slik: «... (de) spruter av farger og frodige menneskekropper i lysten kjærlighetslek». Per Aabels skuespillerprestasjoner ble ikke dårligere etter fylte 90 år. Også komponisten Harald Sæverud var yrkesaktiv etter fylte 90 år (Seim, 1994).

Sol Seim er ikke bare opptatt av de store verkene. Hun tar først og fremst opp «husfliden, den kunst som produseres i de tusen hjem, som f.eks. veving, søm strikking, snekring og maling og annet håndarbeide. Denne husflidskunst synes å vedvare, så lenge de fysiske kvaliteter som syn og muskelstyrke etc. holder. De gamle besteforeldre og oldeforeldre produserer håndarbeider, som f.eks. klær og leker til barnebarn og oldebarn, en kreativitet som gir de gamle stor skaperglede. Både skaperevnen og skapergleden kan vare livet ut.

Hun viser også til at mange mennesker får nye interesser i eldre år. Kvinner som begynner å male etter fylte 70 år - både amatører og profesjonelle. Også forfattere er «født» i pensjonsalderen - folk fortsetter å utvikle seg både på gamle og på nye områder.

Ut fra sin kjennskap til eldre, gjennom et langt liv med forskning, understreker Sol Seim betydning av at:

... vi eldre kan bli oppmuntret av yngre mennesker til å fortsette vår kreativitet. Nettopp fordi det er en vanlig folketro at gamle mennesker ikke er særlig kreative, vil oppmuntring fra omgivelsene bety meget. Barn som står ved begynnelsen av utvikling og produktivitet, kan ofte være noe usikre på sine evner og kreativitet. Men vi vet at de blir stimulert og får tro på egne evner ved oppmuntring fra foreldre, lærere og miljøet de vokser opp i. Det samme synes å gjelde oss gamle. Vi som er i livets «avgangsklasse» og har mye produksjon bak oss, er kanskje blitt påvirket av hypotesen om reduksjon ved stigende alder. Derfor er det svært oppmuntrende hvis noen i omgivelsene fremdeles tror på våre evner og muligheter. Det vil stimulere til fortsatt aktivitet, og kreativitet (Seim, 1994, s. 5).

Her nyttige retningslinjer. De eldre trenger stimulans og oppmuntring. De trenger tilrettelegging og ideer.

Ved Nic Waals Institutt er det gjennomført et prosjekt der barn og unge med psykososiale belastninger ble tilbudt deltakelse i grupper som tok for seg ulike ferdighetsområder, som musikk, drama og data.

Hver gruppe hadde tre ledere; en terapeut, en kunstner eller annen fagperson innen ferdighetsområdet og en med spesielt kjennskap til gruppedeltakerne. Det teoretiske utgangspunktet var «resilience», som handler om menneskers evne til å klare seg på tross av at de har gjennomlevd sterke belastninger. Faktorene som ble tatt i bruk av mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet. Utgangspunktet var å styrke de salutogene kreftene. Derfor var kreativitet og mestring av ulike aktiviteter et viktig utgangspunkt, men resultatet ble også mestring av stress og sosial kompetanse. (Waaktaar og Christie, 2000).

I Aarhus er det en arbeidsplass for mennesker med utviklingshemming som heter Karavana. Karavana er delt opp i et atelier, en scene og et musikkverksted. Her blir det produsert ulike former for kunst og kultur under veiledning eller i regi av profesjonelle. De ansatte blir ikke presentert som utviklingshemmede på sysselsetting, men som blivende kunstnere, musikere, skuespillere og scenearbeidere. Det gjør noe med folk.

Selv om ikke alle kan bli utøvende kunstnere, kan det å delta på kurs, gå på teater og konsert, ha innflytelsen på den statusen folk har. Det gir også nye impulser, nye ting å snakke om.

I Asker kommune fikk 14 personer med psykiske lidelser tilbud om å spille golf. Samtlige greide å gjennomføre den praktiske og teoretiske delen for å få «grønt kort». I tillegg til fysisk aktivitet, frist luft og deltakelse sammen med andre, er prosjektet et eksempel på at fritidsaktiviteter kan gi ny status. Det er allment akseptert at det å være fysisk aktiv er med på å bedre helsen. Idrett og friluftsliv har en og innflytelse på både fysisk og psykisk helse.

Forskning viser også at ulike former for kultur har direkte helseeffekter. Interessant i denne forbindelsen, er forskning som viser at ved å gå på kino, konserter, gallerier og museer, forlenges folks liv (Konlaan, Bygren et al, 2000).

2.4 Hvordan gi aktiv omsorg?

Mennesker med hjelpebehov er i mange tilfelle i kontakt med helse- og omsorgssektor. Her er det en rekke faggrupper som samarbeider på ulike nivå. I beste fall samarbeider de også med bruker og eventuelt pårørende. For at aktiv omsorg skal være reelt, vil det være aktuelt å trekke inn den offentlige kultursektoren og lokale frivillige, lag og foreninger. En vektlegging av økt tilgjengelighet og kulturtilbud for personer med hjelpebehov forutsetter et systematisk samarbeid på tvers av etater, fag, forvaltningsnivåer og mellom frivillig og offentlig sektor.

Helse- og omsorgssektoren har en tendens til å være problem- og sykdomsorientert. I et samarbeid for å fremme aktiv omsorg, vil det være viktig å bygge på ressurser – både hos brukeren, i brukerens nettverk, i offentlig og frivillig sektor.

Dersom en skal ta utgangspunkt i den enkelte brukers ressurser, må en finne ut hva det er. Hva er vedkommende god til, interessert i, har lyst til å gjøre? Dersom det dreier seg om brukere som har vanskelig for å kommunisere, må en snakke med pårørende eller andre som kjenner brukeren godt. Ofte vil brukeren ha lite oversikt over hva som eksisterer av tilbud. Det krever at en – for eksempel som støttekontakt – er i stand til å gi god informasjon.

Helse- og omsorgssektorens styrke er at de har kunnskap om ulike former for helsesvikt, funksjonshemming og psykiske lidelser. De har pasientkontakt, og kan være døråpnere for kulturaktiviteter, og også være viktige motivasjonsskapere.

Videre har helsesektoren penger og legitimitet. Det er muligens en av grunnene til at andre sektorer ønsker å knytte seg opp mot helsesektoren. Det er flere eksempler på at tilbud som normalt burde ligge i kultursektoren, overføres til helse- og omsorgssektoren.

Den kommunale kulturetatens styrke er selvsagt at de kan kultur. Videre har de kommunale tilbud som bibliotek, kino, idrettsanlegg m.v. i tillegg er de ofte arrangører av konserter, teaterforestillinger og utstillinger.

Kulturetaten har også bred kontaktflate, med oversikt over ulike aktiviteter og organisasjoner. I tillegg blir kulturetaten ofte oppsøkt av ildsjeler; folk som gjerne vil sette i gang og være med på ulike aktiviteter. Kultursektoren har også mangeårig erfaring når det gjelder brukermedvirkning, og de har opparbeidet systematikk i hvordan brukermedvirkning best ivaretas.

Frivillige lag og foreninger har et stort ubrukt potensial når det gjelder å være et tilbud for ulike grupper. Her kan det være snakk om gjensidig nytte og glede. Mange organisasjoner trenger medlemmer – og mange mennesker trenger organisasjoner. Tradisjonelt har det særlig vært de humanitære organisasjonene som har tilbudt tjenester til ulike målgrupper. Like viktig er musikkforeninger, idretts- og friluftslag og hobbyorganisasjoner av ulikt slag, dersom en vil gi aktiv omsorg et variert innhold. Også frivillige enkeltpersoner kan være viktige bidragsytere; eksempelvis som støttekontakter, leseombud eller ledsagere.

Lokalsamfunn gir ulike muligheter for aktiviteter. Aktiv omsorg er avhengig av at en utnytter styrkene i lokalsamfunnet, både når det gjelder institusjoner, friluftsområder eller andre muligheter for aktivitet.

Diskusjonen om tilgjengelighet, dreier seg ofte om at det er framkommelig for mennesker med bevegelseshemming. Tilgjengelighet kan også dreie seg om muligheten for transport, eller ulike hjelpemidler for folk med syns- og hørselsproblemer.

Det er også andre former for barrierer som hindrer folk i deltakelse. Manglende kjennskap til ulike kulturuttrykk, eller følelse av avstand til kulturarenaene, er viktige hindre for deltakelse. Dette kan forsterkes ytterligere for mennesker som lider av angst, eller som av andre årsaker har problemer med å omgås andre. Dersom en ikke legger forholdene til rette for at mennesker i marginaliserte situasjoner kan være kulturkonsumenter og kulturutøvere, vil dette kunne forsterke ulikhetene mellom sosiale grupper.

Manglende motivasjon er et problem. Dette er det viktig å jobbe med. Det krever tid, kunnskap og samarbeid – både fagfolk imellom og mellom fagfolk og brukere. Tilgjengelighet dreier seg om døråpnere og møteplasser.

2.4.1 Metodeutvikling

Aktiv omsorg krever at en tar i bruk en rekke eksisterende metoder, og at det utvikles nye metoder. Dette dreier seg om metoder på ulike nivåer – både i helsefremmende arbeid, forebygging og behandling.

Når det gjelder helsefremmende arbeid, finnes det en rekke tilbud innenfor idrett, musikk, friluftsliv, ulike andre kulturgrener. Dette er de generelle kulturtilbud.

Innenfor det forebyggende området, kan det dreie seg om ulike former for tilrettelegging og assistanse. Det kan være informasjon, transport eller motivasjon. Det kan også være bruk av støttekontakter,

fritidskontakter og metoder som Fritid med bistand, som kartlegger og legger til rette for deltakelse i frivillige organisasjoner.

Musikkterapi er mye brukt i behandling, særlig overfor demente, men også i smertebehandling. Andre terapiformer som eksempelvis kunst- og uttrykksterapi, er metoder som kan brukes overfor ulike målgrupper.

3.0. PROSJEKTETS KARTLEGGINGSARENAER OG DATA-GRUNNLAG

I dette kapittelet vil vi presentere metoden og datamaterialet. Kapittelets første del er en redegjørelse for gjennomføringen av kartleggingen og datagrunnlaget. Til sist følger noen metodiske betraktninger.

For å skaffe oss et bredt mulig datagrunnlag har vi kartlagt ulike aktuelle aktører som vi mener er aktuelle med hensyn på tiltak og opplæringstilbud innen aktiv omsorg. Vi har i kartleggingen brukt både spørreskjema, telefonintervjuer, bibliotekbaser og generelle søk på nettet.

Datainnsamlingen startet 1. september og ble avsluttet 11. november 2011.

Aktørene som her er intervjuet ble valgt ut i samarbeid med oppdragsgiver. Det er grunn til å tro at flere aktører kunne vært aktuelle. Likevel vil vi understreke at de aktørene som her er kartlagt vil være godt representative for den aktivitet som drives rundt i kommuner og regioner både med hensyn på faglig utvikling og gjennomføring av tiltak.

3.1 Prosjektets datagrunnlag

Vi har kartlagt følgende aktuelle aktører:

Tabell 1: Aktuelle aktører og datagrunnlag

Institusjon	Antall	Antall kartlagt	Prosent kartlagt	Kartleggingsmåte
Kommuner* pr. 09.11.11	430	230	53	Spørreskjema
Senter for omsorgsforskning	5	5	100	Telefonintervju
Aktuelle kompetanse og kunnskaps-sentre	3	3	100	Telefonintervju
Universiteter og høyskoler	30	30	100	Telefonintervju, nettsøk
Videregående skoler, alle landets fylker – med helsefagarbeiderutdanning	166	113	68	Telefonintervju
Utviklingsseter for sykehjem og hjemmetjenester**	40	40	100	Telefonintervjuer
Ideelle organisasjoner – sykehjem, Virke organiserte	37	29	78	Telefonintervjuer
Utvalgte frivillige aktører	32	22	67	Telefonintervjuer
Litteratur søk				Database-søk

Som en oppfølging av prosjektet/rapporten: «Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet» Rapport 1/2009 Senter for omsorgsforskning Sør, valgte vi i samråd med Helsedirektoratet å følge denne opp med spesielt fokus på Aktiv omsorg. Vi sendte derfor ut et elektronisk spørreskjema til alle landes kommuner. Svarprosenten ble på 53 %, pr. noe som gir oss mulighet for å beskrive et bilde av de kommunale prioriteringene.

Tabellen viser videre at vi har intervjuet alle sentrene for omsorgsforskning og i tillegg har vi intervjuet tre aktuelt kompetansesentra. Universiteter og høyskoler som utdanner helse- og sosialfaglige profesjoner samt fysioterapeuter, musikkterapeuter og div. masterutdanninger innen idrettsfag er kartlagt. Vi har også kartlagt 166 av 113 videregående skoler som har helsefagarbeiderutdanning. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er kartlagt i tillegg til dette har vi kartlagt 29 av 37 sykehjem/aldersinstitusjoner som er organisert i Virke. Frivillige organisasjoner er en viktig og stor aktør her. Vi har kartlagt organisasjoner vi mener er spesielt relevante for dette tiltaket. De frivillige organisasjonene er kartlagt på nasjonalt nivå.

3.2 Telefonintervjuer

Hovedtyngden av kartleggingen på institusjonsnivå ble gjennomført via telefonintervju. Det ble gjennomført i alt 241 telefonintervjuer. På bakgrunn av prosjektdokumentet fra Helsedirektoratet, gjennomgang av sentrale styringsdokumenter og tidligere forskning ved Senter for omsorgsforskning Sør, ble det utarbeidet en intervjuguide.

Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. Dette gir en fleksibilitet som åpner opp for å følge opp relevante temaer som kommer underveis i intervjuet, noe som viste seg å være nyttig.

Utfordringen med å anvende telefonintervjuer kan være at mye av dynamikken mellom forsker og informant kan forsvinne, siden en ikke er på samme sted. Likevel mener vi at intervjuene gir et godt og informativt bilde av kartleggingsområdene. Det var ikke mulighet for å reise eller sende spørreskjema til alle informantene, verken tidsmessig eller økonomisk og telefonintervjuer ble dermed den beste løsningen.

Noen informanter ved utviklingssentrene gav i brev form uttrykk for over at de ikke hadde fått oversendt intervjuguide eller fikk mulighet til å forberede seg på forhånd. Noe vi har forståelse for. I etterkant av dette er det gjort avtaler for intervju med de resterende utviklingssentrene.

For å holde oppe framdriften i prosjektet har intervjuerne og prosjektleder hatt jevnlig møter. Tilbakemeldingene fra disse møtene tyder på at dette har vært lærerikt for både intervjuer og respondent. Mange gode og morsomme samtaler. Mange har også gitt tilbakemelding at de syntes dette er et viktig prosjekt og en vekker for utvikling av den enheten de leder og har ansvaret for å utvikle.

I følge aktørene vi til nå har intervjuet gjennom kartleggingen er det knyttet stor interesse for utvikling av en idébank på området.

3.3 Spørreskjemaundersøkelsen

Kartleggingen av status og videre prioritering av den aktive omsorgen i kommunene har vært gjennomført ved spørreskjema undersøkelse i alle landets 430 kommuner. Vi har vi fått svar fra 230 noe som gir oss en svarprosent på 53 %.

Respondentene i spørreskjemaundersøkelsen er kommunale helse og omsorgssjefer/kommunalsjefer. Datagrunnlaget i spørreskjemaundersøkelsen vil bli omtalt i kapittel fem.

3.4 Litteratursøk

I forbindelse med kartleggingen og opprettelsen av den planlagte Ide og kunnskapsbanken har vi også startet et større arbeid med litteratursøk i ulike databaser. Målsettingen er at dette skal kobles inn mot Ide og kunnskapsbanken slik at brukerne også kan finne relevant faglitteratur når en anvender, dette arbeidet utføres i nært samarbeid med utviklingscenter.no og vil fortsette ut over mot høsten 2012.

3.5 Noen metodiske betraktninger

Spørreskjemaet som her er brukt er ikke testet ut på forhånd – men det bygger i hovedsak på de formuleringer vi benyttet oss av prosjektet: Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet, som ble gjennomført av Senter for Omsorgsforskning Sør i 2009 på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet, et skjema som tidligere er testet ut. Spørreskjemaet syntes likevel å ha fungert godt. Vi har fått mindre henvendelser om utfordringer hos respondentene enn vi pleier å få på denne type undersøkelser.

Intervjuguiden som er anvendt i telefonintervjuene ble testet ut på personer med erfaring fra kommunal omsorgstjeneste. Under datainnsamlingen fikk vi noen tilbakemeldinger på at respondentene kunne tenkt seg mer tid i forkant til forberedelse til intervjuet, noe vi har tatt med oss videre. En viktig årsak til at vi ikke har gjort dette er nettopp tidsperspektivet. Det har i tillegg vært svært utfordrende og tidkrevende å få tak i respondentene.

Alt i alt vil vi likevel si at kartleggingen gir et godt bilde av planlagte, pågående og gjennomførte aktiviteter i regi av de ulike aktørene. Kartleggingen har vist at det foregår mye «der ute». Det er også grunn til å tro at kartleggingen også kan ha vært en «vekker» for noen med hensyn på det å sette aktiv omsorg høyere på agendaen.

4.0. ET OMSORGPOLITISK BAKTEPPE

I dette kapitlet vil vi i korte trekk beskrive det omsorgspolitiske bakteppe. Målsettingen med dette er å gi leseren kunnskap om nåværende og framtidige utfordringer i den kommunale omsorgssektor og gi en bredere forståelse av dagens og framtidens perspektiver. Videre er det viktig med kunnskap om utviklingstrekk og framtidige utfordringer for bedre å forstå data fra kartleggingene og de analyser/vurderinger som blir gjort i de kommende kapitlene. I det første avsnittet vil vi kort se nærmere på temaet: Omsorgstjeneste i endring. Deretter ser vi nærmere på morgendagens brukere.

4.1 Den kommunale omsorgstjeneste i endring

Den kommunale omsorgstjenesten har vært i kontinuerlig utvikling fra innføringen av velferdsstaten og fram til i dag. Spesielt hurtig har utviklingen vært de siste 30 årene der en har gjennomført omfattende sosialpolitiske reformer som har medført en økende kommunalisering av tjenester (Disch 1998, Disch og Vetvik 2009)

Oppgave og ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåer i norsk offentlig forvaltning har vært i stadig endring i etterkrigstiden. Kommunesektoren har i stigende grad blitt velferdsstatens førstelinje. I dag er pleie- og omsorgsområdet det største tjenestområdet i norske kommuner, jfr. tabell 1:

Tabell 2. Brutto driftsutgifter fordelt på noen tjenestoområder 2005 – 2008*

Tjenestoområde	2005	2008
Kommune helsetjenesten	3,9	3,9
Pleie og omsorg	26,4	27,9
Barnevern og sosialtjenesten	6,6	6,1
Barnehager	8,7	11,3
Skole	24,1	22,2

* Tall eksklusiv Oslo.

Tabellen er hentet fra SSB-Kostra 2009. Vi ser at pleie- og omsorg har økt sin andel fra 26.4 % i 2005 til 27.9 % i 2008.

Slik har det ikke alltid vært. Lenge var skoleutgiftene de desidert største på norske kommunebudsjetter. Men etter en rekke reformer og policyendringer i forholdet mellom staten og kommunene, har dette endret seg. De største endringene kom som følge av tre reformer på 1980 – og begynnelsen av 1990- tallet. Fra denne tiden av ble det naturlig å betegne kommunene som «Velferdskommunen». Artikkene i boka « Velferdskommunen oppsummerte resultater forskningen om kommunenes rolle i utviklingen av velferden knyttet til forskningsprogrammet Velferdsstatsforskning under Norges råd for anvendt samfunnsforskning, Noras (Nagel 1991).

De konkrete endringene var basert på politiske føringer og vedtak om desentralisering og avinstitusjonalisering innenfor offentlig politikk siden 1980 tallet. Etableringen av kommunehelsetjenesten i 1984, overføringen av sykehjemmene til kommunene i 1988 og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming 1991.

På bakgrunn av dette har Omsorgstjenestene i flere kommuner blitt kommunens største arbeidsplass.

Nedbyggingen av psykiatriske institusjoner, og kraftig redusert liggetid i sykehusene, vekten på første- linjetjeneste og hjemmetjenester fremfor institusjoner generelt, er også sentrale konkrete eksempler på dette. Virkningen ble en rask og massiv vekst i de kommunale oppgaver og en endring av sammensetningen av disse med veksten i pleie- og omsorgssektoren som det dominerende utviklingstrekk. Disse endringene var gjennomført i løpet av 1980- 90 tallet, mens effektene av de samlede endringene i økende grad preger dagens kommunevirkelighet (Barstad 2006). Handlingsplan for eldreomsorgen (St. meld nr 50 (1996 – 97)) gikk inn i det samme bildet av utviklingen med en sterk dreining av policy fra institusjoner til hjemmebasert omsorg. Dette var i tråd med det såkalte Leon-prinsippet som sier at pleie- og omsorgstjenesten skal baseres på «laveste effektive omsorgsnivå». Om aksenten her er på «laveste» eller på «effektive» skal være usagt, men konfliktpotensialet om fortolkningen er åpenbart.

Den sosialpolitiske debatt i Norge de siste 30 årene har også vært preget av ideologiske endringer. De ideologiske endringene synliggjøres blant annet gjennom at velferdsstatens sterke idealer om likhet, standardisering og sentrale offentlige løsninger gradvis er blitt erstattet med verdier, som i sterkere grad betoner individuell frihet, mangfold og variasjon i velferdstilbudene, og en sterkere dreining mot lokale og private løsninger (Sandvin 1993).

De ideologiske endringene er iverksatt på enkelte områder gjennom konkrete sosialpolitiske reformer. De praktiske konsekvensene av dette har medført omtaler vi som systemendringer. Systemendringene synliggjøres bl.a. gjennom utviklingen av omsorgen for eldre, funksjonshemmende og ulike pasient/ brukergrupper (Sandvin1993).

Gjennom en omfattende overføring av ansvar og tjenester fra stat og fylke til kommunen har vi fått en økende kommunalisering Dette har også resultert i en funksjonstapping av fylkeskommunen – noe som også har og på sikt kan få konsekvenser for en mer overordnet regional planlegging og samordning. Konsekvensen av kommunaliseringen er en økende arbeidsmengde og nye utfordringer i den kommunale omsorgssektor.

Mange kommuner opplever pr. i dag at de ikke alene klarer å løse de nye oppgavene som er pålagt dem innen de budsjetttrammer som eksisterer. De må derfor se etter alternative løsninger og samarbeidspartnere. Her vektlegges det bl.a. et sterkere interkommunalt samarbeid, sterkere samarbeid med familie, frivillige organisasjoner, frivillige og kommersielle aktører.

I arbeidet med å få kommunale budsjetter i balanse og samtidig levere kvalitativt gode omsorgstjenester preges den sosialpolitiske debatten på overordnet nivå – både sentralt og lokalt av tre temaer:

- Økonomi
- Helhetlig og effektiv omsorg
- Demokratiutvikling.

En årelang bekymring bl.a. for kostnadsutviklingen innen helse og sosialsektoren sentralt, sammen med generelle økonomiske hensyn, har vært en medvirkende årsak til den store politiske interessen for at omsorgsoppgaver, i større grad ønskes overført til lokalsamfunn/kommune, frivillige organisasjoner

og i noen grad til markedsbaserte aktører (Disch 1998). Med en slik løsning vil mange politikere også hevde at en på sikt vil få lettet anstrengte offentlige budsjetter ved at tilbudene blir mindre byråkratiske og mer tilpasset den enkelte bruker. Det er vanskelig å finne belegg for dette i vanlige politiske programerklæringer – men mange hevder at det ikke finnes økonomisk grunnlag for større ekspansjon av det offentlige hjelpeapparatet og alternative løsninger må finnes – nye samarbeidsformer må skapes. Et annet og vel så viktig synspunkt i dette er en erkjennelse av at det offentlige ikke lenger kan bevilge seg ut av alle omsorgsutfordringer det møter.

Det er fra politisk hold hevdet at gjennom en større vektlegging av lokalsamfunnsbasert omsorg vil en i sterkere grad kunne oppnå og realisere en helhetlig og effektiv omsorg. Grunnideen er blant annet at mennesket i stor grad er formet av lokalsamfunnets livsbetingelser. Sosiale og helsemessige problemer forstås bl.a. ut fra miljømessige betingelser. I dette ligger en viktig antakelse om at det er en sammenheng mellom fysisk og psykisk helse og den sosiale forankring enkeltmennesket har. Gjennom en økt satsning på aktiv lokalsamfunnsbasert omsorg man i sterkere grad kunne forebygge sosiale og helsemessige problemer i befolkningen i alle aldersgrupper (Schieffloe 1991).

En annen viktig faktor i dette er ønsket om en mer oversiktlig og avbyråkratisert omsorg, som en mener en desentralisert løsning kan gi. Målet med dette er bl.a. at mottakere av omsorgstjenester bare forholder seg til ett nivå i forvaltningen.

Effektiviteten i omsorgstjenestene har lenge vært et faglig og politisk omdiskutert tema. Det er ikke tvil om at kravet om økt effektivitet har høy legitimitet politisk. Mange – spesielt politiske aktører ønsker i større grad en vurdering av en overføring av tjenester til både frivillige organisasjoner og marked, noe de offentlige utøverne av bl.a. kommunale omsorgstjenester er skeptiske til. Kort sagt handler den politiske og faglige debatten om strukturen i omsorgstjenesten om hvordan en kan skape en helhetlig og effektiv omsorg som har en organisasjonsmessig effektivitet som både kan samarbeid, har en forankring og legitimitet mellom samfunn og styringssystemer.

En sentral og viktig effekt av å overføre oppgaver og styrke den kommunale omsorgstjenesten er ønsket om å utvikle et aktivt lokaldemokrati. Et aktivt lokaldemokrati kan skapes ved å gi lokalpolitikere, brukere og sivilsamfunn en større innflytelse på de tjenester som offentlige instanser gir. Garsjø (1992) mener at en i større grad vil kunne forebygge maktesløshet og ansvarsfrihet gjennom økt bevissthet rundt kvalitet og innhold i de tjenester som blir gitt befolkningen fra kommunen. En slik tenkning kan føre til et bredere samarbeidsklima om hva som er det beste og mest effektive omsorgstilbudet for brukerne. Videre kan det igjen bidra til en økt normalisering og integrering både av eldre og brukere med ulike funksjonshemninger i lokalsamfunnet og medføre en oppfatning av at et medmenneskelig og engasjert individ både tar ansvar og omsorg for seg og sine. Allikevel syntes det i følge Hoven (1989) som om desentralisering av oppgaver til kommunene ikke øker folks muligheter til å delta i utformingen av viktige beslutninger.

Troen på desentralisert og lokalsamfunnsbasert omsorg møter også politisk motbør. Det hevdes bl.a. at kommunal prioritering ikke fører til bedre økonomisk ressursutnyttelse. En mener at en økende vektlegging av desentralisering av omsorgstjenestene vil føre til større ulikhet mellom kommuner og grupper av omsorgsmottakere. En øket vekt på desentralisering vil ikke bare øke skillelinjene mellom kommunene – men vil kunne være med på å øke forskjellene lokalt og dermed øke det politiske konfliktnivået lokalt (Selle 1991).

Etter hvert som stadig flere oppgaver er blitt overført til kommunene, er flere blitt klar over at det mange steder oppstår styringsproblemer i form av at kommunene selv planlegger og prioriterer velferdsområder innen de rammer som økonomi og lovverk fastsetter. Resultatet av dette kan bli at prioriteringer

som gjøres på kommunalt nivå, kommer i strid med nasjonale prioriteringer og som dermed kan gi ulik fordeling av omsorgstilbud i kommunene. Et av de beste eksemplene på dette de seinere årene er den tilbakevendende debatten om bl.a. sosialhjelpsnormene. Undersøkelser viser – selv med statlige anbefalinger om minstenormer – at det er betydelige forskjeller mellom kommunene (Romøren 1991).

I debatten rundt utvikling av de gode kommunale omsorgstjenestene er «velferdsstaten» mer enn en gang blitt satt under lupen. Standardiserte løsninger på omsorgsutfordringene i kommune Norge har vist seg å ikke være tilstrekkelige som gode løsninger i et samfunn i stadig endring. Begrepet «velferdsstat» er blitt erstattet med «velferdssamfunn» – noe som indikerer et sterkere innslag av individuell frihet, mangfold i innhold og variasjon i omsorgstilbudene som gis fra kommunal sektor.

Arbeidspresset i den kommunale omsorgstjenesten har økt betydelig de siste ti årene på bakgrunn bl.a. av systemendringer og demografiske endringer og syntes ikke å avta. Krav til kompetanse både for styring og planlegging er økende. Viktigheten av kvalitet på underlagsmaterieell og planer for å fatte beslutninger har økt både med hensyn på økonomi, retning og kvalitet. Innen kommunal omsorgstjeneste blir derfor planlegging, ledelse, økonomisk styring for å skape kvalitativt gode og effektive omsorgstjenester viktig. Utvikling av gode omsorgstjenester blir også strategisk viktig for stadig flere kommuner med hensyn bl.a. på framtidig næringsetablering.

22.september 2006 kom St.meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer». Nye kommunale utfordringer og nye grep. I St. meld. 25 oppsummerer regjeringen sin strategi for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer i den kommunale omsorgstjeneste. Gjennom meldingen blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv, gjennom bl.a. å utvikle strategiske og handlekraftige planer.

I perioden fram til 2015 viser statistikk fra SSB at landet har en relativt stabil demografisk situasjon, som bør benyttes til å forberede kommunene på omsorgsutfordringene som vil være økende spesielt etter 2015 (St. meld. 25 (2005 – 2006)).

Gjennom Stortingets melding oppfordres kommunene bl.a. til:

- Å komme a jour slik at en dekker de nåværende behovene med hensyn til kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.
- Å forberede seg på å møte framtidige behov og krav til tjenestetilbudene både kvantitativt og kvalitativt.

De store omsorgsutfordringene som Stortingets melding skisserer stiller store krav til langsiktig planlegging og prioritering, med vekt på forebyggende tjenester og gradvis utbygging av tjenester. Utfordringene berører de fleste samfunnsområder og må involvere ulike kommunale sektorer, organisasjoner og sivilt samfunn, og framstår derfor som en av kommunesektorens aller viktigste planleggingsoppgave. Meldingen skisserer fem hovedstrategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitets og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I juni 2009 kom St. meld. 47 (2008 – 2009) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Målsettingen med denne reformen er bl.a. å styrke samhandlingen mellom statlige og kommunale helsetjenestetilbud. Meldingen gir i likhet med St.meld. 25 den kommunale omsorgstjeneste utfordringer spesielt knyttet til kompetanseoppbygging, rekruttering og forebyggende arbeid.

16. juni 2011 kom en ny utredning: NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. En utredning som bygger videre på de to foregående stortingsmeldingene: St.meld. 25 (2005 – 2006) «Mestring muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer» og St. meld. 47 (2008 – 2009) «Samhandlingsreformen. Utredningen bærer bud om en helt ny omsorgspolitik, der helse ikke lenger er hovedelementet, men der hele livets spekter i større grad reflekteres: kultur, teknologi, trening, lek og latter, hjernetrim, bolig og omgivelser. Den skal omfatte hele lokalsamfunnet, de eldres egne krefter, andre innbyggers innsats, frivillig sektor, bedriftene og kommunen.

5.0 PRESENTASJON AV DATA FRA KARTLEGGINGEN I KOMMUNENE

I dette kapittelet vil vi gi en presentasjon av hovedtrekkene av data vi har samlet inn i en landsomfattende kommuneundersøkelse.

I det første avsnittet vil se nærmere på datagrunnlaget og deretter på status i det kommunale omsorgsplanarbeidet og de kommunale omsorgens innhold og retning.

Målsettingen med denne kartleggingen er å kunne gi oppdragsgiver en bred oversikt på hvordan temaet behandles og prioriteres i kommunene. Deretter ser vi nærmere på de kommunale prioriteringene og organisering av aktiv omsorg i kommunene. Behovet for kompetanse og kompetanse utvikling følger deretter. Til sist følger kommunenes vurdering kommunes beredskap til å møte omsorgsutfordringer fra 2020 – 2025 i forhold til omsorgsmeldingens fem satsningsområder.

Dette er viktige data i arbeidet med politikktutforming på området.

Respondentene i undersøkelsen er omsorgsjefene/kommunalsjefene i kommunene.

Tabellene er kommentert i forhold til kommunetypologi der datamaterialet viser tydelige tendenser til forskjeller.

5.1. Datagrunnlag

Av landets 430 kommuner har vi fått svar fra 230 kommuner. Dette gir en svarprosent på 53 %

Dette anser vi som en akseptabel svarprosent, selv om vi mener den burde vært høyere ut fra den vekt som er lagt på temaet i ulike politiske styringsdokumenter. Når vi mener at svarprosenten er akseptabel er det fordi dette ikke er en utvalgsundersøkelse. Hele undersøkelsesuniverset, alle norske kommuner, var invitert til å delta.

Data er analysert i forhold til kommunestørrelse og kommentert i forhold til dette der vi finner tydelige tendenser i datamaterialet.

Svar fra 230 kommuner utgjør materialet som her presenteres fra spørreskjemaundersøkelsen. For å se nærmere på representativiteten i utvalget har vi gruppert kommunene etter størrelse og region. Svarprosenten fordeler seg slik mellom fylkene:

Tabell 3: Svarfordeling etter fylke

Fylke	Antall kommuner	Antall svar	Prosent
Østfold	18	12	67
Akershus	22	9	40
Hedmark	22	14	64
Oppland	26	17	65

Buskerud	21	8	38
Vestfold	14	9	64
Telemark	18	10	56
Aust-Agder	15	6	40
Vest-Agder	15	2	13
Rogaland	26	14	54
Hordaland	33	16	48
Sogn og Fjordane	26	19	73
Møre og Romsdal	37	16	43
Sør-Trøndelag	25	14	56
Nord-Trøndelag	24	19	79
Nordland	44	23	52
Troms	25	15	60
Finnmark	19	7	37
Sum	430	230	53

*Oslo er ikke med i spørreskjemastudien grunnet sin spesielle organisering både som fylke og kommune med en selvstendig bydelsforvaltning.

Svarprosenten varierer fra 79 i Nord-Trøndelag til 13 i Vest-Agder

Deler vi landet opp i tre regioner/landsdeler: Østlandet, Sør og Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge finner vi denne fordelingen:

Tabell 4. Svarfordeling etter landsdel

Region	Antall kommuner	Antall svar	Prosent av total
Østlandet	141	79	56
Sør-Vestlandet	152	73	48
Trøndelag, Nord-Norge	137	78	57
Sum	430	230	53

Tabellen viser at svarprosenten fra kommunene på Østlandet er 56. Sør og Vestlandet har 48 % og Trøndelag og Nord-Norge 53 %. Tabellen viser bra samsvar – selv om vi finner en underrepresentasjon fra Sør-Vestlandet.

5.1.2 Representativitet

Undersøkelsen er en totalkartlegging, dvs. spørreskjema er sendt til alle landets kommuner med unntak av Oslo. Svarprosenten er på 53 %. Et frafall på 47 % medfører risiko for at det kan være skjevheter som reduserer mulighetene for å generalisere våre funn som uttrykk for hele landets situasjon. Vi har derfor sett på hvordan fordelingen av de kommuner som har svart på undersøkelsen samsvarer med størrelsesstrukturen i norske kommuner generelt.

Tabell 5. Fordeling av svargivere i forhold til kommunestørrelse

Antall innbyggere	Antall kommuner totalt	Prosent av antall kommuner	Antall kommuner som har svart	Prosent av antall kommuner som har svart
0 - 4999	235	55	107	51
5000 - 9999	91	21	39	19
10.000 - 19.999	55	13	33	16
20.000 - 49.999	36	8	25	12
50.000 -	13	3	5	2
Sum	430	100	209	100

Som vi ser av tabellen er fordelingen etter kommunestørrelse praktisk talt den samme i vårt materiale, som i landet totalt. Dette styrker vår oppfatning av at materialet er representativt, selv om vi ikke kan trekke bestemte slutninger om dette. Avvikene er så små at vi ikke har sett noen grunn til å estimere hvilken effekt et perfekt samsvar med fordelingen etter kommunestørrelse ville gi på våre resultater.

Våre data om forholdet, gir ikke belegg for en slik antakelse. Vi antar blant annet derfor at bortfallet er nokså tilfeldig og knyttet til en blanding av en rekke ulike forhold som varierer fra kommune til kommune. Tid og interesse for å delta i spørreskjemaundersøkelser, er nok en vanlig faktor i dette.

I det videre benevnes kommuner med innbyggertall fra 0 – 4999 som «små kommuner». Kommuner fra 5000 – 9999 som «mellomstore» og kommuner over 10.000 innbyggere som «store kommuner». Denne inndelingen brukes også av Kommunenes sentralforbund.

5.2 Status i det kommunale omsorgsplanarbeidet

St. meld. 25 (2005 – 2006) og St. meld 47 (2008 – 2009) fremhever viktigheten av å bruke tida frem mot 2015 til å planlegge å utvikle omsorgstjenestene i kommunen, også når det gjelder Aktiv omsorg. Vi har derfor gjennom tabell 5 gjengitt hvordan det står til med planleggingen i kommunene. Gjennom meldingene St. meld. 25 (2006 – 2007) og St. meld 47 (2008 – 2009) blir kommunene bl.a. oppfordret til å ta tak i omsorgsutfordringene i et langsiktig perspektiv, gjennom å utvikle strategiske og handlingsorienterte planer.

Befolkningsstatistikken viser at landet har en relativt stabil demografisk periode frem til år 2015. Departementet fremholder bl.a. i St. meld. 25 at kommunene bør benytte dette til å komme à jour med dagens utfordringer og forberede de økende omsorgsutfordringene etter 2015. Det må imidlertid bemerkes at mange kommuner ikke vil ha en befolkningsutvikling i tråd med landets gjennomsnitt og følgelig merke utfordringene på ulike tidspunkt.

I Stortingsmelding 25 (2006 – 2007) oppfordres kommunene til:

- Å komme à jour slik at en dekker de nåværende behovene med hensyn til kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.
- Å være godt forberedt på framtidige krav til tjenestetilbudene og utvikling av innhold i et framtidig tjenestetilbud.

I forhold til vårt tema fant vi det nyttig å avklare statusen på planarbeidet i kommunene.

Tabell 6. Har kommunen et vedtatt omsorgsplanedokument

Kategori	Antall	Prosent
Ja, kommunen har et vedtatt planedokument	125	56
Kommunen har utarbeidet et planedokument for dette som er under politisk behandling	4	2
Planedokumentet er under arbeid	59	26
Planarbeidet skal starte i løpet av 2011	27	12
Kommunen kommer ikke til å utarbeide et slikt planedokument	10	4
Sum	225	100

Tabellen viser at 58 % av kommunene har et vedtatt planedokument eller det er under politisk behandling. 26 % sier det er under arbeid og 12 % skal starte arbeidet i 2011. 4 % sier at de ikke kommer til å utarbeide et slikt planedokument.

Data viser at forekomsten av omsorgsplaner er korrelert med kommunestørrelsen. Jo, større kommunen er jo større sannsynlighet for et vedtatt planedokument. Dette kan ha en sammenheng med at store kommuner har større utfordringer og større press i forhold til omsorgstjenestene enn mindre kommuner, og prioriterer derfor planarbeidet høyt. Størrelsen på omsorgssektoren gjør det antakelig også mer påkrevd med planlegging for å skape oversikt og gjøre prioriteringer i de større kommunene enn i de små.

En annen årsak kan også være at større kommuner kan ha en større kompetanse og planleggingskapasitet enn mindre kommuner. Dette igjen med bakgrunn i antakelsen om at jo mindre kommunen er dess nærmere sitter ledelsen den daglige driften, med de utfordringene dette medfører. Videre vil det også kunne være en stor utfordring for kommuner å gjennomføre og koordinere en planprosess bl.a. med flere aktørgrupper både i den kommunale organisasjonen og i sivilsamfunnet, noe som det legges opp til som en viktig strategi i St. meld. 25, st. meld. 47 og i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

Det er mulig at mange mindre kommuner finner planleggingsoppgavene såpass enkle at de kan ta det vesentligste i selve kommuneplanen uten planer på særskilte tiltaksområder. Dette kan spesielt være aktuelt i små kommuner.

Det kan være mange forskjellige årsaker til at kommunene ikke har oppdaterte planedokumenter. En årsak kan være at en har latt være å rullere eksisterende planedokument på bakgrunn av at dette ikke er en lovpålagt oppgave og at en derfor ikke kan prioritere dette i en hektisk hverdag.

5.3 Den kommunale omsorgens innhold og retning

Demografiske data fra SSB, viser at det vil bli flere brukere av omsorgstjenestene i fremtiden. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år. Det er også framskrevet knapphet på omsorgsytere, utfordringer knyttet til medisinsk oppfølging både i og utenfor institusjon, økt medisinsk samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, en større satsning på aktiv omsorg og utviklingen av familieomsorg og samarbeid med frivillige.

Tabell 7. I hvilken grad har kommunens vedtatte omsorgsplan dokument tatt opp i seg følgende omsorgspolitiske føringer fra: St.meld. nr 25(2005-2006), Omsorgsmeldinga og i St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Kategori	I meget stor grad	I stor grad	Til en viss grad	I mindre grad	I liten grad	Antall	Prosent
Kompetanseutvikling og planlegging	14	52	28	5	1	121	100
Kapasitet og kompetanseheving	13	55	25	7	0	120	100
Aktiv omsorg	8	39	40	10	3	119	100
Partnerskap med familie og lokalsamfunn	3	19	44	24	9	120	99

Ser vi tabellen under ett ser vi at kommunenes omsorgsplaner i stor grad/viss grad har tatt opp i seg de omsorgspolitiske føringene. Aktiv omsorg og partnerskap med familie og lokalsamfunn viser seg å være en strategi som ikke er så tydelig utbredt i kommunene. Dette kan ha sin årsak i at strategiutviklingen her kan være utfordrende og at erfaringene på dette området er få. Disse perspektivene kan det være viktig å ta med seg videre, i arbeidet med å forstå de kommunale prioriteringene, som også kan slå ut i forhold til hvordan de kommunale og delvis også de ideelle aktørene prioriterer dette området.

Analyser viser en svak tendens til at kvalitetsutvikling og planlegging har et større fokus dess større kommunen er. Dette kan ha sin årsak i at mellomstore og store kommuner i større grad enn mindre har den nødvendige planleggingskapasitet.

Vi finner ingen sammenheng i våre data mellom kommunestørrelse og fokus aktiv omsorg.

Tabell 8. Hvordan vurderer du følgende omsorgsutfordringer i forhold til *egen kommune i dag*

Kategori	Meget stor utfordring	Stor utfordring	Nokså stor utfordring	Liten utfordring	Antall	Prosent	
De nye brukerne under 67 år	32	43	16	10	221	101	
Brukere over 67 år	9	40	43	8	217	100	
Økende antall eldre med omsorgsbehov	17	36	38	8	223	99	
Tilgang på omsorgsytere	34	35	25	7	222	101	
Samhandling og oppfølging	20	53	23	3	221	99	
Aktiv omsorg	9	50	37	4	219	100	
Tilgang på frivillige	1	9	45	31	5	222	100

Tabellen viser at de nye brukerne under 67 år og tilgangen på omsorgsytere syntes å være den største utfordringen for kommunene i dag. Deretter følger samhandling og omsorg for et stadig økende antall eldre, tilgang på frivillige og aktiv omsorg. Brukere over 67 år syntes i mindre grad å være utfordrende.

Alle kommunetypologiene ser en stor utfordring i de nye brukerne. Dette kan være utfordringer både med hensyn på økonomi, personell, frivillig innsats, og ikke minst aktiv omsorg. En annen viktig årsak kan være at omsorgen for yngre brukere er for mange kommuner svært kostnadskrevede. Det finnes mange generelle beskrivelser av denne utviklingen. Bl.a. er bedre overlevelse av sykdom, bedre behandlingsmåter, mer rehabilitering og kartlagte behov for mer helsetjenester hos yngre brukere, Ansvars reformen og tilveksten av nye diagnosegrupper innenfor kognitive funksjonsnedsettelse og autismspekterforstyrrelser trukket frem som årsaker. Større fokus på økte brukerrettigheter, faglige retningslinjer, og flere statlige pålegg, samt økende forventninger til hva samfunnet og kommunene kan gjøre noe med og skal ta ansvar for.

Analyser viser at det å skaffe nok kvalifisert arbeidskraft er en større utfordring for mindre kommuner enn store.

60 % mener aktiv omsorg i dag er en meget stor/stor utfordring. Utvikling av aktiv omsorg viser å være en større utfordring for mindre kommuner enn for større. Dette kan ha sin årsak i at mindre kommuner sliter med å få på plass og utvikle de daglige gjøremål og behov hos brukerne. En annen årsak kan være at bevisstheten om dette er lavere i kommuner med mindre fagkompetanse og tverrfaglighet enn de store.

5.4 Den kommunale prioriteringene

Samhandling om medisinsk oppfølging ble i etterkant av Stortingsmelding 25 aktualisert på ny gjennom St. meld. 47 (2008 -2009), «Samhandlingsreformen». Det er en lang tradisjon for at de ulike aktørene i helse og omsorgstjenesten vurderer pasienten/brukeren hver for seg og sender dem videre til neste ledd i kjeden med en bestilling og en forventning om hva dette leddet skal gjøre. Det er mye forskning som viser at de kritiske elementene i et pasientforløp er knyttet til disse overgangene. Det er en rekke slike overganger både internt i kommunehelsetjenesten/omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten og mellom de to nivåene. Siktemålet med St. meld. 47. er at pasientene/brukerne skal oppleve en sammenhengende helsetjeneste, der overgangene blir færre og der vi blir flinkere til å håndtere dem. I tillegg skal pasientene oppleve at utredningen og behandlingen som blir gitt der hvor det er mest hensiktsmessig ut fra pasientens ståsted og situasjon.

I Stortingsmelding 25 pekes det på behovet for en bedre medisinsk oppfølging av omsorgstjenestenes institusjonsbeboere, hjemmetjenestemottakere og for beboere i omsorgsboliger. Det gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Dette er noe som krever en sterkere samhandling med det medisinske tilbudet i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Et viktig element i dette er det forebyggende aspektet som ofte forsvinner ut. Aktiv omsorg er et viktig forebyggende element inn i samhandlingen, vi har derfor lagt dette inn som et spørsmål i denne sammenhengen.

Tabell 9. I hvilken grad prioriterer kommunen følgende omsorgsutfordringer

Kategori	I meget stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Antall	Prosent
Kommunen vil styrke den interne samhandlingen	29	58	13	0	100	216
Kommunen vil styrke samhandling med spesialisthelsetjenesten.	17	71	12	1	215	101
Kommunen medisiniske tilbudet til hjemmeboende brukere	12	56	28	4	218	100
Kommunen å styrke det medisinske tilbudet for brukere i institusjon	9	57	31	3	218	100
Kommunen vil styrke den sykepleiefaglige kompetansen i sykehjem/hjemmetjeneste	12	60	25	2	218	99
Kommunen vil arbeide for å styrke re habilitering/habiliteringstilbudet for brukere	17	53	28	3	218	101
Kommunen vil styrke arbeidet med aktiv omsorg	10	49	36	5	216	100

Ser vi tabellen under ett vil kommunen prioritere det meste høyt, noe som samsvarer med tidligere funn fra 2009. (Disch og Vetvik 2009).

Tabellen viser at kommunene satser mye på samhandling både internt i kommunen og ut mot spesialisthelsetjenesten. Den interne samhandlingen kan her være en viktig måte å øke det tverrfaglige fokuset i kommunene og også være en fordel med hensyn på å økt fokus på aktiv omsorg.

Tallene viser også at kommunene satser mye på å prioritere samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Mye skal på plass før 1. januar 2012. Analyser viser at jo større kommunen er jo mer prioriteres dette.

En økning i den sykepleiefaglige kompetansen. Dette må sees i sammenheng med de utfordringer – særlig mindre kommuner står overfor i arbeidet med å organisere mottak og behandling av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

En styrking av det medisinske tilbudet til hjemmeboende blir også en viktig prioritering i likhet med habilitering/rehabilitering. Det medisinske tilbudet i institusjon syntes i mindre grad å bli prioritert.

Aktiv omsorg vil også kommunene prioritere, men i mindre grad enn de som allerede er nevnt. Det er grunn til å tro at dette temaet igjen ikke kommer høyt på dagsorden i kommunene – før de andre behovene – oppgavene er på plass.

Tabell 10. Hvor høyt vil du si at kommunen i dag prioriterer arbeidet med aktiv omsorg i institusjon og hjemmetjenester

Kategori	Meget høyt prioritert	Høyt prioritert	Noe prioritert	Lite prioritert	Ikke prioritert	Antall	Prosent
Institusjon	3	28	52	15	1	213	99
Hjemmetjenester	4	26	52	17	1	210	100

Tabellen viser at arbeidet med aktiv omsorg syntes å være høyt/noe prioritert i institusjon og hjemmetjenester i kommunene i dag. Ut fra tidligere data som her er presentert syntes det ikke å stå på viljen om å yte mer – men det syntes som om den kommunale hverdagen innhenter en når det gjelder prioriteringer og ressursbruk. Samtidig må en være oppmerksom på behovet for kunnskapsutvikling innen dette området syntes å være stor.

Kommunene ønsker en større satsning på aktiv omsorg. Likevel syntes dette å komme noe i skyggen av de «store» utfordringene som: Kapasitets- og kompetanseheving, samhandling og medisinsk oppfølging (Samhandlingsreformens tid – og de økonomiske prioriteringer i kjølevannet av denne).

Tabell 11. Hvordan vil du beskrive kommunens prioriteringer på følgende områder

Kategori	Høyt prioritert	Noe høyere prioritert	Som i dag	Mindre prioritert enn i dag	Antall	Prosent
Kommunen vil arbeide for å øke den tverrfaglige bredden i omsorgstjenesten med større rom for andre faggrupper	14	59	27	0	198	100
Kommunen vil arbeide for og etablerer flere møteplasser for brukere av kommunens omsorgstjenester og for kommunens innbyggere til felles aktiviteter	15	55	30	0	198	100
Kommunen vil stimulere til sterkere samhandling med kultursektoren og omsorgssektoren	15	60	26	0	198	101
Øke ansattes kompetanse i utvikling av aktiv omsorg	15	65	21	0	195	101

Ser vi tabellen under ett vil kommunene stort sett prioritere det meste.

Tabellen viser at 73 % av kommunene ønsker å prioritere den tverrfaglige bredden i omsorgstjeneste med større rom for andre faggrupper for å styrke den aktive omsorgen. Analyser viser at jo større kommunen er desto høyere prioritet.

Det er verd å merke seg at kommunene her viser en vilje til satsning på kompetanse innen aktiv omsorg. 80 % sier at de vil prioritere dette høyt/noe høyere enn i dag.

De tre første tiltakene som er nevnt i tabellen får alle omtrent 70 % som svarer øket prioritering. Vi ser imidlertid at det er den svakeste kategorien økning, «noe høyere» som dominerer bildet.

Et godt kosthold er av avgjørende betydning for fysisk og psykisk helse og trivsel, også i forebygging, habilitering og rehabilitering. Sykdom og ensomhet kan gi nedsatt matlyst, og tygge- og svelgeproblemer kan gjøre det vanskelig å få i seg mat med normal konsistens. Mange av omsorgstjenestens brukere har problemer som underernæring, feilernæring eller fedme, både i og utenfor institusjon. Undersøkelser tyder på at de gruppene som er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer er de eldste eldre, de med dårlig fysisk funksjon, eldre som nylig er blitt alene, kvinner mer enn menn, og ensomme mennesker.

Regjeringen påpeker i sin omsorgspolitik i St. meld. 25 (2005 – 2006), Mestring muligheter og mening, mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet – aktiv omsorg. Tabellen nedenfor viser i hvilken grad kommunene har satt fokus på dette.

Tabell 12. Mat og måltidsfelleskap

Kategori	Høyt prioritert	Noe høyere prioritert	Som i dag	Mindre prioritert enn i dag	Antall	prosent
Kommunen vil gjennomgå ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning og ombringning av mat i omsorgstjenesten	11	17	71	1	198	100
Kommunen vil sette større fokus på måltidets sosiale og kulturelle og ernæringsmessige betydning	15	43	41	0	198	99

Tabellen viser at et flertall av kommunene ønsker å beholde produksjonsmåtene for maten slik den er i dag, men en vil gi en høyere grad av prioritet i fokuset på måltidets sosiale og kulturelle betydning. Dette samsvarer godt med de funn som framkommer i rapporten: «Framtidens omsorgsbilde, slik det ser ut på tegnebrettet» rapport nr 1/2009 Senter for omsorgsforskning Sør. (Disch og Vetvik 2009)

5.5 Organisering av aktiv omsorg

Organiseringen av den aktive omsorgen er et viktig spørsmål – hvem er de daglige utøverne til brukere under 67 år og til brukere over 67 år.

Tabell 13. Hvordan organiserer kommunen aktive omsorg til brukerne under 67 år

Kategori	Antall	Prosent
Gjennom de ansatte	110	46
Gjennom frivilligsentral	41	27
Gjennom en egen kulturkoordinator	11	6
Gjennom frivilligkoordinator	12	6
På annen måte	30	14
Sum	207	99

Tabellen viser at kommunens ansatte er de viktigste i arbeidet med å organisere den aktive omsorgen for brukere under 67 år. Deretter følger frivilligsentral.

I store kommuner med egen frivilligkoordinator/kulturkoordinator er denne svært viktig i det daglige arbeidet. Lag og foreninger finner vi som viktige aktører under kategorien: På annen måte.

Tabell 14. Hvordan organiserer kommunen aktiv omsorgen til brukere over 67 år

Kategori	Antall	Prosent
Gjennom de ansatte	110	54
Gjennom frivilligsentral	41	20
Gjennom en egen kulturkoordinator	11	5
Gjennom frivilligkoordinator	12	6
På annen måte	30	15
Sum	204	100

Tabellen viser at egne ansatte også er viktige for brukere over 67 år. Frivilligsentralen viser seg å være viktig også her. I store kommuner med egen frivilligkoordinator/kulturkoordinator er denne svært viktig i det daglige arbeidet. Lag og foreninger finner vi som viktige aktører under kategorien: På

annen måte.

Tabell 15. Hvordan vil du vurdere innsatsen til følgende aktører med hensyn på aktiv omsorg

Kategori	Meget god	God	Nokså god	Lite god	antall	prosent
Enkelt frivillige	21	40	30	10	200	101
Ideelle frivillige organisasjoner	9	37	43	11	202	100
Familier og sosialt nettverk	7	44	40	8	203	99
Kommunen i egen regi	4	43	44	9	203	100

Tabellen viser at enkeltfrivillige gjør en god innsats, deretter følger familien og det sosiale nettverket etterfulgt av kommunen selv og til sist de frivillige organisasjonene.

Vi spurte kommunene så om de har den kommunale omsorgstjenesten har opprettet samarbeid med grunnskole og barnehage for å skape møteplasser eller andre aktiviteter på tvers av generasjonene. 181 av kommunene svarte her. 20 % har opprettet kontakt med barnehager, 5 % med grunnskolen og 40 % med både barnehager og skoler. 35 % svar de ikke har gjort dette.

Tabell 16. Har kommunen utviklet egen frivillighetspolitikk

Kategori	Antall	Prosent
Ja	47	23
Nei	157	77
Sum	204	100

23 % har utviklet en slik politikk 77 % har ikke gjort det. Dette tyder på at potensialet som ligger i den frivillige innsatsen – syntes å være lite utnyttet. Det er de store kommunene som i størst grad har utviklet en egen frivillighetspolitikk.

5.6 Kompetanseheving og opplæring

Behovet for kompetanseheving og opplæring er et viktig spørsmål i denne studien. I dette avsnittet har vi kartlagt dette direkte i kommunene.

Tabell 17. Hvilke behov ser kommunen i forhold til kompetanseheving innen aktiv omsorg i din kommune?

Kategori	Antall	Prosent
Meget stort behov	30	15
Stort behov	109	55
Noe behov	60	30
Lite behov	1	1
Sum	200	101

Tabellen viser at 70 % sier at en har et meget/stort behov for kompetanseheving innen aktiv omsorg, 30 % sier noe behov mens 1 % har lite behov.

Tabellen er tydelig – her trengs det opplæring.

Tabell 18. Tilbyr kommunen kompetanseheving av egne ansatte innenfor området aktiv omsorg

Kategori	Antall	Prosent
Ja, i egen regi	23	11
Ja i samarbeid med en ideell organisasjon	15	7
Ja i samarbeid med det regionale utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester	30	14
Ja, kommunen ønsker å gjøre dette i framtida	67	32
Nei kommunen driver ikke slik opplæring	77	36
Sum	212	100

68 % av kommunene driver pr. i dag ikke opplæring innen aktiv omsorg, 32 % av disse sier de ønsker det i framtida, 14 % driver slik opplæring i samarbeid med utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 11 % i egen regi og 7 % gjør det i samarbeid med en ideell organisasjon.

Store kommuner gir mer opplæring enn mindre.

Tabell 19. Om kommunen driver kompetanseheving innenfor området aktiv omsorg, hvem er målgruppen

Kategori	Antall	Prosent
Helse og omsorgsarbeidere	89	54
Kulturarbeidere	21	13
Frivillige	44	27
Andre	12	7
Sum	166	101

Tabellen viser at Helse og omsorgsarbeidere er den viktigste målgruppen. Noe som faller naturlig i og med at denne gruppen viser seg å være den viktigste bidragsyteren. Frivillige og kulturarbeidere følger der etter.

Tabell 20. Har kommunen egen kulturarbeidersskole

Kategori	Antall	Prosent
Ja, kommunen har en egen kulturarbeidersskole for ansatte	6	3
Ja, kommunen har egen i samarbeid med en ideell aktør som tilbyder	1	1
Kommunen samarbeider med en annen kommune om dette	2	1
Kommunen samarbeider med det regionale utviklingssenteret om dette	5	3
Nei	182	93
Sum	196	101

Tabellen viser at et klart at de fleste kommuner ikke har egen kulturarbeidersskole. 3 % sier de driver dette i egen regi og 3 % oppgir at de samarbeider om dette med det regionale utviklingssenteret.

Vi spurte så kommunene om de mente det var behov for å utvikle en felles tverrfaglig videreutdanning/etterutdanning/kurstilbud innen aktiv omsorg. Her har 207 av respondentene svart. Av disse oppgir hele 86 % at de ønsker dette mens 14 % ikke ønsker eller ser behov for dette. Store kommuner er mer opptatt av dette enn mindre.

Tabell 21. Hvem bør etter din mening ha ansvaret for å ivareta denne opplæringen

Kategori	Antall	Prosent
Kommunen selv	7	4
Utviklingssentrene for hjemmetjenester og sykehjem	29	16
I et samarbeid mellom kommunen og utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester	77	44
Høgskoler	40	23
Videregående skoler	16	9
Ideelle aktører	2	1
Frivillige organisasjoner	5	3
Sum	176	100

Tabellen viser at 44 % ønsker at dette skal ivaretas i et samarbeid mellom kommunen og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. 23 % mener de regionale høgskolene må ivareta dette, mens 16 % ønsker at utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester selv skal ivareta dette. Videregående skoler ønskes av 9 %. Det er bare 4 % som mener at kommunen selv skal drive dette.

5.7 Framtidig beredskap

Til sist i vår spørreskjema undersøkelse spurte vi kommunene hvilke vurderinger de har i forhold til framtidig omsorgsberedskap.

Tabell 22. Hvordan vil du vurdere din kommunes beredskap til å møte omsorgsutfordringer fra 2020 – 2025 i forhold til følgende områder i prosent

Kategori	Høy beredskap	Tilfredsstillende beredskap	Litt lav beredskap	Svak beredskap	Antall	Prosent
Planlegging	10	56	32	2	193	100
Økonomi	6	34	52	9	193	101
Personell	6	28	60	6	193	100
Frivillige	3	22	64	10	193	100
Aktiv omsorg	3	24	63	10	192	100

Tabellen viser god beredskap på planlegging, mindre god beredskap på økonomi, personell, frivillige og aktiv omsorg.

Det er grunn til å merke seg den uttalte lave beredskapen kommunene mener de har i forhold til samarbeid med frivillige og utvikling av aktiv omsorg. Det syntes som om det må til et stort løft på disse områdene for å komme dit som bl.a., st. meld 25 og 47 og NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg, sier vi bør være.

5.8 Oppsummering

Data viser at kommunene har store nåtidige og framtidige utfordringer knyttet til de helsepolitiske reformene, spesielt med hensyn på plan, økonomi og personell, noe som gjør at aktiv omsorg i dette reelt ikke prioriteres. Likevel ønsker kommunen å fokusere på dette. Det viser stort engasjement både knyttet til behov og behov for større fokus gjennom opplæring.

Undersøkelsen viser også hvor det er viktig å sette inn opplæring knyttet til aktiv omsorg. Kommunens eget personell og frivillige syntes å være viktige målgrupper. Data viser også at kommunene gjerne vil samarbeide med de regionale utviklingssenetrene for sykehjem og hjemmetjenester når det gjelder opplæring. Tidligere studier som er gjennomført ved Senter for omsorgsforskning Sør viser det samme – at kommunene ønsker et tett samarbeid med det regionale utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester når det gjelder opplærings og utviklingstiltak.

Det er bekymringsfullt at den framtidige beredskapen fram mot 2025 syntes å være lav når det gjelder aktiv omsorg og samarbeid med frivillige

5.9 Økt satsning på Aktiv omsorg – et viktig framtidig omsorgspolitisk virkemiddel

I St.meld. 25 (2005-2006) «Mestring muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer» framgår det at en rekke undersøkelser at det er på det kulturelle og sosiale området, omsorgstjenesten oftest kommer til kort. Aktiv omsorg er lite fokusert, lite utbygd og tilbud om dagaktiviteter framstår ofte som det manglende mellomledd i omsorgskjeden (Disch og Vetvik 2009). Det er derfor behov for å styrke og systematisere innsatsen i omsorgstjenesten på det kulturelle og sosiale området.

Målsettingen med å rette fokuset mot Aktiv omsorg er å gi den enkelte mer mening i hverdagen og å styrke den enkeltes livskvalitet og mestring gjennom å øke aktivitetstilbudet i de kommunale omsorgstjenestene og ved å tilrettelegge for en aktiv alderdom. En ønsker å ta i bruk seniorennes ressurser og legge til rette for god helse og muligheter til å ha en aktiv alderdom og delta i samfunnet. For å nå dette målet blir det viktig å sikre en bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene og gi hele omsorgstjenesten en mer aktiv profil. En slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid, musikkterapi, aktivitørfag og kulturarbeid noe som krever økt tverrfaglig samarbeid, flere koordineringsoppgaver og økt samhandling med bl.a. frivillige organisasjoner/frivillige enkeltpersoner.

Regjeringen understreker kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp også får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Dette gjelder tilsvarende for de som er innlagt i sykehjem eller har boform med heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven.

Kommuner, kommunale og fylkeskommunale eldreråd og mange frivillige organisasjoner har de siste årene tatt tak i utfordringen fra regjeringens omsorgsmelding om å gi omsorgstjenestene en mer aktiv profil. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirkedepartementet i samarbeid etablert «Den kulturelle spaserstokken», som skal bidra til å gi eldre et tilgjengelig og profesjonelt kulturtilbud. Tiltakene som er iverksatt viser et omfattende engasjement og en stor bredde i kulturtilbudet for eldre.

Gjennom et større fokus på aktiv omsorg vil en også kunne avdekke metoder for å bedre kunne nyttiggjøre seg seniorennes ressurser og legge til rette for god helse og muligheter til å ha en aktiv alderdom og delta i samfunnet, noe som kan være en viktig faktor i arbeidet med å styrke bæreevnen i omsorgsressursene framover.

Kirkens Bymisjon i Oslo har gjennom egne erfaringer og undersøkelser i egne institusjoner, vist at institusjonsboere er minst fornøyd med muligheter for kulturelle og sosiale aktiviteter. Bymisjonen har på bakgrunn av dette satset bevisst og målrettet på bruk av kultur ved sine eldresentra og sykehjem,

og gjennom dette erfart og dokumentert at satsing på kultur bidrar til bedre opplevelse av mening og velvære for den enkelte. På bakgrunn av disse erfaringene knyttet til kulturens betydning for trivsel og velvære, startet de sin egen kulturarbeiderskole. Denne utdanningsformens konsept er også brukt av flere kommuner som har startet sine egne kulturarbeiderskoler. Disse skolene har ulike personalgrupper som sin målgruppe. Trondheim kommune er bl.a. en av de kommuner som har satset på dette.

En ønsker å ta i bruk seniorennes ressurser og legge til rette for god helse og muligheter til å ha en aktiv alderdom og delta i samfunnet. For å nå dette målet blir det viktig å sikre en bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene og gi hele omsorgstjenesten en mer aktiv profil. En slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid, noe som krever økt tverrfaglig samarbeid, flere koordineringsoppgaver og økt samhandling med bl.a. frivillige organisasjoner/frivillige enkeltpersoner.

Regjeringen understreker samtidig kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp også får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Dette gjelder tilsvarende for de som er innlagt i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven.

Valgmuligheter er en viktig premisse for framtidens omsorgstjenester. For måltider må det innebære at brukeren skal kunne velge mat og drikke fra en meny, eller være med på å bestemme hva slags mat som skal lages. Det pågår en debatt om storkjøkken, institusjonskjøkken eller mattilberedelse i eget kjøkken på avdelingen eller i omsorgsboligen.

Hagenutvalget – NOU 2011:11 leger også stor vekt på Aktiv omsorg i sin utredning. Utvalget legger vekt på Kunst og kulturaktiviteter (dans, musikk, drama, skjønnlitteratur) og bevegelse (gjennom musikk, sang, avspenning og massasje) som eksempler på aktiv omsorg. De viser for øvrig til ulike tiltak og omtaler blant annet viktigheten av de kommunale lærings- og mestringssentre. Det vises videre til behov for å videreutvikle velferdsteknologi som en del av hjelp til selvhjelp og teknologi som et bidrag til å skape sosial kontakt. Aktiv seniorpolitikk og aktiv aldring trekkes frem og gis innhold. Utvalget har en rekke forslag til tiltak og påpeker behovet for opplæring og kompetanseheving innen velferdsteknologi, samt tiltak som stimulerer til innovasjon i omsorgstjenestene.

En økt satsning på aktiv omsorg vil utfordre kommune på flere områder bl.a. i forhold til det å styrke tverrfagligheten. Likevel vil en økt satsning på dette feltet være en viktig framtidig investering med hensyn på det å kunne forebygge. Studier viser også at når en satser mer på aktivitet i omsorgen er dette også med på å skape større trivsel både hos brukere og ansatte. (Husebø, Fognen, Klokkerud og Zangi, Sykepleien 11. 2010).

6.0 TEMAET AKTIV OMSORG I VIDEREGÅENDE

40 % av de tilsatte i den kommunale omsorgstjenesten er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og aktivitører. Videregående skolen med helsefagarbeiderutdanning er derfor en stor aktør i utdanning av medarbeidere til den kommunale omsorgssektor og vil også være det i framtiden. Det er derfor naturlig at vi ser nærmere på hvordan temaet. Aktiv omsorg – behandles i dette utdanningsløpet.

I dette kapitlet vil vi først se nærmere på hva programområdet VG1 helse- og sosialfag, helsearbeiderfag og VG2 og VG3 sier om aktiv omsorg. Deretter vil vi summere opp funnene fra kartleggingen og til slutt komme med en vurdering.

6.1 Videregående skoler – helsefagarbeider og aktivitør

Vi vil først se nærmere på helsefagarbeider og deretter programområde aktivitør.

6.1.1 Programområde helsefagarbeider

Begrepet *Aktiv omsorg* nevnes ikke i læreplanene felles for programfag i VG1 helse- og sosialfag, helsearbeiderfag i VG2 eller VG3. Hovedområdene i utdanningen er helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling og yrkesutøvelse.

Selv om begrepet Aktiv omsorg ikke er nevnt spesifikt, er det samsvar mellom innholdet i begrepet og i helsefagarbeiderutdanningen. Dette kommer særlig tydelig til uttrykk i VG3 der det heter under formål; «Gjennom helsefremmende arbeid skal helsefagarbeideren bidra til å forebygge isolasjon og legge til rette for et mer aktivt liv.»

Under kompetansemål i helsefremmende arbeid heter det blant annet at lærlingen skal kunne:

- Planlegge å gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet
- Bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende tiltak

Under yrkesutøvelse er det et mål at lærlingen skal kunne:

- Foreslå å sette i verk tiltak som fremmer mestring, helse, trivsel og stimulerer til et aktivt liv

6.1.2 Programområde aktivitør

Aktivitørfaget undervises ved 7 videregående skoler i landet. Vi har ikke kartlagt disse spesifikt, men vi fant det viktig å se litt nærmere på programområdet.

I formålsparagrafen heter det «Aktivitørfaget bygger på det friske og reparerbare i mennesket. Aktivitørfaget skal medverke til å tilrettelegge tilbud for ulike brukere slik at de kan oppnå mestring,

mening med og innhold i livet.» Programområdet for aktivitør består av aktiviseringsfag og administrasjonsfag. Aktiviseringsfaget omfatter pedagogiske metoder for planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av aktiviteter. Videre handler det om ulike sosiale, fysiske og kulturelle aktiviteter, blant annet gamle og nye håndverksteknikker. Administrasjonsfag dreier seg kort sagt om å kunne arbeide systematisk med aktiviteter på ulike nivå.

6.2 Oppsummering av kartleggingsdata vgs.

Vi har identifisert 167 vgs. Og har vært i kontakt med 120 av disse, 68 %. Kartleggingen ble utført pr. telefon.

Når det gjelder opplæring i *Aktiv omsorg*, sier så godt som alle skolene at de har dette. Noen sier det inngår i flere fag, at det er en del av skolens helhetstanke, eller at det gjennomsyrrer alle fagene. Mer konkret er det en rekke av skolene som oppgir at elevene har med *aktiv omsorg* i prosjekt til fordypning for videregående på trinn 1 og 2. Mange skoler viser også til læreplanen som et grunnlag for å undervise i *Aktiv omsorg*. Ca. 40 % av skolene er medlemmer av organisasjonen Livsglede for eldre, noe de sier gjenspeiler seg i undervisningen. Kartleggingen viser tydelig at de som er medlem av stiftelsen: «Livsglede for eldre» yter mest innenfor dette faget. Livsglede for eldre har med andre ord vært et viktig element i det å øke fokuset.

Mange av de videregående skolene, vi her har kartlagt, har Livsglede for Eldre som PTF eller i programfag. Dette innebærer at de har et etablert samarbeid med sykehjem gjennom hele skoleåret der elevene er ute på institusjoner hvor de aktiviserer beboerne og skaper gode relasjoner med hverandre. De lærer eldre å kjenne i den situasjonen de befinner seg i og får respekt for de som har levd et langt liv. Elevene vokser på ansvaret og ser at det er mulig å gjøre mer i hverdagen enn kun primæroppgavene.

Det var kun en håndfull som sa de ikke var interessert i *aktiv omsorg*. Flere kjente ikke begrepet, men når de ble gjort oppmerksom på innholdet, mente de at dette var tema de var opptatt av.

Muligheten for å benytte *Aktiv omsorg* i praksis, er avhengig av praksisplassen og elevenes kompetansemål. I tillegg til tradisjonelle praksisplasser i sykehjem og hjemmetjeneste, var det også elever som hadde praksis på aktivitetssenter, frivilligsentral og kulturkontor.

Mange elever var med på å lage arrangement på sykehjem, alt fra julefest til bingokveld. Dette kunne være en del av elevens kompetansemål som innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av et større arrangement.

Noen av skolene har også tatt initiativ til ulike typer arrangement; invitert eldre til grillkveld på skolen, eller lar elever fungere som ledsagere til konserter, teater, utflukter og byturer.

Grønn omsorg, gårdsbesøk, sansehager og sanserom er også tilbud som nevnes.

Gjennom *Aktiv omsorg* har både skoler, praksissteder og elever kontakt med ulike frivillige organisasjoner, frivilligsentraler, dagsentre og andre etater i kommunen. På noen skoler samarbeider ulike linjer om *Aktiv omsorg*, for eksempel samarbeider helse- og sosialfag ved videregående skole i Askim med musikklinje og hotell- og restaurantfag for å gi eldre gode tilbud. I tillegg samarbeider de med kommunale etater og frivillige organisasjoner.

Noen skoler har praksissteder i utlandet. Dette gir mulighet for at elevene får erfaring med Aktiv omsorg; Danmark, London, Shetland, Nord-Spania og Kypros nevnes.

6.3 Vurdering

Det syntes å være et samsvar mellom programområde og utdanningstilbud flere steder, men ikke hos alle, noe kartleggingen vi foretok underbygger. Satsningen syntes å ha en sammenheng med lærekref-ter, samarbeidsrelasjoner i praksis og undervisningsmateriell. «Livsglede for eldre» syntes å være en god medisin for å få opp kunnskapsnivået og aktivitetsnivået. Kartleggingen vi gjennomførte i 2011 pekte på at det er et stort potensial i samarbeidet mellom kommunen, utviklingssentrene og de videregående skoler i forhold til utvikling av Aktiv omsorg.

Flere av de videregående skolene opplevd at flere slutter underveis. Årsakene til dette er sammensatte, men det er grunn til å tro at en større satsning på bl.a. Aktiv omsorg kan være et virkemiddel for at flere blir i utdanningsløpet. Aktiv omsorg byr på mange muligheter i forhold til det å bruke helheten i seg selv – kreativitet – mestring – det å bidra til glede og deltakelse – en annen måte å lære på.

Kartleggingen har viktige funn i forhold til å avdekke et stort potensial i samarbeidet mellom kommu-nen, utviklingssentrene og de videregående skoler i forhold til utvikling av aktiv omsorg. Kartleggin-gen avdekker også tiltak og aktiviteter i som etter vår oppfattning vil være interessante å bygge videre på i forhold til det å utvikle gode rekrutteringsstrategier for Helsefagarbeiderutdanningen. Flere av tiltakene kan være verd å trekke fram: Et samarbeid i Østfold mellom USHT og Glemmen videregå-ende skole nevnes. Gjennom programområdene både for helsefagarbeider og aktivtør er aktivitet som fremmer helse deltakelse samfunnet fokusert. Spørsmålet er hvor mye dette er implementert i utdan-ningen og hvilken kompetanse som finnes i undervisningspersonellet ved de videregående skolene. Gjennom kartleggingen vi gjennomførte kom det fram at undervisningspersonalet ønsket mer kunn-skap om temaet for å kunne utvikle dette videre. De utrykte behov for videreutdanning og utvikling av læremateriell. Dette bygger også opp undr behovet for et kompetanseutviklingsprogram også kan favne denne sektoren.

Det er grunn til i denne sammenheng å formidle at nær alle vi har vært i kontakt med syntes utvikling av en idé og kunnskapsbank er viktig og spennende, for videre utvikling av temaområdet.

7.0 TEMAET AKTIV OMSORG PÅ HØGSKOLER OG UNIVERSITETER MED HELSE OG SOSIALFAGLIG PROFESJONSUTDANNING

I dette kapittelet vil vi se hvordan temaet aktiv omsorg behandles i aktuelle ramme- og studieplaner. Deretter vil vi presentere data fra kartleggingen som omfatter relevante videreutdanninger og til sist gi en vurdering.

Bachelorstudier innenfor helse- og sosialfag, omfattes ikke av vårt oppdrag, men vi har likevel valgt å se nærmere på noen rammeplaner for å se på hvordan Aktiv omsorg er behandlet her. Dette fordi vi mener det er viktig å satse på to nivåer både i arbeidet med å styrke opplæringstilbudet for studenter som er under utdanning og for yrkesutøverne i praksis.

Vi har valgt å se på følgende rammeplaner: Sykepleier, vernepleier, sosionom, barnevern, ergoterapi, fysioterapi utdanning.

I tillegg til dette har vi sett på rammeplaner for videreutdanning innen aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

Målsettingen med å kartlegge regionale statlige, private høyskoler og universiteter er å finne ut om de hadde noen spesifikke utdanningstilbud/planer eller forskningsprosjekter rettet inn mot aktiv omsorg. Vi har selektivt valgt ut høyskoler med utdanninger innen helse- og sosialfag og kulturstudier. Kartleggingen har i tillegg til telefonintervju basert seg på søk på den enkeltes nettsider.

7.1. Hva sier aktuelle rammeplaner om aktiv omsorg?

Vi har sett på følgende rammeplaner: Sykepleier, vernepleier, sosionom, barnevern, ergoterapi, fysioterapi utdanning.

7.1.1 Rammeplan for sykepleierutdanning

I rammeplanen finner vi ikke at Aktiv omsorg som begrep benyttes. Det syntes å være lite her som legger opp til at sykepleiere skal ha kunnskap om kultur og aktiviteter for sine pasienter.

I felles innholdsdel, som omfatter en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger, vektlegges tverrfaglig samarbeid og at undervisningen skal være i tråd med intensjonene i relevante lover. Videre pekes det på at studentene skal «...vise et helhetlig syn på mennesket». I den utdanningsspesifikke delen sies det at sykepleierne skal ha kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid. Her heter det at studentene skal ha handlingskompetanse til å:

- Forstå risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom
- Delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og i miljøet

Videre skal studenten ha handlingsberedskap til å:

- Kunne delta i tverrfaglig og tverrfaglig planarbeid og bidra til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommuner og lokalmiljøer

Studentene skal etter endt utdanning ha kompetanse til å ivareta pasientens grunnleggende behov, og også ha respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Indirekte kan dette innebære behov for meningsfulle aktiviteter, og FN's menneskerettigheter som også tar opp rett til kulturutøvelse. Studentene skal også ha kunnskap om helse- og sosialpolitikk, noe som kan bety at de eksempelvis skal kjenne til *aktiv omsorg* i Omsorgsmeldingen.

Rammeplanen gir absolutt muligheter til å ha aktiv omsorg i utdanningene, men det er ikke nevnt eksplisitt som et krav.

7.1.2 Rammeplan for vernepleierutdanning

I Rammeplan for vernepleierutdanning heter det at utdanningen skal gi kunnskap, ferdigheter og holdninger i arbeid med mennesker med ulike fysiske, psykiske og sosiale funksjonsvansker

I Rammeplanen finner vi at en del av innholdet kan innebære aktiv omsorg, men begrepet er i likhet med rammeplan for sykepleierutdanningen ikke brukt. Begrepet Velferdsarbeid benyttes. Dette er en del av miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

I rammeplanen heter det om delemnet: Velferdsarbeid:

Delemnet skal gi kompetanse for å tilrettelegge fritids- og kulturaktiviteter og trivselsfremmende tiltak. Utvikling av kompetanse for å arbeide med personlig utfoldelse, individuell ressursutvikling og oppøvelse av sosiale ferdigheter inngår.

Rammeplanen tar med andre ord opp i seg viktige elementer innen aktiv omsorg.

7.1.3 Rammeplan for sosionomutdanning

Sosionomer sin målgruppe er mennesker med ulike alder og bakgrunn som treng råd og rettleiding for å takle en utfordrende livssituasjon. Sosionomer har et bredt arbeidsfelt blant annet innenfor offentlige etater som NAV, kriminalomsorgen, asylmottak, familierådgiving, barnevern, psykiatri og rusomsorg.

Sosialt arbeid er et område som nevnes spesielt i omsorgsmeldinga som relevant for å få til *aktiv omsorg*.

I rammeplanen for sosionomutdanninga nevnes ikke *aktiv omsorg*. Det beskrives heller ikke temaer rundt kulturfeltet forstått som kulturtiltak og aktiviteter. Det er likevel grunn til å nevne at rammeplanen ikke utelukker dette perspektivet.

7.1.4 Rammeplan for barnevernspedagoger

Barnevernspedagogers målgruppe er barn, unge og deres pårørende, og faller derfor utenfor sentrale grupper nevnt i omsorgsmeldinga. Det er allikevel relevant å trekke inn, på grunn av delemnet aktivitetsfag, og at barnevernspedagoger ofte trekkes inn i arbeidet med yngre brukere, og at den nye omsorgstjenesten skal være er livslang.

Aktivitetsfag skal bevisstgjøre studentene på egne ressurser i aktivitetssammenheng, og skal åpne for kreativ tenkning og utvikling i det metodiske arbeidet med ulike brukergrupper. Emnet knyttes opp

mot miljøarbeid, der studentene skal lære å planlegge og gjennomføre aktiviteter med barn og unge. I tillegg til obligatorisk innføring innafor drama/bevegelse og andre kunstneriske uttrykksformer, skal studentene velge fordypningsområde.

7.1.5 Rammeplan for ergoterapiutdanning

Ergoterapeuter nevnes som en viktig faggruppe i relevans for å styrke arbeidet med Aktiv omsorg. Ergoterapeutens hovedoppgave er å fremme helse gjennom aktivitet og deltakelse. Med aktivitet som utgangspunkt jobbes det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende. Ergoterapeuter arbeider med mennesker i alle aldersgrupper, som bl.a. har problemer med å utføre daglige gjøremål på grunn av sykdom, skade eller annen funksjonshemming.

Ergoterapeuten vurderer funksjonsevnen til det enkelte mennesket og utreder hva som trengs av trening, hjelpemidler og tilrettelegging. Ergoterapeuter skal jobbe med universell tilrettelegging.

I Rammeplanen er helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende, habiliterende og vedlikeholdende arbeid sentralt når det gjelder tilrettelegging av ulike aktiviteter, blant annet fritid og hverdag.

7.1.6 Rammeplan for fysioterapiutdanning

Fysioterapeuter har kunnskap om sammenhenger mellom det fysiske og det psykiske, og målet med fysioterapitiltak er å skape bedre forutsetninger for helse og livsutfoldelse. Sentralt i utdanningen er målretta bruk av bevegelser og aktiviteter i behandling, habilitering, rehabilitering og forebygging, spesielt for å fremme bevegelsesevne og –livsglede.

7.1.7 Vurdering

Rammeplanene er det overordnede styringsverktøyet for utdanningene. Rammeplanene skal sikre at det blir undervist i ulike tema for å sikre utdanningens nivå. Det er opptil hver enkelt utdanningsinstitusjon og operasjonalisere innholdet innenfor de rammer rammeplanen setter.

Slik vi finner det er ikke aktiv omsorg som begrep anvendt som begrep i noen av rammeplanene. Rammeplan fokuserer ikke eksplisitt på dette. Ergoterapiutdanning, vernepleierutdanning og fysioterapiutdanning er de utdanningene som tydeligst fokuserer på dette temaet. Barnevernpedagogutdanning fokuserer gjennom sitt aktivitetsfag også på dette, spesielt rettet mot barn og unge.

Det er verd å merke seg at sykepleierutdanning og sosionomutdanning fokuserer dette temaet i liten grad. Spesielt er dette for sykepleierutdanningen, som utdanner mange medarbeidere til den kommunale omsorgstjenesten, medarbeidere som også får lederansvar og utviklingsansvar i tjenesten.

Det syntes derfor viktig at det blir satt søkelys på rammeplansutviklingen i både sykepleie og sosionomutdanningen for å styrke utdanningen innen Aktiv omsorg.

Det er også viktig at det tydeliggjøres i de øvrige rammeplanene. Det er også grunn til å påpeke viktigheten av å gjennomgå rammeplanene for helseprofesjonene med hensyn til de nye føringene som ligger i omsorgspolitikken og implementering av disse. Fokus på Samhandling, tverrfaglighet og omsorgsplanens fem satsningsområder må operasjonaliseres inn i Rammeplanene. Dette mener vi det er viktig å fokusere på i forhold til St. meld. 13(2011-2012) «Utdanning for velferd- Samspill i praksis om velferdsutdanningene. I dette er det grunn til å tro at Rammeplanene for utdanningene vil bli satt un-

der press. I den forbindelse kan det være viktig for Departement og Direktorat å tydeliggjøre temaet: Aktiv omsorg som en viktig del av innholdet i kommende reviderte Rammeplaner.

7.2 Rammeplan for, Aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

Vi har fokusert på to rammeplanstyrte videreutdanninger for å se på hvorvidt Aktiv omsorg er fokusert her. Rammeplan for videreutdanning i Aldring og eldreomsorg og Psykisk helsearbeid.

7.2.1 Rammeplan for videreutdanning i Aldring og eldreomsorg

Videreutdanning i Aldring og eldreomsorg er en tverrfaglig videreutdanning der krav til opptak er 3-årig helse- eller sosialfaglig utdanning på høgskole og universitet, og minst ett års relevant yrkespraksis. Målet er å utdanne reflekterte yrkesutøvere som kan arbeide med eldre, deres pårørende, frivillige og ansatte i eldreomsorgen.

Et sentralt tema er aldring; fysisk, psykisk, sosialt og kulturelt. Temaer som kultur og aktiviteter behandles ikke direkte i rammeplanen og det er usikkert hvor mye som belyses reelt i gjennomføringene av utdanningene.

I følge Kunnskapsdepartementet skal denne rammeplanen revideres i løpet av de nærmeste årene.

7.2.2 Rammeplan videreutdanning i psykisk helsearbeid

Denne videreutdanningen har de samme opptakskrav som videreutdanning i aldring og eldreomsorg; 3-årig helse- eller sosialfagutdanning på høyere nivå. Studentene skal utvikle evne til omsorg og hjelp til mennesker med psykiske problemer, og til samarbeid med brukere, pårørende og andre yrkesgrupper på ulike nivåer. Under delemnet om utvikling og utøvelse av relasjonskompetanse framstår ekspressive og kreative uttrykksformer, til fremme av egen kreativitet og intuisjon som sentrale tema. Som ved den andre videreutdanningen, er det fullt mulig å ta opp temaer som kommer inn under aktiv omsorg, selv om det ikke tas opp direkte.

7.2.3 Vurdering

I likhet med enkelte av bachelorutdanningene er det viktig å fokusere på videreutdanningene både i Aldring og eldreomsorg og Psykisk helsearbeid i forhold til det med Aktiv omsorg. Dette bør bl.a. gjøres i forbindelse med Rammeplanrevisjoner. I likhet med bachelorutdanningene bør rammeplane revideres med hensyn på aktuelle omsorgspolitiske utfordringer både faglig og i forhold til samfunnsmessige endringer.

7.3 Andre aktuelle helsefaglige – og sosialfaglige utdanninger som ikke er rammeplanstyrt

Det finnes en rekke videreutdanninger og mastere innenfor helsefag som ikke styres av rammeplaner. I intervju med ansatte ved utdanningsinstitusjonene i forbindelse med kartleggingsarbeidet, oppgir flere at de har *aktiv omsorg* som tema, uten at dette nødvendigvis kommer til syne i studieplanene.

Mastergradsstudium i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag har som ett av flere valg-emner på 10 studiepoeng «Kunst, kultur og aktivitet i psykisk helsearbeid», der studenten skal ha

kunnskap om kunstens og kulturens rolle for hverdagsliv og psykisk helse, klinisk tilnærming, aktiviteter og estetikkenes betydning. Det er også krav om at studenten skal kunne anvende ulike kunst- og kulturelle aktiviteter.

Masterstudium i: Meistring og myndiggjering ved høgsolen i Volda. Mastergradsstudiet er rettet mot profesjonsbærer innen helse og sosialfag. Målsettingen med studiet å styrke kompetansen i relasjonsarbeid mot enkeltpersoner, familier og grupper. Studieprogrammet fokuserer på meistring og myndiggjøring i alle deler av livsløpet. Studiet inneholder også en 15 stp. modul der en fokuserer på ulike aktiviteter i hjem og institusjon.

Masterstudium i: Helse og empowerment, tverrfaglig utdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Nye føringer for folkehelsearbeid fra Verdens helseorganisasjon og norsk helselovgivning vektlegger i større grad enn tidligere brukernes medvirkning i helse- og omsorgstjenester. Masterstudiet i helse og empowerment er en tverrfaglig utdanning som søker å bevisst- og dyktiggjøre fagpersonell i utvikling og tilrettelegging for slik brukermedvirkning.

Ved Høgskolen i Sogn og Fjordane er det en videreutdanning på 30 studiepoeng, som heter «Aktiv omsorg; fysisk aktivitet og naturopplevingar i helsefremjande arbeid». Gjennom utdanninga skal studenten opparbeide kompetanse i *aktiv omsorg* i arbeidet med mennesker med ulike behov. Utdanninga skal gi kunnskap om hvordan en kan trekke inn fysisk aktivitet og bruk av naturen i omsorgsarbeidet.

Høgskolen i Telemark, institutt for sosialfag, har hatt videreutdanning i Kultur for helse, 60 studiepoeng., siden 1998. Studiet legges ned fra og med høsten 2012. p.g.a. sviktende rekruttering. Høgskolen tilbyr i stedet «betalingsstudium» innenfor det samme området.

Studiet kan tilrettelegges spesielt for kommuner, institusjoner og regioner. For tida driver Høgskolen en videreutdanning i Kultur for helse på 30 studiepoeng i Follo Kompetanseskule. Emnene er «Kultur, helse og livskvalitet», «Samarbeid på tvers» og «Prosjektarbeid med aksjonslæring som strategi». Studiet tilbys både til omsorgsarbeidere og kulturarbeidere. Innholdet i det første emnet ligger tett opp til begrepet *Aktiv omsorg* (jf. kap. 2).

Flere utdanninger har interessante sider, som er aktuell for *aktiv omsorg*. Eksempelvis har Høgskolen i Bergen en videreutdanning på 30 studiepoeng i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige. Ved Høgskolen i Gjøvik inngår «Introduksjon til handlingsorientert helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunn» i master i folkehelsevitenskap. I dette emnet inngår blant annet teorier og sentrale begreper som kultur og kulturelt mangfold, lokalsamfunn/felleskap, livskvalitet, opplevelse av meningssammenheng, sosial kapital m.v.

7.3.1 Relevante utdanninger utenfor helse- og sosialfag

Her finnes det mye; eksempelvis studier i idrett og friluftsliv, formgivning, ernæring, mat og kultur, musikk og kunstfag.

Av spesiell interesse er studiet i Musikk og helse ved Norges musikkhøgskole. Dette utgjør første trinn i en musikkterapeutisk utdanning, samtidig som det representerer en selvstendig og avsluttende enhet. Også Universitetet i Bergen har master i musikkterapi, og Grieg-akademiets senter for musikkforskning forsker på forholdet mellom musikk og helse i kliniske og hverdagslige sammenhenger. Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon har kurs i kunst- og uttrykksterapi og kunst- og uttrykkspedagogikk. Også dette er aktuelle utdanninger for å utøve *aktiv omsorg*.

7.3.2 Vurdering

Det har vært en utfordring å finne spesifikke utdanningstilbud som fokuserer på aktiv omsorg. I denne runden har vi identifisert to videreutdanninger. En ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og en ved Høgskolen i Telemark. Det er selvsagt også grunn til å nevne andre som har deler av fokuset i seg, men vi har identifisert disse to videreutdanningene som spesifikke for personell knyttet til den kommunale omsorgssektor.

De øvrige utdanningstilbudene er også relevante og vil være verdifulle når en tenker bredde og tverrfaglighet – men har ikke et like tydelig fokus på bredde innen aktiv omsorg som har vært hovedmålsettingen med denne kartleggingen.

7.4 Høgskoler og universiteter - med aktuelle videreutdanningstilbud og FOU-aktivitet

Vi har valgt ut i alt 30 studiesteder som aktuelle for kartleggingen. Av disse er 5 Universiteter, 20 statlige regionale høgskoler og 5 private, diakonale høgskoler.

Kartleggingen viser at nær alle kartlagte høgskoler oppgir at de har elementer av temaet aktiv omsorg inn i sine videreutdanningstilbud. Det er vanskelig å få tak på nøyaktig hva dette består av i denne kartleggingen. Høgskolen i Telemark og høgskolen i Sogn og Fjordane tilbyr spesifikke utdanningstilbud. Enkelte høgskoler tilbyr også relevante kurs til kommunene.

FOU-aktiviteter ved høgskolene knyttet til temaet er det lite av, noe som kan speiles i forhold til de prioriteringene potensielle oppdragsgivere – kommunene – har for sine FOU-prosjekter, som i stor grad retter seg mot organisering og samhandlingsforskning.

Høgskoler som har etablert Senter for omsorgsforskning ser ut til å profitere på dette gjennom en høyere andel FOU-aktivitet om temaet.

8.0 TEMAET AKTIV OMSORG VED AKTUELLE KOMPETANSESENTRER

Vi har i alt kartlagt åtte kompetanse og kunnskapssentre vi mener er aktuelle. Dette inkluderer de fem sentre for omsorgsforskning, Verdighetscenteret i Bergen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nedenfor vil vi presentere aktiviteten rundt temaet.

8.1 Sentre for omsorgsforskning

Høsten 2006 utnevnte Helse- og omsorgsdepartementet det første regionale senteret for omsorgsforskning i landet. Det ligger på Høgskolen i Gjøvik. I juni 2008 ble ytterligere fire sentre utnevnt: Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Nord-Tøndelag, Høgskolen i Bergen, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Høgskolen i Bergen og ved Universitetet i Agder og Høgskolen i Telemark.

Sentrene har mange oppgaver. De skal drive praksisnær forskning, det vil si forskning som særlig er relevant for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, deres tjenestemottakere og pårørende. Den kommunale omsorgstjenesten er sentrenes målgruppe. Sentrene skal også drive forskningsformidling overfor kommunene, bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren og bistå utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester med forskningskompetanse. De regionale FOU-sentrenes mandat kan oppsummeres slik:

- Kunnskapsutvikling
- Kunnskapsforvaltning
- Kunnskapsformidling

Kartleggingen viser her at alle sentre har et eller flere FOU-prosjekt som kan relateres til aktiv omsorg. Det er verd å merke seg Senter vest sitt prosjekt: «Kommuner i dans med frivillig innsats» som ledes av Oddvar Førland. Prosjektet skal også etablere en idébank på sikt.

To av dem oppgir at de har kurs og utdanningstilbud knyttet til Aktiv omsorg. Ved Senter for omsorgsforskning Nord har de arrangert konferanse der Aktiv omsorg var en del av tematikken. Ved Senter for omsorgsforskning Sør arbeides det med å bruke digitale fortellinger som metode i reminisensarbeidet i samarbeid med Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Telemark. Senter for omsorgsforskning Sør har i sin etableringssøknad lagt inn Aktiv omsorg som et av sine satsningsområder og jobber derfor aktivt med prosjekter knyttet til dette.

8.2 Øvrige utvalgte kompetanse- og kunnskapssentre

I de senere årene har det blitt etablert flere og ulike kompetansesentra med fokus på omsorgstjenestene. Målsettingen med disse sentrene er å samle kompetansemiljø, drive forskning, utvikling og undervisning med spredning av kunnskap regionalt og nasjonalt.

Verdighetscenteret har ulike tiltak de tilbyr, både ulike utdanningsprogram og kurs. I 2011 startet senteret blant annet landets første opplæringsprogram for frivillighetskoordinatorer som skal jobbe i den kommunale omsorgstjeneste.

Senteret også flere opplæringsprogram, kurs og seminar for ansatte og frivillige innen for eldreomsorgen. Innholdet i de ulike tilbudene er stort sett tradisjonelt helsefaglig, men med unntak av musikkterapi, som kommer inn i ulike program.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tilbyr fagskoler for demensomsorg og alderspsykiatri. De samarbeider med helsedirektoratet, kommuner, fylkeskommuner, undervisningssykehjem, høyskoler, spesialisthelsetjenesten og ulike fag- og forskernettverk. De arrangerer også landskonferanser i alderspsykiatri. Med unntak av musikkterapi, ser det også her ut til å være tradisjonell kompetanse innafor helse og medisin.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens ble opprettet i 1997 etter et Stortingsvedtak, og fikk som oppgave å drive forskning og utviklingsarbeid, arrangere kurs og konferanser, gi veiledning og rådgivning til kommuner og spesialisthelsetjeneste og å utvikle og publisere læremidler. Kompetansesenteret har etter hvert fått oppgaver innen flere fagområder. Dette har medført betydelig utvidelse av virksomheten. Helse- og omsorgsdepartementet har godkjent endring av navn til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som nå omfatter fagområdene demens, funksjonshemming og aldring, utviklingshemning og aldring og alderspsykiatri. Kompetansesenterets bibliotek og litteraturtjeneste yter service til fagfolk, studenter og andre med interesse for fagområdene over hele landet. Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring har sin plassering ved Psykiatrien i Vestfold HF og Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål - Helse Sør-Øst RHF

Fagområder: Demens, Funksjonshemming og aldring (FoA), Utviklingshemning og aldring (UA) og Alderspsykiatri. Kompetansesenteret driver en omfattende opplæring for omsorgstjenestene. Fokus på aktiv omsorg ligger i disse tiltakene.

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten er bygd opp av fem avdelinger med underliggende seksjoner. Kunnskapssenteret har også sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten og for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Senteret driver en omfattende virksomhet på mange ulike nivåer. Kartlegging gjennom intervju viser at aktiv omsorg er en viktig del i de opplæringstilbud og aktiviteter som utøves overfor den kommunale omsorgstjenesten.

8.3 Vurdering

Det foregår noe aktivitet ved de ulike sentrene for omsorgsforskning, ved Senter Sør bidrar en både med FOU-aktiviteter og opplæring det samme gjøres ved Senter Nord. Verdighetscenteret, Nasjonalt Senter for aldring og helse driver også noe arbeid her, det samme gjør Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi mener det er viktig å spille på lag med disse senterne i arbeidet med å styrke både kompetansen, systematisering av utviklingsarbeid og forskningsaktivitetene rundt temaet Aktiv omsorg, forskning, utvikling og undervisning med spredning av kunnskap regionalt og nasjonalt.

9.0 UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTE, TILTAK OG KUNNSKAPSBYGGING INNEN AKTIV OMSORG

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er en videreutvikling av den satsning som startet i 1999 ved etableringen av Undervisningssykehjem. Bakgrunnen for denne satsningen var gjennom Nasjonalt geriatriprogram, Statens helsetilsyn i 1996. Institutt for sykepleievitenskap, ved universitetet i Oslo fikk oppdraget med å utvikle en landsomfattende plan for undervisningssykehjem. Formålet med denne satsningen var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen bl.a. gjennom et økt fokus på forbedrings og utviklingsarbeid og ett tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Strategi for utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet 2010)

I 2004 ble det bestemt å satse videre på Undervisningssykehjemsmodellen. Satsningen nå ble forankret i St. meld nr. 25 (2005 – 2006) « Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer», Omsorgsplan 2015 og delplan «Kompetanseløftet». En viktig forutsetning i den «nye» satsningen på utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenesten er å etablere ett forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmann, utvalgte kommuner og stat. En annen viktig forutsetning er forpliktelse til erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene. Helsedirektoratet har satset på ett utviklingscenter for sykehjem og ett for hjemmetjenester i hvert fylke.

En nasjonal satsning på Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester skal bidra til gode pleie og omsorgstjenester i kommunene. Den nasjonale satsningen skal understøtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring og være et virkemiddel for implementering av nasjonale føringer.

Helsedirektoratets visjon for utviklingscenterne er: Utvikling gjennom kunnskap.

Visjonen uttrykker et ideal for dagens og framtidas omsorgstjenester; et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling, tjenester der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete erfaringer til kunnskap (Strategi for utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet 2010)

Hovedmålsettingen for Utviklingscenterne er:

- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Delmålsettinger for utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenesten er:

- Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsningsområder
- Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter
- Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse og omsorgstjenestene.

Disse målsettingene operasjonaliseres bl.a. ved at utviklingssentrene samarbeider med de kommunale omsorgstjenestene i sin region, regionale utdanningsinstitusjoner og relevante fag og forskningsmiljøer slik som bl.a. Sentre for omsorgsforskning.

Utviklingssentrene har en viktig rolle og skal ha en viktig rolle regional kunnskapsbase for utvikling av den kommunale omsorgstjenesten i regionen.

En viktig omsorgsstrategi er en økt satsning på aktiv omsorg og det er derfor viktig og kartlegge for utvikling av Utviklingssentrene sin rolle som regionale kunnskapsbaser.

9.1. Opplæringstilbud i regi av utviklingssentrene

Vi vil her presentere noen opplæringstilbud i regi av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Akershus og Oslo har mye intern opplæring innenfor aktiv omsorg som gitarkurs, individualisert musikkterapi i regi av Geria, opplæring i rullestoldans, kurs i sittedans og i bruk av sansehage. Videre har de opplæring av praksisstudenter og – elever. De har også tilbud om kulturarbeiderskole i noen kommuner.

I Telemark er det et samarbeid mellom Høgskolen og Porsgrunn kommune om gjennomføring av kulturarbeiderskole. Andre opplæringstiltak som nevnes fra andre fylker er opplæring i berøringsterapi, ernæring, aromaterapi, og ulike opplegg innenfor musikk. I Oppland har temaet *aktiv omsorg* vært oppe på fagdager.

Ved undervisningshjemmetjenesten i Sør-Trøndelag i Åfjord kommune jobber de blant annet med å redusere ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet hos eldre med rotfeste i filosofien «Eden Alternativ», der *aktiv omsorg* implementeres i dagliglivet. Opplæring knyttes også opp mot den kulturelle spaserstokk. Videre satses det systematisk på kultur for eldre gjennom prosjektet «Glød, glede og galskap», der omsorgssektoren, kulturskolen og frivilligsentralen er viktige samarbeidspartnere.

Stavanger kommune vil at alle sykehjem skal ta i bruk Aktivitetsdosetten, hvor en tilbyr aktiviteter tilpasset beboerens behov og interesser. «Aktivitetsdosetten» skal være et verktøy og fungere omtrent som en dosett og inneholde aktiviteter i stedet for medisin. Tanken er at en resept på aktivitet skal være like viktig å «dele ut» som nødvendig medisin. I tillegg til at det er ønskelig å innføre «Aktivitetsdosetten» som et nødvendig og varig tiltak for å fremme livskvalitet.

Stokka undervisningssykehjem ble valgt ut som prosjektplass og de to somatiske avdelinger har nå et halvt år til for å få Aktivitetsdosetten inn i de daglige rutiner. Ved sykehjemmet har det vært fokus på den individuelle aktivitet og oppmerksomhet der en prøver vi å sikre at hver enkel beboer i størst mulig grad tilbys en aktivitet som oppleves som meningsfull. Det er utviklet en ny metode, hvor en ut fra en individuell kartlegging av beboerens og interesser og behov tilbyr systematisk tilpassede aktiviteter. Målet er å øke trivselen og livsglede, gjøre våkentiden mer stimulerende, nedsette smerter og forhindre uro. Erfaringene gjennom de siste halvannet år viser at det ikke er lett å implementere metoden inn i de daglige gjøremål på sykehjem. Derfor har kommunen valgt å prøve ut en sertifiseringsmodell hvor sykehjemmet over et lengre tidsrom skal jobbe metoden inn.

Utviklingssentrene er opptatt av å utvikle og systematisere utviklingsarbeidet og opplæringstilbudet innen aktiv omsorg, men får i liten grad utført dette. Her er de tydelige på at dette kan de ut fra dagens ressurser ikke utøve på en hensiktsmessig måte uten støtte fra utdanningsinstitusjonene og kompetansesentre. Økte ressurser kommer også opp som et viktig element her. I Oslo har en fått i gang

en kartlegging på opplæringsområdet i samarbeid med fylkesmannen. Kartleggingen gjennomføres av utviklingscenteret i Oslo. Kartleggingen skal være ferdig i 2012. Denne kartleggingen ville være et viktig bidrag inn i arbeidet med kunnskapsutvikling på området

9.2 Et utvalg av aktuelle prosjekter innen aktiv omsorg

Kartleggingen viser stor mangfoldig aktivitet knyttet til temaet Aktiv omsorg. Men det er kun på et fåtall av steder som dokumenterer tiltakene – utviklingsprosjektene. Studien viser også at Utviklingscenter for sykehjem har kommet lengre på dette området enn utviklingscenter for hjemmetjenster.

Vi merker oss at utviklingscenteret i Vest-Agder som har initiert et interkommunalt tverrfaglig fagnettverk, innen aktiv omsorg. Det er vanskelig å finne noe systematikk i opplæringstilbudene som er varierte. Det er et stort ønske om en utdanning innen dette feltet, der Utviklingscenterne ønsker å spille en viktig rolle. Det er interessant å se at et flertall ønsker at de regionale høgskolene skal være en viktig aktør i dette i motsetning til kommunene som ønsker at utviklingscenterne skal ha denne rollen. En av aktørene tok fram et viktig perspektiv innenfor opplæringstilbudet – nemlig det å utvikle gode og varierte tilbud for menn. Det er ofte en stor utfordring.

Det er også verd å merke seg den aktivitet som drives ved Nasjonalt utviklingscenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkning. Det syntes å være viktige perspektiver i dette som også kan anvendes i forhold til utvikling av tilbud til spesielle pasientgrupper med innvandrerbakgrunn eller personer med annen særskilt norsk kulturell bakgrunn.

Det er grunn til å tro at utviklingscenterne for sykehjem og hjemmetjenester i likhet med vertskommunene er under press i forhold til de utfordringer som Samhandlingsreformen gir både lokalt og regionalt. En annen faktor som vi mener spiller inn her er utslaget av det økende fokus i helsepolitikken på effektivitet, kvalitet og et økende fokus på pasientenes rettigheter som kan være en hindring i utvikling av aktivitet og brukerens egen deltakelse i en travel hverdag.

Alle utviklingscenterne driver en eller annen form for aktivitet knyttet til Aktiv omsorg. Noen driver det bredere og større enn andre, noe som bl.a. har sin årsak i ressursinnsats og satsningsområder. Det syntes som om utviklingscenter med egen kulturarbeider har bredere og mer omfattende tiltak enn andre. Utviklingscenter som er gode på å koble inn frivillige og har god tilgang på dette syntes å være bedre rustet til å drive fram ulike tiltak.

Ut fra den kartlegging som her er gjennomført er det Akershus, Oslo og Vest-Agder som syntes å arbeide mest med dette systematisk og utover i regionen. Likevel drives det mange gode og spennende tiltak også andre steder. Kartleggingen har pekt i en retning som viser at det ikke jobbes systematisk nok med dette. Med det menes kunnskapsutvikling og implementeringsarbeid. Mange kommuner – også vertskommuner for utviklingscenter sliter økonomisk og har store utfordringer med å få på plass tiltakene og den kompetanse som kreves i blant annet implementering av Samhandlingsreformen.

Omtrent halvparten av utviklingscenterne oppgir at de ikke driver systematisk intern opplæring innenfor området *Aktiv omsorg*, men har dette høyt oppe på lista.

Ser vi nøyere på tiltak som drives i regi av utviklingscenterne er det noen prosjekter som er lettere å overføre til andre kommuner enn andre. Årsaken til dette kan være den enkelte kommunes kompetanse, personell, lokaliteter eller økonomi. En annen utfordring er spredningseffekten av tiltakene. Kartleggingen i kommunesektoren viser at kommunene ikke prioriterer aktiv omsorg høyt, noe en begrunner med at det er andre med «basale» utfordringer som må på plass.

Det er vanskelig å si noe om kvaliteten på de ulike tiltakene som drives på bakgrunn av stedegethet og målgruppe.

På nettsiden utviklingscenter.no er det presentert ulike prosjekter – og flere kommer når vi får på plass Ide- og kunnskapsbanken. Vi vil her se nærmere på noen prosjekter:

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud og Drammen sanitetsforening

Villa Fredrikke - aktivitetshus for yngre personer med demens

Villa Fredrikke aktivitetshus er et tilbud til personer med demens i tidlig fase og deres pårørende. Ved villaen skal ansatte, frivillige og gjester sammen skape gode øyeblikk - og dele dem.

Villa Fredrikke aktivitetshus er et samarbeid mellom Drammen kommune og Drammen Sanitetsforening. Dette er et lavterskeltilbud til personer med demens i tidlig fase og pårørende til demensrammede. Gjennom kultur, bevegelse og mat skapes gode øyeblikk for den enkelte i sosialt fellesskap med andre i samme situasjon. Fokus ligger på å utnytte de funksjoner som hver enkelt har og å rette blikket mot det friske. En viktig del av arbeidet ved villaen er også å spre informasjon, og at det på en enkel måte er mulig å komme i kontakt med sykepleiere for samtale og veiledning. Å benytte tilbudet er gratis, men man må betale for mat, drikke og aktiviteter utenfor huset. aktiviteter kan være kino, Drammensbadet, museum etc. Det er ikke nødvendig å søke om plass ved Villa Fredrikke.

Vi skal gi et tilbud til dem som lever med en demens i en tidlig fase med et særlig tilrettelagt tilbud til dem som rammes før fylte 65 år. Det startet høsten 2011 opp samtalegrupper for personer med demens, og våre gjester inviteres regelmessig til å delta i bruker råd hvor de kan være med å påvirke tilbudet ved villaen. Pårørende arbeid er en viktig fokus ved villaen og alle som har en nærpersion som er rammet av demens kan oppsøken, uavhengig av hvor i sykdommen personen er. Hver onsdag er villaen forbeholdt pårørende og det vil arrangeres Pårørende skole, Pårørende kafé og samtalegrupper. Det er ikke nødvendig å ha fått stilt en demensdiagnose for å komme til Villa Fredrikke. De som tror at de selv, eller noen de kjenner er rammet av demens oppfordres til å ta kontakt. Aktivitetshuset er også et sted for dem som ønsker å vite mer om demens, og for dem som søker å gjøre en frivillig innsats.

Det å holde seg i aktivitet og få bruke de ferdighetene man har, er noe de fleste tar for gitt. Når man rammes av en demenssykdom, vil det ikke lenger være like enkelt å opprettholde de aktivitetene man har vært vant til. Villa Fredrikke ønsker å være et sted hvor retten til et aktivt liv skal ivaretas. I samarbeid med dyktige ansatte og en gruppe frivillige skal tilrettelagte aktiviteter arrangeres. Ved hjelp av individuelle samtaler med den enkelte bruker og pårørende vil aktivitetene kunne tilpasses hver enkelt. Mestringsfølelse er viktig, og gode øyeblikk skapes gjennom fokus på mestring.

Utviklingscenter for sykehjem i Telemark – Velvære – aromaterapi.

I 2007 gjorde Mette Karoliussen, førstelektor og lærebokforfatter en brukerundersøkelse etter bestilling fra sykehjemmet. Denne undersøkelsen viser flere områder hvor det er behov for endring. Alle respondentene opplevde at de fikk for lite hjelp, enten generelt eller til spesielle formål. Pasientene mente personalet hadde for dårlig tid til å gi den hjelp pasientene hadde behov for. Resultatet var at pasientene føler seg nedprioritert og at det går utover deres opplevelse av ikke å være viktige nok. Flere av pasientene rapporterte om store smerter, med mangelfull smertelindring. Årsaken til smertene var både akutte og kroniske.

Fysisk berøring er et grunnleggende behov hos mennesket og dette behovet avtar ikke med alderen. Bading eller spa (salus per aqua - helse gjennom vann) i en rolig atmosfære med varme, massasje, bruk av eteriske oljer vil være av betydning for eldre, skrøplige pasienter i sykehjem. Den teknologiske utviklingen og stadig økende krav til effektivitet i pleie og omsorgssektoren har ført til at det som oftest bare er nødvendige rutineoppgaver som blir prioritert i sykehjemmet. I tillegg vet vi at pasientene som får plass/opphold på sykehjemmene har stort behov for hjelp. St.Hansåsen sykehjem ble bygd i 1980, har store fellesbad i hver etasje. Badene har forfalt de siste årene, ble lite brukervennlige og var ikke i bruk. I forbindelse med pågående oppussing har badene fått en oppgradering.

Ved å avsette tid og sette fokus på bading, berøring og bruk av eteriske oljer ønsker vi øke pasientenes livskvalitet og bidra til omsorg og trivsel.

Det er vist at aromaterapi har en beroligende effekt på pasienter med demens sykdom. Varme bad og taktil berøring har en smertelindrende effekt, mange eldre har mye smerter i muskler og ledd. Noen har også kontrakturer og spasmer, som et spa vil kunne ha en fordelaktig innvirkning på. Totalt forventes det økt velvære og trivsel for pasientene. Det vil også være positivt for personalet at de kan gi pasientene noe ekstra.

Pasientene skal oppleve økt velvære og livskvalitet med en helsegevinst, gjennom å få tilbud om bad med massasje tilpasset den enkelte minimum en gang i måneden. Tilbud om bad hver fjortende dag. Personalet skal få økt kompetanse i forhold til å gi omsorgsfull berøring på en systematisk måte som gir en større pasienttilfredshet. Prosjektet startet opp i januar 2011. Det ble utpekt en ressursperson i hver avdeling og ansatt en prosjektmedarbeider i 20 % stilling. Prosjektmedarbeideren står for de praktiske oppgavene som å kjøpe inn utstyr til badene, musikkanlegg og arrangere kursene, samt være pådriver og motivator. Etter innhenting av referanser og pris på foredragsholdere, ble Gry Fosstvedt, Aromedica Norsk Aromaterapiskole valgt. Det ble holdt tre like kursdager slik at flest mulig kunne delta. 70 ansatte fikk i begynnelsen av mai fem timer med teoretisk og praktisk opplæring i allsidig bruk av eteriske oljer og massasje til institusjonsbruk. Samt mye inspirasjon og glede. Badene ble ikke klare til bruk før i juni. Sommeren er ikke tiden for å innføre nye rutiner så derfor har ikke det systematiske tilbudet om SPA kommet i gang. Badene har blitt brukt og det er allerede høstet noen erfaringer som vil komme godt til nytte utover høsten.

Plan for spredning: Skrive en sluttrapport. Spredning via undervisningssykehjemets sine nettverk, kommunalt, innad i fylke og regionalt.

Utviklingscenter for sykehjem – Oslo – utvikling SMET-miljøbehandling

24 kort til bruk i samtale om hage og planteliv.

Kortene ble utviklet på Abildsø sykehjem i forbindelse med SMET-prosjektet om miljøbehandling. 24 kort med tekst på den ene siden og bildet av blomsten på den andre. De kan lamineres og brukes i avdelingene.

Blomstene som er avbildet vokser i vår sansehage. Kortene ble laget for at personalet skal kunne bruke dem til samtale om hagen og fordi vi erfarte at personalet ikke kan navnet på alle plantene.

Forslag til bruk:

- De kan brukes innendørs og utendørs. Kortene kan brukes i en quiz.

-
- Vi har satt kortene i en perm slik at det skal være lett for personalet å ta dem ut. Pasienter kan også bruke permen som en bok.
 - Teksten på baksiden av blomsterbildene er til hjelp for personalet der det står blomstens navn og bruksområde, m.m.
 - Vi har opplevd at personer med demenssykdom finner ro og glede av å bla i permen.

Utviklingscenter for sykehjem – Abildsø i samarbeid med Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri

Systematisk bruk av miljøbehandling som metode for å dempe uro, angst eller for å øke velvære hos pasientene.

Dette prosjektet er en del av SMET-prosjektet som GERIA ()er ansvarlig for. SMET er forkortelse for sansehage, musikk, erindring og taktil berøring.

Prosjektets hensikt og målsetting: Miljøbehandling skal være en del av sykehjemets behandlingstilbud til beboerne. Metodene skal forankres slik at ansatte kan benytte seg av dem i sitt daglige arbeid. Metodene skal forankres i hele sykehjemmet.

Tiltak i prosjektet: Opplæring av ansatte i metodene, kartlegge beboernes preferanser, beboere tilbys miljøbehandling som trivselstiltak, og som individualisert behandling til de beboeren som har særskilte behov, miljøbehandlingstilbudet skal dokumenteres i pasientens tiltaksplan.

Prosjektet er finansiert på følgende måte: Abildsø sykehjem dekker egne kostnader, GERIA dekker fellessamlinger og drifter hovedprosjektet. Det samarbeides med GERIA (Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri Silurveien sykehjem, Ryen sykehjem, Tåsen sykehjem og Abildsø sykehjem

Gjennomføring og resultater

- November 2008 oppstart og etablering av lokal prosjektgruppe
- Opplæring av ansatte i metodene fortløpende i 2009, parallelt med innføring av intervensjonene.
- Det ble laget informasjonsbrosjyrer om prosjektet som ble gitt til alle ansatte.
- Det ble også annonsert i nyhetsbrevet.
- For å sikre at alle ansatte på huset var orientert om prosjektet ble det også arrangert to halve seminardager.

Prosjektleder for hovedprosjektet Kirsti Solheim var invitert med på seminardagene for å holde innlegg, og for å bidra med å motivere ansatte til å være aktivt med i prosjektet.

Resultater så langt:

Det er blitt større fokus på miljøbehandling på avdelingene, og musikk er mye i bruk. Miljøbehandling er foreløpig ikke integrert som en del av den daglige behandlingen men beboere får miljøbehandling når det oppstår særskilte behov og som generelle trivselstiltak.

Det er satt i gang arbeid med å få miljøbehandling inn på beboernes tiltaksplan. Prosjektet videreføres med fokus på miljøbehandling, etablering av Sanserom på langtidsavdelingen, bruk av sansehagekort og fysisk aktivitet i sansehagen

Utviklingscenter for sykehjem – Hedmark – Fysisk aktivitet året rundt som en del av sykehjemmets ordinære behandlingstilbud

Kvalitetsforskriften § 3 peker på at kommunene skal sørge for at beboere på sykehjem får dekket sine sosiale behov som mulighet for sosial kontakt, fellesskap og aktivitet . Sykehjemsbeboere er ofte lite i fysisk aktivitet og mangler tilbud om å komme ut i frisk luft .

Vi ønsker derfor å gjennomføre et prosjekt som både omfatter fysisk aktivitet og økt bruk av sansehagen. Forskning gir holdepunkter for at bruk av sansehage kan ha en positiv effekt på sykehjemsbeboeres opplevelse av tilfredshet. Det er også gjort studier hvor personale og pårørende gir klart uttrykk for at sansehage har positiv effekt på beboerne og at det bidrar til bedre humør, økt livskvalitet og mindre adferdsproblemer (Kirkevold et al 2011).

Bruk av sansehagen har det siste året hatt stort fokus ved vårt sykehjem, men vi erfarer at bruken er sporadisk og personavhengig. Sansehagen brukes så langt mye til trivsel og velvære, men vi ønsker i dette prosjektet å gi et systematisert treningstilbud i sansehagen til de som ønsker det. Treningstilbudet opprettholdes som et tilbud inne når været ikke tillater uteaktivitet.

Hensikt og mål

- Økt bruk av sansehagen til fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet i sansehagen skal være en del av sykehjemmets ordinære behandlingstilbud. Personalet skal få erfaringer med bruk av fysisk aktivitet som miljøbehandlingstiltak.
- Pasienter som ønsker det skal få tilbud om fysisk aktivitet, og at tilbudet gis uavhengig av hvem som er på jobb. Fysisk aktivitet skal være satt opp som miljøbehandlingstiltak i pasientens tiltaksplan.

Tiltak

- Kartlegge hvilke pasienter som har ønske om fysisk aktivitet
- Gjennomføre av aktivitetstiltak tre dager i uken
- Kartlegge antall pasienter som deltar, samt hvilken aktivitet de deltar på
- Registrere antall
- Velge ut noen pasienter som GERIAS velværeskjema skal brukes på, for å måle effekt av tiltaket.

Gjennomføring

- April 2011. Forberedelse og etablering av prosjektgruppe
- Mai 2011. Planlegging og oppstart av prosjektet
- Juni 2011-november 2011. Gjennomføring av prosjektet, og iverksetting av intervensjonene
- Desember 2011. Evaluering og rapport skriving.

Undervisningshjemmetjenesten i Troms Ipod Touch som hjelpemiddel for måltidsplanlegging og gjennomføring av innkjøp i PU-tjenesten

Flere av brukerne i PU-tjenesten (Tjenester til psykisk utviklingshemmede) opplevde det utfordrende å planlegge innkjøp. I stedet for å gi praktisk bistand ønsket man å utvikle et opplæringsprogram som skulle muliggjøre at de klarte dette selv. Da man samtidig ønsket å legge til rette for sosialt samvær og nye bekjenskaper valgte man å prøve ut om gruppearbeid ville være en egnet læringsarena.

Hensikt og mål:

- Øke brukerens kompetanse og innarbeide gode rutiner i forhold til planlegging og gjennomføring av innkjøp. Skape en arena for læring, mestring og sosialt samvær.

Tiltak:

- Det ble arrangert ukentlige møter.
- Ipod Touch ble tatt i bruk som motivasjonsfaktor, læringsverktøy og sluttforsterker
- Deltakerne jobbet med ulike oppgaver; for eksempel planlegge et måltid, planlegge ukemeny og lage handleliste for hele uka, sammenligne priser, vurdere hvor mye de trengte av hver matvare, planlegge innkjøp av husholdningsartikler som såpe, vaskemidler etc.
- Det ble trent på å legge handlelista inn på Ipoden.
- De hadde også hjemmeleks. Møtene startet med gjennomgang av forrige møte og leksene de hadde gjort.
- Møtene ble avsluttet med evaluering og framsnakk.

Gjennomføring og resultater:

Brukerne har lært å skrive en fullstendig meny for en hel uke. Ved å beregne hvilke ingredienser de trenger til hvert måltid har de så skrevet handleliste. De har lært å benytte Ipod Touch for å lage handleliste, samt som hjelpemiddel for å huske avtaler etc. Opplegget som er utviklet planlegges brukt også i forhold til andre tema.

Spredning:

Prosjektet er omtalt i Fagnytt i Nord, det er formidlet til kolleger og det er presentert på USHT Troms sin Vårkonferanse og på hjemmesidene til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester lokalt og sentralt.

Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkning, Samisk kulturelt tilpasset sansehage for personer med demens – overføring av kultur og læringsarena.

Målet er å bruke samisk tun som en levende møteplass med rot i tradisjon og kultur på tvers av generasjoner, hvor eldre kan overføre samiske tradisjoner i et sosialt fellesskap til barn og unge i lokalsamfunnet.

Finansiering:

Karasjok kommune, Norsk Hagelag, Aldring og helse, Sametinget

Samarbeidspartnere:

Elever og lærere ved grunnskolen i Karasjok, personell ved pleieavdelingene

Bakgrunn for prosjektet:

Behov for meningsfulle aktiviteter, møteplass for generasjoner og eldre som ressurs

Hensikt og mål:

Kunne tilby aktiviteter de eldre og personer med demens kan mestre og overføring av kulturelle aktiviteter generasjoner imellom

Tiltak:

Årstidsbaserte praktiske aktiviteter

Gjennomføring og resultater:

Laget planer med pleieavdelingen og skolen i forhold til klassetrinn med ansvar for egne tema.

Spredning:

Er visningshage, deltar på kurs og konferanser, over nett og ved utvikling av hefte og DVD med oversikt over aktivitetene og illustrasjonsbilder

9.3 Tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming

I kartleggingen fant vi svært lite fokus på tiltak rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette kan ha noe med kommunens organisering å gjøre, men likevel ønsker vi å sette fokus på dette her.

Levealderen for personer med utviklingshemning øker og flere enn før blir gamle. Dette medfører nye muligheter og utfordringer, både for personene med utviklingshemning selv, deres familier, og helse- og omsorgstjenestene *HVPU-reformen* førte til en avvikling av institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede, og ansvaret for bo- og tjenestetilbudet ble overført til kommunene. Reformen ble i hovedsak gjennomført i tidsrommet fra 1991 til 1995 og er sentral når det gjelder omsorgstjenester i Norge. Reformen innebar overføring av ca. 5000 utviklingshemmede til kommunale bolig-, omsorgs- og arbeidstilbud. Kommunen fikk samtidig et klart ansvar for å tilby tjenester til alle nye utviklingshemmede

Levealderen for personer med psykiske utviklingshemninger har økt vesentlig gjennom de siste tiårene som følge av den medisinske utviklingen og økt livskvalitet.

Dette betyr også at antall personer som kommunen må gi tjenester til vil være økende fortsatt en periode fremover ut over normal folketallsøkning. For å kunne ivareta tjenester til utviklingshemmede kreves det god kompetanse.

Kirsten Thorsen har en viktig artikkel i *Nordisk sosialt arbeid* 2003/01, «Å falle mellom alle stoler? - Om aldring blant funksjonshemmede mennesker» Vi vil i det følgende gjengi deler av Thorsens artikkel.

«Psykisk utviklingshemmede mennesker er en stor gruppe med mange ulike lidelser og skader og med forskjellig kognitivt funksjonsnivå. Bare et mindretall har Downssyndrom.

Aldrende utviklingshemmede mennesker er mer utsatt for helseproblemer enn andre, og de med stor utviklingshemming er mer utsatt enn dem med mild utviklingshemming (Moss et al. 1994). Men personer med utviklingshemming lever lenger enn før, noen oppnår høy alder. Bedre levekår, bedre tjenester, bedre ernæring, større normalisering og integrering i lokalmiljø-et har gitt denne gruppen levekår mer på lik linje med befolkningen for øvrig (Tøssebro 1995, Jenssen 1995, Romøren 1995). Utviklingshemmede er kanskje den gruppe av funksjonshemmede mennesker der den nye alderdommen innebærer den største historiske forandring.

Det er store utfordringer når det gjelder å gi aldre utviklingshemmede gode nok tilbud. Med dårlig utviklet språk er det vanskelig for dem å formidle sine ønsker og behov og helsemessige plager. De kan bli oversett og overhørt. Det kan være vanskelig å stille diagnose, det kan være problematisk å få tatt de nødvendige undersøkelser, den medisinske oppfølgingen er for dårlig. Personene strever med fysiske og psykiske lidelser og plager de ikke får hjelp for. Omvendt kan de overmedisineres og understimuleres med unødig svekket funksjonsevne som resultat.

Aldringen kan medføre økt isolasjon og ensomhet. Foreldre dør, søsken kan bo langt borte og kontakten med lokalmiljøet kan være svak. Forskning har vist at mennesker med utviklingshemming i mindre grad enn andre etablerer kontakter i nabolaget, selv når boligen ligger i et vanlig bomiljø (Jenssen 1995). Normalisering av boforhold betyr ikke nødvendigvis integrasjon i et miljø. Beboerne blir i stor grad avhengige av kontakter de tilbys enten med ansatte, med andre utviklingshemmede, eller innenfor rammen av en arbeidsplass eller et dagtilbud.

I liten grad har de pårørendes situasjon vært belyst og tatt hensyn til. Pårørende til utviklingshemmede utsettes for det som har vært kalt *den doble aldringen*, der både gamle foreldre og voksne utviklingshemmede barn gjennomlever aldersvekkelse på samme tid. Breitenbach (2001) sammenfatter situasjonen ved å peke på at når vi sier familieomsorg må vi forstå dette som arbeid utført av en (enslig) kvinne. Akkurat som sine aldre utviklingshemmede barn opplever de skrumpende nettverk og sosial isolasjon. De eldre mødre kan oppleve at de samtidig må gi omsorg til en gammel mor eller svigermor, til en syk eller svekket ektefelle, til en voksen utviklingshemmet sønn eller datter - og til barnebarn. Hun sier (s. 43) at dette ikke bare er et spørsmål om den doble aldringen, men om *sammenvevd aldring*. Dette er i pakt med et livsløpsperspektiv på aldring som stadfester at vi lever *sammenvevde liv* - ikke isolerte liv, ikke autonome liv (Thorsen 2002). Dette perspektivet må også gjelde utviklingshemmede og deres pårørende. Der muligheten for å veve seg sammen med andre er mindre enn andres - fordi utviklingshemmede sjeldnere er gift/samboende og har egne barn - må de gis andre sosiale tilbud. Vi trenger bedre kunnskaper og utvikling av tilbud som både ivaretar den aldre utviklingshemmede og de pårørende. Begge utsettes for bekymringer og påkjenninger de bør avlastes fra.

I skjæringen mellom eldreomsorgen og tilbudet til utviklingshemmede oppstår spørsmålene: Bør/kan eldre utviklingshemmede få tilbud innenfor de vanlig tjenestene, innenfor eldreomsorgen, bør de ha et spesielt tilrettelagt tilbud eller kan disse tiltakene kombineres? Hvordan sikre aldre utviklingshemmede sosial inkludering gjennom livsløpet, like inn i alderdommen? Innenfor en normaliseringsideologi og et individualiseringsprinsipp som den norske HVPU-reformen var: Hvilke *valg* bør en gi

eldre utviklingshemmede mennesker om sitt eget liv i eldre år, når de trenger mer hjelp og omsorg? Særlig viktig både i forskning og tilrettelegging blir å gi aldrende funksjonshemmede en egen stemme, lytte til hva de selv uttrykker og ønsker.» (Thorsen 2003)

De perspektivene Thorsen her trekker opp er viktig å ta hensyn til i utviklingen av gode omsorgstilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming.

9.4 Tiltak for mennesker med innvandrerbakgrunn

Kartleggingen avdekket også at det var svært få institusjoner som hadde tiltak innen aktiv omsorg spesielt rettet mot mennesker med ikke vestlig innvandrerbakgrunn.

Utviklingssentrene oppgir at de pr i dag har svært få brukere med innvandrerbakgrunn. Erfaringen med brukere med innvandrerbakgrunn er varierende. Det er ved utviklingssentre som ligger i de store byene at erfaringen med slike brukere er størst.

Bevisstheten om at det i framtida vil bli flere brukere med innvandrerbakgrunn er stor, derfor syntes det også å være et viktig framtidig tema.

Bakgrunnen for at erfaringen er liten oppgir flere at det faktisk er liten etterspørsel etter pleie og omsorgstjenester fra brukere med innvandrerbakgrunn. Dette kan være en indikasjon på underforbruk av tjenester for denne gruppa – men dette knytter det seg usikkerhet til. Likevel registrerer flere – spesielt utviklingssentre for hjemmetjenester en økende etterspørsel etter tjenester. Det kan ha sin bakgrunn i bl.a. at eldre innvandrere kan ha fått en mer positiv holdning til de kommunale omsorgstjenestene. Dette støttes også gjennom resultater fra en studie gjennomført av Nergård i 2009.

Utviklingssentrene oppgir at de har nær utelukkende erfaring, med kvinner med minoritetsbakgrunn som brukere.

I en studie gjennomført av Disch og Fauske i 2011 konkluderer bl.a. med at kunnskapsnivået om mennesker med innvandrerbakgrunn er lav.

Hvordan kan en så styrke både kunnskap om og omsorgstilbudet for innvandrergrupper. Dette er et omfattende spørsmål som denne kartleggingen ikke kan gi et entydig svar på men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger, for å øke sjansene til å være godt rustet til de økte utfordringene:

- Kunnskapsnivået om innvandrergruppens kultur, religion, språk, mattradisjoner og helse må styrkes i den kommunale omsorgssektoren, gjennom blant annet kurs og utdanningstilbud i regi av utviklingssentrene, helseforetakene eller utdanningsinstitusjonene. Innen helse gjelder dette spesielt demens og psykisk helse.
- Økt kunnskap om anvendelse av livshistorier og individuelle behov
- Utvikle gode strategier for forventningsavklaring til tjenestene i innvandrergrupper. Jf. Ingebretsen og Romøren 2005.
- Utvikle en god informasjonsstrategi opp mot innvandrergrupper om omsorgstjenesten og de tilbud som kommunene gir
- Utvikle og styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunen og gjennom dette bla. utvikle gode omsorgstrategier slik at det kan bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre.

-
- Kommunene må ha fokus på å utvikle gode og kultursensitive organisasjonsformer i omsorgstjenesten der en vektlegger oppmerksomhet og anerkjennelse av kulturelle forskjeller og individuell identitet.
 - Etablere samarbeid mellom innvandrergruppenes interesseorganisasjoner og den kommunale omsorgstjenesten.
 - Bruke personer mennesker med innvandrerbakgrunn som viktige ressurser innen omsorgstjenesten både som utøvere og frivillige
 - Ikke utvikle særomsorg overfor innvandrere men en god individuell omsorg som alle grupper har krav på (Disch og Fauske 2011)

Dette er et svært utfordrende felt der ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av omsorgspersonell er viktig. Rammer, regelverk, kunnskap om innvandreres bakgrunn og forutsetninger er det viktig kunnskap i omsorgstjenesten.

Det er grunn til å tro at om kunnskapsnivået hadde vært høyere hadde også tiltakene vært flere på dette området.

9.5 Vurdering

Utviklingssentrene i de store regionene – Oslo Akershus har viktige og store tiltak innen aktiv omsorg. Det arbeides systematisk og det er også knyttet opp utviklingsprosjekter i forhold til de ulike tiltakene.

Tiltak spesielt rettet mot menn er det lite å finne når en ser på resultater fra kartleggingen. Uttalelser fra Kirkens Bymisjon går i en retning som viser at menn oftere enn kvinner pasifiseres i omsorgstjenestene. Dette bør en ha i tankene ved videre utvikling av tiltak.

Utviklingssentrene har mange utfordringer med hensyn på prioritering av utviklingsoppgaver. Kommunene i de ulike regionene har ulike behov for fagutvikling innen kommunale omsorgstjenester og utviklingssentrene må prioritere deretter. Alle utviklingssentrene er opptatt av aktiv omsorg i ulike format. Det syntes som om mange av utviklingssentrene mangler den tverrfaglige kompetansen som skal til for utvikle dette feltet.

Utvikling og systematisering av kunnskap på området er viktig. Hvordan en skal styrke det ved siden av de andre utviklingsoppgavene er en utfordring med bakgrunn interne og regionale prioriteringer og mangel på personell.

Et økt fokus fra Helsedirektoratets side – med stimuleringsmidler – kan være en mulighet til å øke et mer systematisk arbeid på feltet. Et økt fokus i kommunene på folkehelsearbeidet kan også være en viktig faktor i arbeidet for en mer systematisk og en sterkere tverrfaglig tilnærming her. Nødvendige og tydelige sentrale føringer, kunnskapsutvikling, som gjenspeiler lokale budsjettmessige prioriteringer må til, for å få løftet aktiv omsorg inn som en viktig del av den kommunale omsorgstjenesten.

Det er vanskelig å vurdere kvaliteten på tiltakene som drives i regi av utviklingssentrene på bakgrunn av stedegenhet og brukergrupper. For å belyse det nærmere må vi se på flere nivåer. Men det syntes som om mange tiltakene har god kontinuitet men er avhengig av ildsjeler, som igjen kan gjøre dem sårbare.

På bakgrunn av utlyste midler fra Helsedirektoratet syntes det som om en på flere steder har startet med å systematisere tiltakene gjennom rapporter som er kommet inn. Det er likevel grunn til å sette søkelyset på spredningseffekten av tiltakene som blir gjennomført ved Utviklingssentrene. Det vet vi foreløpig lite om.

Det er også grunn til i sterkere grad å se på og utvikle tiltak som lett kan spres, uten for mye tilrettelegging og ressursbruk, for å øke interessen ved regionens øvrige institusjoner.

Vi vet at temaet Aktiv omsorg har vært på dagsorden på regionale samlinger – men igjen vet vi lite om hva som har skjedd i ettertid av dette.

Ved et Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er det utviklet et tverrfaglig nettverk med fokus på aktiv omsorg. Dette tiltaket syntes å være godt med hensyn på å få forankret arbeidet og utvikle gode tiltak og ideer for regionens institusjoner og hjemmetjenester. Gjennom omforente tiltak, som bl.a. utvikles i et tverrfaglig nettverk med god regional representasjon kan det være lettere å få implementert og utviklet gode ideer og tiltak lokalt.

Prosjekter knyttet direkte inn mot mennesker med psykisk utviklingshemming og brukere med innvandrerbakgrunn syntes det å være lite av. Det er derfor viktig med kunnskapsutvikling også i forhold til disse gruppene når det gjelder aktiv omsorg.

10.0 PRIVATE IDEELLE AKTØRER HVA FINNES AV AKTIV OMSORG HER?

Hovedorganisasjonen Virke (tidligere HSH) er den raskest voksende hovedorganisasjonen i Norge, og har mange ideelle omsorgaktører under sin paraply.

Sykehus, sykehjem, rehabiliteringssentre, behandlingssplasser for rus og psykiatri, barnevernvirksomheter og tilbud for psykisk utviklingshemmede, utgjør hovedtyngden av ideell sektor i Hovedorganisasjonen Virke. Alle disse ressursområdene gjør viktig innsats for store, sårbare grupper i samfunnet vårt og er et viktig supplement til den offentlige virksomheten.

Historisk sett har de ideelle organisasjonene stått sterkt i den kommunale og regionale omsorgstjenesten og gjør det også i dag, men i konkurranse med de private profittbaserte foretak. Omsorgstjenester utført av ideelle organisasjoner har ord på seg for å være annerledes enn de offentlige, men forskning viser likevel tendenser til at de tilnærmer seg de offentlige både med hensyn på kvalitet og innhold.

På bakgrunn av disse organisasjonenes spesielle stilling har vi kartlagt også graden av fokus på aktiv omsorg her. Flere av respondentene vi var i kontakt med fant prosjektet vi nå rapporterer fra faglig interessant. Enkelte gav også uttrykk for at de gjennom å bli kontaktet på denne måten følte seg «regnet med».

Vi identifiserte 37 institusjoner som var aktuelle for kartleggingen. Det lyktes oss å komme i kontakt med 29 av dem.

Kartleggingen viser at de i likhet med Utviklingssentrene driver ulike tiltak innenfor Aktiv Omsorg. Også i denne sektoren trengs det opplæring. Likevel er det verd å merke seg den omfattende kultur og aktivitetsarbeid Kirkens Bymisjon gjør, som er en stor driver av institusjoner organisert i VIRKE. Kirkens Bymisjon har satset aktivt på dette etter at det ble gjennomført beboerundersøkelser som viste at beboerne var minst fornøyd med manglende muligheter for kulturelle og sosiale aktiviteter. Med denne erkjennelsen har Bymisjonen etablert en egen tverrfaglig kulturarbeidersskole for alle grupper ansatte. Dette konseptet er også blitt anvendt i flere sykehjem i Oslo drevet av ideelle organisasjoner og kommune. Her er det også laget opplæringsprogrammer og DVDer til hjelp i implementeringen. Konseptet er også anvendt av kommuner utenfor Oslo. De har også opplæring for andre sykehjem drevet av andre ideelle organisasjoner.

En rekke andre ideelle organisasjoner som driver institusjoner innen den kommunale omsorgstjenesten sier de driver kollegaveiledning og internopplæring, evt. i samarbeid med kommunen. Dette kan dreie seg om ulike metoder/måter å legge opp måltider på og ulike andre aktiviteter.

I tillegg til omsorgspersonale, har noen sykehjem aktivtører, ergoterapeuter og fysioterapeuter som bidrar med opplæring innen Aktiv omsorg.

Ved Cathinka Guldberg senter har de egen kulturleder som bidrar til internopplæring, og ved Domkirkehjemmet deltar ansatte på kurs gjennom den Gyldne spaserstokk.

Øyane sykehjem har eget sertifiseringskurs knyttet til «Aktivitetsdosetten». Her legges det vekt på å sikre beboerens interesser og behov gjennom en kartlegging. Hensikten med Aktivitetsdosetten er at det skal være like naturlig å tilby aktivitet som medisin. Ansatte får ett 3 timers kurs i undervisning av metoden i bruk av Aktivitetsdosetten. Det er både en teoretisk og praktisk innføring, hvor vi legger vekt på å prøve metoden i praksis. Deltakerne lærer hvordan de skal kartlegge interesser og legge en aktivitetsdosett.

10.1 Vurdering

Kirkens Bymisjon og Catinka Gulberg senter er en av flere viktige pådrivere innenfor dette feltet. Begge institusjonene har opparbeidet seg viktig kunnskap som også anvendes av kommunale institusjoner og av andre ideelle organisasjoner.

Flere av de ideelle organisasjonene syntes å ha prioritert aktiv omsorg høyere enn mange av de kommunale institusjonene. Dette kan ha sin årsak i større tilgang på frivillige og en større tverrfaglig bredde i staben.

Det kan være vanskelig å sammenlikne de ideelle organisasjonene med utviklingssentrene i arbeidet med aktiv omsorg – da disse har ulike fokusområder i sitt arbeid. Likevel framstår de ideelle organisasjonene som viktige kunnskapsressurser i forhold til det å utvikle et systematisk arbeid med aktiv omsorg. De ideelle organisasjonene blir derfor viktig å ha med på laget i det videre utviklingsarbeidet.

11.0 NASJONALE FRIVILLIGE ORGANISASJONER – VIKTIGE TILBYDERE INNEN AKTIV OMSORG

Det er fortsatt en politisk enighet i Norge om at desentralisering og økt kommunalt ansvar for helse og sosialpolitiske oppgaver er ønskelig, og at dette bl.a. bør utvikles i samarbeid med de frivillige organisasjonene. Et annet viktig argument for å utvikle samarbeidet med de frivillige organisasjonene er også at det er verdimeslig ønskelig, fordi de frivillige organisasjonene kan spille en viktig rolle i videreutviklingen av velferdssamfunnet.

Ulike studier viser at behovet for frivillig innsats i kommunene er stor (Grindheim 1991) (Disch 1998). Dette har vært erkjent lenge. Tar vi et lite historisk tilbakeblikk finner vi bl.a. dette utsagnet i St. meld. nr. 4. (1987 – 1988), Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken. Her heter det:

«Det er viktig å stimulere og mobilisere de kreftene som finnes i nærmiljøet. Kan kommunene klare å etablere et samarbeid med organisasjoner som har evne til slik lokal mobilisering, for eksempel ved å yte en viss økonomisk kompensasjon for innsatsen, vil dette ofte kunne gi bedre utbytte enn om kommunene skulle løse oppgavene på tradisjonell måte.»

Frivillige enkeltpersoner og frivillige organisasjoner kan være viktige bidragsytere til oppgaveløsning innen helse- og sosialsektoren som det har vært vanskeligheter med å løse, for eksempel på grunn av skepsis fra klientene eller manglende tradisjoner for løsning av oppgavene. (Grindheim 1991)

Dette videreføres i målsettingene som framkommer i St. meld. nr. 25. knyttet til bl.a. aktiv omsorg, forebyggende tiltak. For mange kommuner er frivillig innsats derfor viktig samtidig som det gir et viktig bidrag gjennom involvering og ansvar i lokalsamfunnet i arbeidet med å skape kvalitativt gode omsorgstjenester.

I «Samhandlingsreformen» St. meld. Nr. 47 og i NOU 2011:11, «Innovasjon i omsorg» gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både knyttet til forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at omsorgsmottakere og brukere mester sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra bl.a. til å nå viktige helsepolitiske målsettinger.

I kartleggingen har vi tatt utgangspunkt i 32 nasjonale og tradisjonelt store organisasjoner innen frivillig arbeid i den kommunale omsorgstjeneste. Vi lyktes å få kontakt med 22 av disse.

Organisasjonene som her er kartlagt er interesseområder hver på sin kant. Den norske kirkes aktiviteter er her ikke kartlagt da Den norske kirke ikke regnes som en frivillig organisasjon. Det kirkelige arbeidet fra frimenighetene – som er stort - er heller ikke kartlagt da det meste her foregår i landets 430 kommuner og er vanskelig å få oversikt over.

Vi har ikke kartlagt den enkelte frivilligsentral, men kommunestudien viser at de yter viktig innsats, jf. tabell 13. Slike sentraler er også en viktig partner til kommunene. Sentralene finnes over hele landet og er møteplass og samhandlingsarena for frivillighet i lokalmiljøet. Frivilligsentralen skal bidra til å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og frivillige organisasjoner i kommunen utfører,

og dermed styrke og fremme det frivillige arbeidet. Sentralene skal ha en universell utforming og være et kontaktsenter for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet uansett alder, kjønn, økonomisk status og etnisk tilhørighet. I Norge er det pr i dag 354 frivilligsentraler av disse drives 293 i kommunal regi.

Flere kommuner anvender også det en kaller for frivilligbørs. Frivilligbørs er en markedsplass der næringsliv, frivillige organisasjoner og offentlige tjenesteprodusenter kan møtes for å inngå sosiale partnerskap og kontrakter om kortsiktig eller langsiktig samarbeid. Valuta som gjelder på frivilligbørs er tid, arbeidsinnsats, kompetanse, samarbeid og lokalt engasjement. Penger er ikke anvendbar valuta.

Frivilligbørsen kan gjennomføres som en børs-/auksjonsliknende arrangement, hvor meklere og tilretteleggere hjelper bedrifter, organisasjoner og offentlige tjenestesteder til å oppdage samarbeidsmuligheter, behov og tilbud. En slik «børs» kan også gjennomføres som en nettjeneste. Hensikten er ikke å erstatte private eller offentlige tjenester med frivillig innsats, men å berike lokalsamfunn gjennom økt engasjement og frivillig innsats.

Norges første frivilligbørs fant sted 6. mars 2008 i Bærum, etter modell fra Nederland hvor man har arrangert slike «Beursvloer» i mer enn 10 år. I 2006 startet man frivilligbørs i Tyskland, hvor KPMG og Bertelsmann Stiftung har tatt det nasjonale ansvaret. I 2010 etablerte Askim kommune en frivilligbørs.

Kartleggingen viser et stort mangfold av aktiviteter på ulike nivåer knyttet til aktiv omsorg.

Et lite mindretall av organisasjonene har egne tilbud for mennesker med psykisk utvikling eller personer med minoritets/innvandrerbakgrunn.

Under kartleggingsarbeidet var det stor tilslutning til arbeidet, som nå gjennomføres med å opprette en idébank og kunnskapsbank. Dette kan få mange av disse organisasjonene føre til tettere samarbeidsrelasjoner lokalt ved at det gjennom kunnskap og tilbud om organisasjonene blir lettere for de kommunale omsorgstjenestene å ta de frivillige ressursene i bruk.

De frivillige organisasjonenes tilbud syntes å være viktig for yngre brukere under 67 år. Frivillige organisasjoner er og kan i framtida være en viktig ressurs inn i arbeidet med forebygging og vedlikeholdsomsorg. Men forskning viser at de trenger god oppfølging og opplæring i dette arbeidet for at det skal fungere godt og være bærekraftig.

11.1 Opplæringstilbud

Mange frivillige organisasjoner driver opplæring. En del kurs er generelle, men kan likevel brukes i forbindelse med opplæring i *aktiv omsorg*. Eksempelvis har Norges Idrettsforbund en rekke utdanningstilbud både i idrettskretsene og særforbundene. I Den Norske Turistforening tilbys turlederutdanning på 4 nivåer. Røde Kors har laget en utdanningsplan der alle frivillige får opplæring i ulike aktiviteter.

En del organisasjoner har opplæring for spesielle målgrupper, eventuelt til dem som skal drive opplæring for disse gruppene. LHL har instruktøropplæring for dem som skal ha trimgrupper, vannttrim og kostholdskurset «Matglede». Også Nasjonalforeningen for Folkehelse er opptatt av riktig kosthold, og har kurs for ansatte på eldrementrene om god og næringsrik mat for eldre. Norges Blindeforebund har trimkurs, helsekurs, diverse hobbykurs og kurs for førerhundbrukere for mennesker med synshemming. Norges Handikapforbund skolerer medlemmer til å være i en mentorrolle for funksjons-

hemmede, mens Norges idrettsforbund har kurs for dem som skal være instruktører for funksjonshemmede, og svømmeopplæring for innvandrerkvinner.

Enkelte organisasjoner har utvikla og/eller tatt i bruk metoder som kan benyttes i arbeidet med *aktiv omsorg* for ulike grupper. Blå Kors bruker metoden «Steg for steg», der brukeren blir kjent med ulike kulturarenaer, for å få større mulighet til å velge fritidssysler. Fritid Med Bistand har utvikla en metode som også skal hjelpe ulike brukere til å gjøre nytte av ulike aktiviteter og frivillige lag og foreninger. Denne metoden ble først bruk for barn og unge med utviklingshemming, men har seinere vært benytta av andre grupper.

Kirkens Bymisjon har utviklet metoder med tilhørende instruksjonsmateriale som «Sittedans i demensomsorgen» og «Bevegelse fra hjertet». Norges Parkinsonforbund har utgitt DVD med instruksjonshefte «Stemme, kropp og rytme – trening og Parkinson». De har også gitt ut heftet «Med Parkinson på kjøkkenet – kosthold, ernæring og oppskrifter». Dette vil vi komme nærmere tilbake til i kapittel 13.

Mange organisasjoner har seminar om tema relevant for aktiv omsorg. Pensjonistforbundet har hatt inspirasjonsdager «Sammen med kultur for eldre» fylkesvis, der frivillige og offentlige ansatte er invitert. Dette er i samarbeid med Høgskolen i Telemark og Porsgrunn kommune.

Også Folkeakademienes Landsforbund har seminarer. De har blant annet samarbeidet med 10 landsomfattende organisasjonen innen sang og musikk, for å skape sangmiljøer lokalt – både i og utfor institusjon.

NaKuHel – Asker er en lokalavdeling av NaKuHel, men det er den avdelinga som er toneangivende, og det er også der det skjer mest. De har en rekke studieringer gjennom Folkeuniversitetet, avhengig av ønsker hos deltakerne. De har konferanser, seminarer og festivaler med temaer knytta til natur, kultur og helse. De fungerer som praksisplass for studenter, blant annet innafor helsefag. For tida utarbeider de en etter- og videreutdanning for helsearbeidere med videregående utdanning i samarbeid med Folkeuniversitetet. Denne utdanninga skal være i tråd med NaKuHels ideologi.

Fagforbundet har nettstedet kreativomsorg.no. Her finnes linker til ulike tiltak. Der ligger også yrkesfaglig temahefte om kreativ omsorg, og et tipshefte for aktivtørere. Fagforbundet har hatt årlige Kreativ Omsorgs-dager for sine medlemmer siden 2005.

Livsglede for eldre er en landsomfattende og frivillig stiftelse som ble opprettet i 2006 av sykepleierstudenter. Stiftelsen har sitt hovedsete i Kristiansand og er en paraplyorganisasjon med lokalforeninger. Organisasjonen har pr. dags dato åtte ansatte på heltid/deltid. Stiftelsen finansieres av gaver fra næringslivet, sponsorer og innsamlede midler. Formålet med stiftelsen er å gi eldre økt livsglede gjennom ulike aktiviteter og arrangementer. Tilbudet skal gi gode opplevelser som bidrar til økt livsglede og trivsel for den enkelte. Helseeffekten og økt livskvalitet blir sett på som viktig. Livsglede for eldre sitt motto er: «Lev livet- livet ut». Fokus på hva som er mulig å få til, ikke på begrensningen til den enkelte. Den enkelte skal bli behandlet med respekt og bli sett. På landsbasis er det etablert flere lokalforeninger. Deres oppgave er å bidra til at eldre brukere av hjemmetjeneste/sykehjem får mulighet til å delta på den sosiale arenaen. Lokalforeningen er organisert med et styre som består av frivillige medhjelpere. Stiftelsen har også et utstrakt samarbeid med Videregående skoler som har Helse- og sosialfag. Elevene skal inspireres og engasjeres til å tilrettelegge sosiale aktiviteter for de eldre. Flere videregående skoler har Livsglede for eldre i faget «Prosjekt til fordypning».

11.2 Vurdering

I Norge er den frivillige innsatsen som utøves innen omsorgssektoren særlig viktig i forhold til barn, eldre, funksjonshemmede og syke. Omsorgssektoren inneholder et mangfold av tiltak utført av mange typer frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige, med eller uten offentlig støtte. De frivillige organisasjonene, frivillige enkeltpersonene representerer i alminnelighet en organisasjonsform hvor veien er kort fra ide til aktivitet.

De kan dermed sette i gang aktiviteter og tiltak for å fylle de behov som er tilstede (Disch 1998). For mange frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige er menneskets evne til empati og menneskelig omsorg selve grunnlaget for den virksomheten de driver. Et grunnleggende motiv for frivillige organisasjoner er å arbeide sammen med andre for en felles sak, et formål eller ide som igjen kan være med på å skape identitet og tilhørighet. I et slikt arbeid er det i følge Halvorsen (2005) mange frivillige organisasjoner som velger «uortodokse» løsninger i forhold til løsninger valgt av det offentlige. Det gjenspeiler også kartlegging vi har gjennomført.

Oppsummert sagt er det grunn til å fastslå at de kartlagte organisasjonene yter en betydelig innsats i feltet aktiv omsorg – også overfor gruppen under 67 år som syntes å være den mest krevende gruppa for kommunen å yte et kvalitativt godt omsorgstilbud til. Kartleggingen viser nok behovet for en systematisk informasjon om tiltakene ut til kommunene. En ide bank som dette prosjektet skal etablere kan være et viktig virkemiddel her.

Frivillige organisasjoner vi var i kontakt med under kartleggingsarbeidet har vist stor interesse for kunnskapsutvikling på feltet. Flere av disse organisasjonene driver ulike veilednings og opplæringstilbud for egne frivillige og ut mot brukere. De frivillige organisasjonene er det viktig å ha med på laget videre da disse representerer både kunnskap og ressurser i form av frivillige medarbeidere. Flere av disse organisasjonene representerer et viktig tilbud overfor brukere av den kommunale omsorgstjenesten.

Flere av organisasjonene bl.a. innen Norges idrettsforbund besitter viktige og ubenyttede ressurser i arbeidet med å utvikle og bidra til større fysisk aktivitet blant brukere av omsorgstjenestene. Organisasjonen Livsglede for eldre representerer en viktig resurs inn i både opplæring og utøvelse av aktiv omsorg spesielt knyttet til institusjonene.

På bakgrunn av det arbeidet og den kunnskap de frivillige organisasjonene besitter er det viktig å ta disse med i det videre utviklingsarbeidet for å styrke den aktive omsorgen.

12.0 EN «ALTERNATIV» TILNÆRMING TIL AKTIV OMSORG

Under kartleggingen fant vi at flere kommuner har etablert det en kaller for sansehus eller snoezel som anvendes aktivt i arbeid med sansestimulering for brukere i alle aldre med ulike typer omsorgsbehov. Bruk av Qi Gong som aktivitet fant vi også noe som er svært populært spesielt hos yngre brukere men også for aldersgruppen over 67 år. I dette kapittelet vil vi beskrive tiltakene nærmere.

12.1 Snoezelen - sansestimulering

Snoezelen eller sansestimulering har tradisjonelt vært brukt overfor mennesker med multifunksjonshemminger, men har etter hvert også vært et tilbud for mennesker med ADHD, psykiske lidelser, demens m.v. Det er en rekke sansesteder med rom med ulike farger, musikk og annet stimuleringsutstyr. Enkelte sykehjem har også sanserom og sansehager for demente, der sansestimulering blant annet brukes for å redusere utfordrende atferd.

Teorien om snoezelen ble etablert på slutten av 1970-tallet i Nederland, som en motvekt til datidens fokus på struktur og trening for de psykisk utviklingshemmede. Man vektla i stedet å øke livskvaliteten gjennom sansestimulering og gode opplevelser.

Snoezelen er sammensatt av to nederlandske ord som på norsk kan oversettes til «snuse» og «døse». Å snuse er å bruke en eller flere sanser aktivt for å få informasjon om omverdenen. Å døse er ikke å sove, men at man demper noe av den sansepåvirkning som hjernen stadig vanligvis mottar. I snoezelen tilbys brukerne et behagelig miljø som først og fremst tar utgangspunkt i sanselige opplevelser, trivsel og rekreasjon. Rommene er malt i forskjellige farger og utstyrt i forhold til om man ønsker å stimulere til aktivitet eller gi avspenning og ro. Variasjonene er mange i et Snoezelen miljø, men det de har til felles er at omgivelsene skal være innbydende og ha en behagelig atmosfære. Utstyret som benyttes er ofte høyteknologisk og har multisensoriske funksjoner.

Snoezelen senter har også et vann – miljø. Enten i form av basseng eller boblebad hvor vannaktiviteter kan utøves. I tillegg har de store sentra ofte en sansehage i tilknytning til de innvendige rommene. Noen er inspirert av Goethes fargelære når de utformer rommene, og har eks blått rom, hvitt rom, gult rom, osv. Andre benytter seg av betegnelser etter den aktiviteten som er inne på rommene. Eks. musikkrom, ballrom, osv. (Solum, Rapport nr 42, Høgskolen i Nord-Trøndelag, 2007).

12.2 Bruk av Qi Gong

På et eldresenter i Tønsberg og i USHT- Troms har en satt i gang qigong-trening eller trening inspirert av qigong. Dette er kurs som er svært populære, og har større tilstrømming enn en rekke andre treningstilbud. Dette kan ha sammenheng med at eldre reiser mer, og har sett hvordan folk strømmer til parkene i Kina for å gjøre sine morgenøvelser. Det kan også være interesse for Østens mystikk som gjør dette tilbudet ekstra spennende (Sandaas, 2012).

Qi Gong er et gammelt treningssystem fra Kina, som blir mer og mer aktuelt her i vesten. Qi Gong betyr energitrening. Dette treningssystemet er i flere tusen år blitt brukt til å forebygge og helbrede sykdom, til kamp og til selvutvikling. Denne formen for trening er annerledes enn andre treningsformer, da den kombinerer trening og hvile: «Mens du trener hviler du, og mens du hviler trener du». Treningen består både av avspenning og spenning av kroppens muskelsystem som renser, stimulerer og aktiverer hele kroppen. Ved å trene Zhan Zhuang Qi Gong blir man i stand til å utnytte hele ens fysiske og psykiske potensial. Systemets grunnlegger, Wang Xiang Zhai, var ubeseiret som kampkunstner, og på sine eldre dager var han en foregangsmann når det gjaldt utforskningen av Zhan Zhuangs helsemessige effekter. Allerede på 1950-tallet ble Zhan Zhuang Qi Gong tatt i bruk ved mange kinesiske sykehus på grunn de gunstige virkningene treningen viste seg å ha på en hel rekke lidelser. Stormester Wang Xiang Zhai skrev: «Drevet fram av naturlig styrke er du sterk som en drage. Mens du stille og naturlig puster inn og ut fornemmer du alle bevegelsers mekanisme. Overgi deg til universets kraft og la dine instinktive evner utfolde seg. I bevegelse er du som den rasende tiger - i ubevegelighet er du som en drage i dvale.» «Å stå som et tre»-øvelsene søker å utvikle styrke fra ikke-styrke (ikke-anstrengelse), bevegelse fra ikke-bevegelse, og hurtig bevegelse fra sen bevegelse. Jo mer avspent kroppen er og jo hurtigere blodet sirkulerer, desto hurtigere vil styrke utvikles. Hvis man anvender brutal styrke vil man spenne seg, og kroppen vil på denne måten miste sin spontane fleksibilitet, ofte i en slik grad at blodsirkulasjonen blokkeres. Denne (avspente) formen for styrke er overveiende formløs og av sinnet (mental). Hvis man bruker «formens» styrke, har man mistet bevegelsens reelle natur. Når kroppen er så avspent som mulig, er sinnet fullstendig samlet. Så selv om formen kan se simpel og treg ut, er sinnet smidig». Sitat fra stormester Wang Xiang Zhai. (Qi Gong senteret Kristiansand)

13.0 HVA FINNES AV LÆREMATERIELL INNEN

AKTIV OMSORG - EKSEMPLER

Det er forsket noe på temaet aktiv omsorg og mere vil nok komme de nærmeste årene når samhandlingsreformens fokus på forebygging og folkehelse er implementert i kommunale planer og hver kommune har fått sin egen folkehelsekoordinator. Regjerings fokus på framtidig omsorgspolitik er tydelig på at en i framtida skal forebygge mer å reparere mindre.

I dette kapitlet skal vi ikke presentere forskningsartikler, men fokusere på læremateriell som er praktisk og godt tilgjengelig og anvendbar i en travel hverdag i den kommunale omsorgstjenesten. Forskningsartiklene har vi kartlagt og vil brukes inn i oppbyggingen av ide og kunnskapsbanken som vi vil presentere senere i rapporten.

13.1 Læremateriell

Det er utviklet svært lite læremateriell i forhold til Aktiv omsorg. Noen forskningsartikler foreligger på området. Kirkens Bymisjon har utviklet ulike tema hefter og ideer, ellers finnes det mer nordisk litteratur på dette emnet. Vi arbeider med å spore opp aktuell litteratur og læremateriell fra andre organisasjoner og forlag i forbindelse med etablering av Ide og kunnskapsbanken.

Vi vil her omtale det vi vurderer som godt og anvendbart materiell med eksempler fra Kirkens Bymisjon, Nasjonalforeningen og Parkinsonforbundet

13.1.1 Læremateriell fra Kirkens bymisjon

Kirkens Bymisjon er et nettverk av diakonale stiftelser fordelt over store deler av landet, med sentre i 10 byer i Norge. Bymisjonen arbeider med oppsøkende virksomhet i rus- og prostitusjonsmiljøene, arbeid med barnevern og ungdomspsykiatri, behandling for rusmiddelavhengige, omsorgstiltak, voksenalderpsykiatri, eldreomsorg - og i kirkelig virksomhet med sjelesorg og menighetsarbeid.

Kirkens Bymisjon var tidlig ute med å dokumentere erfaringer fra arbeidet med kultur og helsefremmende aktiviteter. De var også tidlig ute med å utgi praktiske veiledere og bøker om temaet. Det er derfor naturlig å omtale deres publikasjoner her.

«Å få henge som en dråpe» – undervisningspakke bestående av et hefte om kreativ skriving for eldre. Heftet beskriver erfaringer og konkrete resultater fra et prosjekt i kirkens Bymisjon i Oslo. Heftet gir bakgrunnsinformasjon og praktiske råd for hvordan kreativ skriving kan tas i bruk som ressurs i det forebyggende arbeid. Dette er ment som en inspirasjon både til ansatte, frivillige og pårørende brukere i eldreomsorgen.

«Sittedans i demensomsorgen» - Dette er en undervisningspakke bestående av en perm med detaljerte beskrivelser og illustrasjoner til bruk i en sittedansgruppe. Den består også av en instruksjons DVD og en CD med musikk.

«Minner for Livet» Erindringsarbeid i demensomsorgen. Minner for livet er en idebok som bygger på erfaringer fra et prosjekt i Kirkens Bymisjon i Oslo. I prosjektet ble det prøvd ut erindringstiltak i demensomsorgen. Et mangfold av aktiviteter har gitt deltakerne gode stunder, godt humør og økt trivsel.

«Impulser» er en håndbok innholder 30 konkrete, velprøvde og anbefalte tips til aktiviteter som åpner sanser og øker livskvaliteten for eldre. - Dette er «greatest hits» fra erfaringene med kultur- og frivilligsatsing ved Bymisjonens sykehjem. Boka «Impulser» er laget som en kokebok med praktiske oppskrifter til hvordan ledelse, medarbeidere, pårørende og frivillige kan blåse kultur inn i sykehjemmet. Eller åpne sykehjemmet mot resten av verden.

Boka er inndelt i kapitler som omhandler ord og bilder, velvære, sang og musikk, dans, spill og lek, erindring, vennskap og ritualer og tradisjoner. Et femtitalls fotos formidler at man ikke slutter å være åndsmenneske selv om man har fått bostedsadresse: Sykehjem. Her finnes oppskrifter til hvordan man med enkle grep kan vise film på sykehjemmet, etablere en skjønnhetssalong for massasje, hår og fotpleie, arrangere turer til kunst og kulturattraksjoner, bruke musikk til avspenning, skape aktiviteter på stille helgedager, arrangere dansetilstelninger, konkurrere med innendørs kulespill, erindre gamle ting, etablere humanitært hjelpearbeid på tvers av kontinenter, pynte påsketre eller lage 1. mai-frokost. Beskrivelsene er ment å være basisoppskrifter med stort rom for improvisasjon og tilpasninger. Boka inneholder også en artikkel om sammenhengen mellom kultur og helse.

«Minner for livet» erindringsarbeid i demensomsorgen er en idebok som bygger på erfaringer fra et prosjekt i Kirkens Bymisjon i Oslo. I prosjektet ble det prøvd ut erindringstiltak i demensomsorgen. Et mangfold av aktiviteter har gitt mange deltakere gode stunder, godt humør og økt trivsel.

«Erindringslotto» Et spill som vekker gamle minner. Erindringslotto er en enkel og hyggelig måte å drive erindringsarbeid på. Spillet fungerer godt for alle eldre, men kan også brukes på tvers av generasjonene. Bilder av gamle gjenstander vekker minner og er en inspirasjon til assosiasjon og samtale.

«Aktivitet og livsstil» Er et livsstilsprogram, en helsefremmende og forebyggende metode. Aktivitet og livsstil er en manual for ergoterapeuter og andre ansatte i helse- og sosialsektoren som ønsker å jobbe helsefremmende og forebyggende. Manualen beskriver et livsstilsprogram som bygger på den amerikanske metoden Lifestyle Redesign. Programmet er gruppebasert. Deltakerne får undervisning utveksler erfaringer og ideer og deltar i aktiviteter.

13.1.2 Læremateriell fra Nasjonalforeningen for folkehelsen

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Deres mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. I den forbindelse er det utgitt noen bøker som vi mener kan anvendes som læremateriell.

«Vegen inn i skoddeheimen» Inger Anne Ree Hunderi fikk Alzheimer 56 år gammel. Boka bygger på bilder hun malte før og etter at hun ble syk, ektemannen Ola Hunderis dikt, og hans opplevelse av deres historie i en utfordrende periode av et samliv. En cd med Karl Seglems verk Skoddeheimen følger boka.

«Huskehåndboka» av Bengt-Ole Nordström med tegninger av Arvid Nordström. Er en bok som gir hjelp til å hente fram minner fra gamle dager. Med boka følger også en CD med tittelen: Allsang-CD til Huskehåndboka

«Demenshåndbok» En håndbok for pårørende til personer med demens. Demens er en samlebetegnelse for sykdommer i hjernen. De vanligste plagene er redusert hukommelse og orienterings-

evne. Mange får også vanskeligheter med å uttrykke seg og utføre praktiske oppgaver. Dette er en bok for pårørende som tar for seg følgende temaer: om demens, din situasjon som pårørende, om å møte utfordringene, tekniske hjelpemidler og sikkerhet og hvordan man kan få tak i hjelp. Boka er revidert i 2009, den er lettlest og gir mange nyttige råd til pårørende.

13.1.3 Læremateriell fra Norges Parkinsonforbund

Norges Parkinsonforbund er en landsomfattende interesseorganisasjon for mennesker med parkinsonisme, deres pårørende og andre interesserte. Norges Parkinsonforbund arbeider for at alle som er berørt av parkinsonisme skal oppnå økt livskvalitet, for å ivareta deres interesser og for at alle deler av samfunnet skal tilrettelegges best mulig for mennesker med disse sykdommene.

Forbundets virksomhet er mangfoldig, med egne tilbud til yngre og pårørende. Det er utviklet læremateriell som vi finner aktuelt å omtale her:

«Stemme, kropp og rytme». Etter noen år med parkinsonisme opplever mange at det er svært krevende og kanskje umulig å være like fysisk aktiv som tidligere. Dette skyldes den økende muskelspenningen, stivhet, gange- og balanseproblemer eller problemer med å starte all form for bevegelse. Det er derfor viktig for mennesker med parkinsonisme å etablere gode treningsvaner. I den forbindelse er det laget en filmserie som skal virke motiverende på det å drive med fysisk aktivitet.

Filmserien består av følgende deler:

- «Kom i gang». Motivasjonsprogram med Yngvar Andersen, fra NRK
- Tren styrke på ditt nivå. Styrkeprogram med Yngvar Andersen og fire personer med parkinson.
- «Finn din indre rytme». Filmen tar for seg hvordan kroppens rytmiske system fungerer, og hvordan personer med parkinson kan utnytte dette maksimalt for å forbedre din funksjon. Utarbeidet av Audun Myskja.
- «Avspenning - en viktig ferdighet». Filmen viser hvordan personer med parkinson kan lære dybdeavspenning på enkle måter. Utarbeidet av Audun Myskja.
- «Få fram flyt» - filmen illustrerer et sett øvelser som kan tilpasses ulike funksjonsnivåer for å lage et fleksibelt dagsprogram som gir deg maksimalt utbytte av treningen din, slik at dårlige dager ikke stopper deg i å trene. Utarbeidet av Audun Myskja.
- «Enkel trening». Dette programmet er for personer med parkinson som har litt motoriske utfordringer, og trenger øvelser for å opprettholde og bedre funksjonsnivået. Utarbeidet av Helge Afseth.
- «Enkel trening, sittende». Hele dette programmet gjennomføres mens man sitter på en stol. Det er laget med tanke på personer med parkinson som har balanseproblemer eller motoriske vansker som gjør at det er vanskelig å stå oppreist mens du gjør øvelsene. Utarbeidet av Helge Afseth.
- «Introduksjon til stemmeøvelser». Filmen er en instruksjon av øvelser med forklaring på hvorfor disse er viktige. Utviklet av logopedene Britt Bøyesen og Gry Tvetervås ved Bredtvet kompetansesenter for logopedi.
- «Tren stemmen». Filmen er praktisk stemmetrening du kan utføre mens du ser filmen. Utviklet av logopedene Britt Bøyesen og Gry Tvetervås ved Bredtvet kompetansesenter for logopedi.

13.2 Vurdering

Kirkens Bymisjons publikasjoner er nyttige verktøy i opplæring og inneholder gode tips og beskrivelser av tiltak. Det samme gjør de omtalte publikasjonene fra Nasjonalforeningen. Filmene fra Parkinsonforbundet er også viktige å se nærmere på og kan godt anvendes i opplæring av både brukere, ansatte og pårørende. Gode motivasjonsfilmer. Det er grunn til å understreke at dette ikke er noen fyllestgjørende presentasjon, men et forsøk på å presentere noe.

Lærematerialet som her er presentert er brukt på flere institusjoner, av pårørende og frivillige.

Det er grunn til å anta at Utviklingssentrene på sikt kan presentere mer av de prosjektene de har utviklet som læremateriell overfor større grupper.

Godt læremateriell, som kan anvendes i videregående skole og i høyere utdanning savnes. Videre utviklingsarbeid bør bl.a. rette fokus mot det å samle forskning og utviklingsprosjekter i to gode lærebøker – en for videregående skoles nivå og en for høyere utdanning.

14.0 AKTIV OMSORG – KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV

En viktig målsetting med den kartleggingen som her er gjennomført er å innhente aktuelle tiltak og prosjekter som kan samles i en ide og kunnskapsbank som kan anvendes av kommunene som et hjelpemiddel til å styrke oppmerksomheten rundt temaet og framfor alt være et sted der en kan hente ideer til ulike tiltak. Videre har kartleggingen avdekket at også spesielt videregående opplæring – studieretning for helsefagarbeider vil hilse dette tiltaket velkommen i forbindelse med å utvikle temaet aktiv omsorg. Ide og kunnskapsbanken skal utvikle og driftes av nettstedet: Utviklingscenter.no.

I kartleggingen har vi funnet to videreutdanninger vi finner spesielt egnet til å heve kompetansen innen feltet Aktiv omsorg. Vi vil også presentere relevante utdanningstilbud i regi av Kirkens Bymisjon og kommuner – kulturarbeiderskoler. Kartleggingen har også vist at behovet for utvikling av et kompetansehevingsprogram er tilstede, noe vi ser nærmere på i kapittelets siste del.

14.1 Etablering av en ide- og kunnskapsbank som et bidrag til kompetanseheving

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet fra Helse og omsorgsdepartementet for 2011/ 2012 fått i oppdrag å bidra til å styrke ansattes kompetanse innen aktiv omsorg. Etablering av en Ide og kunnskapsbank er ett av flere tiltak for å nå dette målet. Etablering av en ide- og kunnskapsbank som et bidrag til kompetanseheving. Idebanken og kunnskapsbank skal være et viktig hjelpemiddel i omsorgstjenestene til å realisere ideer sette i gang prosjekter tiltak, osv, ved å tilby:

- Ideer til tiltak og verktøy som en kan bruke for å sette i gang lignende tiltak på eget arbeidssted
- Verktøy og metodebeskrivelser og lenker til aktuelt læremateriell
- Beskrivelser av relevante prosjekt, tiltak og aktiviteter

I forbindelse med gjennomgangen av rammeplaner og studieplaner og den mangel på omtale av Aktiv omsorg dette avdekket, vil vi at en viktig målgruppe for ide og kunnskapsbanken også skal være ansatte i universitets og høyskolesektoren, videregående skoler og studenter/elever.

Utvikling av ide og kunnskapsbanken ledes av Utviklingscenter.no.

Prosjekter og ideer fra kartleggingsarbeidet som ble gjort i fase en, av dette prosjektet, vil danne grunnlaget for ide- og kunnskapsbanken.

Vi tror dette vil være et godt hjelpemiddel for alle faggrupper i omsorgstjenesten. I tilknytning til ide og kunnskapsbanken ønsker vi å koble på sosiale medier for å skape en dialog mellom målgruppene.

I forbindelse med kartleggingen har vi også sett nærmere på et nordisk nettsted - kunnskapsbank: Kultur og helse, [http://kulturochhalsa.org/Kultur och hälsa i Norden](http://kulturochhalsa.org/Kultur%20och%20h%C3%A4lsa%20i%20Norden). Dette er en kunnskapsbank

som utvikles gjennom et treårig nordisk prosjekt om kultur og helse. Prosjektet har medlemmer fra de fire nordiske land: Sverige, Finland, Sverige og Norge. Arbeidet med med prosjektet er finansiert av: Kulturrådet och Nordisk kulturfond.

Prosjektets medlemmer er:

Sverige: Region Skåne, Kommunförbundet Skåne, Umeå kommune og Landstinget i Jönköpings län

Finland: Hanasaari Hanaholmen og Folkhälsans förbund

Danmark: Copenhagen Business School, samt Region Sjælland

Norge: Trondheim Kommune

Kunnskapsbanken oppdateres av en informasjonsspesialist/bibliotekar Alma Taawo.

I dette konseptet finner en både ideer, forskning og utviklingsprosjekter, artikler, organisasjoner og ulike satninger i de nordiske land.

Ide og kunnskapsbanken vil bli markedsført til alle norske kommuner, helsedirektoratets nettsider, utviklingssenterne, institusjoner organisert i VIRKE, Universitets og høyskolene, alle norske kommuner og deres biblioteker, Videregående skoler med aktuelle studieretninger og deres biblioteker.

Bibliotekene ved utdanningstedene syntes å være sentrale i dette. Tilbakemeldinger fra bibliotekene vi har vært i kontakt med sier at både studenter på høyere og lavere nivå leter etter gode eksempler for oppgaveskriving bl.a. når gjelder aktiv omsorg - et tema det finnes svært lite læremateriell knyttet til.

14.2 Beskrivelse av sentrale utdanningstilbud som eksempler

I dette avsnittet vil vi se nærmere på to høyskoleutdanninger og tre kulturarbeiderskoletilbud. Dette er utdanningstilbud/utdannings typer vi funnet sentrale og som viktige å ta med i det videre arbeidet med eventuelt å utvikle et nasjonalt tverrfaglig kompetanseprogram innen aktiv omsorg.

To videreutdanninger som er relevante for aktiv omsorg, beskrives og vurderes her. Det ene er *Aktiv omsorg; fysisk aktivitet og naturopplevingar i helsefremjande arbeid* ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, den andre videreutdanninga er *Kultur for helse* ved Høgskolen i Telemark.

Gjennom kartlegging av ulike utdanninger på høyskole- og universitetsnivå, er det også grunn til å tro at det finnes andre videreutdanninger som også kan være relevante i deler av studiet. Her kommer eksempelvis studier i musikk og musikkterapi, ulike kunst- og uttrykksformer, samt utdanninger innen idrett og friluftsliv. Disse to utdanningene er valgt på bakgrunn av sitt tydelige fokus.

I presentasjonen av Kultur for helse har vi også tatt med en beskrivelse av *Kultur for helse – Follo kompetansehjul*, for å vise hvordan vi har brukt denne utdanning mot kommuner direkte

Beskrivelsen av studiene tar opp studiets varighet og omfang, målgruppe, opptakskrav og rekruttering, samt innhold, arbeids- og læringsformer, samt vurderingsformer/eksamen. Avslutningsvis vurderes studienes relevans og mulighet som kompetansegivende innafor aktiv omsorg.

14.2.1 Aktiv omsorg; fysisk aktivitet og naturopplevingar helsefremjande arbeid ved Høgskolen i Sogn og Fjordane

Studiet tilbys ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, Avdeling for samfunnsfag.

Bakgrunn

På bakgrunn av forskning og statlig satsing innen fysisk aktivitet og helse, skal videreutdanningen møte utfordringene gjennom å legge vekt på fysisk aktivitet og natur- og friluftsliv som helsefremmende faktorer. Dette er aktiviteter som kan bidra til bedre fysisk og psykisk helse, forebygge sjukdom og funksjonstap, fremme sosial kontakt, gi positive opplevelser generelt og gi økt mestring i hverdagen.

Studiets varighet og omfang

Studiet har to moduler på 15 studiepoeng, hver av modulene går over ett semester. Modulene er godkjent som valgfrie moduler i masterutdanninga *Meistring og myndiggjering* ved Høgskolen i Volda. De to emnene går også inn som to av fire emner i Vidareutdanning i miljøterapi. Studiet består av 2 emner, hver på 15 studiepoeng. Hvert emne har tre samlinger a fire dager.

Målgruppe og opptakskrav

Målgruppa er personer med treårig utdanning på høgskolenivå eller tilsvarende, som ønsker å ta videreutdanning for å øke kompetanse på Aktiv omsorg i arbeid med mennesker med ulike behov. Bachelorgrad i helse-, sosial-, eller idrettsfag samt allmennlærerutdanning nevnes spesielt, men andre med relevant fagsammensetning og en større skriftlig fordypningsoppgave kan vurderes tatt opp.

Ved studiestedet oppgis at de som søker er lærere, sjukepleiere og sosionomer. Den siste gruppa er forholdsvis stor. Det blir tatt opp 20 studenter per år, og det har ligget jevnt på dette tallet.

Rekruttering

Informasjon om studiet ligger på Høgskolens hjemmesider. Det distribueres også brosjyrer i praksisfeltet; til NAV-kontor, andre offentlige etater samt rådgivere.

Mål for studiet

Målet for studiet er å imøtekomme behovet for økt kompetanse i fysisk aktivitet og friluftsliv som helsefremmende faktor blant yrkesgrupper som planlegger eller yter omsorgstjenester innafor den kommunale helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Studiets innhold

Studiet består av 2 emner, hver på 15 studiepoeng. Hvert emne har tre samlinger a fire dager.

Omsorgsprofil med vekt på fysisk aktivitet og friluftsliv

Emnet inneholder teorier om omsorg, aktivitet og helse med utgangspunkt i teorier om salutogenese. Det tar opp ulike perspektiv på funksjonshemming. Relasjon tas opp. Studiet inneholder teorier om den fysiske og den sosiale kroppen, samt kunnskap om fysisk aktivitet og friluftsliv som helsefremmende arbeid.

Som læringsutbytte skal studentene etter avslutta emne:

- Kunne integrere omsorgs- og aktivitetsteorier i fysisk aktivitet i helsefremmende arbeid

-
- Kunne forstå sammenhenger mellom fysisk aktivitet, friluftsliv og helse
 - Kunne anvende kritisk eksisterende teorier og tolkninger av funksjonshemming
 - Kunne arbeide sjølstendig med problemløsning på grunnlag av faglige kunnskaper om helsefremmende faktorer
 - Er bevisst relasjonens betydning og at den fungerer etter hensikten

Fysisk aktive brukarar

Innholdet i emnet handler om forbedringsarbeid, teoretiske og praktiske tilnærminger til prosjekt som medvirker til fysisk aktive brukere, og motivasjon, mestring og myndiggjøring som utgangspunkt for helsearbeid. Etikk går også inn i emnet.

Etter gjennomført emne skal studenten

- Kunne anvende kunnskap om biologiske og sosiologiske perspektiv på menneskekroppen
- Kunne anvende kunnskap om fysisk aktivitet og friluftsliv på individ- og tjenestenivå
- Kunne planlegge og iverksette prosjekt og tiltak som stimulerer til fysisk aktivitet og friluftsliv – med utgangspunkt i brukernes ønsker og behov
- Kunne delta i faglige og etiske refleksjoner over egen og andres praksis

Arbeids- og læringsformer

Undervisningen er lagt opp med en kombinasjon av forelesninger, aktiviteter, arbeid i grupper og seminar med veiledning. I tillegg skal studenten gjøre arbeidsoppgaver mellom samlingene. Fronter benyttes som elektronisk læringsystem.

Vurderingsformer

Første semester kreves 80 % deltakelse, og en skriftlig oppgave på 1400 ord inngår som arbeidskrav. Som sluttvurdering har studentene en individuell skriftlig hjemmeeksamen over en uke med muntlig etterprøving.

Også annet semester krever 80 % deltakelse på samlingene, men 100 % deltakelse i fysiske aktiviteter knytta til prosjektet. Som arbeidskrav skal også utføres planlegging av prosjekt. Sluttvurderinga er en projektrapport med individuell muntlig etterprøving. Oppgaven kan skrives individuelt eller i grupper.

Vurdering av studiet

Opptak krever treårig utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Det er god søkning. Dette kan ha sammenheng med at modulene kan inngå i master eller videreutdanning, og også tas separat.

Studiets mål og innhold er relevant for mennesker som skal arbeide med aktiv omsorg. Modulene inneholder imidlertid en avgrensa del av det som forstås med aktiv omsorg, nemlig fysisk aktivitet og friluftsliv. Det gir gode kunnskaper om hvordan en kan bruke fysiske aktiviteter i helsefremmende arbeid, og også i arbeidet med mennesker med ulike funksjonshemminger.

Modulene i aktiv omsorg er derfor relevante, men bare innenfor et begrensa fagområde. Det er imidlertid av interesse at de kan tilby moduler som både kan stå for seg sjøl, men også tilbys videreutdan-

ning og master. Dette bør være mulig å gjøre også for andre områder innafor aktiv omsorg enn fysiske aktiviteter og friluftsliv.

14.2.2 Kultur for helse ved Høgskolen i Telemark

Dette har vært et tilbud ved fakultet for Helse- og sosialfag ved Høgskolen i Telemark. Det nedlegges i sin nåværende form fra høsten 2012 grunnet sviktende søkning, men utvikles videre inn mot oppdrag fra enkeltkommuner og er derfor relevant å vurdere.

Bakgrunn

Kultur for helse ble etablert som en videreutdanning i 1998 ved avdeling for Helse- og sosialfag. Studiet ble starta som et forsøk høsten 1998, med økonomisk støtte fra Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet og ble fra 2000 et permanent tilbud ved Høgskolen i Telemark. Studiet hadde i sitt utspring i lokale faginteresser ved Høgskolen i Telemark, men hadde også røtter i regionale og nasjonale interesser. Studiet ble etablert i forbindelse med samarbeidet mellom Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd om forsøksprosjektet Kultur gir helse, der utvalgte kommuner deltok gjennom ulike tiltak med utgangspunkt i regionalt og lokalt kulturliv.

Studiets varighet og omfang

Videreutdanninga gir 60 studiepoeng, og er et deltidsstudium over 2 år. Undervisninga foregår i bolker, 10 – 12 undervisningsdager per semester, fordelt på 3-4 bolker. Studiet er lagt opp slik at studentene skal kunne kombinere studier med arbeid.

Målgruppe og opptakskrav

Minstekravet for å komme inn på studiet er bestått 3-årig utdanning på universitet eller høgskole. Videreutdanning rekrutterer bredt, og har i den perioden den har eksistert hatt studenter med bakgrunn som helse- og sosialarbeidere, kunstnere, kulturarbeidere, lærere, førskolelærere, planleggere med videre. Det har vært studenter fra offentlige etater, privat virksomhet og frivillige organisasjoner.

Ca. 65 studenter har gjennomført hele studiet, og like mange som har tatt deler av studiet. Det har vært forholdsvis få søkere til studiet, særlig ved de siste opptakene. Dette er en av grunnene til at studiet legges ned fra høsten 2012.

Rekruttering

Studiet presenteres på Høgskolens hjemmesider. Det har også vært laget en brosjyre som har blitt delt ut på yrkesmesser, konferanser m.v.

Mål for studiet

Gjennom studiet skal studentene tilegne seg sentral kunnskap fra fagområdene kultur og helse for å få innsikt i ulike sider ved samspillet mellom kultur og helse på individ- og samfunnsnivå. Det legges vekt på forutsetninger for og bruk av kulturelle virkemidler og kreativitet i arbeid med ulike grupper, organisasjoner og lokalmiljø. Studentene skal også ha kjennskap til globaliseringas innhold og konsekvenser.

Det er et mål i studiet at studentene utvikler kompetanse i kreativ, tverrfaglig samhandling. Dette innebærer kjennskap til ansvars- og arbeidsdeling mellom frivillige organisasjoner, offentlig og privat virksomhet. Gjennom studiet skal studentene også få kompetanse i kommunikasjon, team- og pro-

sjektarbeid. Tverrfaglig samarbeid vektlegges i alle deler av studiet. Studentenes ulike yrkesbakgrunn gir mulighet for trening i å diskutere og samhandle på tvers av faggrensene.

Studiets innhold

Studiet består av 4 hovedemner, hver på 15 studiepoeng. I første studieår undervises det i ett hovedemne hvert semester. Annet studieår bygger på første studieår. Her undervises hovedemnene parallelt gjennom hele året.

Hovedemne 1: Kultur, helse og livskvalitet

Begrepene analyseres fra ulike teoretiske tilnærminger. Sammenhengen mellom kultur og helse vektlegges, både teoretisk og gjennom eksempler fra kultur- og helseprosjekt. Sentrale begrep innenfor kultursosiologi tas opp, og betydningen av kulturell og sosial kapital drøftes.

Studiet skal gi en oversikt over de mest vanlig tradisjonsforankrede og moderne kunst- og kulturuttrykk, presenterer fysisk aktivitet og friluftsliv, og tar opp sammenhengen mellom kultur og natur – spesielt med utgangspunkt i kropp, kroppserfaringer og kroppsuttrykk.

Studentene skal ha kjennskap til ulike handlingsstrategier med bruk av kultur i helsefremmende arbeid, forebygging, behandling og rehabilitering.

Hovedemne 2: Modernitet, globalisering og identitet

Studentene skal tilegne seg kunnskaper om og forståelse for modernitetens grunnleggende dimensjoner og globalisering i vid forstand. Det vektlegges hvordan globaliseringa har nasjonale og lokale konsekvenser, og kan føre til økt marginalisering. Studiet tar opp hvordan modernitet og globalisering får store menneskelige konsekvenser for levemåte, livsstil og identitetsdannelse.

I de fleste kulturer griper religiøse tradisjoner og forestillinger inn i folks hverdag og påvirker deres verdier, holdninger, normer og sanksjoner. Studentene skal ha kjennskap til syn på helse, sjukdom og livsformer i ulike kulturer.

Nettverksteori og –metode på individ- og lokalsamfunnsnivå tas opp. På individnivå vil en se på hvilke faktorer som spiller inn i løpet av et menneskes liv, og sammenhengen mellom sosialt nettverk, identitet og livskvalitet. På lokalsamfunnsnivå drøftes hvordan samfunn skap ulike typer nettverk, og gir forskjellige muligheter for integrering og lokal mobilisering. En forståelse av nettverkets betydning vil også peke på nødvendigheten av samarbeid mellom formelle, uformelle og frivillige nettverk.

Hovedemne 3: Samarbeid og kreativ handlingskompetanse

Studiet presenterer rammene for et samarbeid på mellom brukere, offentlig forvaltning, ulike profesjoner og etater, organisasjoner, frivillig hjelpeapparat og marked. Ulike samarbeidsformer og samarbeidsparter drøftes.

Mestring, resilience og empowerment presenteres som viktige tilnæringsmåter for at brukere skal få styring over egen hverdag og kunne ivareta sine rettigheter. Videre tar studiet opp samarbeidsmetoder som gruppearbeid, konfliktløsning, ulike møteformer, prosjektarbeidsmetode m.v. kreative behandlingsformer som bruk av musikk-, kunst- og uttrykksterapi berøres, og kunnskap om formidling og tilrettelegging for kultur i helse- og omsorgsinstitusjoner står sentralt.

Hovedemne 4: Tverrfaglig prosjektarbeid

Studentene skal gjennomføre et tverrfaglig prosjektarbeid som er knytta til kultur- og helseperspekti-

vet. De skal ha kunnskap om prosjektarbeid og forskningsmetode. Problemformulering, datainnhenting, analyse og rapportskrivning, evalueringsmetoder og aksjonsforskning tas opp.

Gjennom studiet skal studentene presentere sitt arbeid for medstudenter, og dermed få trening i formidling og i å oppøve kritisk refleksjon og konstruktive tilbakemeldinger.

Arbeids- og læringsformer

Arbeidsmetodene er forelesninger, seminarer, gruppearbeid, kollokviearbeid, prosjektarbeid og studentframlegg, i tillegg til praktisk øvelser med kulturelle uttrykksformer. Studiet krever stor grad av egeninnsats fra studentene gjennom lesing, skriving og deltakelse i grupper.

Vurderingsformer

Første studieår gis det et studiekraft som består av en individuell skriftlig oppgave under tilsyn. Studieårets avsluttes med en skriftlig prøve på 8 timer.

Andre studieår er studiekraftet prosjektskisse i gruppe. Avsluttende eksamen er prosjektrapport fra en tverrfaglig prosjektgruppe, og muntlig individuell høring.

Vurdering av studiet

Rekruttering til *Kultur for helse* har vært dårlig ved de siste opptaka. Økonomiske årsaker har derfor vært utslagsgivende for at studiet legges ned fra høsten 2012. Det er allikevel grunn til å bemerke at de studentene som har gjennomført studiet, gir gode evalueringer – både av innhold og opplegg for øvrig. Rekrutteringa kunne muligens vært bedre dersom opptakskravet ble redusert fra 3-årig utdanning på høyskole- og universitetsnivå til generell kompetanse og realkompetanse. Det kunne kanskje også vært en mulighet å tilby deler av studiet som moduler i videreutdanning og master.

Studiets omfang, deltid over 2 år, kan også ha hatt innvirkning på rekruttering. De fleste av studentene er i fullt arbeid ved siden av studiet.

Studiet har rekruttert studenter med svært ulik bakgrunn, noe som har styrket det tverrfaglige elementet.

Studenter som har gjennomført studiet, kommenterer også at studiet er ukjent for arbeidsgivere. Videreutdanninger innafor psykisk helse eller helsesøsterutdanning, er mer etterspurt og innarbeidet i arbeidsmarkedet.

Selv om begrepet aktiv omsorg ikke benyttes når det gjelder mål og innhold, er *Kultur for helse* på mange måter sammenfallende med aktiv omsorg. Studiet inneholder både teoretisk kunnskap på avansert nivå, og ferdigheter knytt til samarbeid om utvikling og gjennomføring av kulturelle aktiviteter.

Innledningsvis introduseres *Kultur, helse og livskvalitet*, både teoretiske tilnærminger, kunnskap om ulike kulturelle uttrykksformer, samt handlingsstrategier. *Modernitet, globalisering og identitet* tar både opp det flerkulturelle Norge, samt Norge sett i et globalt perspektiv. *Samarbeid og kreativ handlingskompetanse* gir studentene kunnskap om viktige samarbeidsparter og ulike måter å samarbeide på. Brukermedvirkning og mobiliserende arbeidsformer vektlegges. Dette er emner har stor relevans for personer som skal planlegge og iverksette aktiv omsorg i ulike sammenhenger. *Kultur for helse* avsluttes med et prosjekt som er knytta til et kultur- og helseperspektiv Vanligvis tar studentene utgangspunkt i egen arbeidsplass, noe som har ført til at viktige elementer i aktiv omsorg er tatt i bruk ved en rekke virksomheter.

14.2.3 Kultur for helse ved Kompetanshjulet i Follo/Høgskolen i Telemark

Bakgrunn

Kompetanshjulet i Follo henvendte seg til Høgskolen i Telemark med ønske om at Høgskolen i Telemark kunne gjennomføre en utdanning i Kultur for helse i Kompetanshjulet i Follo, som er et samarbeid mellom 6 kommuner i Akershus. Det ble inngått et samarbeid som førte til oppstart av en utdanning våren 2011. Studiet tok utgangspunkt i studieplanen som forelå ved Høgskolen i Telemark, men gjorde en del tilpasninger når det gjelder omfang, nivå og innhold.

Studiets varighet og omfang

Utdanninga gir 30 studiepoeng, og er et deltidsstudium fra mars 2011 til april 2012. Undervisninga foregår i 8 samlinger med tre undervisningsdager i hver bolk. 7 av samlingene foregår i Oppgård kommune, mens en samling er lagt til Høgskolen i Telemark der studentene får delta på Porsgrunns-konferansen for psykisk helse, kultur og forskning.

Målgruppe og opptakskrav

I studieplanen står det at målgruppa er helse- og omsorgsarbeidere som har generell studiekompetanse eller realkompetanse. I realiteten har de fleste studentene bachelor i sjukepleie med videreutdanning. Det er også med hjelpepleier, aktivitør, personalkonsulenter med ulike utdanninger, sosialantropolog og høgskoleutdannede kulturarbeidere. Måltallet for studiet var 30, men studiet fikk 14 studenter.

Rekruttering

Det ble sendt ut informasjonsbrosjyre, studieplan og søknadsskjema til medarbeidere i pleie- og omsorgstjenesten i Follo gjennom Kompetanshjulets nettverk. Konkret betyr det at hver av Follo-kommunene har en representant som videresender informasjon om utdanninger til ledere i pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg ble representantene også bedt om å videresende til de kommunale kultur-sektorer. Tilbudet ble også presentert i Opplæringskatalogen til Kompetanshjulet, samt på nettsiden til Høgskolen i Telemark. Flere av deltakerne ble rekruttert gjennom ulike faglige nettverk.

Mål for studiet

Målet for studiet er på mange måter det samme som for Kultur for helse ved HiT. Siden utdanninga er på 30 studiepoeng, er det sjølsagt endringer når det gjelder innholdet. I studieplanen står det:

«Målet for studiet er at studentene skal tilegne seg kunnskap fra fagområdene kultur og helse for å få økt forståelse for ulike sider ved samspillet mellom kultur og helse. Studentene skal også ha kunnskap om samfunnsmessige, politiske og sosiale strukturer som har betydning i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.»

I studiet legges det vekt på at studentene lærer å identifisere og legge til rette for at mennesker blir i stand til å benytte sine iboende ressurser, ressurser i sosiale nettverk og i lokalsamfunn. Dette innebærer en innfallsvinkel der en ser mennesker som kompetente og deltakende aktører.

Tverrfaglig samarbeid vektlegges – både i undervisninga og ved at studentene har ulik yrkesbakgrunn. Samarbeid omfatter også brukere, frivillige og organisasjoner. Videre legges det opp til at aksjonslæring som pedagogisk metode skal være en viktig del av studiet. Dette gjør det enklere for studentene å forankre læring i egen organisasjon, ta del i den kunnskap om er der, og også bruke organisasjonen i endringsarbeid.

Studiets innhold

Studiet er på 30 studiepoeng, organisert i 3 like store emner. Emne 1 og 2 tas opp etter hverandre, mens emne 3 går gjennom hele studiet. Studieplanen er bygd opp i tråd med kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning.

Emne 1: Kultur, helse og livskvalitet

Hensikten med emnet er at studenten tilegner seg en tverrfaglig forståelse av begrepene kultur, helse og livskvalitet, og sammenhengen mellom disse. De skal ha kjennskap til nasjonale føringer på feltet. Studentene skal også ha kunnskap om teoretiske forklaringer og muligheten til å anvende kultur i behandling, forebygging, rehabilitering og helsefremmende arbeid. Studentene må lære seg til å være kritisk til ulike teorier, litteratur og forskningsresultater innafor området, og kunne arbeide sjølstendig med problemløsning når det gjelder bruk av kultur i helsefremmende arbeid.

Videre skal studentene ha kunnskap om sykdom og helse i ulike kulturer, og kunne vise kultursensitivitet i møte med andre mennesker ved å anvende kunnskaper og ferdigheter i å belyse kulturelle vilkår for individers oppfatning om seg sjøl, isn kultur og sin helse.

Emne 2: Samarbeid på tvers

Målet for dette emnet er at studenten skal ha kunnskaper og ferdigheter i å samarbeide med ulike aktører ved hjelp av kultur og aktiviteter. De skal kunne identifisere og mobilisere ressurser hos enkeltpersoner, sosiale nettverk, institusjoner, frivillige og organisasjoner.

Dette innebærer at studentene må ha både kunnskap, ferdigheter og kompetanse i kommunikasjon slik at de kan samhandle med ulike aktører. Videre tar studiet opp ulike tilnærminger som virker mobiliserende som empowerment, resilience og salutogenese. Dette understreker viktigheten av å bygge på ressurser i enkeltmennesket, dets sosiale nettverk, organisasjoner og lokalsamfunn.

Studentene skal kunne legge til rette for bruk av kultur og aktiviteter med utgangspunkt i brukermedvirkning og i samarbeid med andre aktører. De skal også ha kjennskap til forskjellige behandlingsmetoder og helsefremmende tiltak innafor det estetiske og kulturelle området, og kunne vurdere kvaliteten av ulike behandlingsmetoder.

Studentene skal ha innsikt i hvilke samfunnsmessige rammer som styrer samarbeidet i kultur- og helsesammenheng. De skal ha kjennskap til muligheter og begrensninger i samarbeidet mellom det offentlige og den frivillige sektor, ha forståelse for og kunnskap om frivilliges innsats, og kunne gjøre bruk av den som et supplement til det offentlige.

Emne 3: Prosjektarbeid med aksjonslæring som strategi

Hensikten med emnet er at studenten tilegner seg forståelse av begrepet aksjonslæring. Studenten skal kunne benytte aksjonslæring som strategi i utviklings- og endringsarbeid. Studentene får erfaring med praksisfeltet som arena for utforskning og refleksjon.

Dette emnet går gjennom hele studiet. Studentene får en grunnleggende kunnskap om hva som forstås med aksjonslæring, om ulike metodiske redskaper og verktøy, om arbeidsformer og arbeidsmåter. I tillegg til en teoretisk tilnærming, skal studentene allerede fra studiets oppstart jobbe med et prosjekt på egen arbeidsplass. Dette gjøres enten individuelt eller i studentgruppe. Uansett innebærer aksjonslæring at studenten må involvere kolleger i endrings- og utviklingsarbeid. Dette gir studentene erfaring med hvordan en kan benytte praksisfeltet som arena for å involvere og motivere deltakere til å lære sammen, samt for utforskning og refleksjon.

Prosjektoppgaven må ta sitt utgangspunkt i kultur og helse. Siden aksjonslæring fordrer forankring og deltakelse på egen arbeidsplass, vil det være mulighet for å spre forståelse for og kunnskap om bruk av kultur i ulike sammenhenger.

Arbeids- og læringsformer

Arbeidsformene er forelesninger, veiledning, seminarer, gruppearbeid, kollokviearbeid og studentframlegg. Bruk av internett i forbindelse med veiledning vil også benyttes. I studieplanen heter det at studiets integrerte læringsform krever kontinuitet og deltakelse der studentene har ansvar for egen og medstudenters læring og læringsmiljø.

Vurderingsformer

Eksamen består av to komponenter. Det er en skriftlig prosjektrapport individuelt eller i gruppa, samt individuell muntlig høring.

Vurdering av studiet

Dersom det er ønskelig å øke den samla kompetansen i aktiv omsorg i en kommune eller virksomhet, er det en fordel at studiet tilbys lokalt. Dersom det skal være kompetansegivende, er imidlertid samarbeid med høgskole eller universitet nødvendig. Tilbudet i Follo er mindre omfattende enn studiet ved Høgskolen i Telemark, noe som gjør at det kan være enklere å rekruttere deltakere. Opptakskravet gjør at ulike yrkesgrupper innenfor a helse- omsorg og kultur kan komme inn på studiet fordi det ikke er krav til bachelorgrad eller liknende. Det at ulike faggrupper inviteres, fører til økt kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid allerede i studieperioden. Til tross for dette, fikk studiet under halvparten av studentmåletallet. Umiddelbart ser det ut til at dette har økonomiske grunner, men det kan selvsagt også bunne i manglende interesse, både hos enkeltpersoner og virksomheter.

Mål og innhold i studiet er i tråd med aktiv omsorg. Studiet kunne like godt hete *Aktiv omsorg* som *Kultur for helse*. Studiets innhold er en kortutgave av *Kultur for helse* som tilbys ved Høgskolen i Telemark. Både *Kultur, helse og livskvalitet* og *Samarbeid på tvers* utgjør egne emner. Det er mindre om modernitet og globalisering, og mer kortfatta om ulike samarbeidsparter. Studiet behandler likevel arbeid med mennesker fra andre kulturer. Studiet er mindre teoretisk enn tilsvarende ved Høgskolen i Telemark. Prosjektoppgaven er også av noe mindre omfang. Den største forskjellen her er at oppgaven bruker aksjonslæring som strategi. Dette innebærer at studentene må forankre prosjektet i egen organisasjon gjennom samarbeid og utvikling av tiltak sammen med kolleger. Dette gir en ekstra gevinst ved at spredning av kompetanse innafor aktiv omsorg blir større. Vurderingsordningen er sterkt knyttet opp til prosjektoppgaven.

Studiet ble utviklet i nært samarbeid mellom Follo Kompetansehjul og Høgskolen i Telemark, noe som gjorde det mulig å skreddersy for lokale forhold.

En ulempe ved studiet er at det kan bli dyrere – enten for deltakeren eller for virksomheten/kommunen som deltakeren kommer fra. Dette kan imidlertid variere. Dersom disse studentene skulle ta studiet ved Høgskolen i Telemark, ville reise- og oppholdsutgifter antakelig bli like store.

14.3 Kulturarbeiderskoler som kompetansehevingstilbud

Kirkens Bymisjon har i en rekke år hatt kulturarbeiderskole som et opplæringstilbud for sine ansatte i eldreomsorgen. De har også gjennomført slik opplæring i noen kommuner. Kulturarbeiderskoler for omsorgsutøvere, kulturarbeidere og frivillige gjennomføres også av andre, eksempelvis Porsgrunn,

Skien, Arendal, Sandefjord og Trondheim m.fl. I dette avsnittet vil vi se nærmere på det som drives av Kirkens Bymisjon og i Porsgrunn og Skien.

14.3.1 Kirkens Bymisjon

Kulturarbeiderskolen ved Kirkens Bymisjon ble etablert i 2002. Når det gjelder omfang og innhold, har det vært visse endringer. Ved oppstarten gikk opplæringstilbudet over 5 dager. Innledere i kulturarbeiderskolen er ansatte eller andre med nær tilknytning til Kirkens Bymisjon.

Kulturarbeiderskolen er et internt kompetanseprogram for ansatte i Kirkens Bymisjon, avdeling for aldring og kultur. Målet er at alle ansatte skal se på seg sjøl som kulturarbeidere, og inspireres til å bruke hele seg i jobben.

Deltakerne rekrutteres gjennom virksomhetene som organisasjonen driver innen eldreomsorg; 5 sykehjem, 2 eldresentra og 1 pårørendeskole. Deltakerne har kompetanse innen et bredt spekter i helse- og sosialsektoren; Leger, sjukepleiere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, fysio- og ergoterapeuter, frivillighetsledere, prester m.v. Kulturarbeiderskolen har 30 – 35 deltakere og gjennomføres en gang per år.

Opplæringstilbudet heter «Kultur for alle – en kulturarbeiderskole for ansatte i Kirkens Bymisjon». I februar 2010 var innholdet – på et overskriftsnivå – følgende:

Kultur for alle

Kultur mennesket

Livshistorien og den gode samtalen

Kulturelle møter

Musikk i arbeidet

Workshops med valget mellom høytlesing, musikk eller estetikk og pynt

Nettverkstenking

Frivilligarbeid

Kulturkalenderen og – balanse

Kultur i alle rom

Sittedans

Erindringsarbeid

Rom for alle

Bevegelse fra hjertet

Norsk kultur sett med nye øyne

Erfaringsutveksling og planer for veien videre

I tillegg til opplæring av egne ansatte, har Kirkens Bymisjon deltatt ved kulturarbeiderskoler i flere andre norske kommuner.

14.3.2 Kulturarbeiderskole i Skien kommune

Skien kommune har i 4 år hatt kulturarbeiderskole for ansatte i omsorgen, sist gang i 2010 over 3 dager. Det har vært ca. 30-40 deltakere på dette opplæringstilbudet. Foredragsholdere har både vært egne ansatte og andre.

Overskrifter på siste opplæringstilbud:

- Hva er kulturarbeid og hvordan bruke kulturen i det daglige arbeidet?
- Kulturarbeid, frivillighet og kultur for helse
- Metoder for hverdagskultur
- Den kulturelle spaserstokk
- Pårørende som ressurs
- Jeg og min rolle som kulturarbeider
- Motivasjonsarbeid; egenmotivasjon, overføringsverdi
- Brukermotivasjon
- Drama
- Kommunikasjon
- Informasjon og video fra kultur- og aktivitetssentrene, omvisning
- Presentasjon av frivillighetsarbeid i helse og velferd
- Støttekontakttjenesten
- Menstad frivilligsentral
- Informasjon om transporttjenesten
- Diverse kulturinnslag

14.3.3 Porsgrunn kommune

Porsgrunn kommune har i 3 år hatt kulturarbeiderskole i samarbeid med Høgskolen i Telemark. Deltakere har vært ansatte i helse og omsorg, frivillige, og studenter - både fra videreutdanning i Aldring og eldreomsorg og Kultur for helse. Antallet deltakere har variert, men vanligvis ligget mellom 25 og 30. Siste kulturarbeiderskole var i november 2010. Med få unntak var foredragsholderne enten ansatte i Porsgrunn kommune, eller ansatte og studenter ved HiT, studiet Kultur for helse. Kulturarbeiderskolen gikk dette året over 4 sammenhengende dager (tidligere var det 5).

Innholdet på overskriftsnivå fra 2010:

- Hvorfor bruke kultur og aktiviteter
- Folkehelse
- Buk av film og bilder

-
- Presentasjon av prosjekter eldreprosjekter fra Tønsberg
 - Demens og livskvalitet
 - Reminisensarbeid
 - Digitale fortellinger og livshistorier
 - Leseombud og litteraturformidling
 - Hva skjer i Porsgrunn? Status kultur for eldre
 - Aktiv senior
 - Helse- og aktivitetssentrenes betydning
 - Kultur i hjemmetjenesten
 - Gode eksempler på frivillighetssentraler
 - Presentasjon av Borgehagen bo- og rehabiliteringssenter
 - Bruk av musikk i demensomsorgen
 - Variasjoner over temaet fysisk aktivitet og eldre
 - Kulturinnslag

14.3.4 Vurdering av kulturarbeiderskoler

Kirkens Bymisjon tilbyr opplæring til ansatte innenfor eldreomsorgen, og i en viss grad også til frivillige. Dette har også vært viktige målgrupper i Skien og Porsgrunn. Muligheten for å utvide målgruppen diskuteres. I Porsgrunn ser en på muligheten for å gi opplæringstilbudet også til ansatte innenfor rus og psykisk helse. Trolig vil også personer som arbeider med mennesker med ulike funksjonshemninger, være en relevant gruppe. Dette vil være i tråd med aktuell målgruppe for aktiv omsorg. Selv om dette er personer som arbeider med ulike grupper, kan tilbudene være de samme, eller det kan være stor overføringsverdi.

I kulturarbeiderskolen som arrangeres av Kirkens Bymisjon er det bare ansatte og andre med nær tilknytning til organisasjonen som holder foredrag. Dette er økonomisk gunstig, men først og fremst betyr det at ansatte i organisasjonen blir kjent med hverandre slik at de kan benytte seg av den kompetanse som eksisterer i organisasjonen.

På kulturarbeiderskolene i Porsgrunn og Skien er de fleste innledere ansatte i kommunen, eller i samarbeidende institusjoner som eksempelvis Høgskolen i Telemark. Særlig i Porsgrunn har innholdet i opplæringen gått ut på å vise ulike tilbud i kommunen. Dette har gjort at omsorgsarbeidere har fått nye kontakter og mulighet for samarbeid med frivillige og andre offentlige virksomheter. Både i Skien og Porsgrunn har kulturarbeiderskolen ført til at kommunens ansatte utvikler seg både faglig og som formidlere i forbindelse med de foredraga de gir.

Omfanget på kulturarbeiderskolene varierer fra 3 – 5 dager. Ulike modeller har vært prøvd ut, enten å ha dagene sammenhengende, eller spredt over lenger tid. Deltakere på kulturarbeiderskolen i Porsgrunn har evaluert det som en fordel at man kan bruke en uke til fordyping. Arbeidsgivere finner det imidlertid enklere med kortere opplegg, evt. spredt over lenger tid.

Innholdet i de presenterte kulturarbeiderskoler varierer – både skolene imellom og fra år til år. Det som går igjen er foredrag som handler om nytten av kultur, samt informasjon om og presentasjon av tilgjengelige kulturtilbud. Demens og erindringsarbeid går igjen. Likeså er frivillighetsarbeid tema på samtlige kulturarbeiderskoler. Alle tilbudene gir mulighet for erfaringsutveksling.

Verken Porsgrunn eller Skien kommuner har gjennomført kulturarbeiderskole i 2011. Ansvarlige i kommunen viser til manglende interesse og dårlig økonomi. Særlig det siste ser ut til å være utslagsgivende. Selv om deltakelse på kulturarbeiderskole ikke belaster den enkelte deltaker eller arbeidssted direkte, medfører det allikevel utgifter til vikarer.

Samla sett er det grunn til å tro at kulturarbeiderskoler er et godt opplæringstilbud, noe deltakeres evaluering tyder på. De får ny kunnskap, nye kontakter, påfyll. Det er vanskelig å si om omfang, måten å gjennomføre tilbudet på eller innhold er avgjørende. Det er imidlertid urovekkende at kommuner som Skien og Porsgrunn har problemer med å videreføre opplæringstilbudet. Dersom dette er en generell trend, kan det være vanskelig å øke interesse for og kunnskapen om aktiv omsorg. Kommuneundersøkelsen viser riktignok at de fleste kommunene vil prioritere å øke ansattes kompetanse i utvikling av aktiv omsorg. Det vil antakelig være viktig å forankre dette feltet i administrativ og politisk ledelse i kommunene. En bør også drøfte muligheten for å gi slik kompetanse til andre en ansatte i eldreomsorgen.

14.4 Et nasjonalt tverrfaglig kompetansehevingsprogram i aktiv omsorg?

I dette avsnittet vil vi først se nærmere på behovet for et tverrfaglig kompetansehevingsprogram innen aktiv omsorg. Deretter hvordan dette kan utvikles, organiseres og gjennomføres.

14.4.1 Behov for et nasjonalt tverrfaglig kompetansehevingsprogram innen aktiv omsorg

Studier gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør i 2009 og 2011 (Disch og Vetvik) har avdekket at aktiv omsorg er mindre prioritert som et strategisk satsningsområde i kommunene. Mangel på kompetanse og vanskelig å prioritere på lik linje med de øvrige utfordringene er begrunnelsene for dette. Likevel viser studiene at kommunene selv ser at de har et tydelig behov for utvikle disse strategiene.

I Prop. 90 Lov om folkehelsearbeid - Folkehelseloven og St.meld. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 er fokuset rettet mot folkehelsearbeid – forebyggende arbeid for alle generasjoner. Dette kan, sammen med både Omsorgsplan 2015 og Innovasjonsmeldingen, være et viktig signal i arbeidet med å flytte Aktiv omsorg høyere på dagsorden, som igjen kan sette fokuset på behovet for systematisk opplæring og etablering av gode kompetansehevingsstrategier på området.

Kartleggingen i alle landets kommuner i 2011 – fokus på aktiv omsorg, viste følgende resultat, 70 % sier at en har et meget/stort behov for kompetanseheving innen aktiv omsorg, 30 % sier noe behov mens 1 % har lite behov.

Data fra kartleggingen viser tydelig – her trengs det opplæring.

Tilbyr kommunen så kommunen kompetanseheving av egne ansatte innenfor området aktiv omsorg

77 % av kommunene driver pr. i dag ikke opplæring innen aktiv omsorg, 31 % sier de ønsker det i framtida, 15 % driver slik opplæring i samarbeid med utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 12 % i egn regi og 6 % gjør det i samarbeid med en ideell organisasjon.

Store kommuner gir mer opplæring enn mindre.

Vi kartla så kommunene om de mente det var behov for å utvikle en felles tverrfaglig videreutdanning/etterutdanning/kurstilbud innen aktiv omsorg. Her har 189 av respondentene svart. Av disse oppgir hele 86 % at de ønsker dette mens 14 % ikke ønsker eller ser behov for dette. Store kommuner er mer opptatt av dette en mindre.

Flertallet av utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester er opptatt av å etablere et utdanningstilbud som er tverrfaglig. Det syntes også å være en oppfattning av at det bør iverksettes mer FOU-arbeid knyttet til dette feltet.

En annen målgruppe for kartleggingen var VIRKE organiserte omsorgsinstitusjoner. Denne kartleggingen viste nær de samme resultatene som for Utviklingsentrene med unntak av noen institusjoner eid av Kirkens Bymisjon som drev svært aktivt selv og mente de hadde et godt opplæringstilbud.

I kartlegging av de videregående skolene med omsorgsarbeiderutdanning fant vi også en interesse for en slik videreutdanning. Aktiv omsorg er en viktig del av læreplanen og undervisningen her må styrkes. Flere av disse skolene mente også at en styrking av undervisningstilbudet innen aktiv omsorg vil kunne styrke rekrutteringen på sikt.

«Gode prosjekter innen aktiv omsorg er viktig for å få elevene til å bli i skolen».

De frivillige organisasjonene som deltok i kartleggingen sluttet seg til viktigheten av å utvikle kompetansen innen Aktiv omsorg. Dette er et viktig signal fra «frivillighets Norge» – vi ønsker å bidra. De frivillige organisasjonene besitter viktig kompetanse og ressurser i form av frivillige som vil være med, noe vi mener er en viktig forutsetning for å nå målet med å styrke den Aktive omsorgen.

Behovet for et nasjonalt tverrfaglig kompetansehevingstilbud innen Aktiv omsorg - et tilbud som favner alle medarbeidere i den kommunale omsorgstjenesten, frivillige og pårørende er tydelig tilstede, var et viktig råd vi fikk av respondentene.

Kartleggingen her viser vilje til endring med fokus på kunnskapsutvikling – men mangel på kunnskap, ressurser og tverrfaglig samhandling som forsinker framdriften i dette. Et tverrfaglig kompetansehevingprogram ønskes derfor velkommen av alle aktørene vi her har snakket med.

14.4.2Utvikling av et nasjonalt kompetansehevingstilbud

Mange kommuner har imidlertid liten kompetanse på området, og de har heller ikke mottatt midler fra Den kulturelle spaserstokk. Helseutdanningene har ikke spesielt fokus på kultur og aktiviteter. Det er derfor viktig å kunne tilby kommunene hjelp til å få ny kunnskap på dette.

For å bruke kultur og aktiviteter i det helsefremmende arbeid, forebygging og behandling, er det nødvendig med felles kompetanse – både i frivillige lag og foreninger, og i ulike tjenester i det offentlige.

Det bør derfor settes i gang kurs, seminarer og lignende på tvers av faggrenser og som et samarbeid mellom det offentlige og frivillige. Kunnskapen kan være i organisasjonene, i det offentlige og hos enkeltpersoner.

Dette er ikke bare aktuelt i samarbeidet om eldre. Det finnes ulike grupper som har samme behov; mennesker med utviklingshemming, folk som sliter med psykiske lidelser, rusproblemer m.m.

Det er en krevende øvelse å utvikle et slikt tilbud, men Senter for omsorgsforskning Sør er beredt til å ta på seg en slik utviklingsoppgave. Dette kan vi gjøre ved at vi har gjennomført/gjennomfører en

videreutdanning i Kultur for helse og har derfor et solid nettverk her og også på den nordiske arena. Gjennom kartleggingen har vi identifisert mange bidragsyttere som også er klare til å bidra inn i utviklingsarbeidet. Bidragsyttere fra utdanning, Utviklingssentre, kommuner og fra frivillige organisasjoner. Her kan vi få et godt faglig og praksisnært utviklingsteam.

Kartleggingen har vist at respondentene mente det var behov for utvikling av en fleksibel, modulbasert utdanningstype. Et kompetansehevingsprogram en kan ta over tid og som ikke er studiepoenggivende, men også med en mulighet for dette. Bakgrunn er at flere med treårig grunnutdanning nå ønsker å ha mulighet til å samle seg kompetanse for å kunne bygge dette inn i en mastergrad.

Kommunene som har utalt seg om hvem som bør ha hovedansvaret for å ivareta et slikt program sier følgende: 43 % ønsker at dette skal ivaretas i et samarbeid mellom kommunen og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. 23 % mener de regionale høyskolene må ivareta dette, mens 17 % ønsker at utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester selv skal ivareta dette. Videregående skoler ønskes av 9 %. Det er bare 4 % som mener at kommunen selv skal drive dette.

Et flertall av utviklingssentrene mener at høyskolene og utviklingssentrene i samarbeid må ta et hovedansvar her.

Summerer vi opp dette er det viktig å tilby tverrfaglig kompetansehevingsprogram som både kan driftes gjennom utviklingssentrene i samarbeid med kommunene og høyskolesystemet. Dette kan også bidra til å styrke FOU- virksomheten og sette Aktiv omsorg tydeligere på dagsorden i de utdanningsinstitusjoner som utdanner profesjoner for den kommunale omsorgstjenesten.

Målgruppe for kompetansehevingsprogrammet vil være alle innen de kommunale omsorgstjenestene, men også inn mot andre yrkesgrupper som bl.a. kulturarbeidere, pedagoger.

14.4.3 Utvikling av studieplan

Utvikling av en studieplan vil være et omfattende arbeid. Tverrfaglighet og praksisnærhet i alle deler av utviklingsarbeidet er nødvendig og viktig. I den kartleggingen som vi tidligere har henviset til har vi også kartlagt respondentenes synspunkter knyttet til innhold i en slik utdanning. Dette vil vi komme tilbake til ved en eventuell videreføring av vårt oppdrag med hensyn på utvikling av et utdannings-tilbud.

Utvikling av en studieplan må gjøres i tett samarbeid med de ulike aktørene vi har kartlagt. Det kan derfor være hensiktsmessig å organisere studieplansutviklingen med en prosjektgruppe og referansegruppe, noe som vil sikre faglig innhold og tilstrekkelig praksisnærhet. Det kunne også vært nyttig å få muligheten til å supplere en prosjektgruppe med en nordisk representant for å sikre oppdatert kunnskap fra arbeidet som gjøres i de Nordiske land.

Studieplanen må utvikles slik at den kan gjennomføres modulbasert både av høyskolesektoren og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester opp mot de definerte målgruppene. Det betyr at de som ønsker å gjennomføre en studiepoengsbelagt utdanning i regi av en høyskole må inneha studiekompetanse eller realkompetanse på tilsvarende nivå for å kunne tilegne seg studiepoeng. En slik utdanning er tenkt modulbasert over to år. Et slikt studium vil utgjøre 30 studiepoeng.

Studieplanen må også kunne gjennomføres kunne tilpasses andre typer medarbeidere i den kommunale omsorgstjenesten. Det betyr en mulighet for å ta de ulike modulene hver for seg som kurstilbud i regi av utviklingssentrene.

Det bør også vurderes om studiet kan utvikles delvis fleksibelt gjennom IKT-basert læringsplattform.

Dette for å gi flere mulighet i distriktene til å gjennomføre kompetanseutviklingsprogrammet.

14.4.4 Gjennomføring av et kompetansehevingsprogram

Kompetansehevingsprogrammet bør i utgangspunktet gjennomføres i et samarbeid mellom regionale høyskoler og utviklingssentra der dette er aktuelt. Utviklingssetrene bør bidra til å sikre en tverrfaglig rekruttering av deltakere på kompetansehevingsprogrammet.

Der en ønsker å gjennomføre kompetansehevingsprogrammet med studiepoeng må dette skje i regi av en regional høyskole eller universitet. Selve programmet bør/kan gjennomføres desentralisert. Høyskolen/universitetet utsteder vitnemål og programmet gjennomføres praktisk i et samarbeid mellom utviklingssenter og høyskole/universitet. Kompetansehevingsprogrammet bør også kunne gjennomføres som kursmodeller av utviklingssetrene selv, da uten studiepoeng – men med kursbevis.

Vi har ikke her tatt opp temaet med finansiering av kompetansehevingsprogrammet da Helsedirektoratet selv har erfaring med dette på andre felter, men det er grunn til å tro at økonomi vil spille en vesentlig rolle for antallet som vil kunne gjennomføre kompetanseutviklingsprogrammet.

15.0 ØKT FOKUS PÅ SAMHANDLING, INNOVASJON OG KOMPETANSEKULTUR – EN STYRKET SATSNING PÅ AKTIV OMSORG

I dette kapittelet vil vi rette fokus på Samhandlingsreformen og samhandlingen mellom tjenestenivåene og ut mot lokalsamfunnet. Vi vil se dette i sammenheng med et av fokusområdene som framkommer i NOU 2011:11. – næromsorg, samarbeid med frivillige og frivillige organisasjoner. Deretter vil vi komme med et innspill knyttet til utvikling av kompetansekultur som en viktig forutsetning for implementering av ny kunnskap.

Målsettingen med dette er å få frem perspektiver som kan være viktige fokusområder og «drivkrefter» i arbeidet for å øke fokus på den Aktive omsorgen i den kommunale omsorgssektoren.

Demografiske fremskrivninger viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester øker og vil fortsette å øke. Men samtidig er det ikke bare antall brukere som vil endres, men også type tjenester vil kunne endres. Den brukergruppen som har økt mest de siste årene er de under 67 år, noe som kan medføre etterspørsel etter tjenester med et annet kvalitativt innhold enn det man vanligvis forbinder med eldreomsorg. Men samtidig kan denne brukergruppen ha andre ressurser til å mestre andre utfordringer. Fremtidens mottagere av omsorgstjenester vil kunne bestå av nye generasjoner eldre som vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. Fremtidens eldre vil sammen det økende antallet yngre brukergrupper kunne kreve et mer variert tjenestetilbud (St. meld. 25 (2005-2006: 10)) og ha et større fokus på innholdet i tjenestene.

Samhandling er et stort felt som krever langsiktig strategisk arbeid. Både kommunens rolle og spesialisthelsetjenesten må endres.

Samhandlingsreformens mål og intensjoner handler både om å få et bedre samspill mellom ulike nivåer og enheter i tjenesteapparatet og spesifikke tiltak rettet mot enkeltindividet, og om å styrke de muligheter og ressurser som ligger i lokalsamfunnet, familier, sosiale nettverk, frivillige organisasjoner og individets egenomsorg og mestring. Reformens fokus på mer tverrfaglighet og forebygging kan være med på å få kommunene til å sette fokus på aktiv omsorg og i dette se litt utover det rent medisinske faglige perspektivene og slippe andre profesjoner til i den kommunale omsorgstjenesten.

Kartleggingen har avdekket at fokuset og satsningen på Aktiv omsorg i den kommunale omsorgstjenesten trenger et skikkelig løft. Skal en lykkes med dette trenger en mer kunnskap hos framtidige og nåværende yrkesutøvere gjennom et kompetanseutviklingsprogram og en større vilje til å satse på tverrfaglighet og et økt samarbeid med frivillige og frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet.

Den kommunale omsorgstjenesten kommer til å være under press i lang tid framover både når det gjelder rekrutteringsutfordringer, kompetanse, organisering av tjenester, økonomi og større krav til rapportering og effektivisering. På denne bakgrunn trenger kommunen gode samarbeidspartnere, partnere som kan være et godt supplement og tilby ulike aktiviteter knyttet til den kommunale omsorgstjeneste. En av nøklene kan ligge i samhandling og kunnskap om samhandling med lokalsamfunnets frivillige og frivillige organisasjoner.

Mange frivillige organisasjoner representerer gjennom sin erfaring med å kombinere høy profesjonell kompetanse med de kvaliteter, ressurser og muligheter som knytter seg til sivilsamfunn, sosiale fellesskap, nettverk, deltakelse og egen mestring. Det er derfor viktig at ideelle/frivillige organisasjoner inkluderes systematisk og aktivt i arbeidet når det blant annet gjelder utvikling av forebyggende tiltak og aktiviteter i den kommunale omsorgstjenesten.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg peker på at en viktig suksessfaktor for å lykkes med Samhandlingsreformen avhenger av bedre samhandling med det sivile samfunn – derfor den andre samhandlingsreform – samhandling med sivilsamfunnet og de frivillige organisasjonene. Frivillighet har en verdi i seg selv. Frivillig arbeid og engasjement handler som oftes om eierskap og ansvar til lokale utfordringer. For å kunne utvikle dette samarbeidet må det derfor pleies med god samhandling og ikke anvendes ut fra en bestiller – utførermodell, der enkeltfrivillige og frivillige organisasjoner betraktes som instrumenter i omsorgsutøvelsen.

Ut fra disse perspektivene er det viktig å fokusere på samhandlingsreformens intensjoner om å styrke tverrfagligheten og styrke samhandling mellom tjenestenivåene. Et tettere samarbeid med frivillige organisasjoner blir påpekt både i Samhandlingsreformen og i NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg. Det er derfor viktig for kommunen å benytte seg av disse føringene i arbeidet med å styrke den aktive omsorgen.

15.1 Fra kompetanse til praktisk handling

Kompetanseoppbygging krever at det settes av ressurser i organisasjonen både når det gjelder tid til kompetanseheving og økonomiske midler. For eksempel vil gjennomføring av kompetansegivende opplæring medføre økt behov for utdanningspermisjoner med hel eller delvis lønn

Når kompetanse skal omsettes i praktisk handling stilles det krav til en rekke organisatoriske og individuelle faktorer som for eksempel organisasjonskultur, læringsmiljø og medarbeidernes mestringstro og motivasjon. Skal en lykkes med implementering av ny kunnskap i alle organisasjoner må en utvikle en kultur og gode systemer for overføring av kunnskap.

En viktig målsetting for den kommunale omsorgstjeneste må være å utvikle og videreutvikle gode kulturer som motiverer, utvikler, deler og anvender kompetansen som enheten tilegner seg gjennom sine medarbeidere og brukere. I dette ligger det også viktigheten av å utvikle en god delingskultur av kompetanse mellom medarbeidere En god delingskultur er som regel en betingelse for at en skal dra nytte av kompetansen og sette den ut i livet – praktisk handling.

For at dette skal bli en realitet må det jobbes med omsorgstjenestens interne opplevelse av felles kompetanse som en viktig del av en felles organisasjonskultur. Det må avsettes tid og rom til kunnskapsoverføring og refleksjon.

16. AVSLUTTENDE KOMMENTARER

I denne rapporten har vi hatt hovedfokus på kartlegging av kompetanse, kompetansebehov og kartlegging av gode eksempler på tiltak som gjennomføres både av utviklingssentrene, kompetansesentre og frivillige organisasjoner.

Kartleggingen har avdekket at kommunene ikke har Aktiv omsorg høyt oppe på prioriteringslista, men sier likevel at en ønsker å prioritere dette. Behov for mer kompetanse er uttalt og et kompetanseheving program innen aktiv omsorg ønskes velkommen. Det er likevel grunn til å tro at et økende fokus på effektivitet – mangel på personell – og økende fokus på medisinske behov kan være en faktor som kan svekke prioriteringen av aktiv omsorg. Behovet for kunnskap om samhandling med lokal samfunnets frivillige og frivillige organisasjoner er også en utfordring for mange kommuner. Mange frivillige organisasjoner besitter viktige ressurser som en kan anvende for å skape mer innhold i den daglige omsorgen, spesielt gjelder dette for yngre brukere som er vant til å være aktive og deltakende.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har alle større eller mindre tiltak innen satsningsområdet aktiv omsorg, spørsmålet her er om spredningseffekten er god på dette området og om det når opp i forhold til andre viktige pleiefaglige og medisinske utfordringer. Gjennom kartleggingen fikk vi inntrykk av at tiltak som gjennomføres innen aktiv omsorg er med på å skape økende trivsel både for ansatte og brukere.

Gode tiltak som ble fanget opp under kartleggingen skal presenteres i en ide og kunnskapsbank. Her vil prosjektene bli beskrevet på en måte som både kan skape engasjement og kunnskap. Idebanken vil også være tilgjengelig for elever og studenter som fremtidige medarbeidere og kunnskapsbærere inn i omsorgssektoren.

Forskning og utviklingsprosjekter finner vi ikke mange av på feltet, men det er grunn til å tro at dette vil øke i takt med økende fokus på forebyggende arbeid og folkehelsearbeid.

Fokus på aktiv omsorg i utdanning av velferdsstatens profesjoner fant vi lite av, noe som er bekymringsfullt. Vi fant også lite av temaet belyst i aktuelle videreutdanninger med unntak av to utdanninger som tydelig fokuserer på dette. Likevel er det grunn til å understreke at videreutdanninger innen musikk og musikkterapi, aktivtstfag også fokuserer noe på dette.

I kartleggingen var vi også innoom videregående skole – helsefagarbeider og aktivtør. Her fant vi temaet presentert på ulike måter. Noen hadde dette som programvalgfag og satset mye på det, mens andre hadde mindre av det. Organisasjonen «Livsglede for eldre syntes å være svært viktig her for å øke engasjementet. Vi fikk gjennom kartleggingen tydelige indikasjoner på at de videregående skolene som satser mye på aktiv omsorg er dette rekrutterings fremmende.

Frivillige og ideelle organisasjoner er opptatt av dette feltet. Kirkens Bymisjon er en viktig aktør med mye erfaring her. Flere av de frivillige organisasjonene har utviklet læremateriell på området, noe vi håper å kunne presentere gjennom ide- og kunnskapsbanken.

Hvordan kan en så styrke fokuset på aktiv omsorg både med hensyn å øke aktiviteten med fokus på kunnskapsutvikling, kunnskapsimplementering og samhandling internt i enhetene og samhandling

utad mot lokalsamfunnets frivillige organisasjoner og enkeltfrivillige. Dette er et omfattende spørsmål som denne kartleggingen ikke kan gi et entydig svar på men vi vil likevel peke på noen forutsetninger vi mener er sentrale.

Styrke kunnskapen om den nye kommunerollen og de nye brukergruppene og framtidige brukergruppene i utdanning på videregående skoles nivå og innom høyere utdanning av velferdsstatens profesjoner.

- Styrke fokuset på aktiv omsorg inn mot videregående skoles nivå og høyere utdanning gjennom utvikling av læremateriell og kompetanseutvikling for lærere og samhandling med utviklings-sentrene
- Styrke fokuset på aktiv omsorg inn mot utdanning av velferdsstatens profesjoner gjennom fokus på rammeplan og fagplanutvikling på grunn- og videreutdanningsnivå
- Utvikle et nasjonalt kompetanseutviklingsprogram innen aktiv omsorg. Utvikling i samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og utviklingssentrene.
- Styrke kompetansen om samarbeid med frivillige/frivillige organisasjoner på videregående skoles nivå og innom høyere utdanning.
- Utdanning og forskning på feltet skal være praksisnært – skal en lykkes i å utnytte å implementere ny kunnskap og utvikle ting sammen må også praksisfeltet være nær både utdanning og forskning i sitt daglige arbeid.
- Styrke elever og studenters tilgang på kunnskap om aktiv omsorg gjennom markedsføring av ide- og kunnskapsbanken mot bl.a. biblioteker ved utdanningsinstitusjonene og gjennom presentasjoner.
- Gjennom regionale kurs i regi av utviklingssentrene fokusere og drøfte temaet i forhold til implementering i en hektisk hverdag der fokuset ligger på de tradisjonelle medisinske behov og et økende krav til effektivisering.
- Kommunene må jobbe kontinuerlig med å utvikle en kultur for kompetanse ved enheten, ha rutiner for hvordan medarbeidere som har deltatt i kompetansehevingsaktiviteter får videreformidlet sin kunnskap.
- Kommunene må utvikle gode strategier for samhandling og tverrfaglighet i omsorgstjenesten, der fokuset ligger både på det medisinske og det innholdsmessige i den daglige omsorgen.
- Gi rom for mer flerfaglighet i omsorgstjenesten – våg å satse
- Bruk tid på å involvere og samhandle lokalsamfunnets frivillige organisasjoner og frivillige i enheten, som bidragsyttere til aktiv omsorg.

Aktiv omsorg er et utfordrende satsningsområde der også ressurser både knyttet til opplæring og oppfølging av personell er viktig.

Ufordringene som her skisseres er ikke uoverkommelige.

Forskning, utviklingsarbeid og kunnskapsbygging i samarbeid med utviklingssentrene må intensiveres på området.

LITTERATUR

- Arntzen, C. (2002) *Det finnes ikke lys uten mørke*. Manus til hovedoppgave. Tromsø: Senter for aldersforskning. Oslo: FoA. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. (I print) Slagsvold og Solem 2005.
- Bakken, Runar (2009) *Englevakt, rekruttering til en eldreomsorg i krise*. Manifest
- Baklien, B, og Carlsson, Y. (2000): *Helse og kultur: prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel*. Oslo: Prosjektrapport 2000:11, NIBR.
- Barstad, Steinar (2006) *Seniorland – omsorgsseminarier for de gamle*, Universitetet i Tromø
- Beverfelt, E. (2002) *Eldresenter i Norge eller golf i Spania?* Skrift nr. 11. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning.
- Binder, T. (2000) *Å leve med funksjonshemming. Samtaler med mennesker som har levd en stund*. Oslo: FoA. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkely: University of California Press.
- Breitenbach, N. (2001) Family Care Worn by Time. I *The Best Quality of Life for Ageing people with Intellectual Disabilities*. EASPD Conference. Conference Report 4- 5 October 2001. Verona. Italia.
- Carling, F. (1991) Når kroppen blir en fiende. Foredrag på 25årsjubileet for Sentralinstituttet for cerebral parese 1991. I *Kroppen, venn eller fiende? Om senskader og langtidsvirkninger*
- Carling, F. (1975), *Skapt i vårt bilde*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Disch, Per G, Fauske Halvor (2011) *Omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter – en kartleggingsstudie i fem regioner om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn*. Rapport 1/2011, Senter for omsorgsforskning Sør
- Disch, Per G, Vetvik Einar (2009), *Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet*, Rapport 1/2009, Senter for omsorgsforskning Sør
- Disch, Per Gunnar (1998), *Samarbeidet mellom kommunen og lokalsamfunnets organisasjoner om integrering av mennesker med psykisk utviklingshemming – en empirisk gjennomgang og drøfting av muligheter og begrensninger i tredjesektors sosialpolitiske rolle*. Universitetet i Bergen
- Daatland, S. O., Guntvedt, O. H. og Slagsvold, B. (2000) *Eldresenteret nå og framover*. NOVA-rapport 17/00. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Elstad, J. I: (1998) *Funksjonshemmede og psykisk helse*. NOVA-rapport 3-1998. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grindheim, Jan Erik (1991), Kommunene og de frivillige organisasjonene i helse- og sosialsektoren, i Anne-Hilde Nagel (red) *Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Alma Mater
- Grue, L (2000) Fra pasient til medborger? I Thorsen, K. (red): *Et langt liv med en alvorlig funksjonshemming. Utfordringer i et livsløpsperspektiv*. FoA. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Halsted, L. S. og Wiechers, D. O. (1987) *Research and clinical aspects of the late effects of poliomyelitis*. Birth Defects: Original Article Series, March of Dimes: NY: White Plains, 23, 4.
- Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012*, Barne og Likestillingsdepartementet
- Halvorsen, Knut (2005), *Grunnbok i helse og sosialpolitikk*, Universitetsforlaget
- Hoelstad, E. (2001): *Kreativitet og livskvalitet*. Studentoppgave, Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
- Hoven, Finn (1989), Kommunal forvaltning og det lokale selvsstyre, i Leif H. Skare, *Forvaltningen i samfunnet*, Tano
- Huseby Beate, Paulsen, Bård (2009) *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden*, Sintef rapport
- Husebø, Fognen, Klokkerud og Zangi (2010) Tåler å være fysisk aktive, *Sykepleien* nr 11NSF Sykepleien: Fag- og forskningsartikkel
- Ingebretsen, R og Nergård, T (2007) *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning til pleie og omsorgstilbudet*. NOVA rapport 13/07
- Ingebretsen, R. Romøren, T. (2005): *Omsorgstjenester med mangfold?* NOVA-rapport 9/05

- Jakobsen, Klara. Randi Gindbo. (2011) Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere, *Sykepleien, Forskning* nr 6 (144-150)
- Jenssen, T. (1995) Hvordan gikk de med de utviklingshemmete? I Romøren, T. I. (1995): *HVPU- reformen i forskningens lys*. Oslo: Gyldendal: Ad Notam
- Kobro, K.M. (2000): *Kultur for alle. Sluttrapport for prosjektet «Kulturkontakt i psykiatrien» 1997 – 1999*. Sandefjord: Vestfold fylkeskommune.
- Konlaan B.B., Bygren, L.L. et Johansson, S-E. (2000): Visiting cinema, concerts, museums or art exhibitions as dominant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow up. *Scand. J. Public health* 2000; 28: 174 – 178.
- Loga, J. (2010): *Livskvalitet. Betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Lorentsen, R., Mikkelsen, L. og Thorbjørnsen, G. (2002): *En evaluering av prosjektet «Rom for opplevelse»*. Studentoppgave, Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
- Malone, Q. (1998) Mortality and survival of the Down's Syndrome population in Western Australia. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 59-65.
- Moss, S., Goldberg, D, Patel, P.og Wilkin, D. (1994) Physical Morbidity in Older people with Moderate, Severe and Profound Mental Handicap and its relation to Psychiatric Morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologi*. 28, 32-39.
- Meld. St. 10 (2011 – 2012) *Kultur, inkludering og deltaking*.
- NOU (1992:1) *Trygghet – verdighet - omsorg*
- Nagel, Anne-Hilde (red) (1991) *Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Alma Mater
- Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse (NAKMI) (2007) *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*.
- NOU (1988:17) *Frivillige organisasjoner*
- NOU:2001:22: *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.
- NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene*
- NOU 2011:14 *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Otnes (2007) *Kunst og kultur fra Finnmark*, Motart
- Oliver, M. (1983) *Social Work with Disabled People*. London: Mac Millan.
- Patja, K. M. Livanainen, Vesala, H. Oksanen, H. og Ruppila, I. (2000) Life Expectancy with People with Intellectual Disabilities: A 35 Year Follow Up Study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 41: 42-51.
- Prop. 90 L *Lov om folkehelsearbeid – Folkehelseloven*
- Prop. 91 L (2010 – 2011) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.*
- Prop 1S (2010 – 2011) *Statsbudsjettet*
- Rattsø Jørn, Rune Sørensen (2009) *Gråhåret makt og kommunale budsjetter : de eldre må stole på seg selv*, Abstrakt forlag
- Romøren, Tor Inge (1991), Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet, i Anne-Hilde Nagel (red) *Velferdskommunen, kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Alma Mater
- Romøren, T. I (1995) Reformen for psykisk utviklingshemmede. I Romøren, T. I. (1995): *HVPU- reformen i forskningens lys*. Oslo: Gyldendal: Ad Notam.
- Rundskriv I-5/2007 – *Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud*
- Sagli Jo (red) (2009) *Det nære Demokratiet*, Abstrakt forlag
- Sandvin, Johans Tveit (red) (1993), *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*. Kommuneforlaget
- Sandaas, Wenche (2011): *Qigonginspirert balansetrening!*, Studentarbeid, Høgskolen i Telemark
- Seim, S. (1994): *Alder og kreativitet*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Solum, Gunn Eva (2007) *Snoezelen en kulturpizza? Betragtninger fra personer med utviklingshemming med Snoezelen som fritidsaktivitet*, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Rapport nr 42
- Statistisk sentralbyrå/Helsemod. 2009
- Statistisk sentralbyrå/Kostra 2009
- St.meld. nr. 88 (1966-67) *Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede*.
- St.meld. nr. 8 (1973 – 1974) *Om organisering og finansiering av kulturarbeid*.
- St.meld nr. 4. (1987 – 1988) *Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken*.
- St.meld nr 50 (1996 – 97) *Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet - respekt – kvalitet*.

-
- St.meld. nr. 48 (2002 – 2003) *Kulturpolitikk fram mot 2014*.
- St. meld. 25. (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse og omsorgsdepartementet
- St. meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og nasjonal helseplan*.
- St. meld. nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- St. meld. 10 (2011 – 2012) *Kultur, inkludering og deltaking*.
- Tait, D.(2001) Presentation. I *The Best Quality of Life for Ageing people with Intellectual Disabilities*. EASPD Conference. Conference Report 4-5 October 2001. Verona. Italia.
- Thorsen, K. (2002) *The Life-Course Perspective in Ageing Research*. Paper. State-of art- foredrag. Holdt på Den 16. Nordiske kongress i gerontologi. Århus 25-28-mai 2002.
- Thorsen Kirsten, Nordisk sosialt Arbeid 2003/01 «Å falle mellom alle stoler? - Om aldring blant funksjonshemmede mennesker»
- Vetvik, Einar og Disch, Per Gunnar (1999) *Kommunene og frivillige organisasjoner: Utfordringsfellesskap i den sosiale integreringen?* SOR Rapport nr. 5
- Waaktaar, T. og Christie, H.J. (2000): *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

VEDLEGG

Tabell oversikt

Tabell 1	Aktuelle aktører og datagrunnlag
Tabell 2	Brutto driftsutgifter fordelt på noen tjenestoområder 2005 – 2008
Tabell 3	Svarfordeling etter fylke
Tabell 4	Svarfordeling etter landsdel
Tabell 5	Fordeling av svargivere i forhold til kommunestørrelse
Tabell 6	Har kommunen et vedtatt omsorgsplandokument
Tabell 7	I hvilken grad har kommunens vedtatte omsorgsplandokument tatt opp i seg følgende omsorgspolitiske føringer fra: St. meld. 25 (2005 – 2006) Omsorgsmeldingen og St.meld. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen.
Tabell 8	Hvordan vurderer du følgende omsorgsutfordringer i forhold til egen kommune i dag
Tabell 9	I hvilken grad prioriterer kommunen følgende utfordringer
Tabell 10	Hvor høyt vil du si at kommunen i dag prioriterer arbeidet, med aktiv omsorg, i institusjon og hjemmetjenester
Tabell 11	Hvordan vil du beskrive kommunens prioriteringer på følgende områder innen aktiv omsorg
Tabell 12	Mat og måltidsfelleskap
Tabell 13	Hvordan organiserer kommunen den aktive omsorgen til brukere under 67 år
Tabell 14	Hvordan organiserer kommunen den aktive omsorgen til brukere over 67 år
Tabell 15	Hvordan vil du vurdere innsatsen til følgende aktører med hensyn på aktiv omsorg
Tabell 16	Har kommunen utviklet en egen frivillighetspolitikk
Tabell 17	Hvilke behov ser kommunen i forhold til kompetanseheving innen aktiv omsorg
Tabell 18	Tilbyr kommunen kompetanseheving av egne ansatte innenfor området aktiv omsorg
Tabell 19	Om kommunen driver kompetanseheving innenfor området aktiv omsorg
Tabell 20	Har kommunen en egen kulturarbeidersskole
Tabell 21	Hvordan vil du vurdere din kommunes beredskap i møte med omsorgsutfordringene fra 2020 – 2025.

TIDLIGERE UTGIVELSER I SENTER FOR OMSORGSFORSKING – RAPPORTSERIE:

1/2012: Mona Andersen: En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner. Sluttrapport fra en pilotstudie

2/2012: Vibeke Bostrøm og Per Gunnar Disch: Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold

3/2012: Torunn Hamran og Siri Moe: Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv

4/2012: Tor Inge Romøren: Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? En kvantitativ analyse.

5/2012: Anne Ingebjørg Takvam: Tjenestetilbudet til voksne personer med nevrologiske lidelser. Mange tuer i et kupert terreng.

1/2011: Torbjørn Herlof Andersen: Det er slik livet er. Perspektiver fra et forskningsprosjekt om menn som primære omsorgspersoner for partner/ektefelle med betydelig omsorgsbehov.

2/2011: Oddvar Førland: Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»: Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskriving av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester

Rapportene finnes i fulltekst på www.omsorgsforskning.no



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R