

Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien

Først publisert: 10.08.2022

Sist faglig oppdatert: 10.08.2022



Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	4
3. Demografiske endringer	6
4. Statistikk – bruk av omsorgstjenester	8
5. Konsekvenser av pandemien for brukere	39
6. Konsekvenser av pandemien for pårørende	44
7. Smittevern – konsekvenser for de ansatte	50
8. Bruk av velferdsteknologi	54
9. Bygningsmessige forhold – erfaringer fra pandemien ...	62
10. Pandemien – hva har vi lært?	67
11. Vedlegg	72

Forord

I tildelingbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2022 er Helsedirektoratet gitt følgende oppdrag:

"Helsedirektoratet skal årlig levere en statusrapport for kommunenes omsorgstjeneste etter mal av O2020 rapporten. Rapporten skal ta opp i seg faglige vurderinger, og også ha en fylldig kvantitativ del med overordnede data fra KPR og Kostra. Rapporten skal vurdere årets innsats både kvalitativt og kvantitativt, og beskrive utviklingstrekk og peke på utfordringer og trender fremover. Helsedirektoratet skal gjøre en særlig vurdering av konsekvenser av pandemien for omsorgstjenesten, bl.a. dens brukere, pårørende og ansatte. Rapporten suppleres innen 1.08.22, dersom fremleggelse av kvalitetsindikatorene i juni eller endelige KPR/KOSTRA tall etter Helsedirektoratets vurdering skulle tilsi et behov for det."

Denne rapporten er svar på dette oppdraget. I kapittel 2 gis en analyse av aktivitetsutviklingen basert på data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) for perioden 2018 – 2021. Statistikk fra KOSTRA er ikke brukt i analysene.

Rapporten omhandler problemstillinger knyttet til erfaringer fra pandemien. Mange problemstillinger og aspekter ved omsorgstjenesten blir ikke omtalt, og rapporten gir derfor ikke en helhetlig status for omsorgstjenesten. Som del av arbeidet inviterte Helsedirektoratet en rekke kunnskapsmiljøer til et innspills-seminar den 31. mars 2022. I alt 9 aktører deltok med innspill ut fra egne undersøkelser, forskning og analyser av relevans for oppdraget. I tillegg har det vært jevnlig dialog mellom Helsedirektoratet og bruker-organisasjoner under pandemien. Rapporter fra bruker- og pårørende-organisasjoners egne undersøkelser er brukt som kilder.

I årsrapport for omsorgstjenestene for 2020 oppsummerte vi at "Utfordringer er blitt synliggjort og dels forverret som følge av pandemien. Epidemien har aktualisert prioriteringer, synliggjort utfordringer og spisset behovet for bærekraftige helse- og omsorgstjenester om mulig enda mer." Dette bekreftes etter nok et år med pandemi. I tillegg har vi fått mer erfaring med virkningene av pandemien for omsorgstjenestene, dens brukere, pårørende og ansatte som vi viser til i årets rapport. Helsedirektoratet ga i rapporten for 2020 noen konkrete anbefalinger for videre oppfølging etter ett år med pandemi. Status for arbeidet på disse områdene følger vedlagt.

Sammendrag

Koronapandemien fortsatte å prege omsorgstjenestene i 2021. I perioden fra mars 2020 gjaldt det i første rekke å forhindre smitte gjennom TISK-strategien og å ivareta de mest sårbare gruppene. Konsekvensene var betydelige i omsorgstjenestene, både for de ansatte og for tjenestemottaker og pårørende. Mange av konsekvensene ble omtalt i Omsorg 2020-årsrapporten for 2020. I løpet av 2021 kom mange smittevernrutiner på plass, og erfaring med tiltak i tjenestene er innarbeidet. Like fullt ser vi at ettervirkninger av smitteverntiltakene fortsatt rammer tjenestene. Endringene over tid, med isolasjon, besøksforbud og frafall av tjenester, har synliggjort og dels forsterket problemer som ensomhet og psykiske problemer blant mange brukere, utslitthet blant personell og økt belastning og bekymring blant pårørende.

Tjenestene har vist stor omstillingsevne som følge av smitteverntiltak, herunder endring i oppgaver, nye rutiner, ny kompetanse og bruk av teknologi. Rapporten peker på noen slike områder som er verdt å ta med i videre utviklingsarbeid.

Pandemien har synliggjort allerede kjente utfordringer i sektoren. I tillegg kan de uheldige virkningene av smitteverntiltak ramme de mest sårbare gruppene i stor grad. Mange av disse er mottakere av omsorgstjenester – som personer med funksjons-nedsettelse, beboere i institusjon, eldre og skrøpelige, personer med demens og pårørende til personer med omfattende tjenestebehov. Denne rapporten oppsummerer erfaringer fra undersøkelser og analyser om konsekvenser av pandemien for omsorgssektoren knyttet til ulike brukergrupper, til pårørende og de ansatte. Innspill fra kunnskapsmiljøer inngår som del av analysen. Foreløpig mangler kunnskap om langtidseffekter av endringer under pandemien. I en slik analyse må omsorgssektoren ses i sammenheng med andre tjenester og sektorer av betydning for helse og livskvalitet.

Pandemien har vist at smittevern og personsentrert omsorg er viktig både for smitte-vern og for kvalitet og pasientsikkerhet i omsorgstjenestene. Ut fra erfaringer etter pandemien, foreslår Helsedirektoratet i rapporten flere læringspunkter som kan følges opp i det generelle arbeidet for å styrke omsorgssektoren, herunder:

- Sikre gode nok prosesser når man definerer hvilke grupper av tjenestemottakere som skal defineres som særlig sårbare. Dette gjelder både i beredskapsplanlegging, når hendelser oppstår og mer generelt. Ved oppstart av pandemien omfattet for eksempel "særlig sårbare grupper" ikke personer med demens.
- Personsentrert omsorg ble utfordret av smittevern. For personalet var det vanskelige avveininger mellom hensynet til pårørende og beboere og å redusere muligheten for smitte inn i boligen eller sykehjemmet. Økt kompetanse er viktig både for å ivareta smittevern og personsentrert omsorg i tjenestene til beboere i sykehjem. Beboere i omsorgsboliger må få råd og veiledning om gode smitteverntiltak som ivaretar rettigheter til aktivitet og sosial kontakt.
- Smittevernhensyn bør vurderes tatt inn som krav i fysisk utforming av sykehjem og omsorgsboliger knyttet til investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser som tildeles av Husbanken.
- Økt satsing på ulike dagaktiviteter for hjemmeboende for å forebygge isolasjon og passivitet og gi avlastning for pårørende.
- Styrke samarbeidet med pårørende, som en viktig deltaker i tjeneste-mottakernes liv.
- Sikre opplæring av ansatte og brukere for bedre utnyttelse av velferdsteknologi.
- Styrke og videreutvikle koordinerte tjenester på tvers av nivåene for å ivareta tjenestemottakere som ikke kan nyttiggjøre seg digitale helse-tjenester, og støtte opp under målene som helsefelleskapene setter for samhandling.
- Stimulere til økt implementering av modeller for omstilling og organisatoriske endringer i omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet vil ta lærdom av erfaringene fra pandemien og videreføre arbeidet gjennom en samlet satsing overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Oppfølging vil skje via pågående satsninger som

Kompetanseløft 2025, Leve hele livet, strategi for et aldersvennlig samfunn, regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan og nasjonalt Velferdsteknologiprogram.

1

Demografiske endringer

I perioden 2018 til 2022 ser vi tydelig at det har skjedd en aldring i befolkningen. Antall yngre under 18 år har gått ned 1,8 prosent, mens det har vært en økning i alle aldersgrupper over 50 år. Den største økningen fant sted for gruppen 67 -79 år med 11,9 prosent flere i årene 2018- 2022.

Tabell 1. Befolkning 2018 og 2022. Endring i prosent. Etter aldersgrupper.

Alder	2018	2022	Endring 2018-2022
0-17 år	1 129 007	1 108 523	-1,8
18-49 år	2 289 283	2 291 149	0,1
50-66 år	1 090 970	1 154 635	5,8
67-79 år	563 607	630 670	11,9
80-89 år	178 060	193 735	8,8
90 år og eldre	44 692	46 558	4,2

Kilde: SSB (2022) Statistikkbanken, tabell 10211: Alders- og kjønnsfordeling i hele befolkningen 1846 – 2021.

Befolkningsframskriving etter SSBs hovedalternativ[1] viser en betydelig aldring i befolkningen frem mot 2040.

Tabell 2: Befolkning 2022. Framskrivning til 2025 og 2040. Endring i prosent. Etter alders-grupper.

Alder	2022	2025	2040	Endring i prosent 2022 til 2025	Endring i prosent 2022 til 2040
0-17 år	1 108 523	1 087 399	1 076 069	-1,9	-2,9
18-49 år	2 291 149	2 285 155	2 287 998	-0,3	-0,1
50-66 år	1 154 635	1 183 812	1 188 027	2,5	2,9
67-79 år	630 670	667 134	812 878	5,8	28,9
80-89 år	193 735	227 250	383 090	17,3	97,7
90 år og eldre	46 558	47 882	108 786	2,8	133,7

Kilde: SSB (2022) Statistikkbanken, tabell 12881: Framskrevet folkemengde 1. januar 2022 og 2040. Hovedalternativet.

Etter SSBs befolkningsframskriving (hovedalternativet), vil nedgangen i aldersgruppene 0-17 og 18-54 år fortsette frem mot 2040. Samtidig blir det en vekst i alle aldersgrupper fra 50 år og over, og økningen er størst i de eldste aldersgruppene. Befolkningen mellom 80- 89 år vil øke med 17,3 prosent frem mot 2025 og med 97,7 prosent frem mot 2040. Aldersgruppen 90 år og eldre vil øke dramatisk fra 46 558 i dag til nærmere 109 000 i 2040. Det tilsvarer en økning på 133,7 prosent.

Fotnoter

[1] SSB/befolkning. Hovedalternativet (MMM) er et mellomalternativ for de tre komponentene fruktbarhet, levealder og innvandring og regnes som et hovedalternativ for SSBs framskrivninger.

Statistikk – bruk av omsorgstjenester

2.1

Innledning

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune.[2] Dette kapittelet ser nærmere på bruken av slike tjenester i befolkningen i perioden fra 2018 til 2021. Tall vil i hovedsak bli presentert i antall per innbygger (rater) for å kunne sammenligne over tid og mellom grupper. For å gi et mer detaljert innblikk i hva som skjedde når pandemien inntraff og i den etterfølgende tiden, viser vi endringer og variasjon i antall tjenester med oppstart per måned sammenlignet med tilsvarende måned i 2019. Det var store forskjeller mellom kommuner og deler av landet i hvor stort smittetrykket var i perioden fra og med mars 2020 og ut året 2021. Vi vil derfor i tillegg til utvikling i tjenestebruk over tid, nasjonalt og for ulike aldersgrupper, også se på variasjoner mellom helsefellesskap.[3]

Fotnoter

[2] I perioden 2007-2017 sendte landets kommuner opplysninger til IPLOS-registeret i SSB. Fra og med 2018 inngår IPLOS-opplysningene i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

[3] Helseforetak og kommuner har et felles ansvar for å levere gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. For å oppnå dette ble det som et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 opprettet 19 helsefellesskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Helsedirektoratet skal utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapene. Informasjonen skal bidra til å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. For å oppnå et godt samarbeid, er det viktig at partnerne har en felles forståelse av situasjonen, og det å kunne sammenligne seg med andre helsefellesskap bidrar til dette. (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>) .

2.2

Hovedfunn

I 2021 mottok om lag 380 000 personer (7 prosent av befolkningen) en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Majoriteten mottok tjenester til hjemme-boende (5,9 prosent av befolkningen), og andelen tjenestemottakere per innbygger øker med alder. Endringen i bruk av tjenester var i perioden fra 2018 til 2021 størst for de eldste i befolkningen. Det var færre som mottok tjenester til hjemmeboende, institusjonstjenester og boligtilbud i 2021 enn i 2018 blant de i alderen 80 år og eldre. I samme periode ble velferdsteknologi mer benyttet, og antall brukere av dette gikk opp med 11 prosent blant de i alderen 80 år og eldre.

Antall mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester gikk ned fra 2018 til 2021 i alle aldersgruppene bortsett fra de yngste (0-17 år). Det var sterkest nedgang fra 2019 til 2020, men deretter en svak økning fra 2020-2021.

I alle regionene og i de fleste av helsefelleskapene var det en nedgang i antall per innbygger blant de eldste (80 år og eldre) som mottok tjenester til hjemmeboende og institusjonstjenester fra 2019 til 2020.[4] For langtidsopphold i institusjon fortsatte nedgangen fra 2020 til 2021 for denne aldersgruppen. Antall per innbygger i alderen 80 år og eldre som mottok tidsbegrensede institusjonstjenester økte i de fleste av helsefelleskapene fra 2020 til 2021, mens det for tjenester til hjemmeboende var en økning i om lag halvparten.

Under pandemien ble antall oppstartede tidsbegrensede opphold per måned betydelig redusert, og nedgangen var tydeligst for de eldste. Reduksjonen var sterkere i 2020 enn i 2021 sammenlignet med 2019, men nivået i 2021 var fortsatt lavere enn i 2019 ca. halvparten av månedene. Antall oppstartede langtidsopphold i institusjon og tjenester til hjemmeboende gikk også ned de første månedene av pandemien, men var ellers mindre påvirket. Det var relativt store variasjoner mellom ulike enkelttjenester. Antall startede tidsbegrensede opphold[5], dagopphold i institusjon og dagaktivitetstilbud var betydelig påvirket av pandemien, og nivået var gjennomgående lavere frem til siste del av 2021 sammenlignet med 2019. Omfanget av avlastning i og utenfor institusjon var også påvirket av pandemien, spesielt i 2020. Det samme gjaldt tjenesten støttekontakt, der omfanget var lavere enn i 2019 gjennom nesten hele 2020 og 2021.

Tjenestetyper

Tabellen under viser en oversikt over de kategoriene av tjenester som dette kapittelet vil vise resultater for, samt hvilke enkelttjenester som er inkludert i hver kategori.

Tabell 3: Gruppering av tjenester

Tjenester til hjemmeboende
• Praktisk bistand - daglige gjøremål
• Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål
• Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse
• Dagaktivitetstilbud
• Matombringing
• Helsetjenester i hjemmet
• Avlastning - utenfor institusjon

• Støttekontakt
• Omsorgsstønad
• Re-/habilitering utenfor institusjon (fra 01.01.2019: flyttes til fil med personopplysninger)
Boligtilbud
• Omsorgsbolig (utgår fra 01.01.2019)
• Annen bolig (utgår fra 01.01.2019)
• Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål (fra 01.01.2019)
Institusjonstjenester - tidsbegrenset
• Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling
• Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering
• Tidsbegrenset opphold - annet
• Avlastning i institusjon
• Dagopphold i institusjon
• Nattopphold i institusjon
• Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold
Langtidsopphold i institusjon
• Langtidsopphold i institusjon
Velferdsteknologi
• Trygghetsalarm
• Lokaliseringsteknologi (GPS)

- Elektronisk medisineringsstøtte (fra 01.01.2019)

- Digitalt tilsyn (fra 01.01.2019)

På grunn av endringer i kategorier og fagsystem må det tas forbehold ved sammenligning av enkelte resultater over tid:

- **Boligtilbud:** Rapport fra kommunalt helse- og brukerregister (KPR helse og omsorg) påpeker at registrering av boligtilbud i 2019 er preget av at kategoriene omsorgsbolig og annen bolig ble erstattet med den nye kategorien bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål. I overgangen ble det registrert 5000 færre mottakere sammenlignet med 2018. [6]
- **Velferdsteknologi:** Rapport fra kommunalt helse- og brukerregister (KPR helse og omsorg) påpeker at de fleste kommunene med journalsystem Gerica har rapportert for få brukere med trygghetsalarm på grunn av omlegging i fagsystemet i 2019. Dette resulterer i at innrapporterte tall viser en nedgang på rundt 18 000 mottakere, sammenlignet med rapportering i 2018[7]. Kategoriene elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn var først tilgjengelig fra 2019.

Fotnoter

[4] Antall som brukte velferdsteknologi og boligtilbud i 2019 er preget av underrapportering og derfor ikke omtalt i sammenligning mot 2020.

[5] Her refereres det til 3 typer tidsbegrensede opphold som ses samlet; utredning/behandling, habilitering/rehabilitering eller annet. De ses samlet på grunn av variasjoner i bruk av kategoriene mellom kommuner, men det kan bemerkes at det spesielt er kategorien tidsbegrenset opphold (annet) som har sterkest nedgang, og forårsaker en nedgang som vedvarer også gjennom det meste av 2021.

[6]

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20he>

[7]

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20he>

2.3

Databehandling og metode

Registreringene av mottatte kommunale helse- og omsorgstjenester i KPR helse og omsorg er i noen tilfeller beheftet med feilkilder. For å minske risikoen for å inkludere feilregistreringer er følgende krav benyttet for å regne registreringene innenfor hvert registreringsår som gyldige: Fra-dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik til-datoen. Videre må fra-datoen være i perioden fra og med 1980 til og med 31.12. i registreringsåret.

Til-datoen må være i perioden fra og med 01.01. i registreringsåret og frem i tid. I tillegg er det et krav om gyldig tjenestekode. I tilfeller der det har vært kjente endringer i bruk av tjenestekoder vil gamle tjenestekoder bli omkodet til korrekt ny verdi. Dette gjelder kategori 12 og 13 for henholdsvis omsorgsbolig og annen boligjeneste som fra 2019 ble erstattet med kategori «Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål». Kategori 16 som gjelder Re-/habilitering utenfor institusjon utgår fra 01.01.2019

i tjenestefilen og flyttes til fil med personopplysning. Det er imidlertid noen registreringer på re-/habilitering utenfor institusjon i tjenestefilen også i 2019 og senere år, som tas med og er inkludert under tjenester til hjemmeboende.

Dette kan skape skjevheter mellom kommuner som har registrert riktig og helt eller delvis feil, og gjør at vi ikke vil gå inn på resultater for tjenestene enkeltvis. De som registrerte re-/habilitering utenfor institusjon i korrekt fil fra 2019 og senere, skal opplyse i tjenestefilen hvilke tjenester som inngår i re-/habiliteringen, f.eks. helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og lignende, og vil dermed uansett telle som mottakere av tjenester til hjemmeboende. Registreringer av tjenester til personer som døde før registreringsåret er fjernet fra datagrunnlaget. Et fåtall testbrukere kan inngå i datagrunnlaget og det er ikke kontrollert for dette. Valg som er tatt i tilknytning til databehandlingen vil medføre at datagrunnlaget kan avvike litt fra det som publiseres fra kommunalt pasient og brukerregister.[8]

Datakvaliteten i 2019 er påvirket av kommunesammenslåing, og til sammen 13 kommuner rapporterte ikke inn tall.[9] For å korrigere for dette i beregningene er det lagt inn 2018 tall for de kommunene dette gjelder. Det innebærer at resultater for 2019 må tolkes med noe varsomhet.

Ved inndelingen til helsefellesskap benyttes variabel fra personfilen i KPR helse og omsorg som angir folkeregistrert bostedskommune. Ved flere registreringer for samme person benyttes opplysningene med siste gyldige datoendring. Vi tar forbehold om at det kan være noen feilkilder f.eks. på grunn av manglende oppdatering av bostedopplysninger. En kontroll viser at bostedskommunen og kommunen som sender inn data i de aller fleste tilfellene er den samme[10]. I et mindre antall tilfeller mangler vi opplysninger om bostedskommune. I disse tilfellene benyttes opplysninger om innsendende kommune som bostedskommune. Ved å benytte bostedskommune som grunnlag for inndeling til helsefellesskap vil resultatene vise hvilke tjenester som mottas uavhengig av hvilken kommune som yter tjenesten. I praksis vil bostedskommune og tjenesteytende kommune som regel være den samme.

Ved beregningen av rater tas det utgangspunkt i antall som har mottatt en eller flere tjenester hele eller deler av registreringsåret. Befolkningstall er antall i befolkningen ved utgangen av året, per 01.01. påfølgende år etter registreringsåret. Rater for ulike grupper basert på alder eller bosted beregnes med utgangspunkt i befolkningen for den aktuelle aldersgruppen eller bostedet.

Fotnoter

[8] <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

[9] Følgende kommuner har ikke rapportert i 2019: Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Hobøl, Sørumsdal, Fet, Finnøy, Sveio, Nesna, Karlsøy, Hemne og Granvin. I tillegg har Utsira rapportert sammen med Karmøy. Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019:

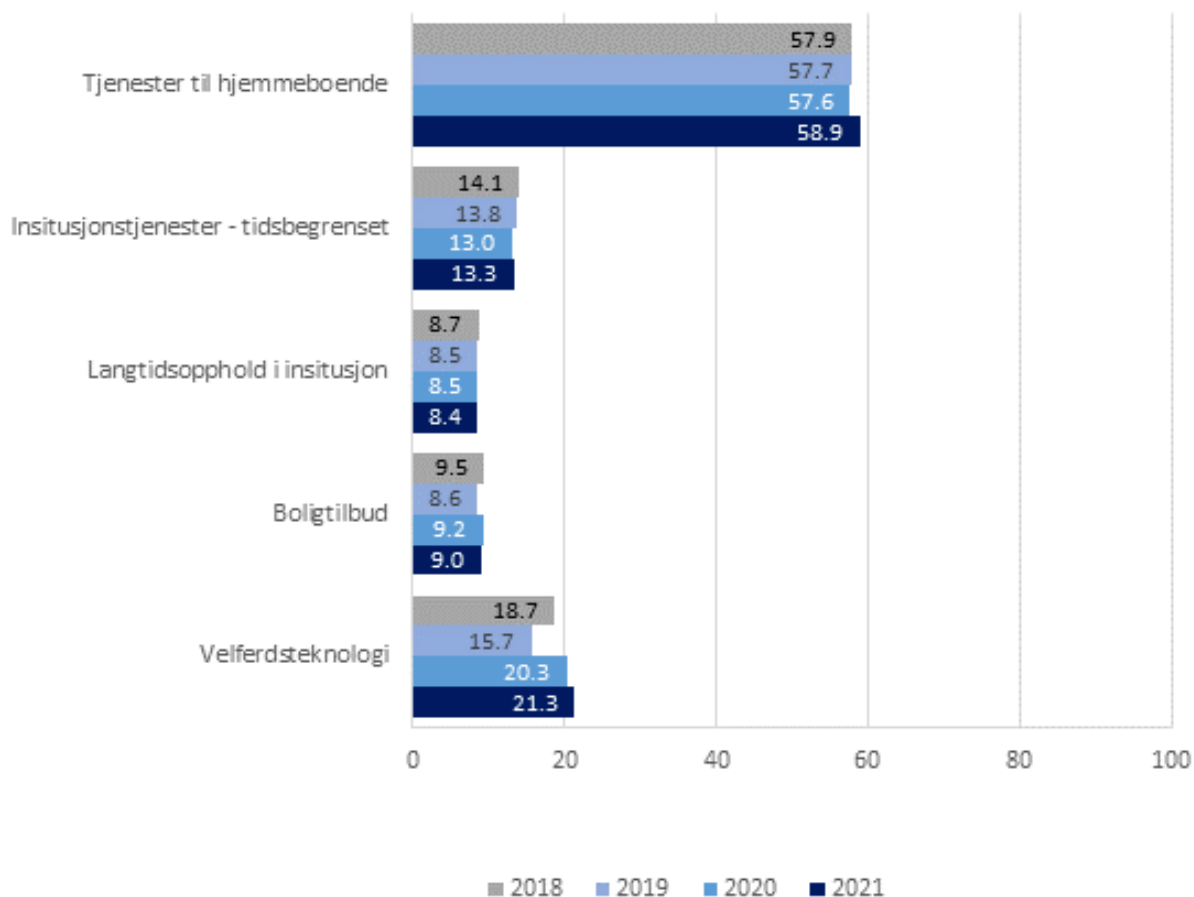
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2019/Kommunale%20h>

[10] På mellom 2 og 3 prosent av registreringene i personfilen er det en annen kommune enn bostedskommune som er innsendende kommune. I 2020 er denne andelen noe høyere (7 prosent), som antakelig kan skyldes kommunesammenslåing, og den er også litt høyere enn tidligere i 2021 (3,8 prosent)

2.4

Utvikling i bruk av tjenester nasjonalt

I 2021 mottok ca. 380 000 personer (7 prosent av befolkningen) en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse mottok 58,9 per 1000 innbyggere tjenester til hjemmeboende. Videre benyttet 21,3 per 1000 innbyggere velferdsteknologi, mens 13,3 var på ett eller flere tidsbegrensede institusjonsopphold. 9 personer per 1000 innbyggere bodde i løpet av 2021 i en bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål, og 8,4 var på langtidsopphold i institusjon.



Figur 1: Antall mottakere av ulike typer helse- og omsorgstjenester per 1000 innbyggere. 2018-2021

Det var en nedgang i bruken av tidsbegrenset institusjonstjenester i perioden fra 2018 til 2021.[11] I 2021 mottok 13,3 per 1 000 innbyggere denne typen tjenester, 0,8 færre enn i 2018. Dette tilsvarer en reduksjon på 4 prosent. Den største endringen skjedde fra 2019 til 2020 når pandemien inntraff med en reduksjon på 5,6 prosent.

Antall personer per innbygger på langtidsplass i institusjon ble svakt redusert fra 2018 til 2021 for landet samlet. Dette er en tjeneste som hovedsakelig benyttes av eldre personer, hvorav ca. 3 av 4 var 80 år eller eldre i 2021. Raten for personer i alderen 80 år og eldre viste en sterkere nedgang, med en reduksjon på om lag 5 prosent i antall tjenestemottakere fra 2018 til 2021.

Raten for bruk av tjenester til hjemmeboende var svakt nedadgående fra 2018 til 2020, før den økte i 2021 til høyere nivå enn 2018. Nedgangen fra 2018 til 2020 gjaldt først og fremst de eldste aldersgruppene. Den høyere raten for bruk av tjenester til hjemmeboende i 2021 enn tidligere år kan delvis skyldes bedre registreringsrutiner i kommunene, noe som gjør det vanskelig å anslå hva som er reell økning.

Antall som bruker velferdsteknologi har økt over tid, og raten gikk fra 18,7 i 2018 til 21,3 i 2021. Fallet i raten for bruk av velferdsteknologi i 2019 skyldes som nevnt underrapportering.

Antall beboere i bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål var noe lavere i 2021 enn i 2020 og 2018. I 2019 var raten lavere som følge av overgang til nye registreringsrutiner.

Fotnoter

[11] Under tidsbegrensede institusjonsopphold har det vært store endringer i bruk av KAD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold). Noen kommuner har nesten sluttet med KAD, og noen har fordoblet bruken. Fordi dette kunne tenkes å innvirke mye på resultatene er det foretatt en kontroll uten KAD-opphold. Mønsteret med nedgang fra 2018-2021 gjelder fortsatt når KAD-opphold er ekskludert. Her kan det selvsagt være variasjoner på kommunenivå, men i dette kapittelet vises ikke tall for enkeltkommuner.

2.5

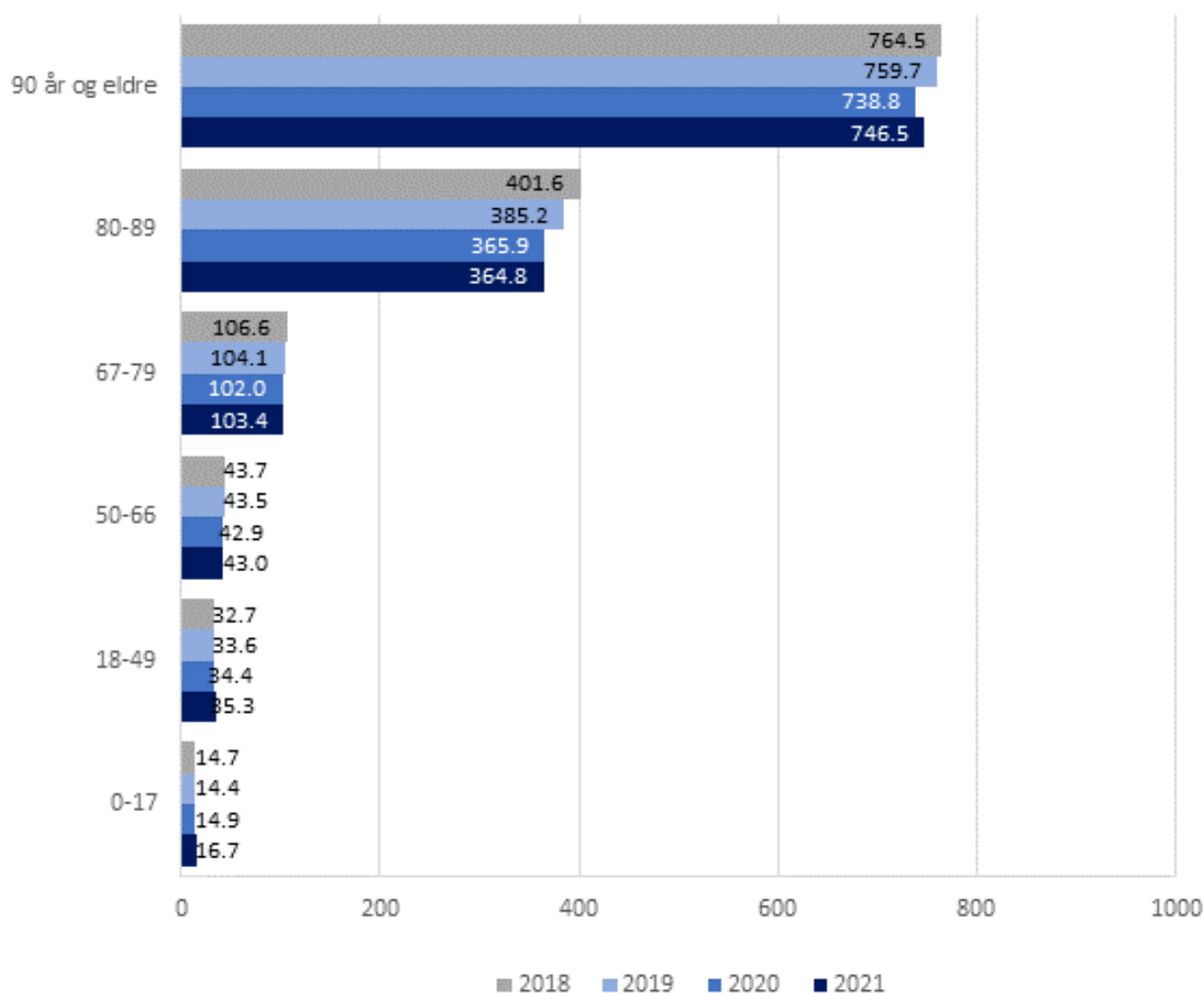
Tjenester til hjemmeboende i ulike aldersgrupper og helsefellesskap

Om lag 320 000 personer mottok i 2021 en eller flere tjenester til hjemmeboende, noe som utgjør 5,9 prosent av befolkningen. En tredjedel av disse var alderen 80 år og eldre, og litt over halvparten var 67 år eller eldre.

Korrigert for alder var bruken av tjenester til hjemmeboende klart høyest blant de eldste. Blant de i alderen 90 år og eldre mottok 746 personer per 1 000 innbyggere en eller flere tjenester for hjemmeboende i løpet av 2021. Raten var 365 for personer i alderen 80 til 89 år, og 103 for de mellom 67 og 79 år, mens den var betydelig lavere blant de yngre.

Det har vært en reduksjon i antall mottakere per innbygger av tjenester til hjemmeboende blant de eldste i befolkningen. Nedgangen var størst for de i alderen 80 til 89 år, med en reduksjon på 3 prosent fra 2018 til 2021. For personer som var 90 år og eldre gikk raten ned fra 2018 til 2020. Antall mottakere (per innbygger) økte noe igjen i 2021, men nivået i 2021 var fortsatt lavere enn i de to årene før pandemien. For de i alderen 67-79 år ble raten svakt redusert fra 2018-2020, før en økning i 2021. Men også blant denne aldersgruppen var raten i 2021 lavere enn før pandemien.

Blant de under 50 år har antall mottakere av tjenester til hjemmeboende økt i perioden fra 2018 til 2021. Økningen i antall brukere var 8,7 prosent fra 2018-2021 for denne aldersgruppen.

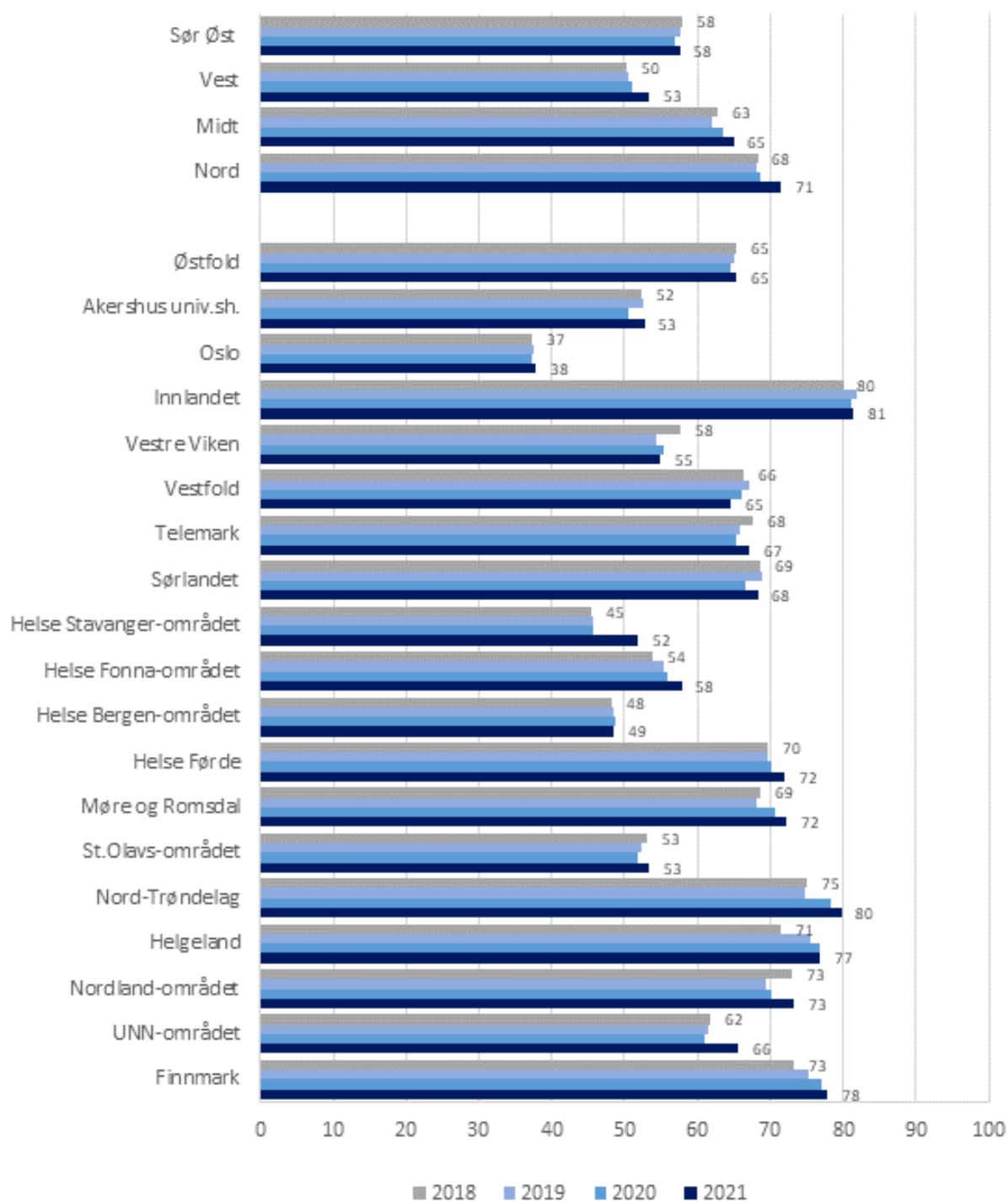


Figur 2: Antall mottakere av tjenester til hjemmeboende per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2018-2021

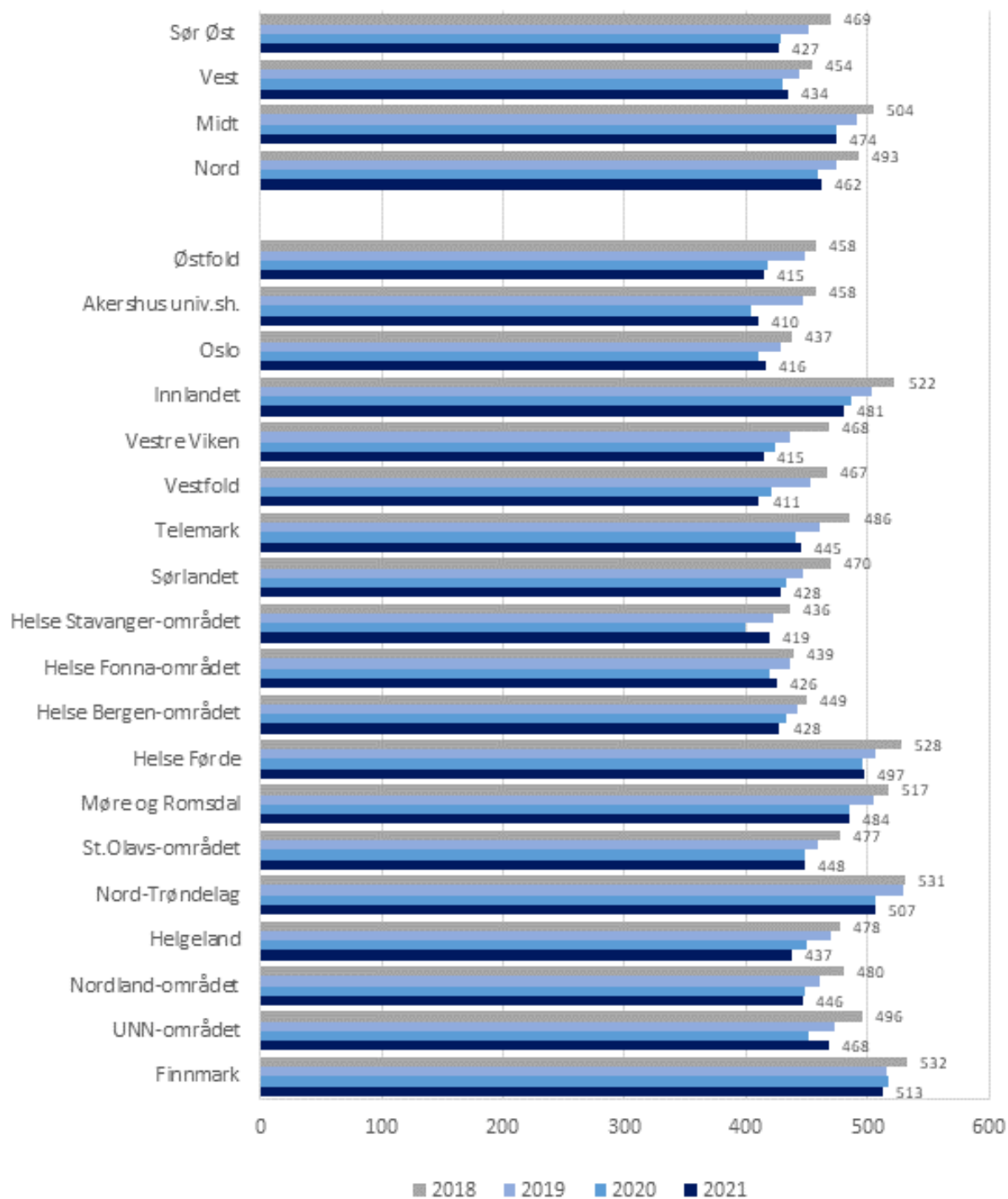
Antall personer per innbygger som har tjenester i hjemmet varierer mellom regioner og helsefelleskap. Denne variasjonen vil blant annet å ha sammenheng med alderssammensetningen i befolkningen forskjellige steder, men kan også gjenspeile ulik organisering av tjenester og eventuelt ulikt tilbud til befolkningen. I tillegg til figur med rater for hele befolkningen er det også vist rater for de i alderen 80 år og eldre.

Helse Nord var regionen med flest personer per innbygger som mottok tjenester til hjemmeboende i 2021, mens Helse Vest hadde færrest. Det var relativt store variasjoner mellom helsefelleskapene når det gjaldt antall brukere, og det framgår av figur under at området med høyest nivå hadde over 2 ganger så mange brukere for denne typen tjenester som området med lavest nivå. Dersom vi kun ser på innbyggere i alderen 80 år og eldre var det høyest rate i Helse Midt-Norge, mens Helse Sør-Øst hadde lavest rate. Blant helsefelleskapene varierte antall mottakere per innbygger i 2021 fra 410 i området Akershus Universitetssykehus til 513 i Finnmark, for de i alderen 80 år og eldre.

Fra 2019 til 2020 når pandemien startet ble raten for bruk av tjenester til hjemmeboende redusert i 9 av helsefelleskapene, mens den var uendret eller økte i de 10 resterende, når vi ser på befolkningen samlet. For de i alderen 80 år og eldre var det imidlertid en tydelig nedgang i raten i alle regioner og i alle helsefelleskap i samme periode, bortsett fra i Finnmark. Videre var det en nedgang i alle regioner og helsefelleskap for denne aldersgruppen i tidsperioden fra 2018-2021, mens det kun gjaldt i 4 av 19 helsefelleskap for befolkningen generelt. Det var litt større variasjon mellom helsefelleskapene i 2020 enn de øvrige årene.[12]



Figur 3: Antall mottakere av tjenester til hjemmeboende per 1000 innbyggere i ulike regioner og helseforetak. 2018-2021



Figur 4: Antall mottakere av tjenester til hjemmeboende per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap blant de i alderen 80 år og eldre. 2018-2021

Fotnoter

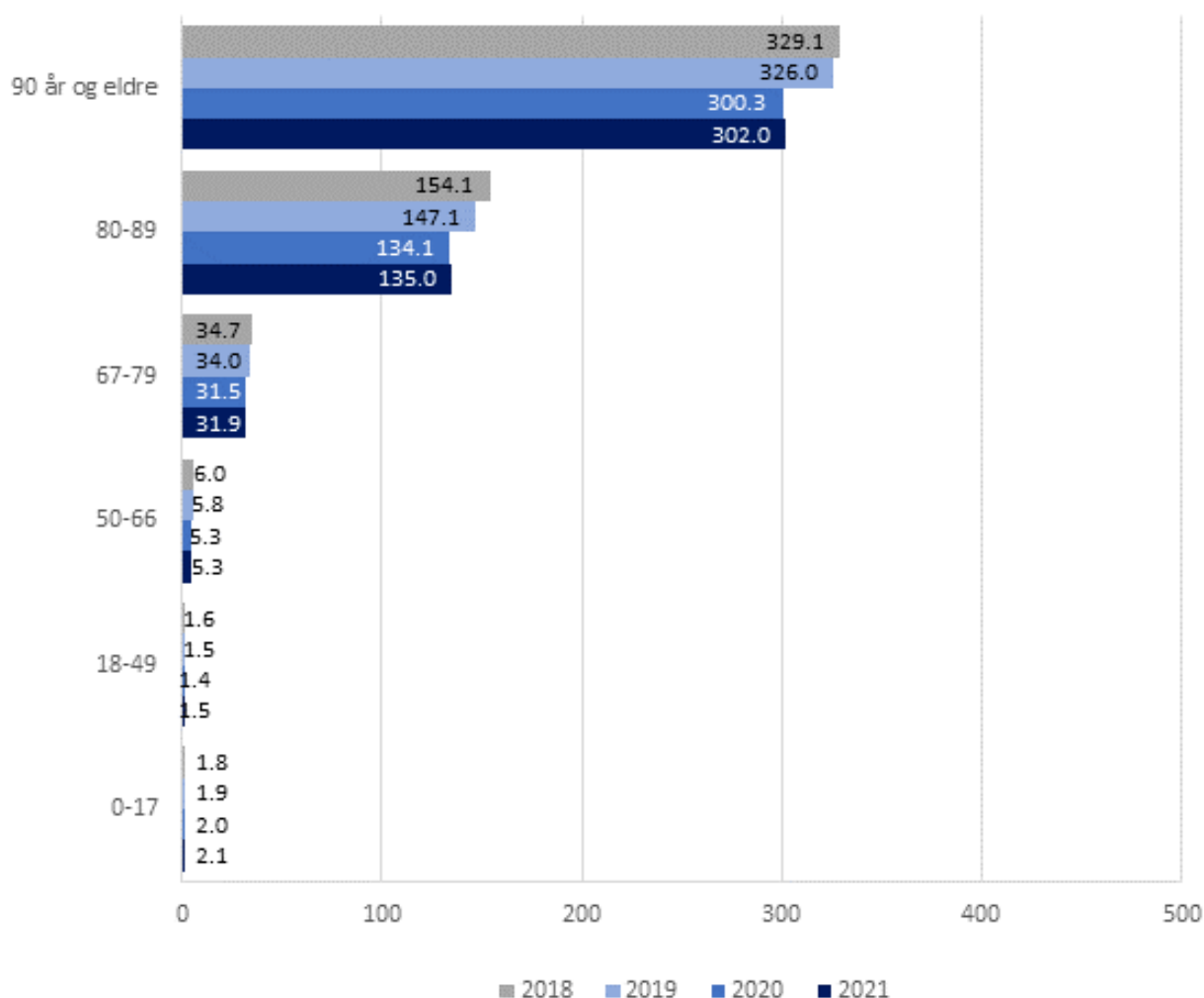
[12] Variasjonskoeffisient (relativt standardavvik) er standardavviket delt på middelverdien.

Tidsbegrensede institusjonstjenester i ulike aldersgrupper og helsefelleskap

I løpet av 2021 mottok om lag 72 000 personer en eller flere tidsbegrensede institusjonstjenester, noe som utgjør 1,3 prosent av befolkningen. Av disse var 56 prosent 80 år eller eldre, og totalt 84 prosent 67 år eller eldre.

I løpet av 2021 brukte 302 personer per 1000 innbyggere blant de i alderen 90 år og eldre en eller flere tidsbegrensede institusjonstjenester. Raten var 135 blant personer i alderen 80 til 89 år og 31,9 blant de i alderen 67-79 år.

Antallet mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester var gjennomgående lavere under pandemien (2020 og 2021) enn før pandemien for alle aldersgruppene bortsett fra de yngste. Den prosentvise nedgangen i antall brukere var 5,8 prosent blant de i alderen 80 år og eldre, og 2,1 prosent blant de i alderen 50-66 år i perioden fra 2018 til 2021. Reduksjonen var størst fra 2019 til 2020, men det var også gjennomgående en svak nedgang fra 2018 til 2019. I perioden fra 2020 til 2021 var det igjen en svak vekst i antall tjenestemottakere for alle aldersgruppene.

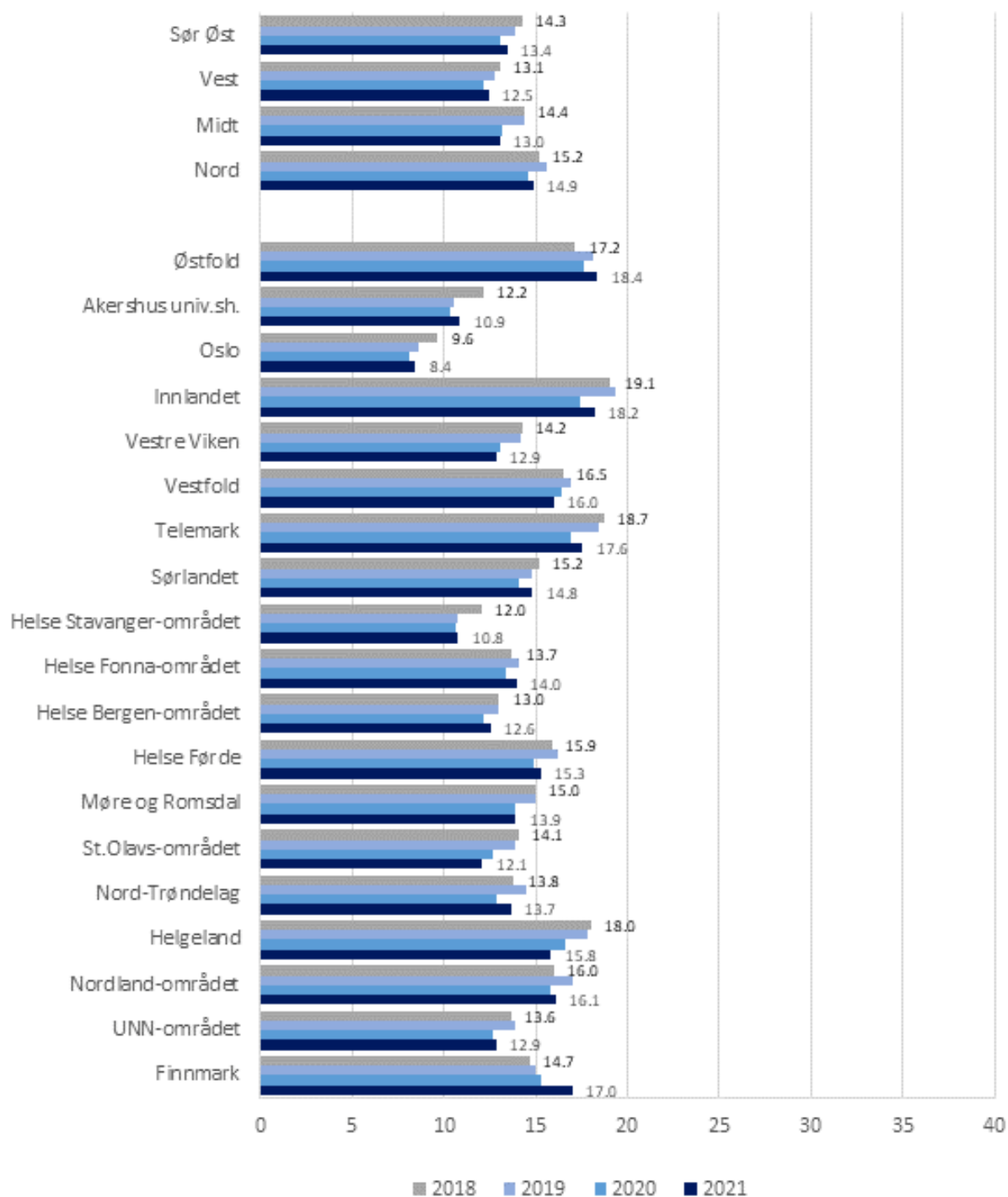


Figur 5: Antall mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2018-2021

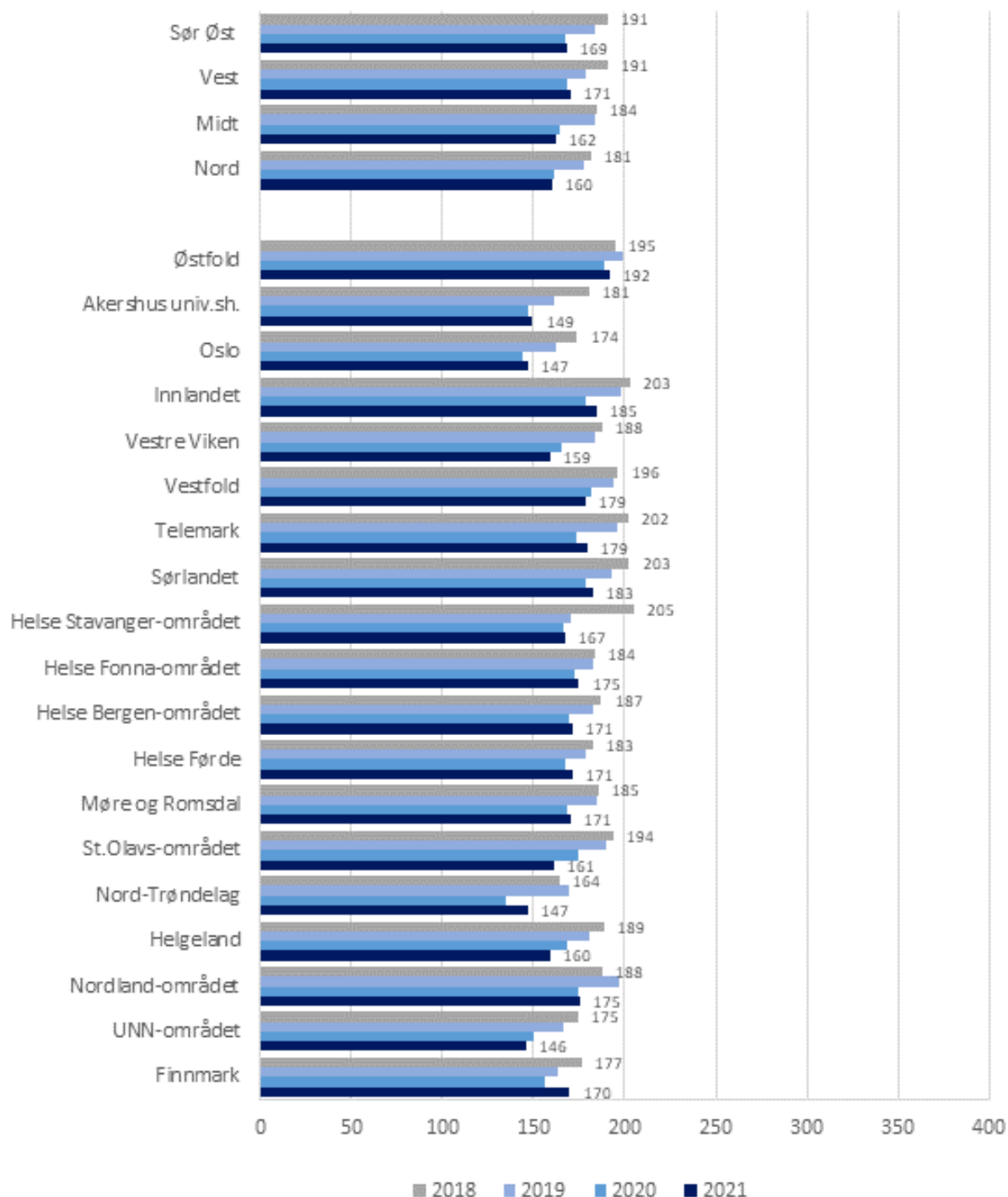
Helse Nord hadde i hele perioden (2018-2021) høyest antall personer per 1 000 som mottok en eller flere tidsbegrensede institusjonstjenester i befolkningen totalt, mens Helse Vest hadde lavest rate. Blant de ulike helsefellesskapene var raten i 2021 høyest i Østfold, om lag 2 ganger høyere enn i Oslo som var det området med lavest rate.

I samtlige regioner, og i 15 av 19 helsefellesskap, var det færre per innbygger i befolkningen som benyttet tidsbegrensede institusjonstjenester i 2021 enn 2018. Den sterkeste nedgangen sammenfaller gjennomgående med pandemiåret 2020. Fra 2020 til 2021 var det en økning i raten i alle regionene unntatt Helse Midt. Blant helse-fellesskapene var den en økning i 15 av 19 områder fra 2020 til 2021.

Dersom vi ser på befolkningen i alderen 80 år og eldre var den prosentvise reduksjonen i raten fra 2018-2021 gjennomgående høyere enn for befolkningen totalt. Men også for denne aldersgruppen har det vært en økning i raten siste året i de fleste helsefellesskapene (14 av 19). Antallet mottakere av tidsbegrensede institusjons-tjenester per innbygger blant de eldste var i 2021 høyest i Helse Vest og lavest i Helse Nord. Variasjonen mellom helsefellesskapene var litt større i 2020 enn øvrige år for denne aldersgruppen.



Figur 6: Antall mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefellesskap. 2018-2021



Figur 7: Antall mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefellesskap, blant de i alderen 80 år og eldre. 2018-2021

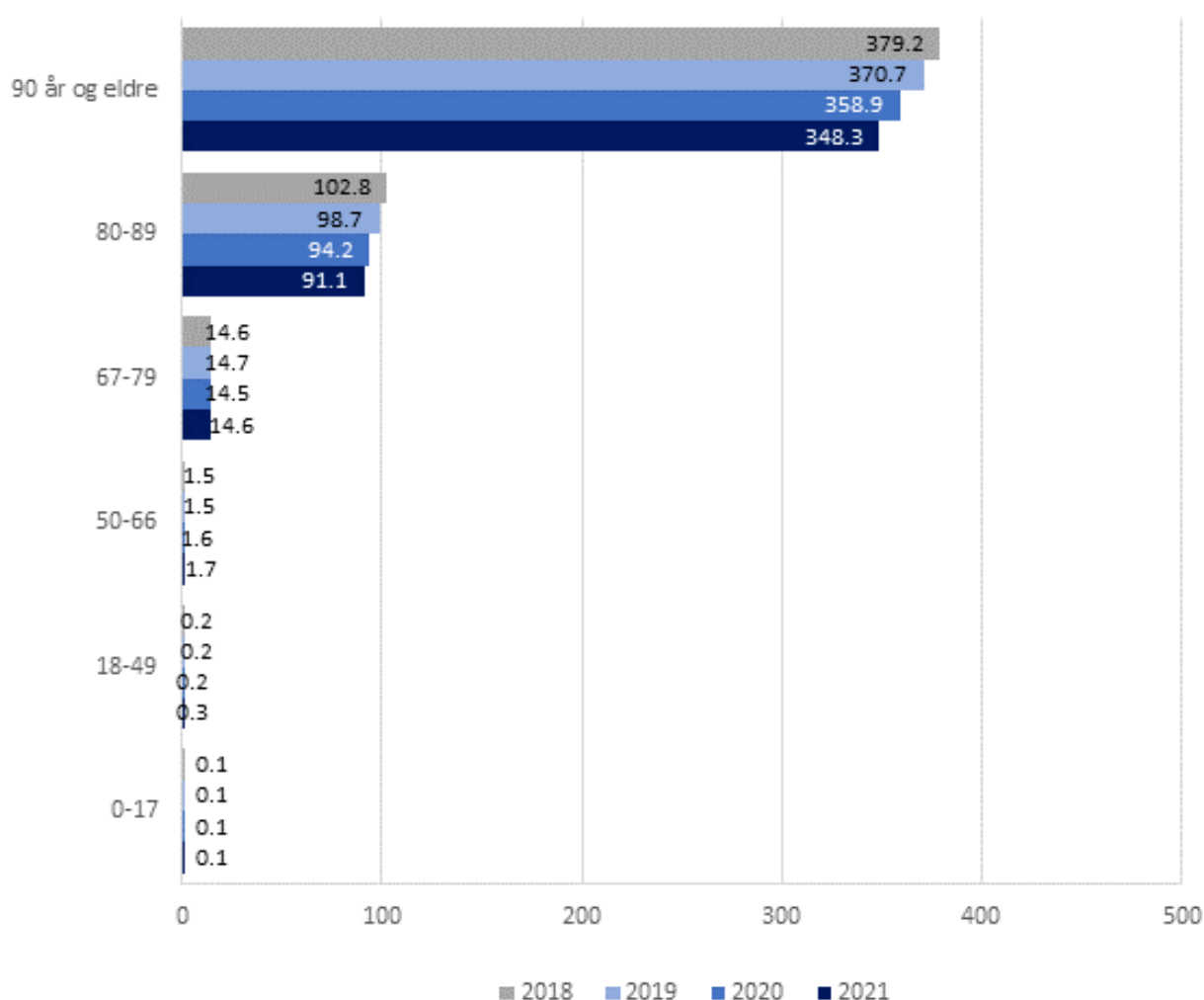
2.7

Langtidsopphold i institusjon i ulike aldersgrupper og helsefellesskap

Rundt 46 000 personer bodde på langtidsplass i institusjon hele eller deler av 2021. Dette utgjør 0,8 prosent av befolkningen. Brukerne av langtidsplass i institusjon er i hovedsak eldre personer, hvorav om lag 3 av 4 er over 79 år.

Over en tredjedel av befolkningen i alderen 90 år og eldre, og i underkant av 10 prosent av befolkningen fra 80-89 år hadde en langtidsplass i institusjon i 2021.

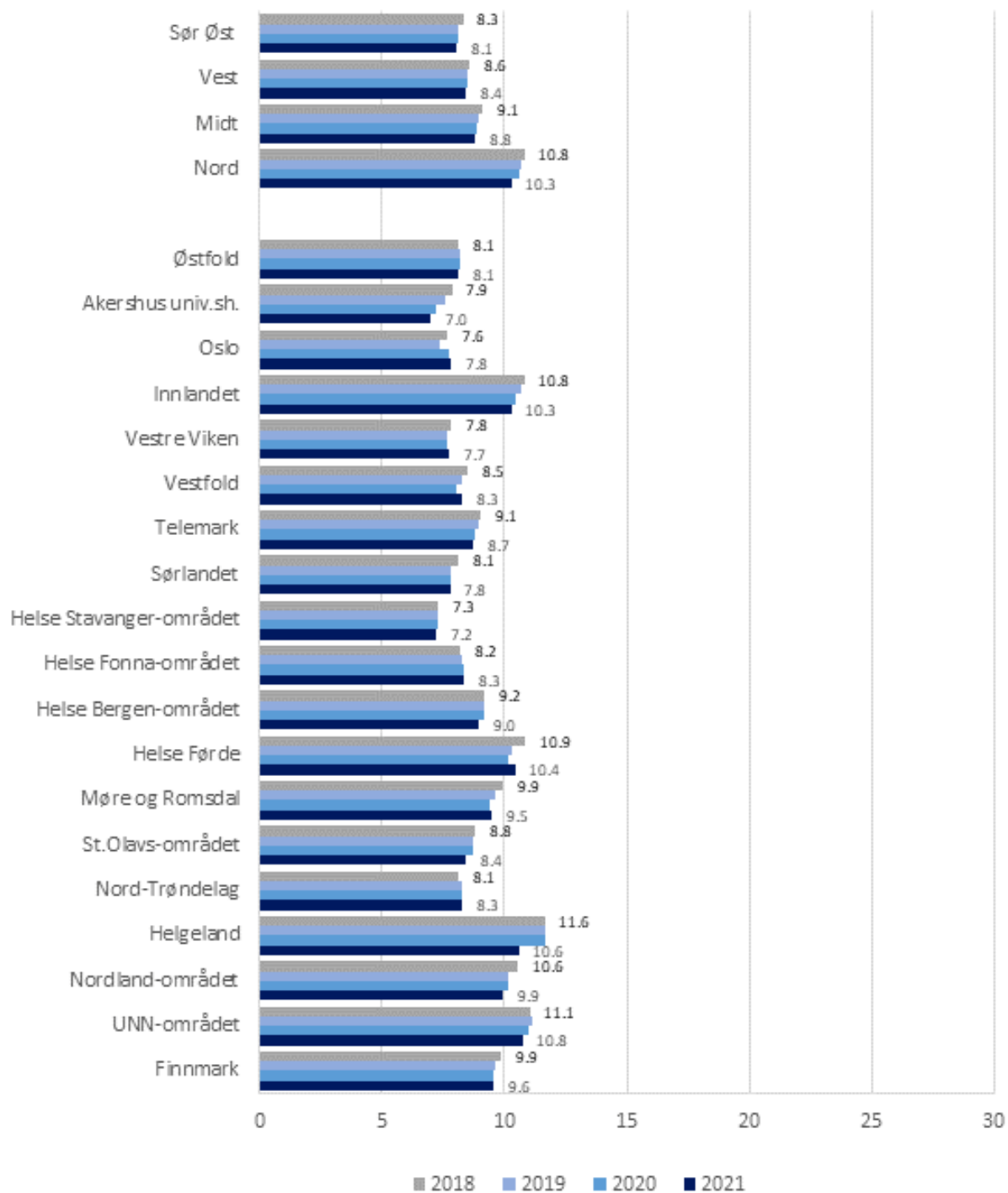
Det har vært årlig reduksjon i raten i perioden 2018 til 2021 for de i alderen 80 år og over. Blant de under 80 år har det vært mindre endringer i perioden. Siden reduksjonen var omtrent like sterk fra 2018 til 2019 som fra 2019 til 2020, er det ingen tydelige holdepunkter for at dette har sammenheng med pandemisituasjonen.



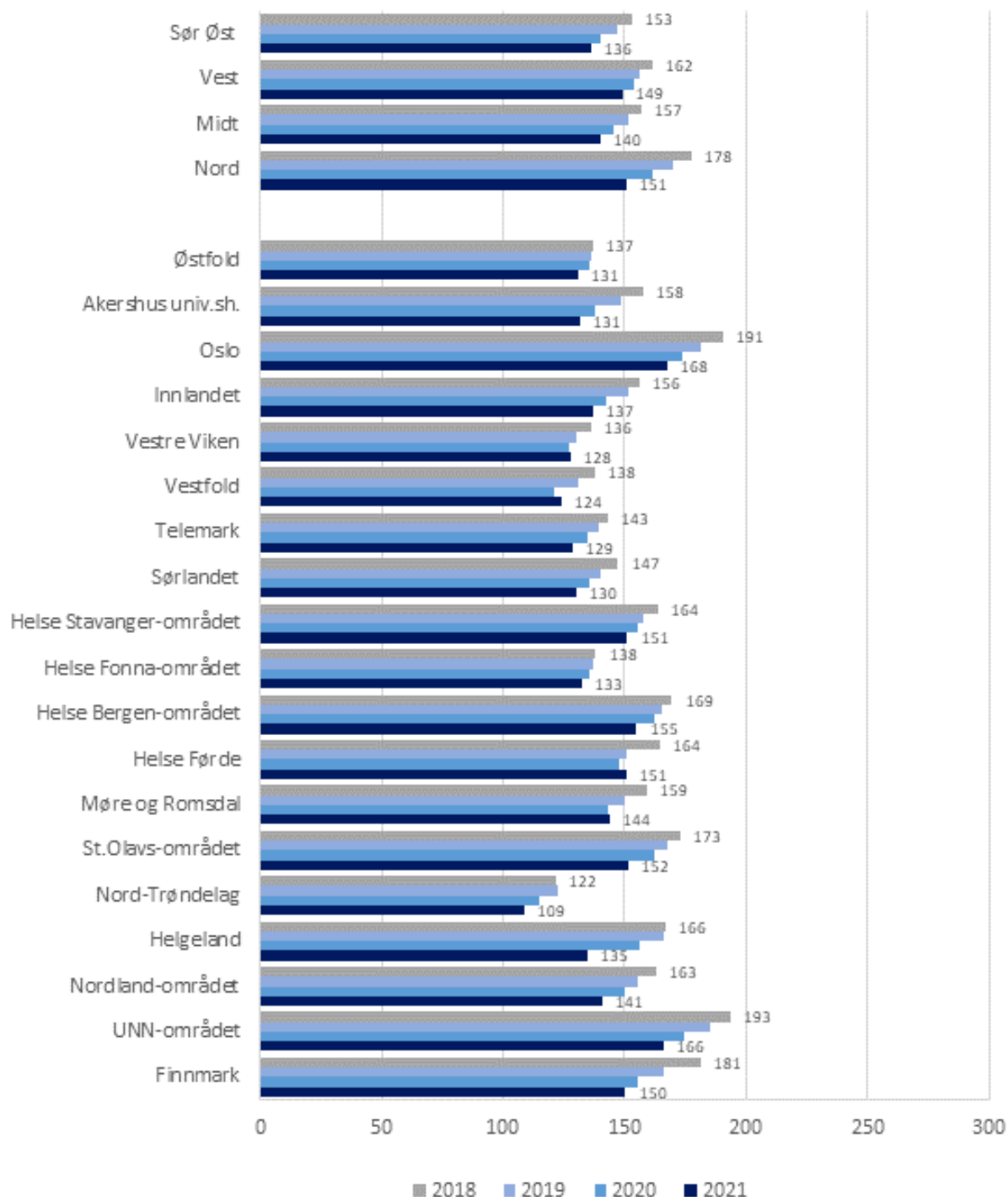
Figur 8: Antall mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2018-2021

I regionene var antall mottakere av langtidsopphold i 2021 i institusjon per 1 000 innbyggere høyest i Helse Nord og lavest i Helse Sør-Øst. Blant helsefelleskapene var det høyest rate i UNN-området (10,8) og lavest i området for Akershus universitets-sykehus (7,0). I perioden 2018 til 2021 gikk raten ned i samtlige regioner og alle helsefelleskap unntatt Østfold, Oslo, Helse Fonna-området og Nord-Trøndelag.

For aldersgruppen 80 år og eldre var det sterkere nedgang i raten i perioden fra 2018 til 2021 enn for befolkningen totalt i alle områdene. Det var også relativt store forskjeller mellom helsefelleskapene, med lavest rate i Nord-Trøndelag (109) og høyest rate i Oslo (168). I alle regionene og de fleste (15 av 19) helsefelleskapene var det også en nedgang i raten fra 2020 til 2021 for denne aldersgruppen. Variasjonen mellom helsefelleskapene har blitt litt mindre i perioden 2018-2021 for denne aldersgruppen.



Figur 9: Antall mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap. 2018-2021



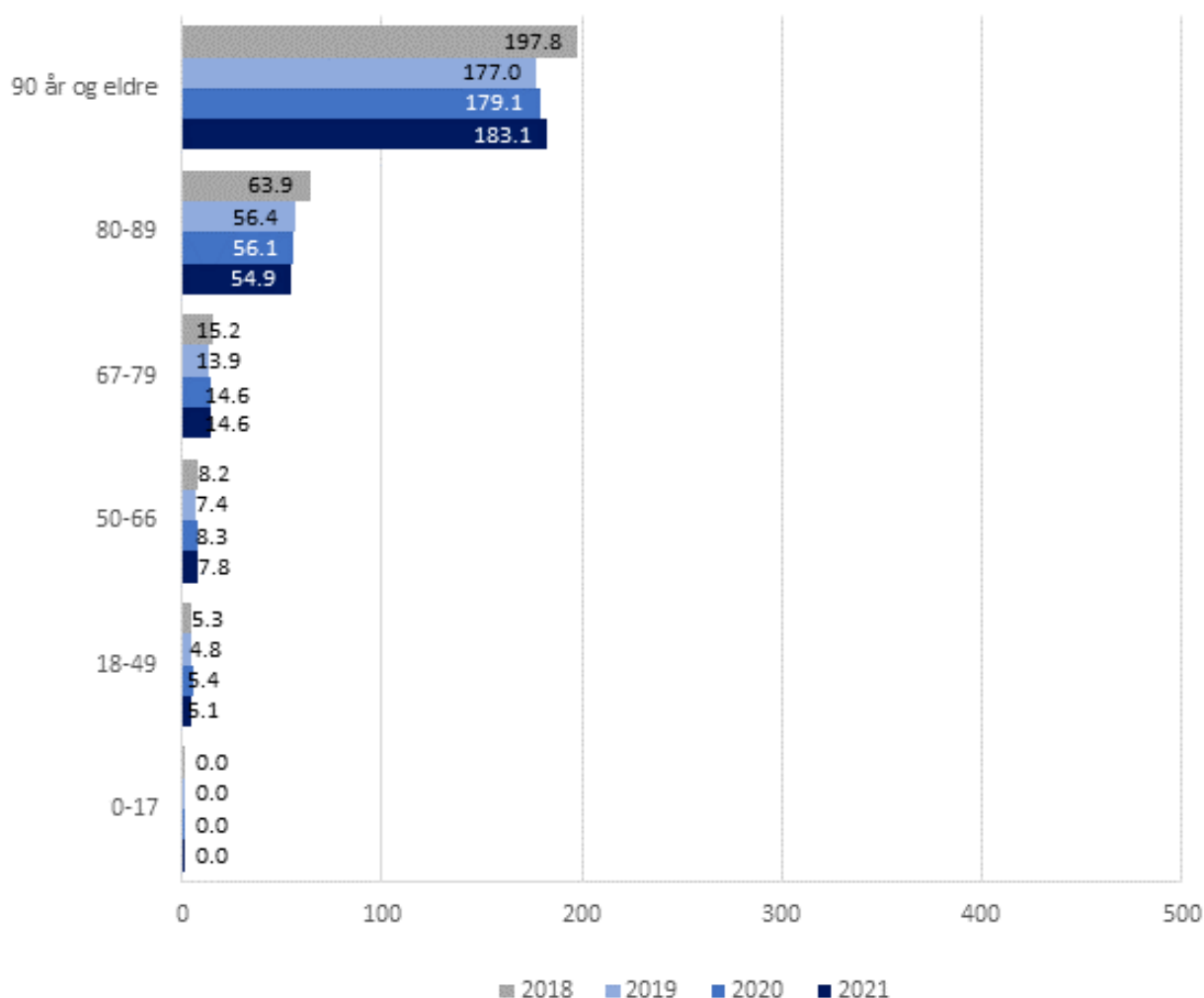
Figur 10: Antall mottakere av langtidsopphold i institusjon per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap, Blant de i alderen 80 år og eldre. 2018-2021

2.8

Bolig for helse- og omsorgsformål i ulike aldersgrupper og helsefelleskap

I 2021 bodde ca. 49 000 personer i Norge i en bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål. Dette utgjør 0,9 prosent av befolkningen. Om lag 40 prosent av dem er i alderen 80 år eller eldre, mens 24 prosent er under 50 år.

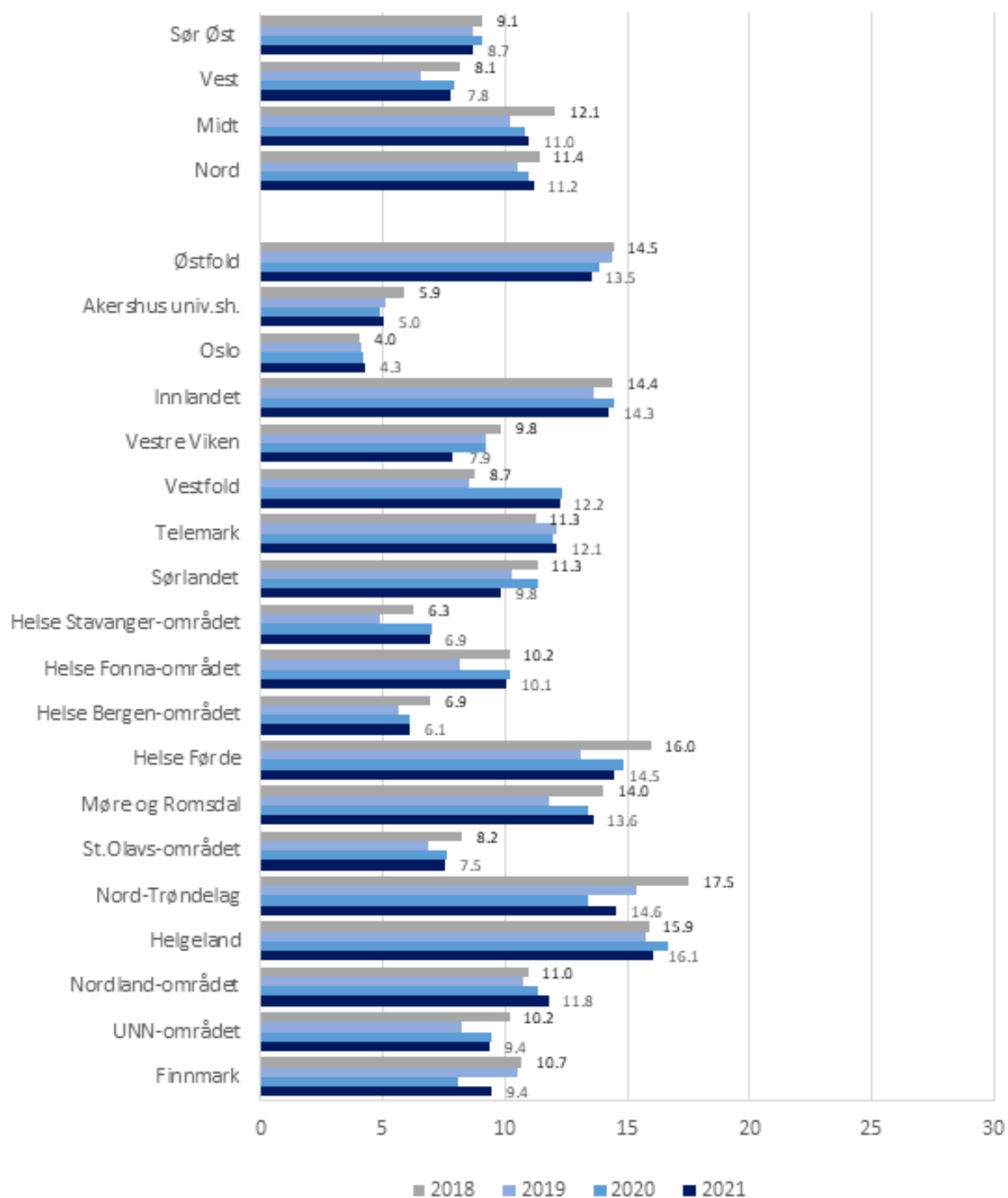
Raten for bruk av boligtilbud var gjennomgående lavere i 2021 enn i 2018 for alle alders-gruppene bortsett fra de yngste. På grunn av endring i registrering i 2019 må imidlertid tidsserien for bruk av boligtilbud tolkes med noe varsomhet.



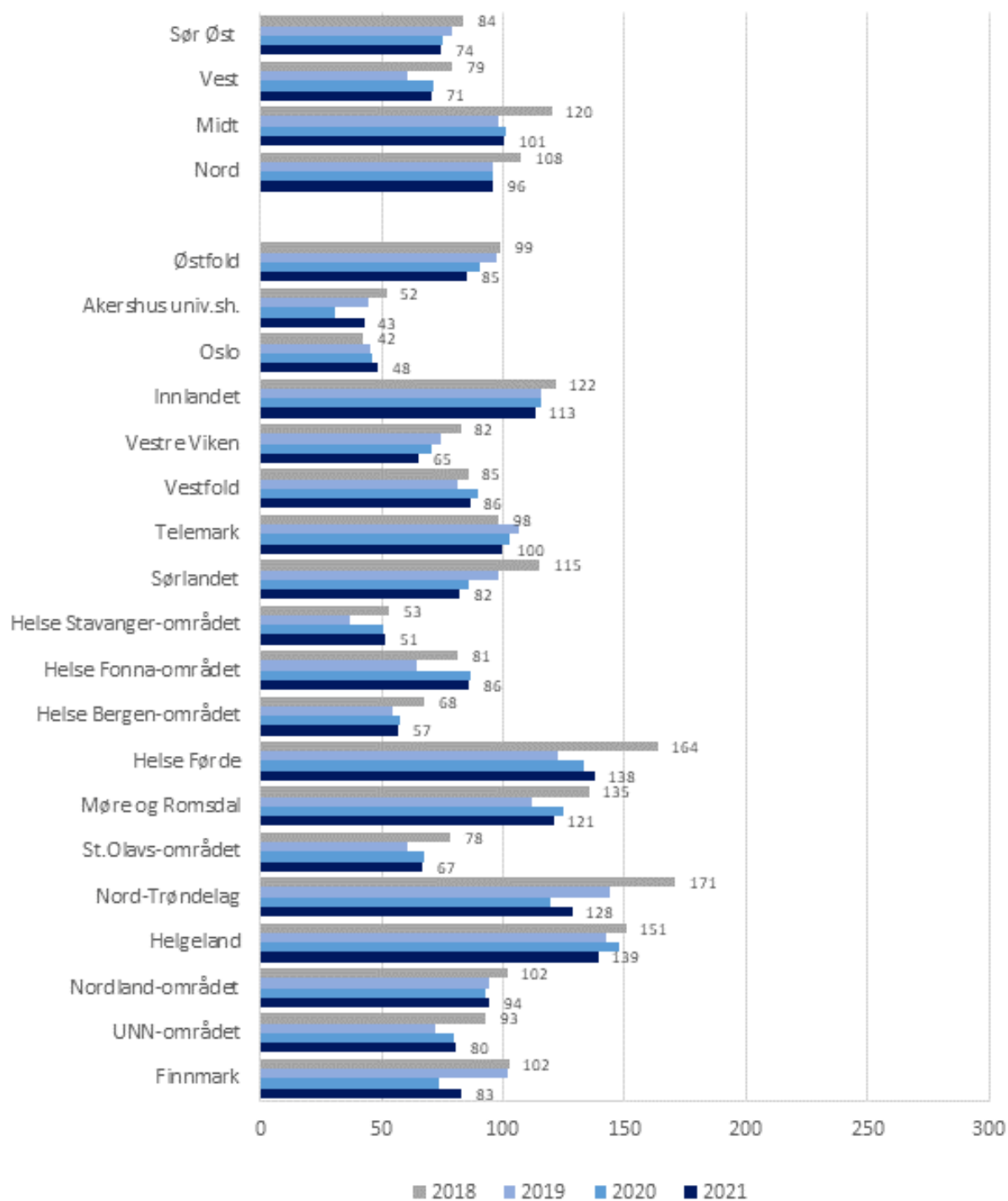
Figur 11: Antall mottakere av boligtilbud som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2018-2021

I 2021 var antall brukere per 1 000 innbyggere av bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål høyest i region Nord (11,2) og lavest i region Vest (7,8). Det var relativt store variasjoner mellom helsefelleskapene der høyeste rate (Helgeland) var omtrent 4 ganger høyere enn laveste rate (Oslo) for hele befolkningen. For befolkningen 80 år og over hadde Helgeland høyest nivå med 139 per 1 000 innbyggere, omtrent 3 ganger så høyt nivå som området tilknyttet Akershus Universitetssykehus.

Fra 2018 til 2021 var det en nedgang i raten for alle regionene og for 13 av 19 Helsefelleskap. Fra 2020 til 2021 ble raten redusert i 11 av helsefelleskapene om man ser på befolkningen totalt. Blant de i alderen 80 år og eldre var ble raten redusert i henholdsvis 15 og 11 av helsefelleskapene fra 2018 til 2021 og fra 2020 til 2021. For de i alderen 80 år og eldre var raten for bruk av boligtilbud i 2021 høyest i Helse Midt, og lavest i Helse Vest. Variasjonen mellom helsefelleskapene har blitt litt redusert i perioden fra 2018-2021 for denne aldersgruppen.



Figur 12: Antall mottakere av boligtilbud som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap. 2018-2021



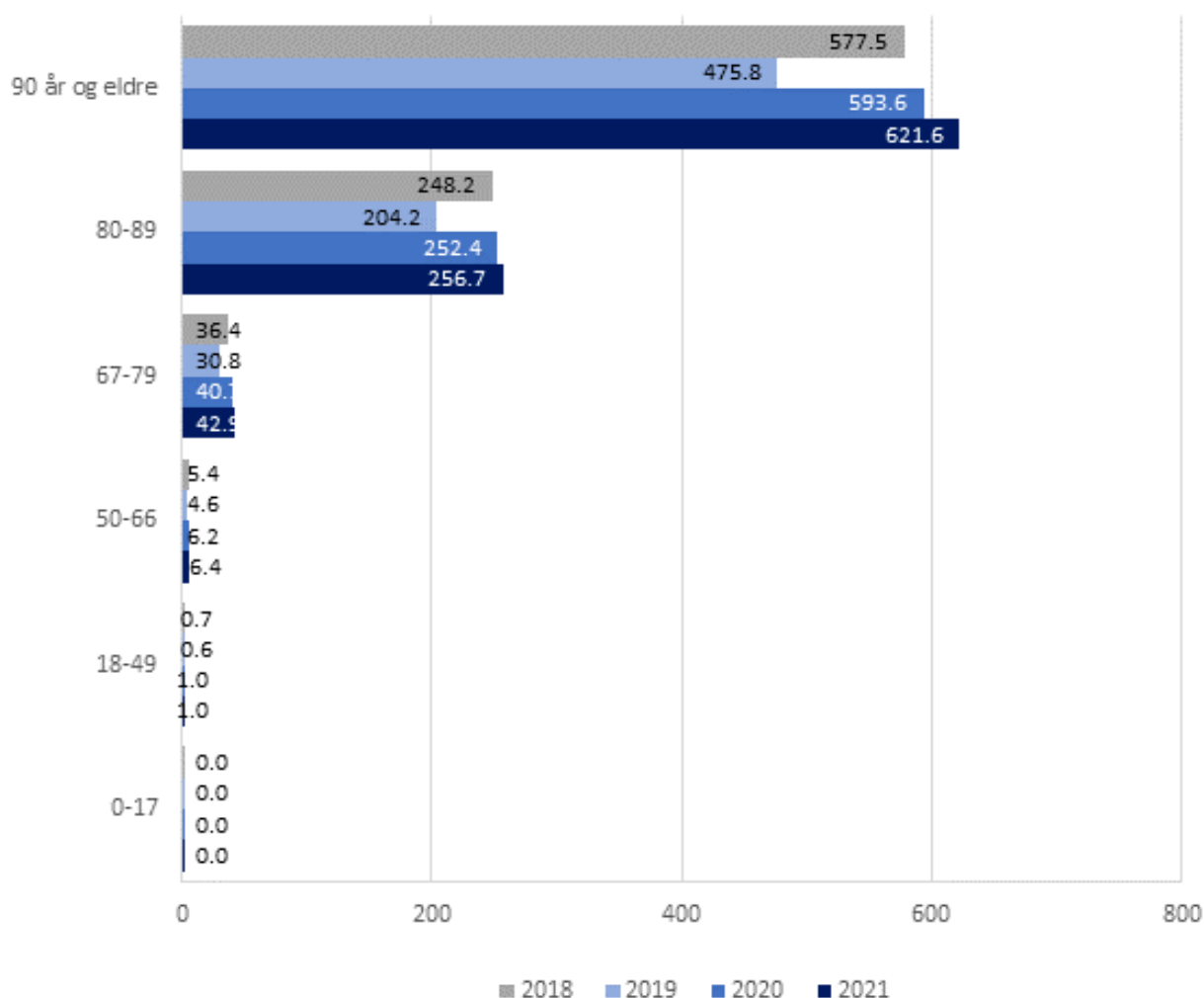
Figur 13: Antall mottakere av boligtilbud som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap, blant de i alderen 80 år og eldre. 2018-2021

2.9

Velferdsteknologi i ulike aldersgrupper og helsefelleskap

Nær 116 000 personer i Norge benyttet velferdsteknologi i 2021, noe som utgjør 2,1 prosent av befolkningen. Om lag 7 av 10 av disse er i alderen 80 år eller eldre. Totalt hadde rundt en tredjedel av de i alderen 80 år eller eldre benyttet velferdsteknologi i løpet av 2021.

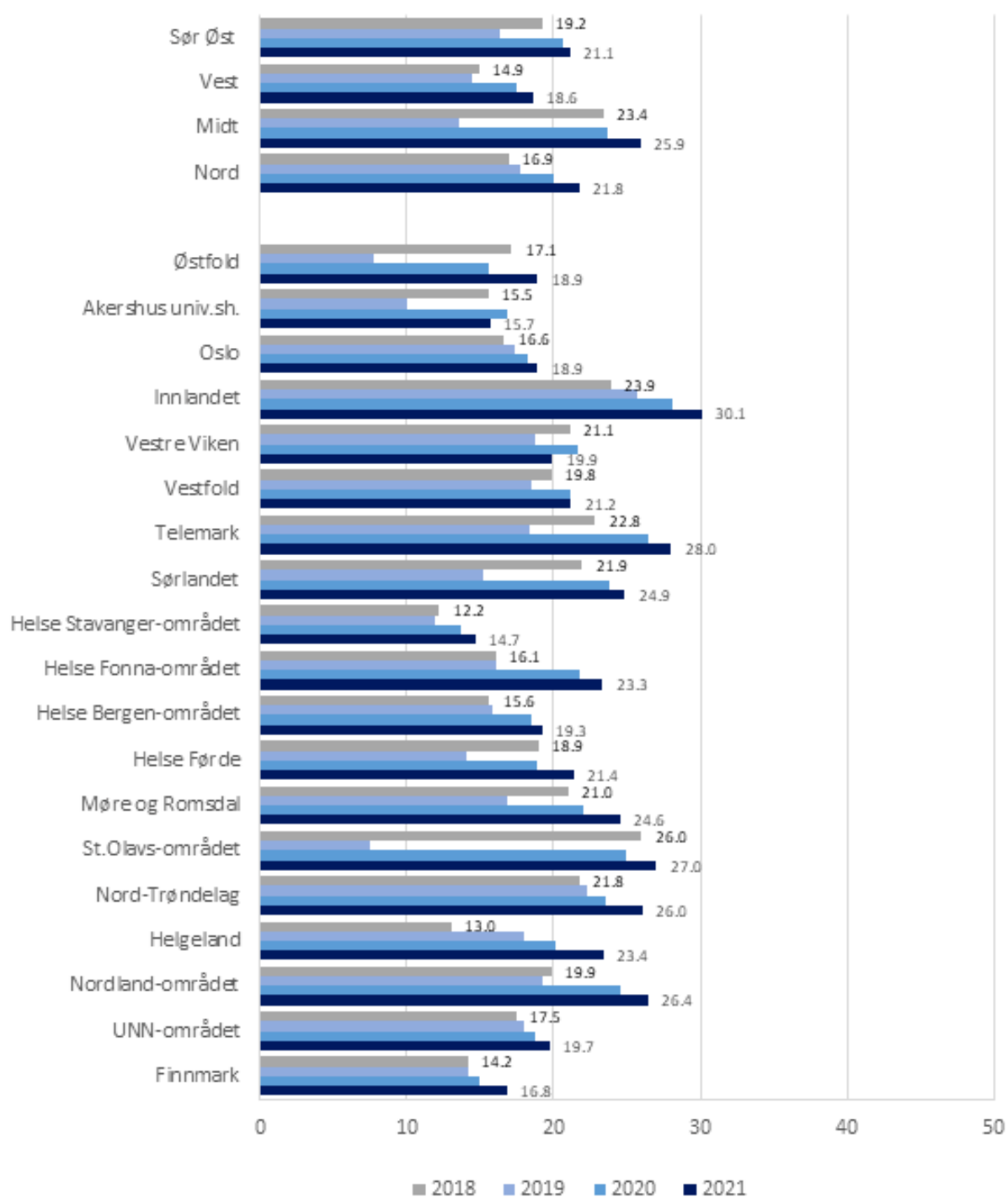
Antallet som brukte velferdsteknologi, økte i perioden fra 2018 til 2021 i alle aldersgruppene.[13] For de i alderen 80 år eller eldre var økningen på 11 prosent. Det var en underrapportering av denne type tjeneste i 2019, som bidrar til at ratene for dette året er kunstige lave. Videre var det en økning i raten fra 2020 til 2021 som indikerer at bruken av velferdsteknologiske løsninger også økte under pandemien.



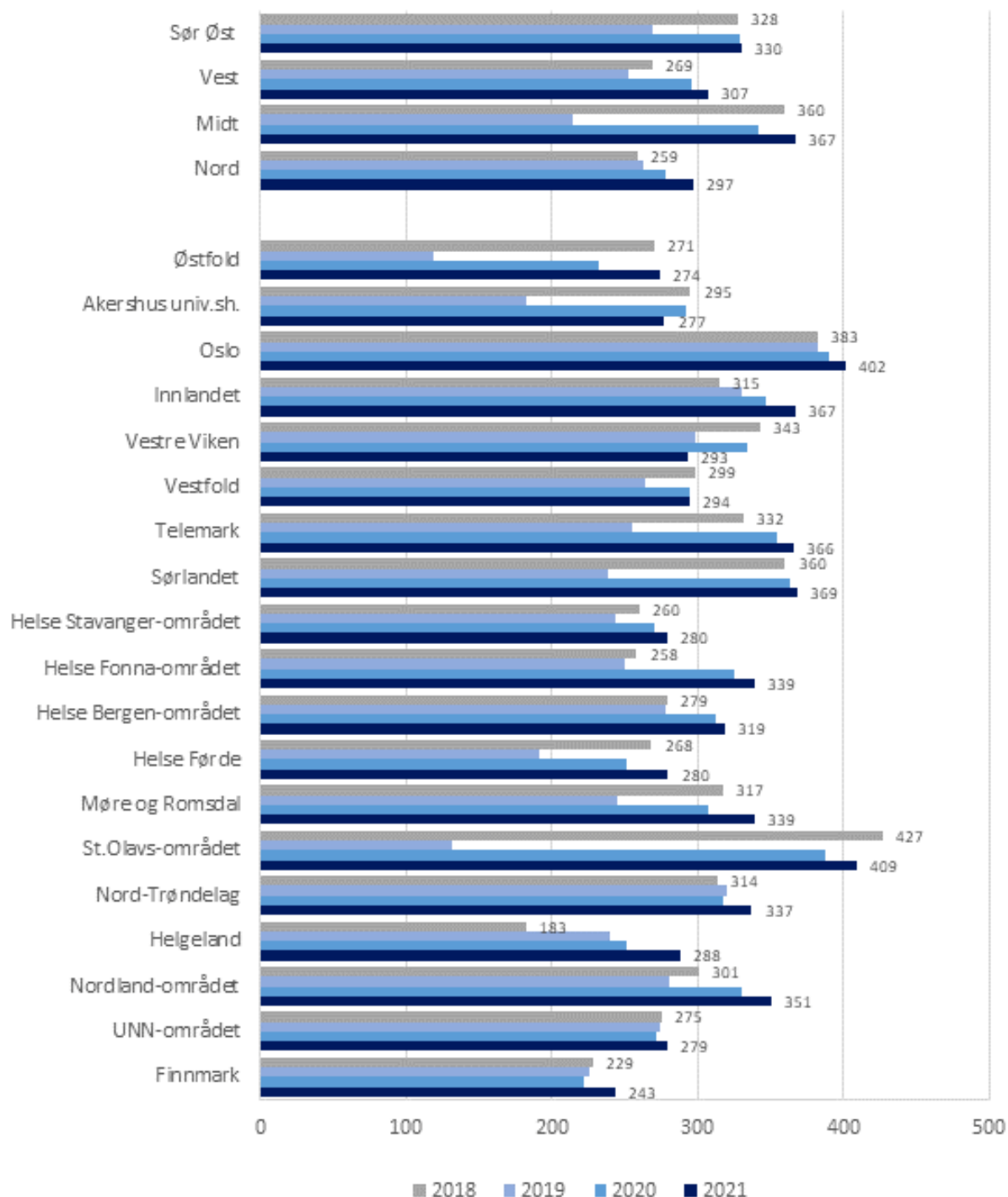
Figur 14: Antall mottakere av velferdsteknologi per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2018-2021

Antall per 1 000 innbyggere som mottok velferdsteknologi i 2021 var høyest i Helse Midt (25,9) og lavest i Helse Vest (18,6). I helsefellesskapet med høyest nivå var det om lag dobbelt så mange som hadde tilgang på en eller flere velferdsteknologiske tjenester enn i området med lavest nivå.

I alle regionene, og i alle helsefellesskapene unntatt Vestre Viken, var det flere som mottok velferdsteknologi i 2021 enn i 2018. Blant regionene var det sterkest vekst i Helse Vest og Helse Nord, noe vi også finner om vi kun ser på befolkningen i alderen 80 og eldre. Blant den eldste aldersgruppen (80 år og over) hadde 15 av 19 helse-fellesskap en økning i raten for bruk av velferdsteknologi fra 2018 til 2021. Velferds-teknologi har også blitt benyttet av flere i 2021 enn 2020 i alle regionene og de fleste helsefellesskapene, både blant befolkningen totalt og de i alderen 80 og eldre. Blant de eldste har variasjonen mellom helsefellesskapene blitt litt mindre i perioden fra 2018 til 2021.



Figur 15: Antall mottakere av velferdsteknologi per 1000 innbyggere i ulike regioner og helseforetak. 2018-2021



Figur 16: Antall mottakere av velferdsteknologi per 1000 innbyggere i ulike regioner og helsefelleskap blant de i alderen 80 år og eldre. 2018-2021

Fotnoter

[13] Noen større kommuner meldte om overrapportering av velferdsteknologi i 2020.

2.10

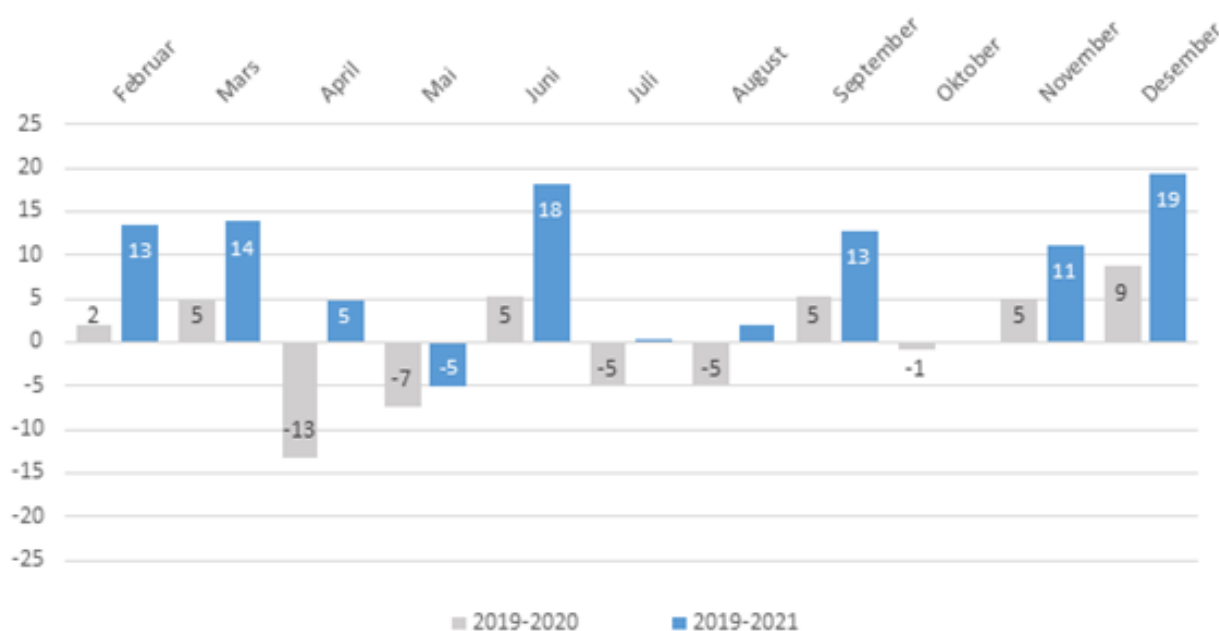
Månedlige variasjoner under pandemien

For å se nærmere på hva som skjedde med bruken av tjenester når pandemien startet, viser vi månedlige variasjoner i oppstartede omsorgstjenester. Dette er presentert som prosentvis endring i antall mottatte tjenester med oppstartdato per måned mot antall tjenester med oppstart-dato i tilsvarende måned året før. Identiske vedtak for samme person, med like opplysninger som tjenestetype, startdato, sluttdato, omfang med mer, er behandlet som duplikater og telles bare en gang. I denne delen vil vi vise tall for tjenester til hjemmeboende og institusjonstjenester, både tidsbegrenset og langtids-opphold. For tidsbegrensede institusjons-tjenester, som er den typen tjeneste som synes å ha vært mest påvirket av pandemien, vil vi i tillegg til nasjonale tall vise tall for helsefelleskapene, samt at vi vil se nærmere på ulike aldersgrupper. På grunn av endring i registreringspraksis i 2019 og omlegging av fagsystem vises ikke månedlige variasjoner for velferdsteknologi og boligtilbud.

Vi sammenligner månedene fra og med februar til og med desember, hvor vi utelater januar. Det skyldes at overgangen fra 2019 til 2020 med kommunesammenslåing ser ut til å kan ha gitt et høyere antall tjenester registrert med oppstart i januar enn tidligere, og det kan tenkes noen av dem på grunn av kommunesammenslåing egentlig er tjenester som er videreført fra året før.

Tjenester til hjemmeboende

I starten av pandemien var det færre oppstartede tjenester til hjemmeboende enn tilsvarende måned året før. I april og mai 2020 var det henholdsvis 13 og 7 prosent færre oppstartede tjenester til hjemmeboende sammenlignet med 2019. De øvrige månedene var det mindre endring, og i enkelte måneder etter pandemien startet var det flere startede tjenester i 2020 enn 2019.



Figur 17: Prosentvis endring fra 2019-2020 og 2019-2021 i antall tjenester/vedtak med oppstartdato i ulike måneder. Tjenester til hjemmeboende

Blant enkelttjenestene som inngår var det relativt store variasjoner. Dagaktivitetstilbudet[14] var særlig påvirket og fikk en betydelig nedgang når pandemien inntraff og alle etterfølgende måneder i 2020 sammenlignet med 2019. Størst nedgang var det i april og mai der antall oppstartede dagaktivitetstjenester var henholdsvis 67 og 44 prosent lavere i 2020 enn tilsvarende måneder i 2019. Nivået var også betydelig lavere enn i 2019 til over sommeren (over 20 prosent lavere), mens reduksjonen i høstmånedene varierte fra – 7 til – 16 prosent sammenlignet med tilsvarende måneder i 2019. Det var også tydelig nedgang for avlastning utenfor institusjon fra pandemien startet til over sommermånedene, før det ble en økning i

oktober og november. For tjenesten støttekontakt var det fra 2019 til 2020 en reduksjon fra pandemien startet og frem til over sommeren. For helsetjenester i hjemmet, og ulike typer praktisk bistand, var det mindre månedlige endringer knyttet til oppstart av pandemien i 2020 og de påfølgende månedene. Det var omtrent like mange måneder med økning som nedgang. Matombringing hadde et like høyt eller høyere omfang i 2020 enn 2019 i mer enn halvparten av månedene etter at pandemien startet. Omsorgsstønad var gjennomgående omtrent like utbredt eller mer i 2020 enn 2019 i månedene etter pandemien startet. I spesielt september-november 2020 var antallet høyere enn 2019.

I 2021 var antall startede tjenester til hjemmeboende på et høyere nivå enn 2019 alle måneder unntatt i mai. Blant de ulike enkelttjenestene viser resultatene at antall oppstartede tjenester med dagaktivitetstilbud var betydelig lavere enn i 2019 fram til rundt sommeren i 2021. For de ulike typene praktisk bistand i hjemmet var nivået av oppstartede tjenester relativt likt eller høyere i 2021 enn 2019 i mer enn halvparten av månedene. Antall oppstartede helsetjenester i hjemmet var betydelig høyere i 2021 enn 2019 de fleste månedene[15]. Matombringing var mer utbredt i alle månedene i 2021 enn 2019 unntatt mai og februar. Avlastning utenfor institusjon var betydelig nærmere nivået i 2019 de fleste av månedene enn det som var tilfelle i 2020, men ligger fortsatt noe lavere i omtrent halvparten av månedene. For tjenesten støttekontakt var det i 2021 fortsatt et stykke igjen til nivået i 2019, og antall startede tjenester per måned lå lavere hele året unntatt i juni. Tjenesten omsorgsstønad var gjennomgående på omtrent like høyt eller høyere nivå i 2021 enn i 2019.

Langtidsopphold i institusjon

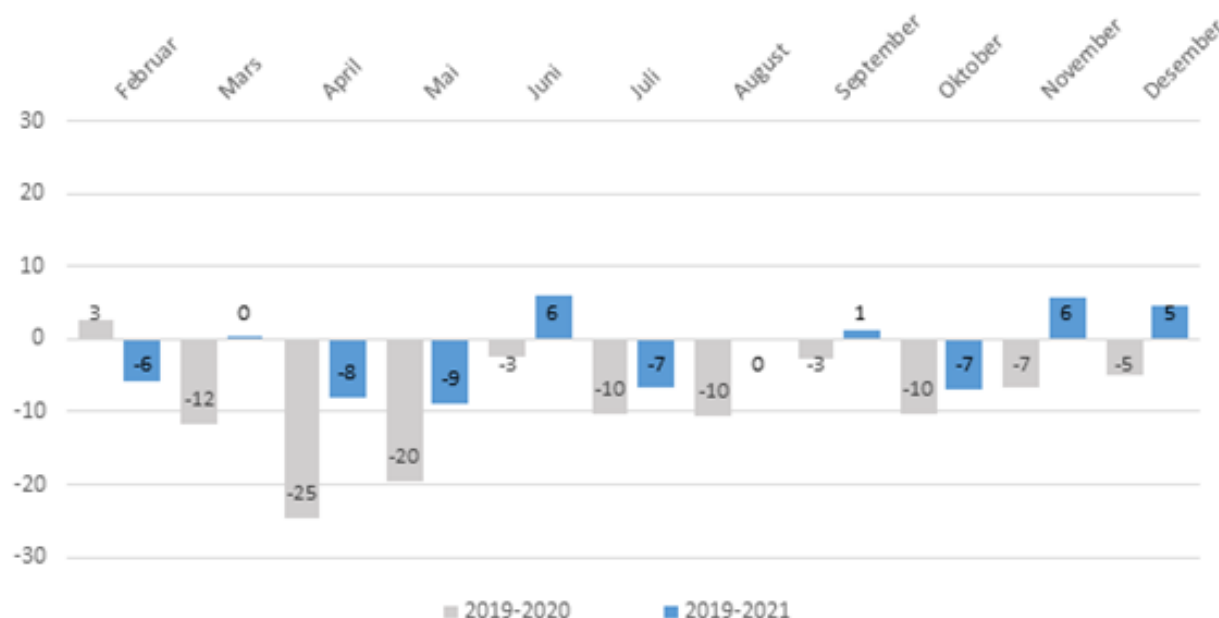
Antall oppstartede langtidsopphold i institusjon hadde en nedgang på henholdsvis 4 og 13 prosent i april og mai 2020 sammenlignet med tilsvarende måneder i 2019, men omfanget virker ellers å være lite påvirket av pandemisituasjonen. I juni, september og desember var antall oppstartede langtidsopphold høyere i 2020 enn i 2019. I 2021 var det også færre oppstartede opphold i april og mai. Ellers var nivået de fleste månedene relativt likt eller høyere enn i 2019, og særlig i november og desember 2021 var det betydelig flere oppstartede langtidsopphold enn i 2019.



Figur 18: Prosentvis endring fra 2019-2020 og 2019-2021 i antall tjenester/vedtak med oppstartdato i ulike måneder. Langtidsopphold i institusjon

Tidsbegrensede institusjonstjenester

Av de ulike tjenestetypene var det størst endring fra 2019 til 2020 for tidsbegrensede institusjonstjenester. I mars 2020 startet 12 prosent færre tidsbegrensede institusjonsopphold enn i mars 2019. Nedgangen var størst i april (-25 prosent) og mai (-20 prosent).



Figur 19: Prosentvis endring fra 2019-2020 og 2019-2021 i antall tjenester/vedtak med oppstartdato i ulike måneder. Tidsbegrensede institusjonstjenester

I 2021 var nivået av oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold nærmere 2019 enn i 2020, men det var fortsatt færre i februar, april, mai, juli og oktober. På slutten av 2021 og i juni var det et høyere antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold enn i tilsvarende måneder i 2019. Resultatene tyder på at koronapandemien hadde svakere effekt på antall oppstartede tidsbegrensede opphold i 2021 enn i 2020, selv om nivået fortsatt var noe redusert sammenlignet med 2019 ca. halvparten av månedene.

Det varierer mellom enkelttjenestene hvordan de skiller seg fra 2019 i ulike måneder. De tre kategoriene for tidsbegrensede opphold som gjelder enten utredning/behandling, habilitering/rehabilitering eller annet kan brukes noe ulikt fra kommune til kommune, og noen flytter brukerne mellom kategoriene. Dette gjør at det kan være hensiktsmessig å se på bruken samlet sett for disse typene tidsbegrensede opphold. Samlet var nivået på disse tjenestene lavere enn i 2019 gjennom hele 2020 og frem til midten av 2021. Kun i juni, november og desember 2021 var nivået høyere enn i 2019. Det var særlig tidsbegrensede opphold (annet) som gjorde at nivået også lå lavere i 2021 enn 2019 de fleste månedene.

Rapporten Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester[16] (2021) viser noe av det samme mønsteret som vist her for de tre typene tidsbegrensede opphold [17], der det er et markant fall i antall personer som mottar tjenester som sammenfaller med tidspunktet for nedstenging av samfunnet ved oppstarten av korona-pandemien.

Antall oppstartede dagopphold[18] i institusjon var betydelig lavere enn i 2019 gjennom hele 2020 fra pandemien startet og det meste av 2021. Kun i september og november 2021 var nivået litt høyere eller likt som i 2019. Avlastning i institusjon var på nivå med 2019 eller høyere de fleste månedene i 2021, men lå gjennomgående lavere gjennom hele 2020. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold hadde et gjennomgående høyere omfang på månedlig basis i 2021 enn i 2019, men lå i 2020 jevnt over på et lavere nivå enn 2019.

Resultatene for månedlige variasjoner for de ulike tjenestetypene viser altså samlet sett sterkest innvirkning på de tidsbegrensede institusjonsoppholdene under pandemien. Under vil vi se nærmere på hvordan de månedlige variasjonene for tidsbegrensede institusjonsopphold slår ut for tjenestemottakerne i ulike aldersgrupper og i ulike regioner og helsefelleskap.

Månedlige variasjoner i aldersgrupper

Alle aldersgrupper ble rammet av reduksjonen i oppstartende tidsbegrensede institusjonsopphold da pandemien startet, men i noe høyere grad de eldste. I april 2020 var antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold nær 30 prosent lavere blant de over 80 år sammenlignet med tilsvarende måned i 2019, og lå jevnt over på et lavere nivå hele 2020 enn i 2019. Blant brukerne i den yngste aldersgruppen (0-17 år) var reduksjonen på 7 prosent, mens den varierer fra 21-25 prosent blant brukerne i øvrige aldersgrupper i april som er måneden med sterkest reduksjon. Brukerne i den yngste aldersgruppen (0-17 år) har jevnt over noe mindre månedlig reduksjon i oppstartede tidsbegrensede opphold utover i 2020, og det er også måneder der antallet er høyere enn tilsvarende måned i 2019 (juni, november og desember).

Det var gjennomgående mindre forskjell i 2021 sammenlignet med 2019 enn i 2020. For den yngste aldersgruppen (0-17 år) var det flere oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold alle måneder i 2021 enn i 2019. I november og desember 2021 var nivået høyere enn 2019 for omtrent alle aldersgruppene. Også i 2021 var reduksjonen i opphold størst for de eldste sammenlignet med 2019. Spesielt i april og mai 2021 var antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold lavere enn i 2019 for de i alderen 80 og eldre.

Tabell 4: Prosentvis endring fra 2019 – 2020 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder for ulike aldersgrupper

	0-17	18-49	50-66	67-79	80-89	90 år og eldre
Februar	21	1	3	1	2	0
Mars	9	-16	-3	-13	-14	-15
April	-7	-22	-21	-25	-27	-29
Mai	-11	-15	-21	-22	-20	-20
Juni	7	-3	3	-6	-3	-3
Juli	-10	-8	-6	-10	-10	-13
August	-6	-6	-5	-7	-15	-13
September	-10	-6	6	1	-7	0
Oktober	0	-10	-8	-6	-16	-10
November	1	-7	-6	-4	-9	-9
Desember	6	-13	-11	-3	-7	-4

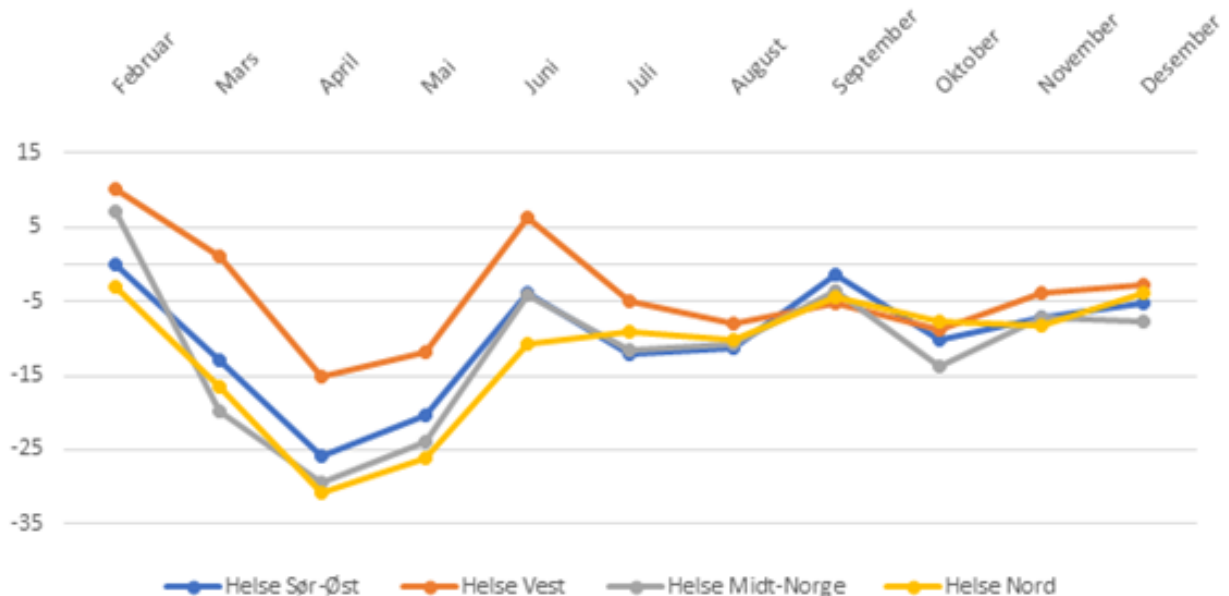
Tabell 5: Prosentvis endring fra 2019 – 2021 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder for ulike aldersgrupper

	0-17	18-49	50-66	67-79	80-89	90 år og eldre
Februar	20	-7	-10	-7	-8	-7
Mars	27	-1	2	-2	-3	0
April	14	-2	-9	-6	-13	-11

Mai	8	-7	-6	-8	-12	-12
Juni	19	2	6	6	4	3
Juli	6	-4	-7	-6	-8	-11
August	14	7	5	-1	-1	-8
September	9	-5	-5	4	2	-2
Oktober	8	-8	-7	-5	-11	-9
November	12	5	3	12	2	2
Desember	11	-2	2	6	2	8

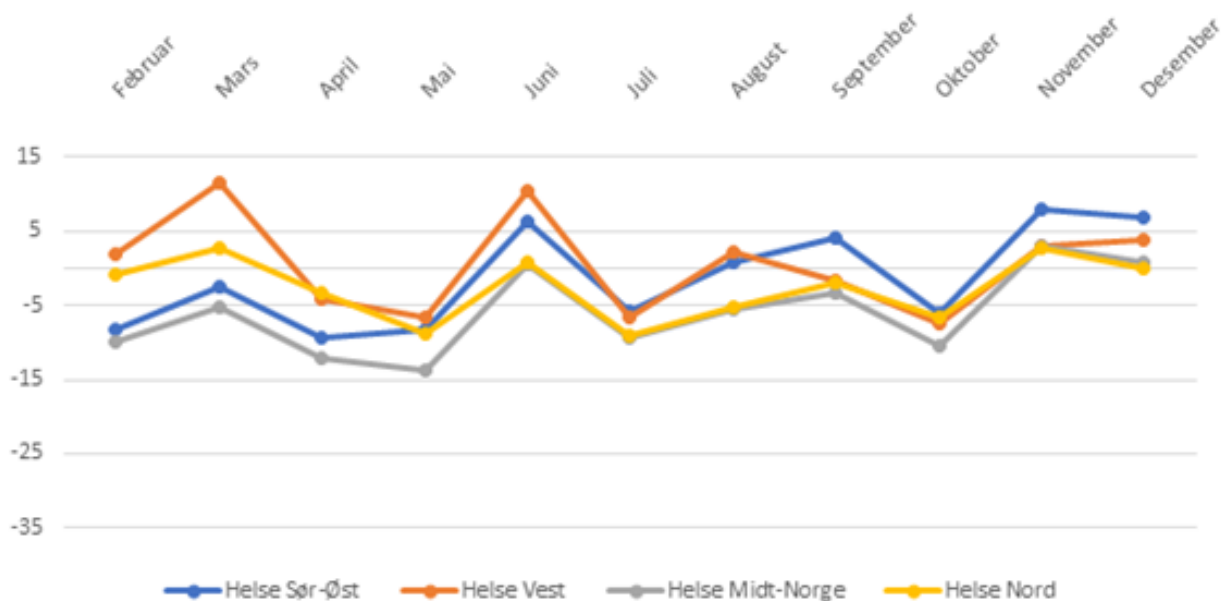
Månedlige variasjoner i regioner og helsefelleskap

Da pandemien startet i 2020, ble antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold redusert i alle regionene sammenlignet med 2019. Helse Nord hadde sammen med Helse Midt-Norge den sterkeste reduksjonen fra mars – mai. I april 2020 var det om lag 30 prosent færre oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold i Helse Nord og Helse Midt-Norge sammenlignet med april 2019. Helse Vest hadde den minste reduksjonen i april (-15 prosent) og var gjennomgående den regionen som skilte seg minst fra 2019 i antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold per måned. I Helse Sør-Øst var den en nedgang på 26 prosent i april 2020 sammenlignet med 2019, og ellers et ganske likt mønster som i Helse Nord og Helse-Midt-Norge. Fra august 2020 og resten av året var det ganske liten variasjon mellom regionene, hovedsakelig som følge av at Helse Vest ble mer på linje med øvrige regioner.



Figur 20: Prosentvis endring fra 2019 – 2020 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder

Det var mindre forskjell sammenlignet med 2019 i 2021 enn 2020 for alle regionene. I starten av året var det Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som hadde lavest antall oppstartede tidsbegrensede institusjonstjenester sammenlignet med 2019. Fra juni og ut 2021 var det Helse Nord og Helse Midt-Norge som lå lavest. På slutten av året, i november og desember, hadde samtlige regioner like mange eller flere oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold enn i 2019.



Figur 21: Prosentvis endring fra 2019 – 2021 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder

Samtlige helsefelleskap hadde en reduksjon i antall oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold i mai 2020 sammenlignet med året før, og alle bortsett fra Helse-Fonna området hadde en reduksjon i april. I april som hadde størst prosentvis nedgang var det i 7 av helsefelleskapene en nedgang på over 30 prosent sammenlignet med 2019, og sterkest i Helse Førde (-42 prosent). For 5 av helsefelleskapene var nivået av oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold lavere enn i 2019 alle måneder i 2020 fra pandemien startet. Helse Stavanger skiller seg noe fra øvrige ved at nivået av oppstartede opphold ligger likt eller høyere som i 2019 for alle måneder fra pandemien startet bortsett fra i april og mai.

Mot slutten av 2021 hadde de fleste helsefelleskapene et høyere nivå av oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold sammenlignet med 2019. Første del av 2021 frem til mai, samt oktober, hadde hovedvekten av helsefelleskapene et mindre omfang av oppstartede opphold enn i 2019. Helse Stavanger skiller seg ut også i 2021 ved at omfanget av oppstartede tidsbegrensede institusjonsopphold var høyere enn i 2019 alle måneder.

Tabell 6: Prosentvis endring fra 2019 – 2020 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder i ulike Helsefelleskap

	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desem
Østfold	6	-2	-12	-9	9	-11	-11	-4	-14	-3	-9
Akershus univ.sh.	-1	-14	-24	-15	-2	-14	-15	-2	-17	-5	7
Oslo	-3	-10	-21	-28	-11	-16	-14	8	0	-1	0
Innlandet	1	-13	-32	-20	-3	-12	-6	-8	-13	-7	-4
Vestre Viken	-2	-14	-32	-27	-10	-9	-8	-2	-11	-16	-17
Vestfold	4	-16	-31	-21	1	-8	-12	-6	-15	-7	-3
Telemark	2	-11	-16	-16	-2	-16	-12	4	-2	-6	-12
Sørlandet	-2	-25	-29	-15	-6	-11	-17	-1	-10	-9	-2
Helse Stavanger-området	14	1	-7	-3	23	7	4	12	0	10	6

Helse Fonna-området	22	17	3	-12	4	-17	-17	-18	-16	-13	-11
Helse Bergen-området	10	1	-22	-15	0	-3	-7	-6	-11	-5	-3
Helse Førde	-18	-30	-42	-19	0	-21	-22	-15	-7	-17	-4
Møre og Romsdal	6	-19	-26	-19	-7	-11	-18	-14	-20	-7	-10
St.Olavs-området	11	-23	-36	-27	-5	-15	-9	3	-13	-15	-11
Nord-Trøndelag	3	-16	-26	-29	1	-6	-1	6	-3	7	3
Helgeland	-2	-8	-22	-31	-16	2	-12	-7	-5	2	10
Nordland-området	3	-20	-38	-28	-18	-13	-18	1	-13	-10	-15
UNN-området	-7	-18	-34	-26	-7	-16	-7	-2	-9	-12	-4
Finnmark	-6	-21	-24	-12	4	-4	1	-14	0	-10	1

Tabell 7: Prosentvis endring fra 2019 – 2021 i antall tjenester/vedtak for tidsbegrensede institusjonstjenester med oppstartdato i ulike måneder i ulike Helsefellesskap

	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Deseml
Østfold	-9	-4	-1	-2	9	-2	9	5	-2	20	8
Akershus univ.sh.	-7	-1	-10	3	14	-9	-4	7	-5	5	11
Oslo	-11	8	-4	-9	2	-7	2	11	-3	9	7
Innlandet	-5	1	-11	-4	11	-2	5	5	-8	7	8
Vestre Viken	-14	-8	-15	-17	-1	-5	-2	-5	-14	1	-2
Vestfold	-6	-11	-10	-13	7	-13	-9	-5	-15	0	3
Telemark	0	-4	-10	-10	7	-16	1	9	-1	3	-4
Sørlandet	-4	-6	-13	-11	5	6	5	12	10	24	29
Helse Stavanger-området	6	19	2	3	27	1	13	16	1	15	17
Helse Fonna-området	14	16	4	-8	6	-16	-10	-15	-18	-11	-9
Helse Bergen-området	-1	11	-9	-11	7	-4	6	-3	-8	6	2
Helse Førde	-17	-17	-16	-8	-4	-19	-15	-9	1	-8	13
Møre og Romsdal	-8	-2	-11	-10	7	-8	-10	-10	-12	6	0
St.Olavs-området	-11	-10	-14	-19	-6	-16	-5	-1	-12	-5	-3
Nord-Trøndelag	-11	-4	-12	-12	-1	-2	4	8	-5	12	9
Helgeland	1	-1	-20	-16	-2	-13	-17	-9	-21	10	3
Nordland-området	3	-1	1	-7	-2	-10	-9	2	-9	-6	-11
UNN-området	-7	10	-4	-10	5	-18	6	4	4	7	5
Finnmark	6	0	19	3	1	26	-1	-8	-1	-1	8

Fotnoter

[14] Dagopphold i institusjon (tidsbegrenset institusjonstjeneste) og dagaktivitetstilbud (tjeneste til hjemmeboende) bør ses i sammenheng på grunn av ulik registreringspraksis i kommunene, der noen f.eks. omregistrerer alt til dagopphold i institusjon i stedet for dagaktivitetstilbud. Mønsteret for disse kategoriene er omtrent det samme om de ses enkeltvis eller samlet. Dersom kategoriene ses samlet, var det en betydelig nedgang i oppstartede dagaktivitetstilbud/dagopphold i institusjon sammenlignet med 2019 fra pandemien startet og frem til sommer/høst 2021. Fra september 2021 og ut året var nivået høyere enn i 2019.

[15] Økningen kan delvis skyldes bedre registrering av tjenester som omhandler psykisk helse, rus, samt fysioterapi/ergoterapi. Dette er tjenester som i stor grad også var i kommunene fra før, og det er derfor usikkert hvor mye av økningen som er reell.

[16]

<https://www.ks.no/contentassets/ec643428209f4235b3d71e2238df3e51/Arsaker-til-kostnadsvekst-innen-plc>

[17] Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling, Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering, Tidsbegrenset opphold – annet.

[18] Dagopphold i institusjon (tidsbegrenset institusjonstjeneste) og dagaktivitetstilbud (tjeneste til hjemmeboende) bør ses i sammenheng på grunn av ulik registreringspraksis i kommunene, der noen f.eks. omregistrerer alt til dagopphold i institusjon i stedet for dagaktivitetstilbud. Mønsteret for disse kategoriene er omtrent det samme om de ses enkeltvis eller samlet. Dersom kategoriene ses samlet, var det en betydelig nedgang i oppstartede dagaktivitetstilbud/dagopphold i institusjon sammenlignet med 2019 fra pandemien startet og frem til sommer/høst 2021. Fra septmeber2021 og ut året var nivået høyere enn i 2019.

Konsekvenser av pandemien for brukere

Koronapandemien utgjør en betydelig risiko for sykdom og død, der vaksiner og smitteverntiltak er brukt for å hindre dette. Det har lyktes i stor grad, sammenliknet med andre land. De ønskede virkningene av disse tiltakene er imidlertid ikke et hovedtema i denne rapporten, som i hovedsak ser på uønskede effekter av smitteverntiltak.

Under pandemien ble flere tjenester redusert eller stengt i kortere og lengre perioder.[19] Endring i tjenester samt besøksrestriksjoner har påvirket helse og livs-kvalitet til berørte i ulik grad for alle brukere av omsorgstjenester. Dette er rapportert av brukere gjennom ulike spørreundersøkelser som belyser uheldige konsekvenser av smitteverntiltak og hvordan dette har påvirket deres livssituasjon. Smittevern-tiltakenes uheldige virkninger knyttet til omsorgs-tjenestene kan særlig ha rammet personer med funksjons-nedsettelse, personer med demens og personer med omfattende bistandsbehov.[20] Undersøkelser viser at omkostningen har vært særlig store for sårbare eldre og mennesker som er avhengig av bistand i hverdagen. Kommunenes rapportering til kommunalt pasient- og brukerregister bekrefter at det skjedde en reduksjon i tilbud, særlig i første del av pandemien. Tidsbegrensede opphold, dagopphold i institusjon og dagaktivitetstilbud var særlig påvirket av pandemien (se kapittel 2). På bakgrunn av innspill og undersøkelser om hvordan pandemien har rammet brukere av omsorgstjenester, vil vi her omtale spesielt konsekvensene for personer med funksjonsnedsettelse og personer med demens.

Fotnoter

[19] Nordlandsforskning (2022). Aktivitet og fellesskap blant eldre [NF-rapport nr. 2/2022](#)

[20] FFO (2022). Konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke etter to år. [forsterkede-negative-konsekvenser-av-koronapandemien](#) (januar 2022)

NOVA OsloMet (2021) Notat 4/2021 Velferdstjenester, stønader og informasjon til familier med barn med funksjonsnedsettelse under covid-19

Nasjonalt senter for aldring og helse: eldre med funksjonsnedsettelse januar 2022 og sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien rapport januar 2022

3.1

Konsekvensen for personer med funksjonsnedsettelse

Undersøkelser utført av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) viser at pandemien fikk store konsekvenser for funksjonshemmede, kronisk syke og deres pårørende.[21] Via medlems-organisasjonene har FFO gjennomført tre spørreundersøkelser blant brukere og pårørende i løpet av pandemien, den siste mellom desember 2021 og januar 2022.[22] Undersøkelsene omfatter personer med ulike behov og diagnoser fra alle landets fylker.[23] Den tredje undersøkelsen bekreftet svarene fra de to første om at smittevern-tiltakene særlig rammet mennesker med behov for behandling, terapi og trening. I denne

undersøkelsen oppga 40 prosent at de opplever forverring i fysisk helsetilstand, økte smerter og ubehag. 34 prosent opplever forverring i psykisk helsetilstand og 23 prosent oppgir forverring i funksjonsgrad. Disse svarene viste en forverring fra de tidligere undersøkelsene under pandemien.

FFO konkluderer bl.a. med at "Pandemien har satt forstørrelsesglasset på den situasjonen mennesker med funksjonsnedsettelse opplever i normal-situasjonen, og forsterket denne"[24] FFO oppsummerer også med at helsekonsekvensene vedvarer over tid, og anbefaler tiltak som kan motvirke det som er tapt under pandemien.

Nasjonalt senter for aldring og helse innhentet informasjon fra 24 tjenesteytere til voksne og eldre med utviklingshemming i bofellesskap i mars 2020. Deres erfaring viste til utfordringer med smittevern, personalsituasjon, engstelse og fare for isolasjon og passivitet. Også her kom det frem at det var det ulik praksis i forhold til besøk/ besøksforbud. Stengte dag-/arbeidssentre for beboerne i tillegg til fravær blant personell grunnet karantene og barnepass, medførte underbemanning. Med mange ufaglærte økte behovet for opplæring, noe som var vanskelig med få ansatte på jobb. Mange av de intervjuede rapporterte manglende kompetanse på flere områder og manglende digitale ferdigheter både blant tjenesteytere og tjenestemottakere. Det siste anses viktig for å gjøre det lettere å opprettholde sosial kontakt. Undersøkelsen viste også at det i noen boliger ble innført besøksforbud for å beskytte beboere som de ser på som sårbare.

OsloMet har på oppdrag for Helsetilsynet intervjuet 33 personer med utviklingshemming[25] og konkluderer med at de ble sterkt utsatt for smittevern-tiltak. Deres livssituasjon ble berørt av tiltak på flere arenaer som skole, arbeid og fritids-tilbud, i tillegg til endringer i helse- og omsorgstjenester. Summen av smittevern-tiltak ble dermed en belastning for denne gruppen, med mangel på sosial kontakt og sterke følelsesmessige reaksjoner på grunn av pandemien. Beboere i bofellesskap rapporterte om strengere smitteverntiltak enn for andre. Resultatene viser også at størrelsen på bofellesskapet påvirker faren for smitte og bruk av karantene. Rapporten peker på konflikten mellom den individuelle frihet og strenge restriksjoner der "boligen bestemmer". [26]

Fotnoter

[21] FFO.no: [Seks råd i koronapandemien/2020](#)

[22] FFO (2022). Konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke etter to år. [forsterkede-negative-konsekvenser-av-koronapandemien](#) (januar 2022)

[23] Antall som mottok undersøkelsen er ukjent. I alt 1176 personer svarte på hele og 1522 svarte på deler av undersøkelsen. 87 prosent svarte på vegne av seg selv og 11 prosent for noen de har omsorg for.

[24] <https://ffo.no/aktuelt2/2022/forsterkede-negative-konsekvenser-av-koronapandemien/>

[25] Helsetilsynet (2021) [Koronapandemien slik personer med utviklingshemming har erfart det](#) Rapport 4/2021

[26] Ibid. s.67

3.2

Konsekvenser for personer med demens

Det var ca. 100 000 personer med demens i Norge i 2020. Ifølge Senter for alders- og sykehjemsmedisin bor 70 000 av dem i egne hjem[27] Etter SSBs befolknings-framskrivinge[28] vil andelen med demens nær dobles frem mot 2040 og øke fra 1,88 prosent av befolkningen i 2020 til 3,30 prosent i 2040, eller 193 000 personer (demeskart.no).[29]

Personer med demens er spesielt sårbare for endringer. Undersøkelser viser at pandemien førte til sykdomsforverring for et flertall av personer med demens og at hjemmeboende ble hardt rammet.[30]

I PAN.DEM-studien ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS)[31] har de sett på symptomer for psykisk helse blant eldre hjemmeboende med demens etter nedstengning grunnet covid-19. Pandemien startet under den pågående LIVE@Home.Path -studien[32] og gjorde det mulig å sammenligne situasjonen før og etter nedstengning i en egen studie: PAN.DEM.[33] De fant at situasjonen ble dramatisk endret, spesielt for de som bor alene med betydelige kutt i tjenester og færre besøk.[34] Gjennom intervjuer med pårørende fant de en klar forverring i adferds-forstyrrelser og psykiske symptomer som følge av restriksjonene. Studien viste økte psykotiske og depressive symptomer blant de hjemmeboende med demens etter få uker med restriksjoner. Utsatt utredning og behandling, mindre kontakt med pårørende og stengte lavterskeltilbud medførte isolasjon, ensomhet og økning i psykisk helse-problemer[35]

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) i Helse Vest deltar nå i en internasjonal studie; Protect Norge.[36] Studien som startet i Storbritannia i 2015, har som mål å øke forståelsen av hvilke faktorer som påvirker at hjernefunksjon svekkes forskjellig fra individ til individ og hvorfor noen utvikler demens. I studien inngår en egen undersøkelse om covid-19, der de har sett på endringer etter ned-stengning grunnet covid-19 i Storbritannia. Studien viser at det å oppleve ensomhet og få redusert fysisk aktivitet under pandemien er risikofaktorer for forverring av mental helse.[37]

Konsekvenser av pandemien med økt isolasjon og inaktivitet for personer med demens fremkommer også i Nasjonalforeningen for folkehelsens oppsummering som baserer seg på en undersøkelse blant personer med demens eller deres pårørende[38], henvendelser på Demenslinjen, tilbakemelding fra demensforeninger og likepersoner, fagrådet for demens og et erfaringspanel for personer med demens. Om lag halvparten av de pårørende i undersøkelsen fra 2020 meldte om reduksjon eller bortfall av tjenester som sykehjem, avlastnings-opphold eller rullerende opphold. Undersøkelsen viste at personer med demens ikke forsto hvorfor de ikke fikk besøk/nærkontakt og at det var vanskelig for dem når de ikke kunne møte sine pårørende fysisk på sykehjemmet. Undersøkelsen viste også at det var ulik praksis i ulike deler av landet avhengig av smittetrykket, der noen holdt dagtilbudet oppe. Samtidig erfarer de ulik praksis med besøksregler i sykehjem i samme kommune med samme smittepress, og de påpeker at byggenes utforming påvirket graden av kontakt som pårørende kunne ha med beboerne. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at Helsedirektoratets veileder ikke godt nok tok hensyn til at 80 prosent av sykehjems-beboerne har demens, og at det er behov for persontilpassing av smittevernregler og omsorg ut fra ulike typer demens og grad av kognitiv svikt.[39]

Nasjonalforeningen for folkehelsen refererer også til positive erfaringer fra pandemien med familie og frivillige som stilte opp, nyttig bruk av velferds-teknologi for noen, og at tosamheten med pårørende for enkelte med demens kunne oppleves som trygt og godt.

Fotnoter

[27] SEFAS [Nyhet/Forskning](#) oppdatert 04.02.2022

[28] SSB befolknings framskrivninger, hovedalternativet

- [29] Beregningen er basert på datagrunnlaget for HUNT og inkluderer både hjemmeboende og personer med heldøgnsomsorg.
- [30] Rapport fra Koronakommisjonen 2021. NOU 21:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Innspill fra Øksengård og Husebø til Helsedirektoratet 31.03.22.
- [31] Forskersonen 2022
<https://forskersonen.no/aldring-covid19-demens/koronarestriksjonene-skulle-beskytte-de-eldre-men-forverre> 2022
- [32] Senter for alders- og sykehjemsmedisin: [livehomepath](#)
- [33] Bettina Husebø, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB. Innspill til Helsedirektoratet 31.03.22
- [34] Maarja Vislapuu m.fl. 2021. BMC Health Services Research. [The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study](#) Article number 1003/2021
- [35] Marie Gedde m.fl. 2022. Impact of COVID-19 restrictions on behavioural and psychological symptoms in home-dwelling people with dementia: a prospective cohort study (PAN.DEM) [BMJ Open: London Vol.12, Iss 1 \(2022\)](#)
- [36] Nettbasert forskningsplattform for personer over 50 år. <https://www.protect-norge.no/>
- [37] Ingelin Testad, SESAM, Universitetet i Bergen. Innspill til Helsedirektoratet 31.03.22
- [38] Nasjonalforeningen for folkehelse (2020). Rapport om personer med demens og koronasituasjonen. Undersøkelse fra august 2020.
- [39] Anne Rita Øksengård. Nasjonalforeningen for folkehelse. Innspill til Helsedirektoratet 31.03.22

3.3

Barn og unge med funksjonsnedsettelse

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ledet en koordineringsgruppe nedsatt av regjeringen for å følge opp tilbudet til sårbare barn og unge under pandemien. Statusrapport nr. 15[40] viser til undersøkelser i regi av Unge funksjonshemmede og Funksjons-hemmedes fellesorganisasjon (FFO). Undersøkelsene avdekker at barn og unge med funksjons-nedsettelse har opplevd redusert tilbud om behandling, kontroller, oppfølging, terapi og trening under pandemien, og at funksjonsnivå og psykisk helse har blitt forverret.

NOVA[41] har på oppdrag fra Bufdir, undersøkt hvordan pandemien har påvirket familier med barn med funksjonsnedsettelse. De gjennomførte åtte dybdeintervjuer med foreldre til barn med funksjons-nedsettelse, med fokus på hvordan de opplevde nedstengingen og smitteverntiltakene fra våren 2020 frem mot januar 2021. Studien peker særlig på økte utfordringer knyttet til koordinerte tjenester til barn med alvorlige funksjons-nedsettelse, særlig for innvandrerfamilier. De foresatte merbelastning under pandemien har økt og fravær av flere ulike tjenester blir samlet en stor belastning for barna og familien. I denne sammenheng er brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og støttekontakt fremhevet som svært positivt for de som har en slik tjeneste.

Fotnoter

[40] Bufdir (2022). Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien. [Statusrapport 15](#)

[41] NOVA.2021. [Velferdstjenester, stønader og informasjon til familier med barn med funksjonsnedsettelse under covid-19. En kvalitativ undersøkelse](#). NOVA Notat 4/21

Konsekvenser av pandemien for pårørende

Pårørende er viktige deltakere og bidragsyttere i vår felles helsetjeneste. Så langt pasienten selv ønsker det er det viktig at pårørende blir involvert, lyttet til og verdsatt som en viktig ressurs i forbindelse med både behandling, pleie- og omsorg og oppfølging av pasienten/brukeren. Dette framgår av regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan for 2021-2025[42]. Strategien skal bidra til å ivareta pårørende slik at belastningen ikke blir for stor og slik at også pårørendes utfordringer og behov blir løftet fram. Pandemien medførte en krevende tid for mange pårørende og mange bidro med ekstraordinær innsats.

I dette kapitlet omtaler vi først ulike pårørendegrupper, før vi ser nærmere på hvordan det var å være pårørende under pandemien. Til slutt presenterer vi den nyeste kunnskapen om pårørende, bl.a. Helsedirektoratets siste pårørendeundersøkelse, og trekker fram noen momenter som er viktige for at samfunnet kan tilrettelegge for pårørende og på den måten nyte godt av god pårørend omsorg i framtida.

Fotnoter

[42] [Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan - regjeringen.no](#)

4.1

Hvem er pårørende?

Så nær som alle vil i kortere eller lengre perioder i livet komme i en situasjon der de er pårørende til andre mennesker som er syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer. Pårørendealliansen har anslått at det til enhver tid er om lag 800 000 personer[43] i Norge som befinner seg i et pårørendeforhold til andre mennesker som innebærer at de bidrar med hjelp og omsorg, som det ellers ville vært behov for at det offentlige ivaretok.

På vegne av Helsedirektoratet gjennomført Opinion den første nasjonale pårørende- undersøkelsen i 2020. Undersøkelsen inkluderte et representativt antall personer som definerte seg som pårørende til en nærstående som følge av fysisk eller psykisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, rusavhengighet eller svekkelse som følge av alder. Denne undersøkelsen konkluderte med at 1,5 mill. mennesker[44] har et pårørende-ansvar. I undersøkelsen er det ikke stilt krav om regelmessighet eller et visst omfang av pårørendeinnsatsen, utover at den som er spurt anser seg som pårørende. Den største gruppen pårørende er i aldersgruppen 40-60 år.

Noen opplever å være pårørende i kortere, og kanskje dramatiske perioder, der noen som står en nær er utsatt for alvorlig sykdom eller ulykker eller nærmer seg døden etter et langt liv og/eller langvarig sykdom. Andre opplever å være pårørende gjennom store deler av livsløpet – enten det er til en partner, barn eller forelder. Noen opplever å være pårørende til flere samtidig, f.eks. egne barn og gamle foreldre. Pårørende er derfor ikke en ensartet gruppe og behovene deres avhenger av situasjonen de befinner seg i.

Av Levekårsundersøkelsen for helse framkommer det at pårørend omsorgen i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk[45], mens årsverkene i kommunale- helse- og omsorgstjenester utgjorde rundt 142 000 årsverk.

Fotnoter

[43] Dette anslaget blir benyttet i "Vi de pårørende – Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan". Menon Economics rapport om produksjonstap pga. pårørendesorg diskuterer ulike anslag på antall pårørende:

<https://www.menon.no/wp-content/uploads/2021-47-Brutto-produksjonstap-av-paorendeinnsats-i-Norge.pdf>

[44] [Nasjonal pårørendeundersøkelse Opinion 2021 for Helsedirektoratet.pdf](#)

[45] SSB- Hjemås, Holmøy et al. 2019

https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68

4.2

Pårørende til personer med demenssykdom

Nasjonalforeningen for folkehelse anslår at 400 000[46] er pårørende til mennesker med demenssykdom. Mange av disse er ektefeller eller godt voksne barn. Siden mange av disse pårørende er eldre, har mange av dem også egne helseplager.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) angir at gjennomsnittsalderen for pårørende til personer med demenssykdom er rundt 66 år. 65 prosent av disse er kvinner, 43 prosent er pårørende til en ektefelle og 52 prosent er alene om omsorgen, enten de er pårørende til en partner eller til forelder. SEFAS har anslått at omsorgs-belastningen er i gjennomsnitt 2089 arbeidstimer pr. år, som tilsvarer 6 timer pr. dag (inkl. helg) (til sammenligning tilsvarer 1 årsverk 1750 timer pr. år). Mange pårørende til demenssyke oppgir at de setter sitt eget liv på vent, mens de bruker mye tid (mer enn fulltidsjobb) på omsorgsoppgaver. Om lag 25 prosent føler at de ofte/av og til ikke holder ut. Mange opplever skam, må jobbe mindre, og får selv redusert helse og livskvalitet[47].

Fotnoter

[46] <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

[47] Bettina Husebø, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB. Innspill og notat til Helsedirektoratet 31.03.22

4.3

Pårørende til barn og unge

Helsedirektoratet har i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Statped, NAV, Direktoratet for e-helse, Flekkefjord kommune og KS gjennomført to nullpunkt-undersøkelser i 2021 i forbindelse med prosjektet *Livshendelsen alvorlig sykt barn*[48]. Resultatene fra undersøkelsen gir et bekymringsfullt inntrykk for hvordan alvorlig syke og barn med funksjonsnedsettelse opplever livet/tilværelsen. Et annet oppsikts-vekkende funn i undersøkelsen, er at foresatte i gjennomsnitt bruker 19 timer per uke på «administrative» oppgaver knyttet til oppfølging av sine barn med funksjons-nedsettelse. Dette tilsvarer

omtrent en 60 prosent stilling omregnet til årlig tidsbruk. I perioden rett etter at barnet fikk diagnosen brukte foresatte i gjennomsnitt 22 timer på å lete etter informasjon, kartlegge rettigheter osv.

78 prosent av foresatte mener at den viktigste kilden til informasjon om barnets diagnose er foreldre i samme situasjon eller nettsider til interesseorganisasjoner. På tredje plass rangeres sosiale medier, som for eksempel Facebook. Foreldre til alvorlig syke barn opplever i mindre grad enn andre å kunne bruke tid på trening, kino, teater, kunstutstillinger, klubb, foreninger, organisasjoner eller å omgås venner utover egen familie. Sammenlignet med resten av befolkningen har foreldre til alvorlig syke barn dessuten større utfordringer med å få pengene til å strekke til i det daglige.

Fotnoter

[48] [Ungdommer med sammensatte behov opplever nedsatt livskvalitet - Helsedirektoratet](#)

4.4

Pårørende under koronaepidemien

Koronapandemien har påvirket livene til de fleste, men mange pårørende fikk en ekstra utfordrende hverdag. Den første nasjonale pårørende-undersøkelsen i 2020[49] kartla pårørendes rolle, erfaring og situasjon i sin helhet. Når det gjaldt pårørendes erfaringer med pandemien, ble det stilt spørsmål om pårørende opplevde å ha ytt mer eller mindre innsats under pandemien enn ellers og om pandemien har medført begrensninger i muligheten av å gi pårørendeomsorg. 36 prosent oppga at de har gitt mer hjelp, mens 11 prosent har gitt mindre hjelp. Pårørende som i utgangspunktet brukte mye tid på pårørendeomsorg fra før, oppga å ha ytt mest hjelp under pandemien.

Mer enn halvparten svarte at restriksjoner knyttet til covid-19 har medført begrensninger i muligheten for å utøve pårørendeomsorg. Dette gjaldt særlig for pårørende som ikke bodde sammen med eldre mennesker de hadde omsorg for og pårørende til personer på institusjon.

Det er spesielt pårørende til barn under 18 år som svarer at de har ytt mer pårørende-innsats enn ellers under pandemien (48 prosent)[50]. De inngår i mønsteret som viser at de pårørende som yter mest fra før, i større grad oppgir at de har ytt mer også under koronapandemien. Blant de som normalt bruker over 20 timer i uka på pårørende-omsorg, svarer nesten halvparten (46 prosent) at de har ytt mer under pandemien. Ser vi på pårørende som er foreldre til barn og unge med sammensatte/ omfattende tjenester, blir bildet enda tydeligere. Blant disse svarer 57 prosent at de har ytt mer pårørende-innsats under pandemien. Denne gruppen utgjøres av foreldre til barn under 18 år som mottar to eller flere helse- og omsorgstjenester. En mulig tolkning av de ovennevnte funnene kan være at disse pårørende til en viss grad har kompensert for tjenester man ikke har fått, eller som har falt bort under pandemien. Undergruppen utgjøres av kun 87 respondenter, så svarene bør tolkes med en viss varsomhet.

En undersøkelse fra Helsetilsynet[51] som tok for seg brukeres og pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet under koronapandemien, avdekket at opp mot 70 prosent av de pårørende i undersøkelsen har gjort mer eller langt mer pårørendearbeid under pandemien enn tidligere. Andelen pårørende som har gjort mer eller langt mer enn tidligere, var størst blant pårørende til brukere og pasienter med behov for sammensatte tjenester i løpet av pandemien. (Sammensatte tjenester er her definert som brukere og pasienter som har behov for tre eller flere ulike tjenester.) Det gjelder til sammen 86 prosent av dem, mens tilsvarende for pårørende til respondenter med omfattende behov er 60 prosent.

Pårørendealliansen gjennomfører årlige nettundersøkelser der den som ønsker kan delta[52]. Undersøkelsen fra 2020 viser at:

- 7 av 10 har erfart at tjenester eller tiltak til den de er pårørende for har blitt borte.
- 46 prosent sier de har fått mer å gjøre på grunn av dette.
- 8 av 10 pårørende har ikke blitt kontaktet for å høre hvordan det går med dem. Dette til tross for at de kan ha fått mye mer å gjøre og overtatt mange oppgaver.
- 6 av 10 synes ikke de sårbare gruppe har blitt godt nok ivaretatt.
- 6 av 10 synes ikke de som pårørende har blitt godt nok ivaretatt.
- 43 prosent sier de ikke fikk nok informasjon om hvorfor tiltak er stengt eller holdes stengt.

I Nordlandsforsknings undersøkelse Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid (2022)[53] oppga 48 prosent av ledere i helse- og omsorgstjenestene at uformell omsorg har erstattet noe av omsorgen som tidligere ble utført av de hjemmebaserte tjenestene. Denne rapporten viser også at mange brukere av hjemmetjenester avlyste kommunale tjenester pga. redsel for smitte og at hjemmetjenestene i perioder også måtte nedskalere tjenestetilbudet. Reduksjon i det kommunale tjenestetilbudet medfører ofte større belastning på de pårørende.

I tillegg opplevde mange pårørende til beboere i sykehjem, og også en del omsorgsboliger, å bli avskåret fra fysisk kontakt gjennom besøksforbud og besøksrestriksjoner. For de pårørende innebar dette savn og stor bekymring for den de var pårørende til.

Fotnoter

[49] [Nasjonal pårørendeundersøkelse Opinion 2021 for Helsedirektoratet.pdf](#)

[50] Ibid

[51] [Helsetilsynet \(2020\). Samarbeidsprosjekt mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet. Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020. Rapport 6/2020](#)

[52] [Pårørendes dom for 2020 : Innestengt, utestengt - eller utelatt! | Pårørendealliansen \(parorendealliansen.no\)](#)

[53] Nordlandsforskning 2022. Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid? En studie av tilbud og hverdag blant hjemmeboende eldre i pandemiens første 1,5 år. [Nordlandsforskning rapport 5/2022](#)

4.5

Hva er viktig for å ivareta de pårørende?

I to rapporter som Menon Economics[54] lagde på oppdrag for Pårørendealliansen i 2021, framgår det at brutto produksjonstap blant pårørende som har sluttet eller redusert stillingsprosent, er anslått til å utgjøre mellom 6,6 og 13,2 milliarder kroner. Dette tilsvarer mellom 9000 og 18000 tapte årsverk. Tilsvarende anslås det også store tap ved at den pårørende blir sykmeldt – både gjennom egenmelding og legemeldt sykefravær.

Helsedirektoratet gjennomførte en ny pårørendeundersøkelse i 2021/22 om pårørendes ønsker og behov, samarbeid og roller vs. omsorgstjenestene.[55]

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i pårørende til fire pasientgrupper som er beskrevet som særlig sårbare i Nasjonal helse- og sykehusplan og pårørendestrategien. Dette er pårørende til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Av denne undersøkelsen framgår det at mange pårørende savner informasjon om rettigheter og hvilke muligheter som finnes i hjelpeapparatet, både for den de er pårørende til og for dem selv. Mange opplever også at det er vanskelig å kommunisere godt med tjenesteapparatet og synliggjøre egen innsats. I tillegg framgår det bl.a. at[56]:

- 45 prosent av alle pårørende i undersøkelsen svarer at de har opplevd forverring av helseplager, eller at de har fått nye slike som følge av pårørendeinnsats.
- Pårørende har stort informasjonsbehov. Kun 2 av 10 pårørende kjenner pårørendesiden på helsenorge.no, og 32 prosent har oppsøkt informasjon om det å være pårørende i egen kommune.
- Kun 18 prosent av pårørende er blitt spurt om hva som er viktig for dem som pårørende.
- 31 prosent av pårørende har ikke søkt om avlastningstiltak da tilbudet av flere årsaker ikke dekker deres behov.
- 60 prosent av pårørende tar selv initiativ til samarbeid med helse- og omsorgstjenestene.
- 56 prosent er helt eller delvis enig i at de ulike tjenestene ikke samarbeider.

Det er enkelte forskjeller mellom de ulike pårørendegruppene når det gjelder hva de anser som det viktigste at det offentlige tilbyr. Pårørende til barn og unge legger vekt på økonomisk støtte i større grad enn de andre pårørendegruppene (55 prosent). De som er pårørende til skrøpelige eldre, legger større vekt på forutsigbarhet i tjenestene. Pårørende til de med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer legger noe mer vekt på bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I dybdeintervjuene beskriver pårørende at det er de selv som må representere kontinuiteten og helheten rundt personen de er pårørende til. Ulike typer overganger, for eksempel mellom nivåer innad i helse-tjenesten, eller mellom ulike tjenesteområder i og på tvers av kommuner, er sårbare både for pasienter og pårørende. Viktig informasjon og kunnskap går tapt og kontinuitet brytes. Et flertall mener at de gjør mer enn man kan forvente av en pårørende, og at de i stor eller i noen grad utfører oppgaver helse- og omsorgstjenesten burde gjort. På spørsmål om hva som er det viktigste det offentlige kan tilby, kommer informasjon nest øverst på listen, etter økonomiske støtteordninger og ytelser.

Visshet om at den man er pårørende til, ivaretas med omsorg og av kompetent personell, er av stor betydning for pårørendes opplevelse av trygghet, helse og livskvalitet. Dette var et tydelig funn i pårørende-under-søkelsen fra 2020. Årets pårørendeundersøkelse har kartlagt *hvor stor tillit* pårørende har til at personen de er pårørende til får god og riktig hjelp av kompetent personell. Litt over halvparten av de pårørende (mellom 53 og 59 prosent) er enige i at de har tillit til at personen de er pårørende til, får riktig hjelp, får tjenestene vedkommende har krav på, tjenester av god kvalitet og tjenester gitt av kompetent personell. Mellom 24 og 35 prosent er *ueneige* og mangler altså tillit til disse forholdene ved helse- og omsorgstjenesten. Det er pårørende til de som har alvorlig psykisk lidelse eller rusavhengighet som har minst tillit til tjenestetilbudet.

Arbeidet med å følge opp Pårørendestrategien skal fortsette til 2025. Den nye kunnskapen som har framkommet både gjennom Helsedirektoratets undersøkelser og andre kunnskapskilder, viser at det er behov for bedre samarbeid, tilrettelegging og forbedringer av ordninger, slik at samfunnet fortsatt kan nyte godt av pårørendes viktige innsats. Her er det også behov for at flere etater samarbeider på tvers, slik som arbeidet med [Alvorlig sykt barn](#) har vist er mulig.

Fotnoter

[54] [Menon har utarbeidet to rapporter for Pårørendealliansen - Menon Economics](#)

[55] Opinion AS for Helsedirektoratet. (2022) Nasjonal pårørendeundersøkelse [Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021/2022](#).

[56] [Pårørenderollen kan være krevende og uoversiktlig - Helsedirektoratet](#)

Smittevern – konsekvenser for de ansatte

Pandemien førte til store endringer i omsorgstjenestene og påvirket arbeidet for ansatte i alle deler av tjenesten, også for de som ikke ble direkte utsatt for smitte. Omsorgstjenestene, som omfatter sykehjem, omsorgsboliger, oppsøkende og hjemmebaserte tjenester, sysselsetter i alt 202 925 personer i 2021. Av disse er 36 053 sykepleiere og 62 906 personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Mangel på personell, omdisponering for å sikre gjennomføring av TISK-strategien, innreiseforbud for utenlandsk personell, sterk smitteeksponering og karantene ved sykdom, gjorde situasjonen både krevende og sårbar. I tillegg var det risiko forbundet med bruk av ulike vikarer eller å ha personell i deltids-stillinger på flere arbeidsssteder.[57] Ansatte i omsorgstjenesten har hatt en arbeidssituasjon med nye og endrede oppgaver, omstilling, vanskelige prioriteringer og ikke minst økt arbeidsbelastning. Omsorgstjenestene har hatt ansvaret for mange av de mest sårbare for smitte, både hjemmeboende og i institusjon. Ved siden av ambulansearbeidere, har ansatte ved sykehjem vært de mest utsatte av alle ansatte i helsevesenet. Også renholdsarbeidere i helsetjenestene er blant de yrkesgrupper som ble hardest rammet av smitte.[58]

Smitte fra ansatte var en hovedårsak til smitte blant sykehjemsbeboere, og mange ansatte bekymret seg for dette. Mange små stillinger og ansatte som jobber ved flere avdelinger eller tjenestesteder, er derfor sett på som en risiko for smitte-spredning. Forbud mot å jobbe andre steder ble innført på enkelte sykehjem, men det var ulik praksis for dette. Flere har påpekt denne utfordringen,[59] og pandemien har styrket argumentasjonen for å satse på flere hele stillinger.

Spesialbestilte tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2021 kun var om lag 32 prosent, eller 64 900 sysselsatte i omsorgstjenesten, med en avtalt stillings-andel på 100 prosent. Samtidig var det 28 prosent eller 56 000 syssel-satte med en stillingsprosent under 50. Det er store forskjeller mellom de ulike stillings-kate-goriene. Blant helsefagarbeiderne er det 28 prosent med heltids-stilling, mens det blant sykepleiere med videreutdanning er 67 prosent som jobber heltid.

Fotnoter

[57] Rapport fra Koronakommisjonen 2021. NOU 21:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien

[58] Molvik et.al., 2021. Referert i SOF Erfaringer med covid-19 i norske sykehjem. Rapport 1/2021

[59] Ibid.

Frode Jacobsen, Senter for omsorgsforskning. Innspill til Helsedir 31.mars 2022

Helsedirektoratet (2020). Årsrapport 2020.Omsorg 2020.

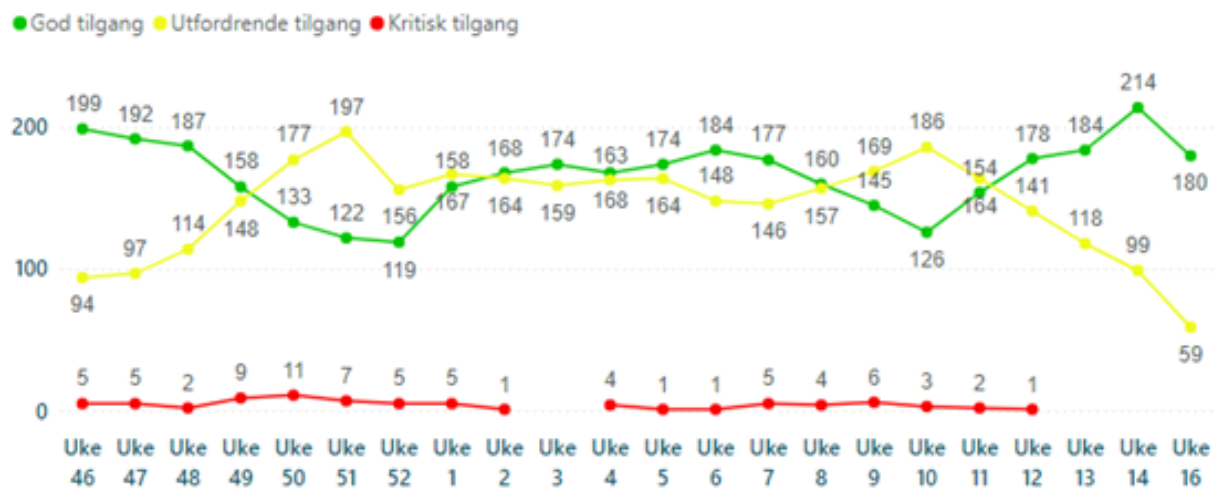
OsloMet (2021). Ufrivillig deltid er et stort problem blant helsefagarbeidere

<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/>

5.1

Tilgang til personell og kritisk kompetanse

Gjennom pandemien har kommunene rapportert til staten via statsforvalterne om situasjonen for den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunene, blant annet om personell- og ressursituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Tallene gir en indikasjon på om kommunene vurderer situasjonen som god, utfordrende eller kritisk. Figuren under viser svarene fra kommunenes rapportering om tilgang til personell og kritisk kompetanse fra uke 46 i 2021 til uke 16 i 2022. Tallene viser at flere rapporterer om kritisk eller utfordrende tilgang til personell i uker med høyt smittetrykk og strenge smitteverntiltak. For å rapportere "utfordrende" skal situasjonen være betydelig belastet og med økning i sykdomsbyrden, mens "kritisk" benyttes når situasjonen er overbelastet med svikt i tjenestene og smitten kan påføre befolkningen en betydelig sykdomsbyrde.



Figur 22: Kommunenes rapportering om tilgang til personell og kritisk kompetanse. Uke 46 i 2021 til uke 16 i 2022.

Kilde: [Helsedir.no/ukerapporter fra Helsedirektoratet](https://helsedir.no/ukerapporter-fra-helsedirektoratet)

5.2

Tilpasning og fleksibilitet

Koronakommisjonens vurdering var at gjeldende lover, forskrifter og avtaler ikke gir "gode nok rammer for å mobilisere og omdisponere personell under langvarige kriser som rammer helse- og omsorgstjenesten. Helseberedskaps-loven er ikke egnet til å øke tilgangen til personell, ut over personell som allerede er ansatt i helse-, omsorgs- og sosialsektoren".[60] Det ble iverksatte flere tiltak for å rekruttere mer helsepersonell, som lisens til studenter under utdanning[61] og oppfordring om å melde seg som tilgjengelig på nasjonalthelsepersonell.no for personell som ikke var i arbeid.

Kravet til faglig forsvarlighet i helselovgivningen gir begrensninger for hvilke oppgaver som kan løses av hvem. Det er derfor strenge krav for å overlate enkelte oppgaver til annet personell (Helsepersonelloven § 5). Korona-kommisjonen foreslår at regelverket i større grad bør åpne for bruk av medhjelpere under en krise.

Etter to år der smitteutviklingen har gått i bølger, har det vært vanskelig å sikre et godt tilbud til brukere, med strenge tiltak og knapphet på personell-ressurser. Til tross for et krevende utgangspunkt, er det verdt å merke seg de ansattes evne til omstilling og tilpasninger under pandemien. Ny kunnskap, nye og endrede rutiner for smittevern og besøksrestriksjoner, ny bruk av digitale tjenester og plattformer (se kap.6), for noen ble det også endring i arbeids-oppgaver[62]

Senter for omsorgsforskning (SOF) gjennomførte kvalitative case-studier ved fem sykehjem i fem ulike kommuner.[63] Sykehjemmene i studien viste stor fleksibilitet når det gjaldt ansvar og oppgaver innad, og det ble gjort forskyvning av personellressurser til avdelinger med smitte. Også i sykehjem uten smitteutbrudd førte nødvendig tilrettelegging til oppgaveforskyvning (e.g. fra sykepleier til helsefagarbeider). Studien viste også at pandemien hadde positive effekter ved at samarbeid og samhold blant ansatte ble tettere og at det var et generelt godt samarbeid med overordnet nivå i kommunen.

Fotnoter

[60] Rapport fra Koronakommisjonen 2021. NOU 21:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. (Kap.9 s.87.)

[61] Covid-19-forskriften § 20 (§ 17a da den trådte i kraft 30. mars 2020).

[62] Trond Bliksvær. Nordslandsforskning. Innspill til Helsedir 31.mars 2022
Silje Birkeland Ege, Jonas Debesay (2022) Omstilling i sykehjem og hjemmesykepleie under covid-19-pandemien Sykepleien Forskning 2022:17.

[63] Senter for omsorgsforskning (2021). Underlagsrapport til Koronakommisjonen. [Erfaringer med covid-19 i norske sykehjem](#)

5.3

Behov for tydelig informasjon

Noen av de spurte i studien til SOF[64] kommenterte at det var vanskelig å holde seg oppdatert på smittevernplaner og prosedyrer, og at det i en periode kom uoversiktlig og til dels motstridende informasjon fra kommunen sentralt. Dette bekreftes også av Nasjonalforeningen for folkehelsen, som melder om ulik praksis med besøksregler fra sykehjem til sykehjem i samme kommune med samme smittepress.[65] At retningslinjer ble hyppig endret og var vanskelig å holde styr på, ble også rapportert i en kvalitativ studie blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie.[66] Uklar eller motstridende informasjon kan ha gjort arbeidet mer krevende for de ansatte og kan ha påført pasienter, brukere og pårørende større belastning enn nødvendig.

Fotnoter

[64] Ibid.

[65] Anne Rita Øksengård, Nasjonalforeningen for folkehelse. Innspill til Helsedir. 31.03.22.

[66] Silje Birkeland Ege, Jonas Debesay (2022) Omstilling i sykehjem og hjemmesykepleie under covid-19-pandemien Sykepleien Forskning 2022:17.

5.4

Opplæring i smittevern

Opplæring i smittevern ble et viktig område fra pandemiutbruddet. Det er grunn til å tro at pandemien har bidratt til viktig læring og økt kunnskap i hygiene og smittevern, men dette er ikke en entydig erfaring. I en doktorgrad ved OsloMet ble etterlevelse av håndhygiene på sykehjem observert i perioden februar - mars 2021. De fant at håndhygiene ble utført riktig i mer enn 58 prosent av tilfellene og at andelen sank noe i perioden. De konkluderer med at til tross for pandemien ble god håndhygiene ikke opprettholdt over tid.[67] Flere grunner oppgis som forklaring på dette, som plassering av håndsprit, økt vaksine-dekning og at bruk av hansker førte til dårligere håndhygiene. De så også at personellet med høyere utdanning oftere utførte håndhygiene enn de med liten eller ingen formell utdanning.

Pandemien synliggjorde hvor viktig rengjøringspersonalet er for smittevern på sykehjemmene. I studien til SOF[68], ble manglende integrasjon av renholdere i personalet som helhet kommentert som et problem av flere. SOF konkluderte derfor med at renhold bør integreres mer i den daglige driften. De anbefaler at "(-) drift og renhold får en tydeligere plass i smittevernstrategier på kommunalt- så vel som enhetsnivå." [69]

Fotnoter

[67] OsloMet (2022). Forskningsartikkel "Mangelfull håndhygiene på sykehjem gjennom pandemien". Fakultet for helsevitenskap. Publisert 15.03.22 [Forskningsnyheter](#)

[68] Senter for omsorgsforskning (2021). [Erfaringer med covid-19 i norske sykehjem](#)

[69] Ibid. (s.3)

Bruk av velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og som kan styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.[70]

Helsedirektoratet har lansert en ressurside om teknologi i vår felles helse-tjeneste, med eksempler på hvordan velferdsteknologiske løsninger i sin bredde er implementert i helse- og omsorgstjenestene. Der gis det henvisninger til konkrete verktøy, webinarer, råd mv. og lenker til en rekke kunnskapskilder.[71]

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er besluttet videreført. Programmets nettside viser mål for perioden 2022-2024 og redegjør for resultater.[72] Videreføringen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble også omtalt i regjeringserklæringen (Hurdalsplattformen).[73]

"Regjeringen vil etablere en helseteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helsetjenesten og videreføre Nasjonalt velferds-teknologi-program slik at vi får et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner."

KS har gjennomført en studie av digitale konsekvenser for kommunene under covid-19 pandemien.[74] I alt 68 prosent av kommunalsjefer innen helse og omsorgssektor oppgir at det har skjedd en økt digitalisering innen helse- og omsorgstjenestene. Av eksisterende digitale løsningene som har økt i bruk, oppgir 23 prosent velferds-teknologi og 13 prosent videokonsultasjon (gjelder kommunalsjefer innen alle sektorer). Av nye digitale løsninger som er tatt i bruk oppgir 16 prosent velferdsteknologi. Undersøkelser av SSB støtter opp under at det har skjedd en økt digitalisering i offentlig sektor, inkludert kommunene, under pandemien[75]. Økningen i bruk av velferdsteknologi fremkommer også i data som er rapportert til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Statistikken viser også stor variasjon i utbredelse mellom kommuner og mellom regioner (jfr. kap.6).

Fotnoter

[70] NOU 11:2011 Innovasjon i omsorg.

[71] Helsedirektoratet. Helsedir.no Teknologi i vår felles helsetjeneste

[72] Temaside for nasjonalt velferdsteknologiprogram: [Velferdsteknologi - Helsedirektoratet](#)

[73] Regjeringserklæringen: [hurdalsplattformen.pdf \(regjeringen.no\)](#)

[74] Ipsos (2021). [Digitale konsekvenser av covid-19 for kommunal sektor](#) .

[75] SSB (2021). [Økt digitalisering i offentlig sektor som følge av koronapandemien - SSB](#)

6.1

Helsekompetanse

Innbyggeres mulighet for å benytte velferdsteknologiske løsninger forutsetter ulik grad av digital helsekompetanse. Å ha helsekompetanse innebærer evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse.[76] Det er utfordrende for mennesker med lav digital kompetanse å ta i bruk velferdsteknologi. Muligheten til å bygge digital helsekompetanse i fysiske møter mellom helsepersonell og pasienter er begrenset under situasjoner som en pandemi.

En spørreundersøkelse utført i 2021 av Kompetanse Norge (nå en del av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse), viste at personer som er 60 år og mer har lavere bruk av digitale verktøy og svakere digitale ferdigheter enn øvrig befolkning. Omtrent 480 000 personer fra 60 år og oppover er ikke-digitale. Blant de som er 80 år og eldre er det 30 prosent som ikke bruker digitale verktøy. De fant at både bruk og ferdigheter sank med økende alder blant seniorer over 60 år.[77]

Nasjonalt senter for aldring og helse utførte, på oppdrag for Helsedirektoratet, en undersøkelse under pandemien om sosial isolasjon blant personer over 70 år[78] Undersøkelsen viser at 84 prosent av de eldre brukte skjermbaserte medier til å holde kontakt med venner og sosiale nettverk. De fleste svarte at kontakten med andre varte i mindre enn én time om dagen. Det var færre i gruppen over 80 år som benyttet seg av skjermbaserte medier, og tallet er også lavere blant menn enn blant kvinner. Undersøkelsen viser at det har vært lite kontakt mellom eldre og helsepersonell via skjerm. Kun 8 prosent har vært i kontakt med helsepersonell via skjermbaserte medier eller telefon enten daglig, ukentlig eller månedlig under pandemien.

Som en del av regjeringens nasjonale strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen,[79] ble det utført en undersøkelse hos fem utvalgte innvandrerpulasjoner i den norske befolkningen; innvandrere med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam.[80] Studien ble utført under pandemien, og viste at 1 av 3 har svært begrenset helsekompetanse. Studien løfter frem at en vellykket implementering av velferdsteknologiske løsninger i denne gruppen, forutsetter et samtidig fokus på å bygge både digital kompetanse og grunnleggende helsekompetanse. Eksempler er mestring av utstyr og forståelse for hva informasjonen fra utstyr betyr, og hvordan følge opp egen helse basert på denne informasjonen. En kan anta at de samme forutsetninger gjelder for andre grupper, slik som skrøpelige eldre. Personer som ikke kan nyttiggjøre seg velferds-teknologi og andre digitale helsetjenester, må få tilpassede tjenestetilbud.

Fotnoter

[76] Helsedirektoratet. [Helsekompetanse – kunnskap og tiltak](#).

[77] Kompetanse Norge. 2021. [Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse](#).

[78] Nasjonalt senter for aldring og helse (2022) [Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien](#)
Forlaget aldring og helse – akademisk 2022

[79] Helse- og omsorgsdepartementet. [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. 2019-2023](#)

[80] Helsedirektoratet, Høgskolen i Innlandet og OsloMet (2021). Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam.
Befolkningens helsekompetanse del II [Rapport IS-2988](#)

6.2

Trygghets- og mestringsteknologi

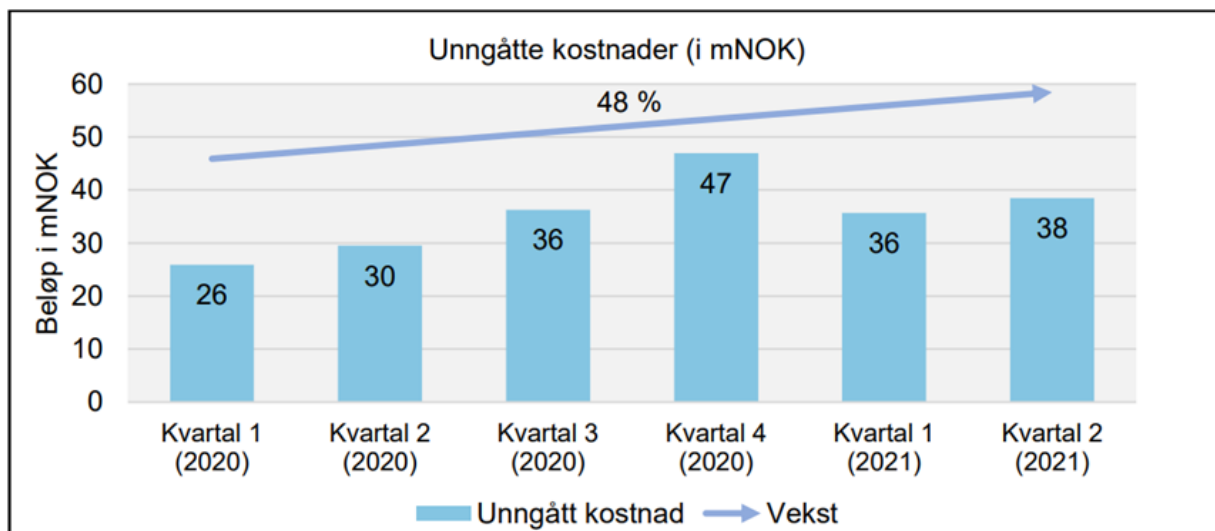
Nasjonalt velferdsteknologiprogram sin sprednings-aktivitet av trygghets- og mestrings-teknologi omfattet medio 2021 i alt 61 regionale prosjekter med 310 deltaker-kommuner. Disse kommunene tilbyr i hovedsak digitale trygghets-alarmer, e-lås, lokaliseringsteknologi (GPS), ulike former for digitalt tilsyn og elektroniske medisin-dispensere[81]

Covid-19 pandemien har påvirket fremdriften av implementering og spredning av teknologiske løsninger, og vel halvparten av kommunene i sprednings-prosjektet rapporterte om forsinkelser eller mindre problemer. Samtidig har mange av kommunene implementert teknologi for å avhjelpe korona-situasjonen. Svært mange har tatt i bruk ulike videoløsninger for digitale besøk både mellom tjenestemottagere og pårørende, og til bruk mellom ansatt og tjenestemottager. Flere har også økt bruken av elektroniske medisindispensere og digitalt tilsyn for å redusere antall fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Mange har også tatt i bruk systemer for å koble på frivillige ressurser ved behov, noe som har bidratt til å avlaste tjenesten.[82]

Kommunene som inngår i velferdsteknologiprogrammets spredningsaktivitet, har fra 2020 rapportert om gevinster. Tall fra kommunenes gevinst-rapportering til Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bruk av elektronisk medisinerings---støtte står for 48 prosent av gevinstene knyttet til frigjort tid. Tiden som frigis knyttes til færre besøk og mindre kjøring i hjemme-tjenesten. 47 prosent av de innrapporterte gevinstene som knyttes til unngåtte kostnader er relatert til bruk av digitalt tilsyn. De unngåtte kostnadene er relatert til redusert bemanning på natt. Kommunene rapporterer også om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende.[83]

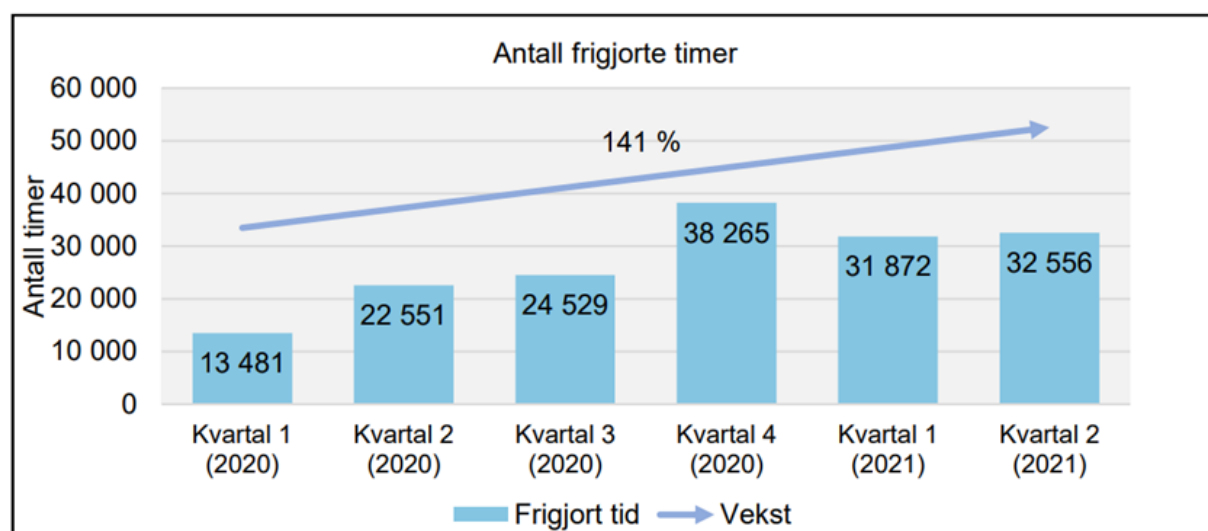
- For brukerne er de største gevinstene knyttet til økt opplevelse av frihet, mestring, selvstendighet, verdighet og fleksibilitet i hverdagen. I tillegg oppleves det enklere å komme i kontakt med de ansatte, samtidig som responstiden har blitt redusert.
- Ansatte i tjenesten rapporterer om redusert stress som følge av en jevnere arbeidsmengde i hverdagen, bedre samhandling og roligere arbeidsmiljø, samt færre avvik og økt pasientsikkerhet.
- Pårørende oppgir økt trygghetsfølelse som følge av mindre stress og bekymring for sine nærmeste. Enkelte nevner også at de opplever redusert belastning fordi brukerne er mer selvstendige og har mer forutsigbarhet i hverdagen.

Under vises noen resultater fra gevinstrealiseringsrapporten.



Figur 23: Totale unngåtte kostnader i millioner kroner for kommuner som deltar i velferds-teknologi-programmet

Kilde: [Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram. September 2021](#)



Figur 24: Total antall frigjorte timer for alle kommuner som deltar i velferds-teknologiprogrammet

Kilde: [Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram. September 2021](#)

Figurene ovenfor viser at totale unngåtte kostnader fra 2020 og frem til andre kvartal 2021 tilsvarer ~213 millioner norske kroner. Det tilsvarer om lag 700.000 norske kroner i unngåtte kostnader per kommune som er med i programmet. Den andre figuren viser at kommunene til sammen har frigjort over ~160.000 timer eller 96 årsverk i økt omsorgs-kapasitet. Årsaken til nedgangen i gevinster fra fjerde kvartal 2020 til første kvartal 2021, skyldes i hovedsak at flere større prosjekter gikk over til drift og dermed avsluttet prosjektdeltagelsen i programmet.

Senter for helse og teknologi ga innspill til Helsedirektoratet på bakgrunn av forskning og nettverksarbeid om helse- og velferdsteknologi.[84] De har erfart at digitaliseringsarbeidet og implementering av velferdsteknologi i omsorgs-tjenestene i hovedsak bremsset opp og at det samme gjaldt for kompetanse og kapabilitet knyttet til digitalisering i -tjenestene under pandemien. Kurs- og opplærings-virksomhet som var basert på fysisk oppmøte, stoppet opp, og opplærings-virksomhet ble i hovedsak satt på vent. De peker på

god infra-struktur, plattformløsninger og kompetanse som viktige forhold for å håndtere både pandemi og digitaliseringsarbeid i omsorgstjenestene. Senter for helse og teknologi pekte også på at manglende kompetanse hos brukere kan hindre god effekt av teknologien. Ansatte i tjenestene må sikres kompetanse for å ivareta implementering av verktøyene.

Fotnoter

[81] Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, KS. (2021). [Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram](#). September 2021.

[82] Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, KS (2021): [Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram](#). September 2021, side 4-.

[83] Ibid. S.6-.

[84] Herdis Dugstad, senterleder, USN Senter for helse og teknologi. Innspill til Helsedirektoratet 31.mars 2022.

6.3

Digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging innebærer at pasienten følges opp i hjemmet ved blant annet egenmåling eller automatisk måling, og pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand. Resultatene sendes digitalt til heletjenesten som vurderer og følger opp pasienten ved behov, primært via digitale verktøy (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023).

I 2021 ble det i oppdragsdokumentet til RHFene gitt følgende oppdrag:

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet.

Arbeidet munnet ut i følgende forslag til noe bredere definisjon av digital hjemmeoppfølging: Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.

I praksis innebærer den nye definisjonen at digital hjemmeoppfølging omfatter oppfølging basert på data fra pasienten (data fra sensorer og medisinsk teknisk utstyr og pasientrapporterte data), kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandlere (video/telefon samt asynkrone meldinger), nettbaserte behandlingsprogram og pasientopplæring.

I mai 2020 publiserte Helsedirektoratet faglige råd om bruk av digital hjemme-oppfølging av personer med covid-19 som del av den nasjonale korona-veilederen,[85] og i november 2021 ble anbefalinger til kommunene om å ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy for å avhjelpe utfordringer ved covid-19 pandemien lagt inn i veilederen.

I februar 2021 publiserte Helsedirektoratet erfaringer fra åtte kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19.[86] Disse kommunene hadde gitt tilbud om digital hjemmeoppfølging til omtrent 4.400 personer med covid-19 sykdom. Brukerne og nærkontakter rapporterte positive erfaringer

med å ha følt seg godt ivaretatt og hatt en god dialog og støtte fra helsepersonell. Helsepersonellet rapporterte også positive erfaringer med ordningen. De fremhevet blant annet at løsningene som ble benyttet ga god beslutnings-støtte ved oppfølging og medførte at brukeren ble godt fulgt opp, selv uten fysisk kontakt mellom helsepersonell og brukeren.

For kommunene innebar de positive erfaringene interesse for å utvide tilbudet om digital hjemmeoppfølging til annen sykdomsoppfølging enn covid-19 sykdom. De opplevde at bruk av digital hjemmeoppfølging bidro til en mer bærekraftig helse-tjeneste, der helsepersonellressurser ble benyttet mer effektivt. Ordningen bidro til å sikre bedre kontinuitet og gir raskere oversikt over situasjon for smittede og nærkontakter. Støtte, råd og veiledning, samt rask vurdering av lege og evt. innleggelse ved forverring, gir trygghet og kan redusere unødig kontakt med legevakt/fastlege og redusere behov for besøk fra hjemmetjenesten. Dette reduserer igjen eksponering for smitte. Digital hjemmeoppfølging ved covid-19 synes å gi god kvalitet og like-behandling, og kan optimalisere bruken av helsepersonell under en pandemi.

Uprøvingen av digital hjemmeoppfølging i regi av nasjonalt velferds-teknologi-program ble fulgt av en randomisert kontrollert studie (UiO, 2018-2021).[87] Evalueringen viser at kronisk syke pasienter som fikk digital hjemmeoppfølging føler økt trygghet og mestring av egen sykdom, bedre helse og livskvalitet, og med en lavere dødelighet enn i kontrollgruppen. Evalueringen viser lavere forbruk av helsetjenester i hjemmet i forhold til kontrollgruppen etter 12 måneder. Dette gjelder også de som hadde helsetjenester i hjemmet i utgangspunktet. Det var noe mer forbruk av fastlege-tjeneste, som i hovedsak skyldes tverrfaglige møter for etablering av egenbehandlings-plan. Helsepersonell rapporterer at samhandling mellom aktørene er blitt bedre. Forskernes oppsummering er at digital hjemmeoppfølging trolig vil kunne bidra til en bærekraftig helsetjeneste, forutsatt at kostandene holdes nede og tilbudet rettes til de pasientene som har størst nytte av det.

Fastleger som har hatt flere pasienter med digital hjemmeoppfølging rapporterte at det bidrar til bedre kommunikasjon og at pasientene forstår mer av sin sykdom og kan bedre formidle egen sykdomsstatus. Dette gir en mer effektiv bruk av konsultasjonen. Digital hjemmeoppfølging bidrar til god kvalitet i samhandling mellom fastlege, pasient og hjemmetjeneste. Det gir struktur i (egen)behandlingsplanen og legger grunnlag for bedre mestring hos pasienten. Oppfølgingshyppighet lar seg lettere oppskalere og nedskalere ved at oppfølgingen fra tjenesten er godt strukturert, lett tilgjengelig og kommuniserer endring i pasientens behov presist og objektivt.

Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle nasjonale faglige råd om digital hjemme--oppfølging i kommunene.

Fotnoter

[85] Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. [Oppfølging hjemme av pasienter med covid-19](#)

[86] Helsedirektoratet. 2021. Digital hjemmeoppfølging ved covid-19. [Rapport. Februar 2021](#)

[87] UiO (2022): Institutt for helse og samfunn (Universitetet i Oslo), Oslo Economics & Nasjonalt senter for distriktsmedisin (UiT Norges arktiske universitet): [Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging](#). 2022.

6.4

Velferdsteknologi til barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Utpøringsprosjektet for velferdsteknologi til barn og unge med funksjons-nedsettelse har pågått i samarbeid med flere norske kommuner og regionale prosjekter siden 2015. Formålet har vært i) å identifisere og prøve ut tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger, ii) å gi barn og unge økt livskvalitet i form av mestring, normalisering og selvstendighet, samt iii) å avlaste foreldrene. I perioden 2015 - 2020 har ca. 60 barn og unge vært aktive i prosjektet. I 2021 ble prosjektet utvidet fra seks til ti regionale prosjekter.[88]

Dokumenterte gevinster er i hovedsak kvalitative og relaterer til redusert tidsbruk.[89]

- Barna blir mye mer selvstendige.
- Barna føler at hverdagen blir normalisert. De klarer flere oppgaver på egenhånd og kan lage avtaler med venner uten involvering fra voksne i alt de gjør.
- Både barn og foresatte opplever økt trygget ved bruk av teknologi.
- Enkelte prosjekter har dokumentert redusert tidsbruk i hverdagen.
- Ansatte i skolen får færre henvendelser fra barn relatert til tid og struktur. Hjelpemidler gjør det enklere å styre dette på egenhånd.

I brukergruppen er progresjonen langsom, og gevinstene oppnås over tid. Kommunene må derfor sette delmål og jobbe med målrettede tiltak for å kunne dokumentere økt selvstendighet og mestring over tid. Prosjektkommunene opplever derfor et stort potensial for økonomiske besparelser dersom tids-horisonten for tiltakene utvides. Barn og unge har lang gjenværende levetid og investeringskostnadene for teknologi er relativt lave. Dersom velferdsteknologi kan bidra til redusert behov for praktisk bistand, utdanning på høyere nivå og større sannsynlighet for inntreden i arbeidslivet, er det samfunns-økonomiske potensialet stort.[90]

Helsedirektoratet har gitt råd til kommunene om at de bør tilby velferds-teknologi som del av tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne, når dette kan gi økt mestring av eget liv og deltakelse med andre.[91] De nasjonale anbefalinger bygger blant annet på erfaringer fra utprøving i noen kommuner i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Fotnoter

[88] Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, KS (2021): [Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram](#). Publisert september 2021.

[89] Ibid. side 23

[90] Ibid. side 23

[91] Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd. [Velferdsteknologi til barn og unge med nedsatt funksjonsevne](#)

6.5

Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre

For å heve den digitale kompetansen blant eldre, har Helsedirektoratet tilskudds--ordningen Utpørving av teknologiske verktøy og IKT-opplæring for å motvirke ensomhet og redusere digitalt utenforskap, bedre

helsekompetansen, og for å gjøre eldre bedre i stand til å motta digitale helsetjenester. Ordningen er tidligere følgevaluert.[92] Tilskuddet er i 2021 gitt til tre ideelle organisasjoner.

Under pandemien ble tilskuddsordning Opplæring og implementeringsstøtte for å styrke den digitale kompetansen etablert (tiltaksplan for sårbare eldre. 2020-2021). I 2021 ble det gitt tilskudd til 35 prosjekter, som omfattet 63 kommuner, ett IKS og 8 frivillige organisasjoner.

Fotnoter

[92] Nasjonalt senter for e-helseforskning. Faktaark 02-2019. [Sosial digital kontakt – et år etter](#)

Bygningsmessige forhold – erfaringer fra pandemien

t tydelig mål i plan for omsorgssektoren, Omsorg 2020,[93] var at fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har; alle aldersgrupper med behov for helse- og omsorgstjenester. Noen er inne til korttids-rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager der og andre skal leve et langt liv der. Dette krever et mangfold av boformer for best mulig bo- og livskvalitet for beboerne. Moderne og godt utstyrte lokaler er samtidig avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som arbeider i denne sektoren.

Fotnoter

[93] Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020. [Omsorg 2020](#)

7.1

Investeringsstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet kan også benyttes til lokaler for dagaktivitetstilbud samt fellesareal, felles teknisk anlegg og velferdsteknologi i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger og sykehjem.

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. Med et økende antall og andel eldre vil det i flere kommuner være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser. Stortinget vedtok derfor å endre investerings--tilskuddet til heldøgns omsorgsplasser fra og med 2021 til kun å omfatte plasser som gir netto tilvekst, med en overgangsordning for perioden 2017–2020.

Behovet for rehabilitering/fornyelse av eksisterende plasser viser seg imidlertid å vedvare. I forbindelse med statsbudsjettet for 2019 ba derfor Stortinget regjeringen «sørge for at investeringsstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger likebehandler nybygg og oppgradering og modernisering av eksisterende bygningsmasse». Regjeringen fulgte opp vedtaket ved at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen rehabilitering/modernisering, utskifting, lokaler for dagaktivitets-tilbud, fellesareal og øvrige tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63. Denne fordelingen ble videreført i 2020 og i 2021 med en mindre justering i løpet av året grunnet lavere etterspørsel enn forventet, jf. omtale under «Rammer og budsjettforutsetninger for 2021».

Videreutvikling av investeringsstilskuddet

Innføring av plankrav som nytt prioriteringskriterium fra 1.1.2022

Fra 1. januar 2022 ble det innført et plankrav ved søknad om investerings-tilskuddet basert på Husbankens forslag til nye prioriteringskriterier for investeringstilskuddet på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet i 2020. Formålet med plankravet er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovs-vurderinger knyttet til de mest kostnads-krevende tilbudene i kommunene. Plankravet skal lede til kunnskap om egen situasjon og at kommunene utvikler planer for å møte behovene langs hele bo- og tjeneste-trappen.

I 2021 har Husbanken lagt til rette for at kommunene skal kunne følge det nye plankravet. Blant annet er det utviklet et digitalt modulbasert kurs og opprettet en samleside på husbanken.no med planleggingsverktøy, sentral statistikk, veiledning i tillegg til dialog-verktøy og plankravskjemaer. I slutten av november ble det gjennomført en nasjonal konferanse om plankravet i regi av Husbanken, for 600 deltagere fra kommunene, statsforvalterne og NAV med flere.

Trygghetsboliger

I 2020 ga Helse- og omsorgsdepartementet Husbanken i oppdrag å utrede et nytt konsept: «trygghetsboliger». Trygghetsboliger skulle være rettet mot personer som ikke har behov for heldøgns omsorg, men som har problemer med å klare seg i egen bolig. Oppdraget var å utrede hvordan en egen stimuleringsordning for trygghetsboliger kan innrettes og hvilke økonomiske insentiver som kan benyttes. Oppdraget ble levert høst 2021. I juni 2021 sendte departementet ut en høring om forslag til forskrift for det nye investerings-tilskuddet. Tilskudd til trygghetsboliger ble foreslått som en pilot i 2022, og ordningen skulle avgrenses til distrikts-kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6.

Sommeren 2021 fikk Husbanken i oppdrag å forberede innføring av tilskudd til trygghets-boliger med virkning fra 1. januar 2022. Arbeidet ble igangsatt, men forslaget til pilot ble trukket i Prop. 1 S Tillegg 1 (2021- 2022), jf. Innst. 11 S (2021-2022).

Sikkerhets- og velferdsteknologi i tilknytning til sykehjem og omsorgsboliger

På oppdrag fra Husbanken gjennomførte Høgskulen på Vestlandet opplæring av Husbankens ansatte i velferdsteknologi og e-helse. Høgskulen på Vestlandet har utviklet en veileder for kommunene om teknologiløsninger som kan ivareta sikkerhet og trygghet for beboere og ansatte i sykehjem og omsorgsboliger.

Kartlegging av bosituasjonen til personer med utviklingshemming

NTNU Samfunnsforskning, på oppdrag fra Husbanken, foretok en kartlegging av bosituasjonen til personer med utviklingshemming i 2021[94]. Kartleggingen viser at eierandelen er langt lavere blant utviklingshemmede enn i befolkningen for øvrig. Anslaget er at cirka 25 prosent av utviklingshemmede som bor for seg selv eier egen bolig, og at det er flest eiere blant de som har minst behov for hjelp. Blant de som har behov for helsetjenester er eier-andelen lavere. Tallene viser at ti prosent av de som bor i bofelleskap eier selv. Kartleggingen viser også at de er behov på nasjonalt nivå for drøyt 2 000 flere boliger for mål-gruppen.

De viktigste funnene er:

- Bofellesskap med fellesareal er den dominerende boformen for utviklingshemmete hvor beboeren leier en leilighet av kommunen.
- Det er en relativt stabil andel av utviklingshemmete bor i egen selvstendig bolig, rundt 15 prosent.
- Boligenes standard er nøktern. Leilighetene er stort sett rundt 50 kvadratmeter.
- Det er etterslep på vedlikehold av bofellesskap
- Tendensen er at bofellesskapene blir større målt i antall boenheter og dermed får flere beboere.
- Nær 80 prosent sier de ønsker å eie sin egen bolig.
- Mange boliger er ikke vanlige boliger i et ordinært bomiljø.
- Mangel på tilbud gjør at for mange bor lenge hjemme.
- Boligøkonomien er forverret. Husleiene er nær doblet siden 2001. Få mottar statlig bostøtte.
- De som leier av kommunen, har liten innflytelse over hvor de bor.

I rapporten «Likestilt, normalisert og inkludert? Erfaringer med kjøp av egen bolig for utviklingshemmede» fra SINTEF Community[95] og finansiert av Husbanken, undersøkes erfaringer med både prosess og boligløsning når utviklingshemmede kjøper egen bolig. Rapporten tar for seg seks kommuner som på ulike måter søker å legge til rette for at utviklingshemmede kan kjøpe/bygge og eie bolig selv. Undersøkelsen bekrefter tidligere funn: Husbankens finansieringsmodell gjør det mulig og attraktivt for mange utviklingshemmede å kjøpe bolig på det ordinære boligmarkedet.

Nærmere omtale av investeringstilskuddets utforming og status for 2021 følger vedlagt (vedlegg 3).

Fotnoter

[94] [Utviklingshemmetes_bosituasjon_web.pdf \(samforsk.no\)](https://www.samforsk.no/utviklingshemmetes_bosituasjon_web.pdf)

[95] [Likestilt normalisert og inkludert.PDF \(husbanken.no\)](https://www.husbanken.no/likestilt_normalisert_og_inkludert.PDF)

7.2

Bygningsmessige konsekvenser for pandemien

Selv om det har vært lite smitte og dødsfall i norske sykehjem, er det enkelte sykehjem som ble hardt rammet. Til sammen 4 av 10 covid- relaterte dødsfall i landets sykehjem har skjedd på de ti institusjonene med flest registrerte dødsfall.[96] En av faktorene som kan forklare dette er uhensikts-messige sykehjems-bygg. Det er vanskelig å håndtere smittevern når bygningene ikke tilrettelegger for det, som store enheter, felles inngang, vanskelig å dele inn i soner eller vansker med å holde rent. De samme forhold gjelder for andre typer omsorgsbygg, der hensynet til smittevern kan ha gitt en mer krevende situasjon for beboerne med isolasjon på eget rom og strenge besøks-restriksjoner o.a (jfr.kap.3). Helsedirektoratet har fått innspill om at store sykehjems-institusjoner synes mer sårbare enn mindre sykehjem i en pandemi-situasjon. Dette blir også bekreftet i internasjonale studier[97] Betydningen av bygningenes fysiske utforming blir også påpekt av Nasjonalforeningen for folkehelsen. Ut fra undersøkelse blant medlemmer av demensforeningen og erfaringer fra andre kilder i foreningens arbeid med demens, ser de at mye av bygningsmassen er lite egnet for å håndtere smitte, og at byggenes utforming påvirket graden av kontakt pårørende kunne ha med beboerne.[98]

Helsedirektoratet har sett på hvordan oppmerksomhet på smittevern kan styrkes i forbindelse med planlegging av nye og rehabilitering av eksisterende heldøgns omsorgsplasser og jobbet spesielt med å identifisere aktuelle bygningsmessige forhold som kan være av betydning for smittevernhensyn i heldøgns

omsorgsplasser. Hvordan den bygningsmessige utformingen kan legge til rette for at smittevern kan ivaretas på en tilfredsstillende måte er vurdert.

Helsedirektoratet har vurdert bygningsmessige forhold av betydning for smittevern i sykehjem og omsorgsboliger i et eget notat til HOD. Oppsummeringen bygger på faglige vurderinger og funn fra norske og internasjonale studier, underlagsrapporten til Koronakommisjonen fra Senter for omsorgsforskning,[99] tilsynsrapporter fra Statsfor-valterne samt erfaringer innhentet fra to kommuner. På bakgrunn av gjennomgangen anbefaler Helsedirektoratet at Husbankens veileder og retningslinje for investerings-tilskudds-ordningen foreslås utvidet med et eget avsnitt om smittevern, der det stilles krav til prosess, kompetanse og sluttresultat. Videre bør det utarbeides en nasjonal smittevernfaglig veileder for nybygging og rehabilitering av sykehjem og omsorgsboliger, basert på en kunnskapsoppsummering på området. Helsedirektoratet anbefaler også forskning på og evaluering av hvilke effekter ulike utformings-løsninger og velferds-teknologiske løsninger har på smittevernet.

Bygningsmessige forhold av betydning for godt smittevern viser seg også å sammen-falle med forhold av betydning for andre helsemessige forhold. Spesielt er muligheten for å dele opp i flere små enheter og tilgang på eget rom med eget bad en fordel, både med hensyn på godt smittevern, god demens-omsorg og muligheten for å leve gode liv på sykehjem og i omsorgsboliger.

I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom, og over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemme-tjenester, har demens[100] Dette er en gruppe som har vanskelig for å forstå smitteverntiltak og redusert evne til å følge smitte-vern-råd. Små bofellesskap og avdelinger tilpasset personer med demens og kognitiv svikt ble satt som mål i den første Demensplanen 2015.[101] Små enheter både bygningsmessig og organisatorisk blir vurdert som den beste løsningen for beboerne.

"Smått er godt"

Betydningen av små enheter for å ivareta omsorg og trivsel for beboere ble fremhevet i Demensplan 2015 og i Nasjonal faglig retningslinje om demens gis det føringer for utforming av botilbud ved demens.[102] Erfaringer fra pandemien har aktualisert uttrykket "smått er godt", og viser at hensynet til smittevern for bygninger også er viktig med hensynet til brukernes trivsel og helse generelt. Store sykehjems-institusjoner synes mer sårbare enn mindre sykehjem i en pandemisituasjon, og små enheter er særlig viktig for personer med demens. Godt smittevern er dermed viktig både for smittevern og for å muliggjøre aktivitet og felleskap selv under en smitte-situasjon.

Helsetilsynets undersøkelse av hvordan personer med utviklingshemmede har erfart pandemien viser tilsvarende erfaringer med store enheter. Forskerne kommenterer "at personer som bor i bolig med fellesarealer og 24/7-tjenester, i større grad forteller om begrensninger i opplevd frihet". Forskjellen fra andre uten utviklingshemming viser "at størrelsen på bofellesskap påvirker faren for smitte og derfor karantene." [103]

Fotnoter

[96] [Frode Jacobsen m.fl \(2021\). Erfaringer med covid-19 i norske sykehjem. Senter for omsorgsforskning. Rapport 1/21](#)

[97] Frode Jacobsen. Senter for Omsorgsforskning. Innspill til Helsedir 31.03.22.

[98] Anne Rita Øksengård, Nasjonalforeningen for folkehelse. Innspill til Helsedir. 31.mars 2022.

[99] Frode Jacobsen m.fl (2021). Ibid.

[100] Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#)

[101] Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 "[Den gode dagen](#)"

[102] Helsedirektoratet. [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#). Kap.11 om botilbud ved demens.

[103] Helsetilsynet 2021. Koronapandemien slik personer med utviklingshemming har erfart det. Rapport 4/2021 (s.37)

Pandemien – hva har vi lært?

Etter to år med pandemi har helse- og omsorgstjenestene i kommunene fått langt mer erfaring og kunnskap om smittevern og gjennomføring av tiltak i praksis, sammenlignet med den første fasen av pandemien. Tidligere kjente utfordringer, uavhengig av pandemien, ble mer synlige og dels forsterket under pandemien. "Hvordan tjenestene er rustet i en normalsituasjon spiller en rolle for hvordan pandemier og epidemier håndteres." [104] Flere under-søkelser og analyser dokumenterer effekten av smittevern i helse- og omsorgs-tjenestene. Pandemien har vært en ekstraordinær situasjon.

Tjenestemottakere har blitt hardt rammet av de uønskede effektene av smittevern-tiltakene. De mest utsatte er beboere i sykehjem og omsorgsboliger og de uheldige virkningene har særlig rammet personer med funksjonsnedsettelse og personer med demens. Strengt besøksrestriksjoner og besøksforbud har hatt konsekvenser, og mange hjemmeboende og deres pårørende har opplevd økt isolasjon pga. redusert tjenestetilbud og stengte aktiviteter. Tiltakene kan derfor ha bidratt til dårligere helsetilstand og redusert livskvalitet for mange, selv om de beskyttet mot smitte.

Pandemien har gitt viktig innsikt i hensyn som gjelder for beredskapsarbeid og håndteringen av en eventuell ny smittebølge eller en ny pandemi. Samtidig er det viktig å ta med de positive erfaringene fra hvordan tjenestene taklet de krevende omstillingene. Denne kunnskapen legger grunnlag for videre omstillings- og endringsarbeid for å styrke og utvikle tjenestene. Den tette kontakten med kommuner og Statsforvalterne som ble etablert med Helsedirektoratet, var av stor betydning for arbeidet underveis i pandemien, og kan med fordel videreføres i andre sammenheng.

Fotnoter

[104] Frode Jacobsen. Senter for omsorgsforskning. Innspill til Helsedir. 31.mars 2022

8.1

Behov for tydelig informasjon som er tilpasset mottakeren

Ulik praksis for iverksetting av smitteverntiltak kan tyde på at enkelte veiledere og sentrale vedtak har blitt tolket ulikt. Flere melder at det var vanskelig å følge med på hva som til enhver tid var gjeldende tiltak. Usikkerhet og ulik tolking av retningslinjer førte til at tiltakene kan ha blitt for strenge for en del tjeneste-mottakere. I noen kommuner ble Helsedirektoratets retningslinjer tolket feil. Beboere i omsorgsboliger ble derfor nektet å delta i arbeid eller aktiviteter og ble isolert som følge av besøksforbud.

Også overfor brukerne var det en utfordring å gi god informasjon. I en undersøkelse blant personer med utviklingshemming påpeker Helsetilsynet betydningen av informasjon som er tilpasset og lettfattelig; "Når det må gjøres endringer i tjenestetilbudet, må brukerne få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke." [105] Helsetilsynet peker på behovet for å lage tilrettelagt informasjonsmaterieil og pedagogiske løsninger som formidler smittevern til alle.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) viser i sin undersøkelse av konsekvenser for funksjonshemmede[106] også til behovet for tilrettelagt informasjon. På spørsmål om informasjon fra myndighetene, svarte 41 prosent at den er god, 48 prosent at det er vanskelig å følge med på hva som til enhver tid gjelder og 14 prosent sier at de hadde trengt mer målrettet informasjon. Blant barn og unge eller pårørende for alders-gruppen 0-20 år oppgir 55 prosent at det er vanskelig å følge med på informasjon og hva som gjelder, og 20 prosent svarer at de kunne trengt mer målrettet informasjon.

Innspill til Helsedirektoratet viser til eksempler på at informasjon som er tilrettelagt en bestemt målgruppe, også kan fungere overfor andre grupper, for eksempel kan informasjon tilpasset barn fungere for personer med utviklingshemming.[107]

Fotnoter

[105] Helsetilsynet. Koronapandemien slik personer med utviklingshemming har erfart det. [Rapport 4/2021](#) (s.93)

[106] FFO (2022). Konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke etter to år. [forsterkede-negative-konsekvenser-av-koronapandemien](#) (januar 2022)

[107] Kari M.Kristiansen. Nasjonalt senter for aldring og helse, [Innspill til Helsedir. 31.mars 2022](#)

8.2

Balansen mellom hensynet til smittevern og andre hensyn

For personalet var det vanskelige avveininger mellom hensynet til pårørende og beboere og å redusere muligheten for smitte inn i boligen eller sykehjemmet. Flere studier viser til hvordan pandemien har ført til økt isolasjon, ensomhet og dårligere psykisk helse for mange. Både yngre og eldre ble rammet.[108] Helse-tilsynet påpeker at det var strengere smitteverntiltak for personer med utviklingshemming i bofelleskap enn for de fleste andre.[109] Retten til selvstendig liv kom i konflikt med hensynet til smittevern, [110] og flere viser til problem-stillinger knyttet til at smittevernhensynet synes å ha trumfet alle andre hensyn.[111]

En internettbasert forskningsplattform for personer over 50 år (Protect) så på sammenhengen mellom ensomhet og fysisk aktivitet og mental helse ut fra sosial distansering under covid-19 i Storbritannia.[112] Studien viser at opplevelse av ensomhet og redusert fysisk aktivitet er risikofaktorer for forverring av mental helse under pandemien.

De uheldige virkningene av smittevernreglene kan ha rammet personer med demens og beboere i sykehjem spesielt hardt. Helsedirektoratet fikk innspill på at det i for liten grad ble tatt høyde for at de fleste beboere i sykehjem har demens og at veilederne for smittevern kunne vært noe mer fleksible og gitt mer rom for skjønnsutøvelse. Ulik praksis kan også tyde på at veilederne ikke var tydelige nok, og dermed åpnet for ulike tolkinger, eller at det ble opplevd som vanskelig å følge med på de nasjonale rådene.

Flere etiske dilemma ble avdekket gjennom pandemiarbeidet, som i spørsmål om prioritering av vaksiner og smittevernutstyr, hensynet til egne helse vs. hjelpeplikt eller i behandling av pårørende og håndtering av besøks-restriksjoner[113] Senter for medisinsk etikk har reflektert over aktuelle problemer under pandemien,[114] og viser til konsekvensene av smittevern-tiltak på en rekke områder i sitt innspill til

Helse-direktoratet. Prioriteringer har fått store kostnader for våre sosiale liv, for fysisk og psykisk helse i tillegg til økonomi og arbeid. Spørsmålet som er stilt i ettertid, er om hensynet til smittevern førte til at det i for liten grad ble tatt hensyn til faglig forsvarlighet og bredden av menneskelige behov. Samtidig er dette vanskelige avveininger å gjøre i etterkant, siden vektlegging av smittevern bidro til redusert forekomst av sykdom og død grunnet relativt lav smitte lokalt og nasjonalt.

Fotnoter

[108] Nasjonalt senter for aldring og helse 2022. Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien. Akademisk 2022

SEFAS. UiO.2022. Effekt av covid-19 for hjemmeboende personer med demens. Resultater fra PAN.DEM studien ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin

[109] Helsetilsynet. Koronapandemien slik personer [med utviklingshemming](#) har erfart det. [Rapport 4/2021](#)

[110] Senter for omsorgsforskning.

Line Melbu m.fl..2021. Selvstendig liv og smittevern – rettigheter i krysspress under covid-19-restriksjoner for personer med utviklingshemming. Tidsskrift for omsorgsforskning. [Årgang 7 nr.1-2021 s.1-12](#)

[111] Anne Rita Øksengård. Nasjonalforeningen for folkehelse. Innspill til Helsedir. 31.mars 2022.

[112] Ingelin Testad, SESAM. Innspill til Helsedirektoratet 31.mars 2022.

[113] Reidun Førde, Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, UiO. Innspill til Helsedirektoratet 31.mars 2022.

[114] UiO, Senter for helse og samfunn. [Covid-19: Etikk og prioriteringer](#)

8.3

Omstillingsarbeid og kunnskapsutvikling

Tidligere kjente utfordringer er sentrale også for hvordan tjenestene kan takle en pandemi; som ansettelses-forhold, rutiner for hygiene eller bygningsmessige forhold. Pandemien krevde raske endringer og utløste kreativitet, som bruk av nye kommunika-sjons---former og -plattformer, nye former for samarbeid eller oppgavedeling. Mange av disse erfaringene er det viktig i det pågående og nødvendige omstillingsarbeidet i omsorgstjenesten framover.

Digitale verktøy og metoder utviklet for én målgruppe i helse- og omsorgs-tjenestene, kan også være relevant for andre tjenestekområder og målgrupper. Innen velferdsteknologi ser vi eksempler på partnerskap og samskaping som arbeidsmodell. Ett eksempel er HelseHub i Drammensregionen (<https://helsehub.org/>)[115] der private og offentlige bedrifter og næringsliv samarbeider med forskning og utdanningsmiljø om å identifisere og utvikle felles prosjekter, dele kunnskap og etablere møteplasser innen helsefeltet.

Andelen og antallet eldre i befolkningen øker fremover. Dette utfordrer omsorgs--tjenestene og stiller krav til en helhetlig satsing innen samfunns-planlegging, blant annet på forebyggende tiltak og lavterskeltilbud. Økt kunnskap om folkehelse i et livsløpsperspektiv er viktig som grunnlag for kunnskap om og hvilke faktorer

gjennom livet som påvirker helse og funksjon i eldre år. Her vil HUNT-studien Aldring i Trøndelag kunne bidra til kunnskap om utvikling i fysisk, kognitiv og psykisk helse, samt endringer i funksjonsevne og livsførsel i gruppen 70 år og eldre.[116]

Omstilling og forskning synes nødvendig for at kommunale helse- og omsorgs-tjenester skal kunne møte fremtidens utfordringer. Gode løsninger finnes. Det er viktig å bidra til at flere gis muligheter for å utvikle og dra nytte av metoder og modeller som har dokumentert effekt. Endrings- og omstillingsarbeid må ses i en helhet, der kunnskap og erfaringer utnyttes på tvers av fagområder og tjenstlige skillelinjer.

Fotnoter

[115] Janne Dugstad. Universitetet i Sørøst-Norge. Innspill til Helsedir 31.mars 2022.

[116] HUNT. Helseundersøkelsen i Trøndelag. I samarbeid med Nasjonalt senter for aldring og helse. [Aldring i Trøndelag](#)

8.4

Læringspunkter

Pandemien har vist at smittevern og personsentrert omsorg er viktig både for smittevern og for kvalitet og pasientsikkerhet i omsorgstjenestene. Helsedirektoratet vil løfte frem følgende læringspunkter for videre arbeid:

- Sikre gode nok prosesser når man definerer hvilke grupper av tjenestemottakere som skal defineres som særlig sårbare. Dette gjelder både i beredskapsplanlegging, når hendelser oppstår og mer generelt. Ved oppstart av pandemien omfattet for eksempel "særlig sårbare grupper" ikke personer med demens.
- Personsentrert omsorg ble utfordret av smittevern. For personalet var det vanskelige avveininger mellom hensynet til pårørende og beboere og å redusere muligheten for smitte inn i boligen eller sykehjemmet. Økt kompetanse er viktig både for å ivareta smittevern og personsentrert omsorg i tjenestene til beboere i sykehjem. Beboere i omsorgsboliger må få råd og veiledning om gode smitteverntiltak som ivaretar rettigheter til aktivitet og sosial kontakt.
- Smittevernhensyn bør vurderes tatt inn som krav i fysisk utforming av sykehjem og omsorgsboliger knyttet til investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgs plasser som tildeles av Husbanken.
- Økt satsing på ulike dagaktiviteter for hjemmeboende for å forebygge isolasjon og passivitet og gi avlastning for pårørende.
- Styrke samarbeidet med pårørende som en viktig deltaker i tjeneste-mottakernes liv.
- Sikre opplæring av ansatte og brukere for bedre utnyttelse av velferdsteknologi.
- Styrke og videreutvikle koordinerte tjenester på tvers av nivåene for å ivareta tjenestemottakere som ikke kan nyttiggjøre seg digitale helse-tjenester, og støtte opp under målene som helsefelleskapene setter for samhandling.
- Stimulere til økt implementering av modeller for omstilling og organisatoriske endringer i omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet vil ta lærdom av erfaringene fra pandemien og videreføre arbeidet gjennom en samlet satsing overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Oppfølging vil skje innenfor pågående satsninger som blant annet Kompetanse-løft 2025, reformarbeidet Leve hele livet, strategi for et aldersvennlig samfunn, regjeringens pårørende-strategi og handlingsplan og nasjonalt Velferdsteknologi-program.

Vedlegg

Vedlegg 1: Deltakere med innspill på seminar 31.mars 2022

Kommunale omsorgstjenester – innspill om status og utfordringer, særlig knyttet til konsekvenser av pandemien

Bettina Husebø. Professor, leder for innovasjon, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB. *Effekt av COVID-19 for hjemmeboende personer med demens. Resultater fra PAN.DEM-studien*

Terje P.Hagen. Professor, leder for Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, *Endringer i bruk av sykehjemmene under det første året av pandemien*

Frode Fadnes Jacobsen. Professor, forskningsleder, Senter for omsorgsforskning *Konsekvenser av pandemien for norske sykehjem, sett i lys av noen internasjonale erfaringer*

Ingelin Testad. Professor, senterleder, SESAM- Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. *Hjemmeboende personer med demens*

Anne Rita Øksengård. Forskningssjef, Nasjonalforeningen for folkehelse *Personer med demens og deres pårørende*

Janne Herholdt Dugstad. Leder, Senter for helse og teknologi, Universitetet i Sørøst-Norge *Samskapning og digitalisering i omsorgstjenestene*

Trond Bliksvær. Forskningsleder, Nordlandsforskning. *Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid? En studie av tilbud og hverdag blant hjemmeboende eldre*

Reidun Førde, Professor emeritus. Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, UiO. *Etikkarbeid under pandemien, hva har vi lært?*

Kari Midtbø Kristiansen. Daglig leder, Nasjonalt senter for aldring og helse. *Utfordringer på veien mot et samfunn med flere eldre*

Vedlegg 2: Status for oppfølgingspunkter i Omsorg 2020 – årsrapport 2020

Her gis en oversikt over punktene for oppfølging gitt av Helsedir i Omsorg 2020- årsrapport for 2020 og status for arbeidet per mai 2022.

Punkter for oppfølging

Oppfølgingspunkter i årsrapport for omsorg 2020	Status for arbeidet.
Sikre god kommunikasjon og forståelse av regelverk for	

smittevern helt ut til alle kommuner og institusjoner	Sentrale myndigheter veileder kommunene og følger opp på ulike måter: Helsedir i rundskriv og lovtolkning. Statsforvalter veileder kommunelegen. FHI følger opp helsepersonell i smittevernvakta.
God opplæring i smittevern til alle ansatte	Helsedirektoratet utviklet kurs i smittevern tidlig i pandemien, som del av den nasjonale veilederen: Kurs og opplæring kap.12.1 Oppfølging i kommunene er et ledelsesansvar.
God opplæring i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt til alle ansatte	Følges opp i Kompetanseløft 2025: regional tilskuddsforvaltning i samarbeid med Statsforvalter og kompetansesenter. Til sammen 4 ulike ordninger over K2025 er innrettet mot Lindrende behandling med totalbevilgning 2020/2021 på 22,1 millioner
Betydningen av godt smittevern ved ombygning og nybygg av boliger og sykehjem	Erfaringsgrunnlaget dokumentert og anbefalinger gitt HOD i upublisert notat.
Kommunale beredskapsplaner må inneholde muligheten for samarbeid mellom tjenester og mellom kommuner	Dette ivaretas via Statsforvalter som etterspør planverket i møte med kommunene.
Øke andelen heltidsansatte	Følges opp i Kompetanseløft 2025: er rapport på i Årsrapport for Kompetanseløft 2025, publisert høsten 2021 tilgjengelig her . Tiltak i K2025 som Jobbvinner og Tørn er sentrale og pågående. Tiltakene ledes av KS og fokuserer på å rekruttere, beholde og utvikle personell, samt tjenesteutvikling.
Ivaretagelse av pårørende ved endring, utsettelse eller bortfall av tjeneste- eller aktivitetstilbud	Helsedirektoratet gjennomførte i 2021 en nasjonal pårørendeundersøkelse for bedre kunnskaps-grunnlag om pårørendes belastning. Oppfølging gjennom Helsedirektoratets arbeid med pårørendestrategi og handlingsplan.
Videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	Tiltak på tannhelse i KPR i K2025: "Forprosjekt tannhelsesdata i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)". Prosjektet pågår.
Bruk av nettbaserte plattformer for kompetanseheving og erfaringsutveksling	Mitt livs ABC, Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC og Velferdsteknologiens ABC. Etablerte og pågående tiltak i Kompetanseløft 2025.
Prioritering av helsepersonell som har kontakt med sårbare pasienter og brukere for vaksinasjon	Ble fulgt opp for vaksinasjon i 2021. Alle ansatte er gitt tilbud om fullvaksinasjon.

Vedlegg 3: Husbankens rapport for investeringstilskuddet

Deler av rapportering for investeringstilskuddet inngår som kapittel 7.1. Dette vedlegget er øvrig rapportering for investeringstilskuddet fra Husbanken.

Investeringstilskuddets utforming

Investeringstilskuddets forvaltes av Husbanken, slik som under den tidligere Handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse. Husbanken innhenter uttalelse fra statsforvalteren. Ved

behov inviteres Statsforvalteren til å delta i oppstartsmøtet med kommunen og Husbanken hvor prosjektutkastet som regel blir drøftet.

Tilskuddet kan bare gis til kommunen og kan ikke tildeles videre. Kommunen skal disponere og har plikt til å tildele omsorgsboligene og/eller institusjonsplassene i en periode på minst 30 år[117] til personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Kommunene står fritt til å avgjøre om de skal eie byggene selv eller om kommunen skal leie eller på annen måte fremskaffe omsorgsplassene gjennom avtaler på forretningsmessig basis. Kommunen kan også velge å sette ut driften til private. Det er også mulig for kommunen å etablere omsorgsboliger gjennom å opprette borettslag slik at beboere kan kjøpe egne andeler, jf. siste delkapittel.

Det kan gis inntil 55 prosent tilskudd av godkjente anleggskostnader til sykehjemsplass og 45 prosent til omsorgsboliger. Fellesareal kan støttes med inntil 55 prosent av godkjent kostnad. Tilskuddsutmåling beregnes ut fra anleggskostnad per plass inntil et kostnadstak. Godkjente kostnadsrammer og dermed maksimale tilskuddsbeløp blir hvert år justert i takt med utviklingen i anleggskostnadene. Dette skal bidra til å holde kostnadene på et jevnt nivå.

For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner. Kostnadsrammen var i 2021 på 4 mill. kr. i presskommuner og 3,5 mill. kr. i resten av landet.

Status for investeringstilskuddet for 2021

De viktigste resultatene i 2021

Alle komplette søknader ble innvilget. Det ble gitt tilsagn om investeringstilskudd til 942 omsorgsplasser fordelt på 424 sykehjemsplasser og 518 omsorgsboliger. Av de 942 plassene med tilsagn, gikk post 69 om Tilskudd til netto tilvekst til 377 plasser, og tilskudd fra post 63 Tilskudd til rehabilitering/utskifting til 565 plasser.

Etterspørselen etter midler i 2021 var betydelig svakere enn i 2020. I saldert budsjett ble tilsagnsrammen redusert med 1,9 mrd. kroner.

Det ble utbetalt tilskudd til 1 795 omsorgsplasser fordelt på 914 sykehjemsplasser og 881 omsorgsboliger. Dette er plasser som ble tatt i bruk i 2021.

Rammer og budsjettforutsetninger i 2021

Opprinnelig tilsagnsramme for investeringstilskuddet vedtatt av Stortinget i statsbudsjettet for 2021 var 3,7 milliarder kroner, fordelt på 2 780 millioner til rehabilitering m.v. (post 63) og 926 millioner til netto tilvekst (post 69). Det viste seg at etterspørselen i 2021 ble lavere enn forventet. I saldert budsjett ble derfor tilsagnsrammen redusert med 1,9 mrd. kroner, fordelt med 1 180 mill. kroner på post 63 og 726,7 mill. kroner på post 69.

Tilskudd til lokalt produksjonskjøkken

I oktober 2019 ble det innført et nytt tilskudd til lokalt produksjonskjøkken. Tilskuddet gjaldt etablering og gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjons-kjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. Tilskuddet er ikke videreført i 2021. Differensierte satser for prosjekter med og uten tilfredsstillende kjøkkenløsning er videreført for 2021. Det er derfor ikke vedtatt tilsagnsramme for investeringstilskudd til lokale produksjonskjøkken i 2021, men det er bevilget midler for 2021 for å dekke utbetaling av tilskudd for tilsagn gitt i 2019 og 2020 som kommer til utbetaling i 2021. Det er to prosjekter som har fått utbetalt tilskudd til produksjonskjøkken i 2021, og total sum utbetalt er 4,1 mill. kroner.

Lavere etterspørsel etter investeringstilskudd

Husbanken ga tilsagn for 1,6 milliarder kroner til 518 omsorgsboliger og 424 sykehjemsplasser i 2021. Det er en nedgang i antall plasser på 26 prosent for omsorgsboliger og 29 prosent for sykehjemsplasser sammenlignet med 2020.

Ved inngangen til 2021 rapporterte kommunene om et framtidig behov gjennom behovsmeldingen for cirka 1250 omsorgsboliger og cirka 1050 sykehjemsplasser. Søknadsinngangen ble imidlertid langt lavere. Husbanken mottok i 2021 søknader om investeringstilskudd til 472 omsorgsboliger og 427 sykehjemsplasser.

Årsaker til endret etterspørsel

Husbanken ble gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en nærmere kartlegging av årsaken til nedgangen i søknader fra kommunene i 2019 og 2020. Husbanken engasjerte bl.a. Agenda Kaupang for å kartlegge mulige årsaker i 100 kommuner. Kartleggingen viste at økt satsing på forebyggende innsats og hjemmebasert omsorg har redusert behovene for kommunale botilbud. Videre har koronapandemien og kommunesammenslåinger gitt redusert etterspørsel i 2020. 34 av kommunene oppga at koronapandemien i stor grad har forsinket arbeidet med å fornye eller øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger. Halvparten av kommunene som har slått seg sammen med andre kommuner, oppga at sammenslåingen i stor grad har hatt innvirkning på dette arbeidet.

Økt satsing på forebyggende innsats og hjemme-basert omsorg, koronapandemi, kommunesammenslåing, samt økte byggekostnader knyttet til omsorgsboliger og sykehjemsplasser kan også ha påvirket etterspørselen i 2021.

Økte byggekostnader for sykehjem og omsorgsboliger

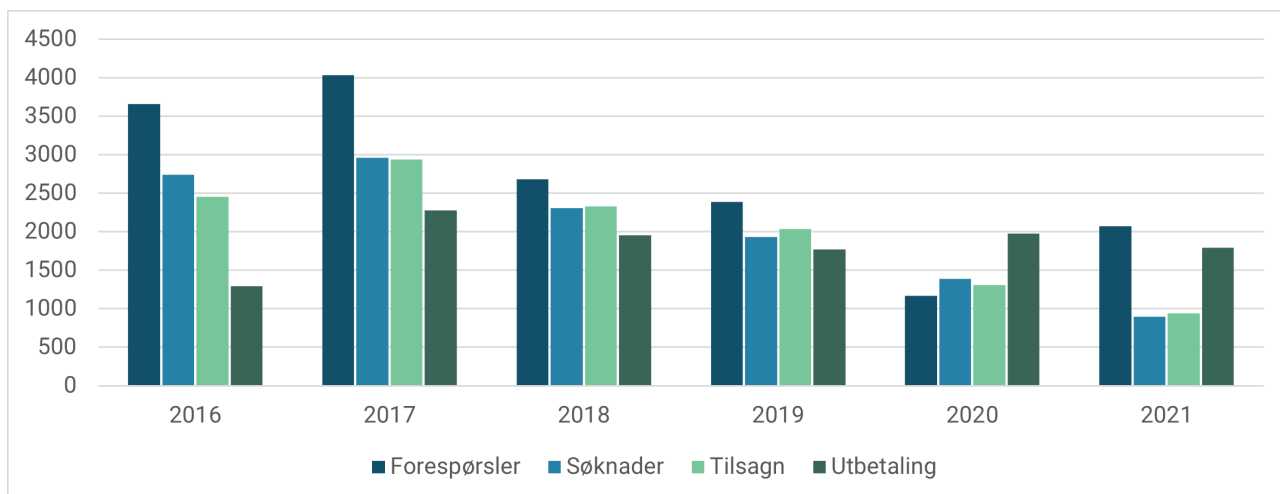
Tabell 8: Gjennomsnittlige byggekostnader per sykehjemsplass og omsorgsbolig. Tusen kroner. 2017 – 2021

	Omsorgsbolig	Sykehjemsplass
2017	3 703	3 367
2018	3 468	4 191
2019	3 893	3 998
2020	4 101	4 036
2021	4 501	4 943

I perioden 2017 til 2021 økte byggekostnadene knyttet til omsorgsboliger og sykehjem med gjennomsnittlig 8,4 prosent per år. Størst økning var det fra 2020 til 2021 med 9,8 prosent for omsorgsboliger og 22,5 prosent for sykehjem. Økningen de siste årene kan ses i sammenheng med økningen av kostnader på byggematerialer blant annet som en konsekvens av koronapandemien.

I det følgende blir det presisert om omtalen gjelder post 63 Investeringstilskudd - rehabilitering eller post 69 Investeringstilskudd - netto tilvekst der det er et poeng å skille mellom disse.

Antall omsorgsplasser

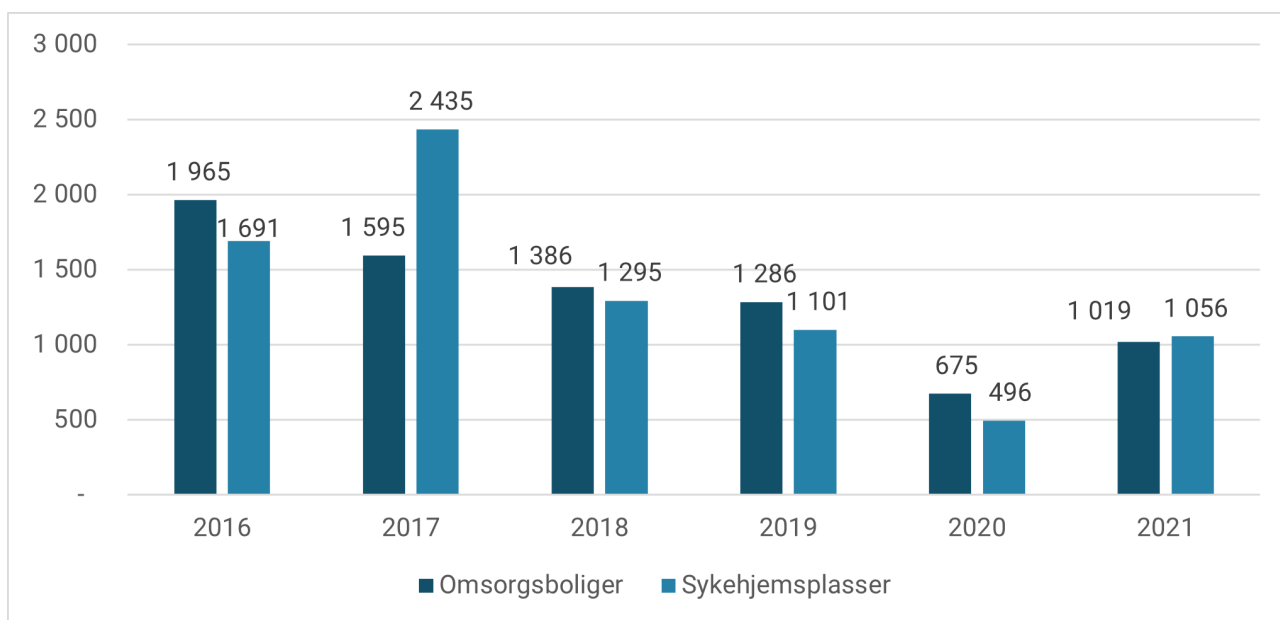


Figur 25: Antall omsorgsplasser (omsorgsboliger + sykehjemsplasser) fordelt på forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger (2016-2021)

Inndelingen av prosjektene i tilskudd til netto tilvekst og tilskudd til rehabilitering skjer ved tilsagnstidspunktet. Det finnes derfor ikke statistikk på forespørsler og søknader fordelt på de to postene, kun samlet. En forespørsel og en søknad om det samme prosjektet vil kunne være registrert samme år, men ikke nødvendigvis. En liknende tidsforskyvning kan man ha mellom søknad og tilsagn (saksbehandlingstid) og mellom tilsagn og utbetaling (byggeprosessen).

Antall søknader betegner kommunenes endelige søknader etter at prosjektet har vært diskutert og eventuelt justert etter Husbankens og statsforvalterens innspill. Disse vil i stor grad samsvare med antall tilsagn og kommenteres derfor ikke særskilt.

Etterspørsel – forespørsler

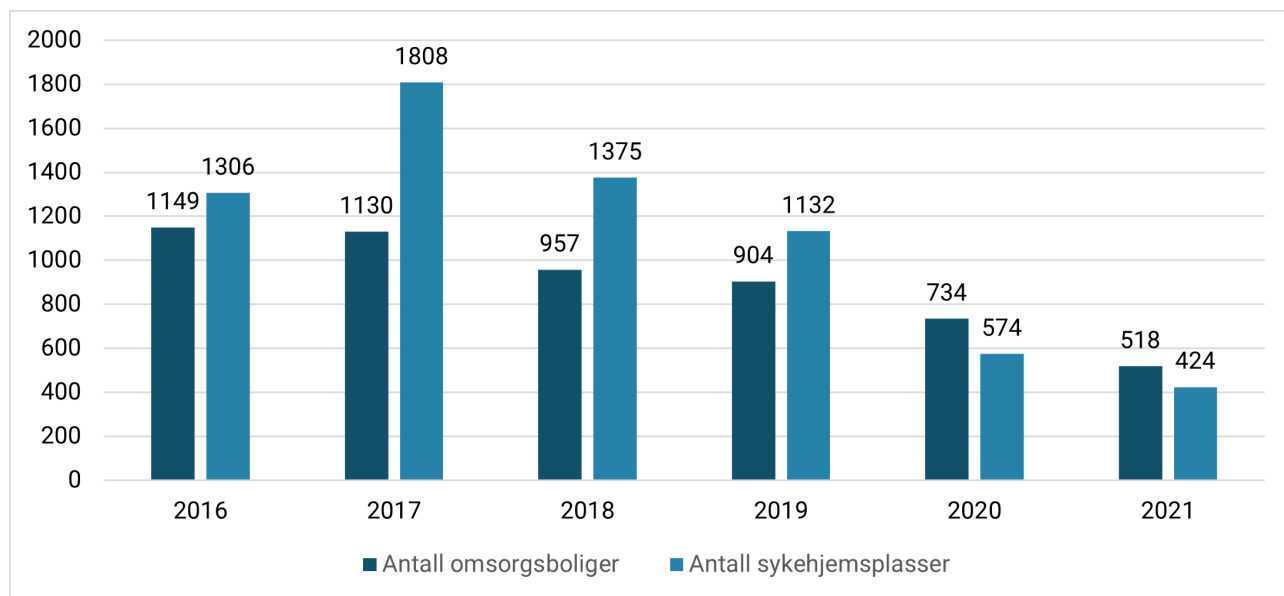


Figur 26: Etterspørsel (forespørsel) målt i antall plasser, fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2016-2021)

Forespørsler etter omsorgsplasser i perioden 2016–2021 økte fra 2016 til 2017 for så å avta gjennom de påfølgende tre årene, og gikk litt opp igjen i 2021. Forespørsler i 2021 målt i antall plasser var 51 prosent av nivået i toppåret 2017. Det høye antallet i 2017 har sannsynligvis sammenheng med ettervirkning av styrkingen

av investeringstilskuddet i 2014 og den økte rammen for 2017. I 2017 oppfordret også Husbanken kommunene til økt aktivitet. Ser vi forespørslene i 2021 i forhold til et gjennomsnitt for de siste seks årene, utgjør andelen i 2021 78 prosent av gjennomsnittet.

Tilsagn



Figur 27: Antall omsorgsplasser med tilsagn (2016-2021) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Vi ser naturlig nok den samme nedgangen i tilsagn etter 2017 som for forespørslene. Overvekten av omsorgsboliger kommer først i 2020 da det historisk har vært en overvekt av sykehjemsplasser. Dette kan tyde på at omsorgsboliger vil få en stadig viktigere rolle i kommunens heldøgns tilbud.

Tabell 9: Tilsagn i 2021, fordelt på netto tilvekst, rehabilitering eller en kombinasjon av begge. Antall.

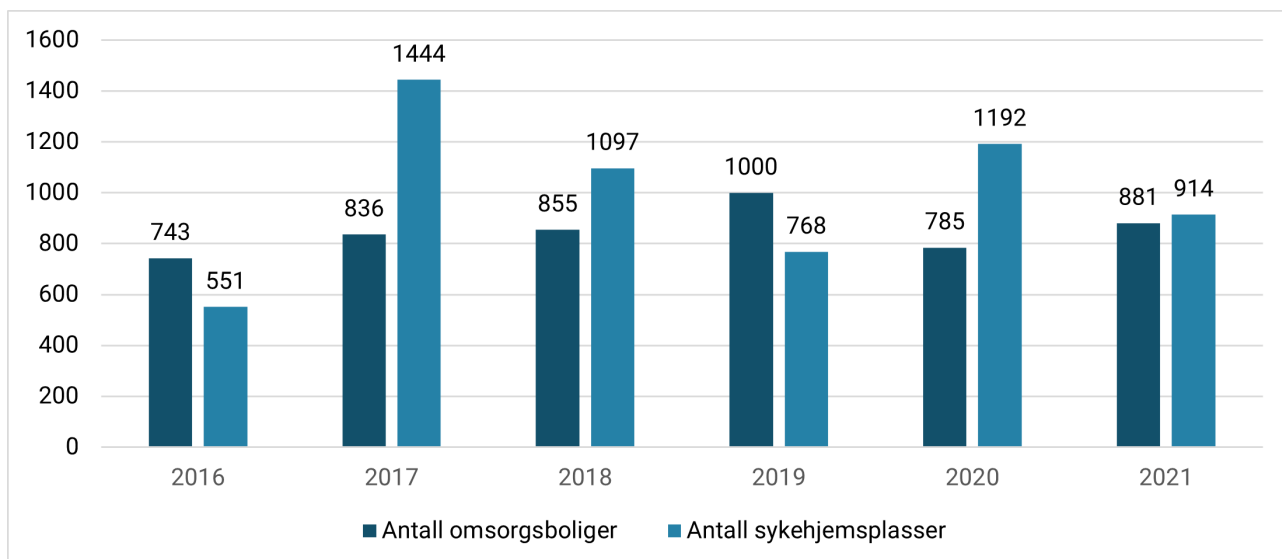
	Saker	Omsorgs-plasser	Omsorgs-boliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Tilsagnsbeløp (mill. kroner)
Prosjekter - kun netto tilvekst	24	218	154	64	0	351,8
Prosjekter - kun rehabilitering	72	471	182	289	292	777,8
Prosjekter – kombinasjon	12	253	182	71	1 735	453,8
Tilsagn	108	942	518	424	2 027	1 583,4*

*Totalbeløpet inneholder også tilskudd til lokalkjøkken.

Fordelt på disse tre kategoriene (tabell 9), er det flest prosjekter som gjelder kun rehabilitering. Det er 36 prosjekter der det er kun netto tilvekst, eller delvis netto tilvekst.

Av de 942 omsorgsplassene som har fått tilsagn om tilskudd er det gitt tilsagn fra post 69 Tilskudd til netto tilvekst til 377 plasser, mens det er gitt tilsagn om tilskudd fra post 63 Tilskudd til rehabilitering/utskifting til 565 plasser.

Utbetalinger



Figur 28: Antall omsorgsplasser med utbetalt tilskudd (2016-2021) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Antall omsorgsplasser som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/sykehjemsplassene som er tatt i bruk. I 2021 gjaldt dette 1795 omsorgsplasser. Av dette utgjorde sykehjemsplasser 51 prosent. Fordelingen mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser avviker en del fra tilsagn. Det skyldes at prosjektene tar ulik tid fra tilsagn til prosjektet er ferdigstilt og innflyttingsklart. Det er tilsagnene som gir den beste oversikten over kommunenes fremtidige investeringsaktivitet selv om noen få tilsagn også blir annullert[118]. Utbetalingene viser hvor mange omsorgsplasser som faktisk tas i bruk i de ulike åra.

Disse plassene representerer både netto tilvekst og rehabilitering og utskifting av eksisterende plasser. Nettoeffekten på den totale kapasiteten av de omsorgsplassene som tas i bruk gjennom investeringstilskuddet er imidlertid usikker, blant annet på grunn av avgang i øvrige plasser som del av en helhetlig helse- og omsorgspolitik i kommunen eller fordi de er blitt uhensiktsmessige pga. alder og slitasje. De siste årene har det bare vært små endringer i totalt antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Fellesarealer

Det kan gis tilskudd til fellesarealer i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgns tjeneste og til lokaler for dagaktivitetstilbud. Samlet er det gitt tilsagn til 2 027 kvm, og utbetalt til 4 907 kvm fellesareal i 2021. Til sammenligning ble det i 2020 gitt tilsagn til 2 633 kvm og utbetalt til 760 kvm. Beløpsmessig omfatter denne posten også tilskudd til velferdsteknologi og tekniske anlegg. Antall kvm fellesareal det gis tilsagn eller utbetales til, varierer betydelig fra år til år.

Totalt antall tilsagn og utbetalinger fra og med ordningen ble opprettet i 2008

Tabell 10. Totalt antall omsorgsplasser, fellesareal (kvm) og tilsagnsbeløp for prosjekter som har fått tilsagn om investeringstilskudd i perioden 2008-2021

Tilsagn	Omsorgsplasser i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Tilsagnsbeløp (mill. Kroner)
1 872	24 575	11 261	13 314	91 761	33 912,5

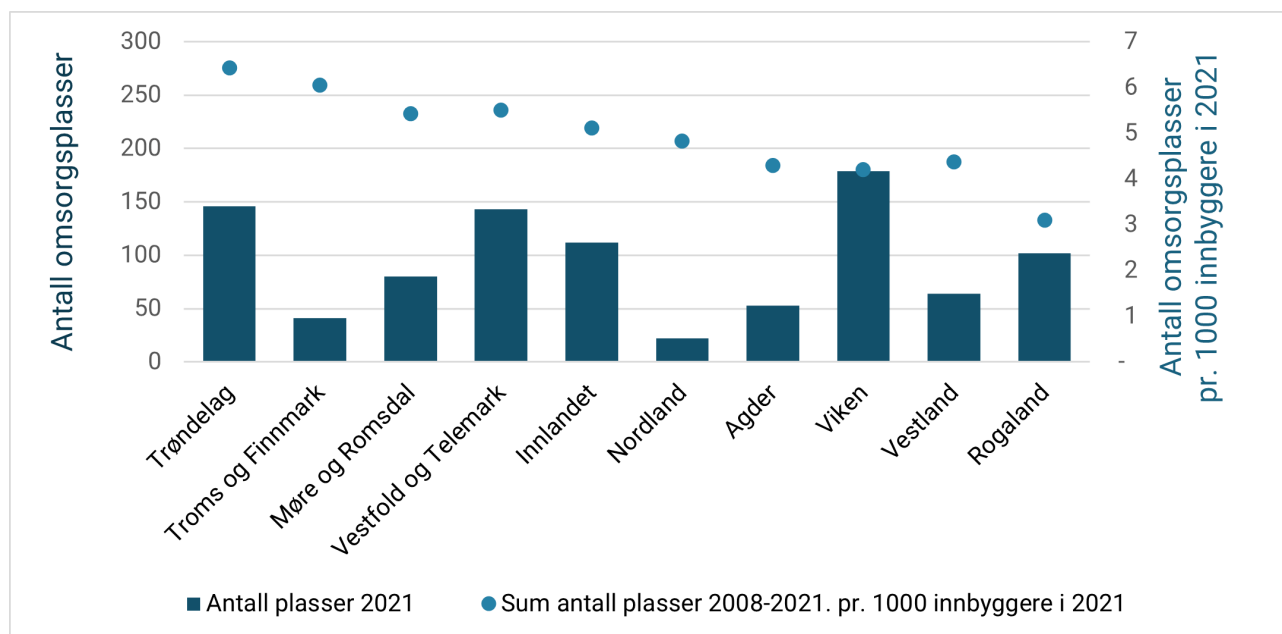
Siden starten av ordningen med investeringstilskudd har det blitt gitt tilsagn til 24 575 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 55 prosent. Dette har bidratt til en helt nødvendig oppgradering av mange eldre, umoderne og tungt drevne omsorgsplasser, avvikling av en rekke dobbeltrom og til økt kapasitet.

Tabell 11: Totalt antall omsorgsplasser og fellesareal (kvm) som har fått utbetalt investeringstilskudd i perioden 2008-2021

Utbetalt	Omsorgsplasser i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Utbetalt (mill. Kroner)
1 504	18 791	8 784	10 007	87 746	23 581,2

Over hele perioden er det utbetalt tilskudd til 18 791 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 53 prosent. Dette er plasser som er tatt i bruk i perioden. Tall fra KOSTRA viser at det i 2020 var 43 326 beboere i omsorgsboliger[119] og 39 241 sykehjemsplasser[120]. Grovt regnet har dermed investerings-tilskuddet bidratt til rundt 20 prosent av samlede omsorgsplasser, enten ved finansiering av nybygg eller renovering av eksisterende plasser

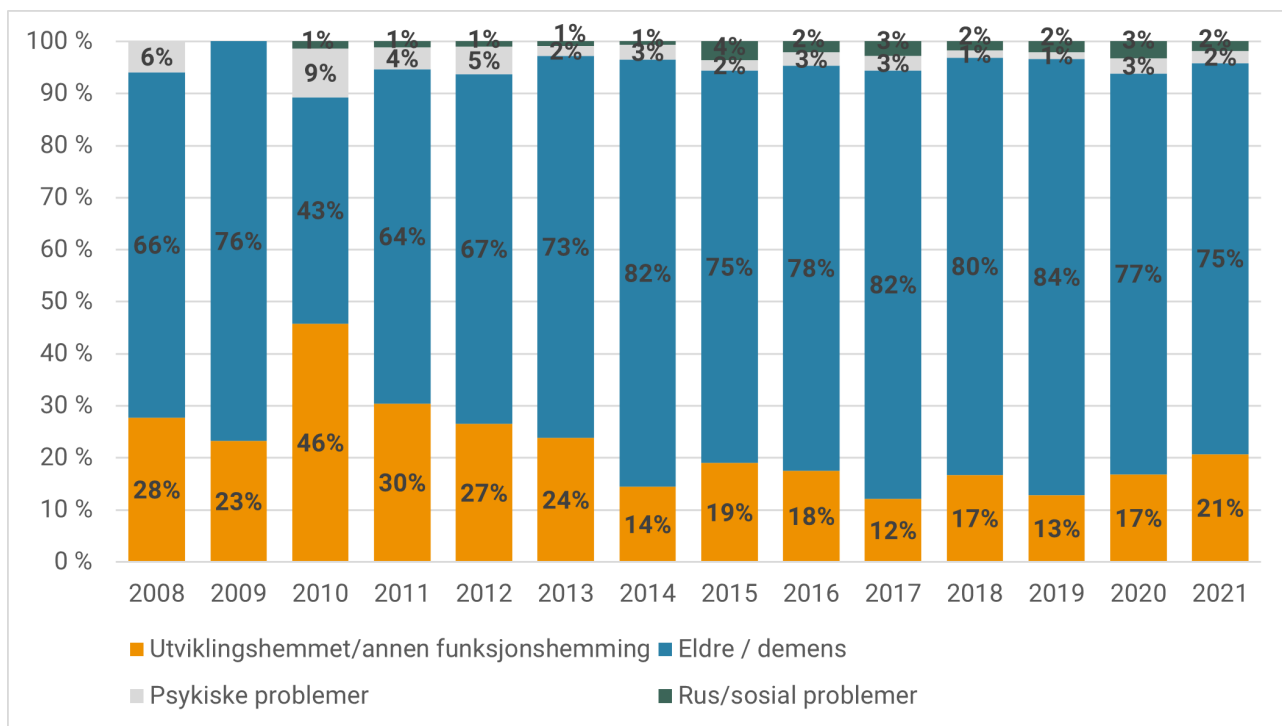
Geografisk fordeling



Figur 29: Antall omsorgsplasser med tilsagn om investeringstilskudd i 2008-2021 per 1 000 innbyggere i 2021, og totalt antall plasser i 2021, fordelt på fylker

Den geografiske fordelingen av tilskudd vil kunne variere betydelig fra år til år. De enkelte kommunenes investeringer skjer ikke jevnt fra år til år. Vi har derfor i tillegg til fylkesvis fordeling i 2021 lagt inn fordelingen over hele perioden og relatert volumet til befolkningen i fylket. Vi ser da en atskillig jevnere fordeling. Oslo er ikke med i figuren da de ikke hadde noen nye tilsagn i 2021. Kommunen fikk tilsagn på 168 plasser året før.

Målgrupper



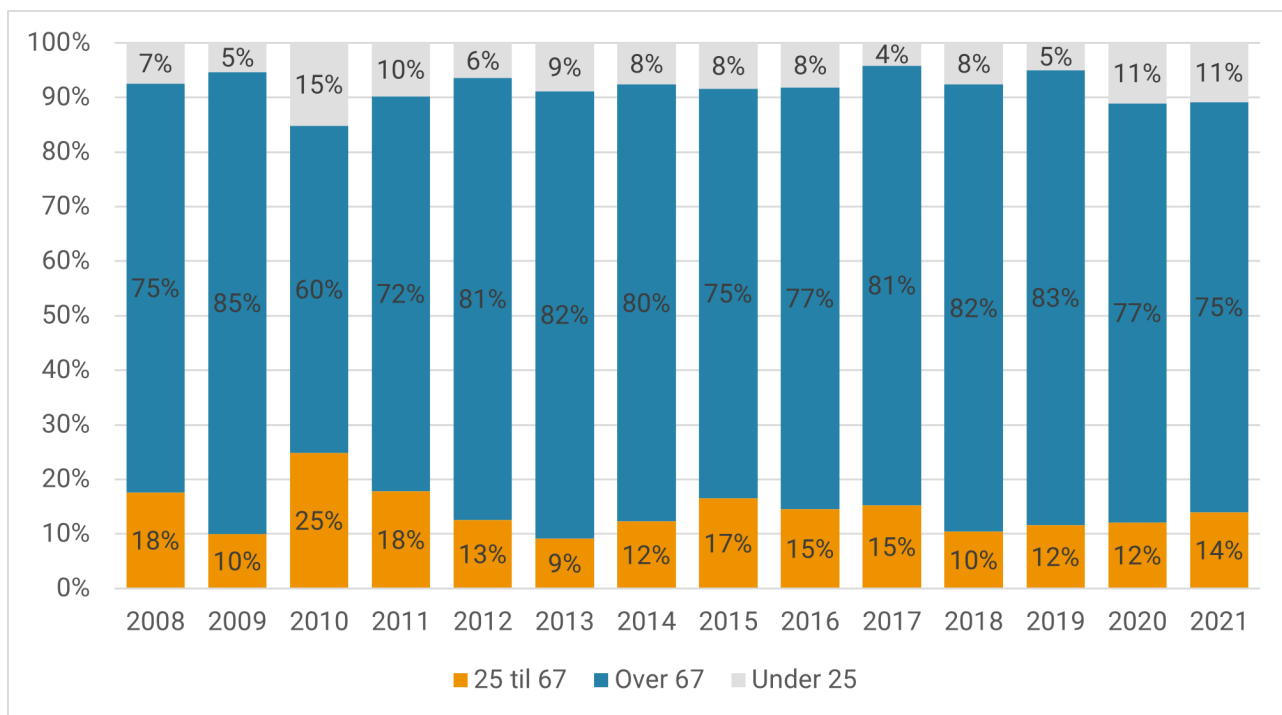
Figur 30: Andel omsorgsplasser ment til de ulike målgruppene (2008-2021) Tilsagn

Den største andelen av plassene er gått til eldre eller personer med demens. De siste årene har andelen ligget relativt stabilt i underkant av 80 prosent, men i 2021 økte andelen tilpasset demens klart.

Andel plasser til gruppen med personer med utviklingshemming har økt noe i 2021, men antall plasser er relativt stabilt de siste tre årene.

I Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016 til 2020 var det et mål om å bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo gjennom å avsette 500 millioner kroner til flere egnede boliger. Ved utgangen av strategien i 2020 var det samlet anskaffet over 900 boliger/plasser til målgruppen, hvorav 258 gjennom investeringstilskuddet. Flere rapporteringer og evalueringer tyder på at tilbudet har blitt bedret, men samtidig melder mange kommuner om utfordringer med å skaffe egnede bo- og tjenestetilbud til personer som har samtidig rusproblemer og psykiske lidelser (ROP)[121]. For gruppen med rus, sosiale - og psykiske problemer har antallet plasser med tilsagn i 2021 blitt mer enn halvert fra året før, fra 80 til 37 plasser.

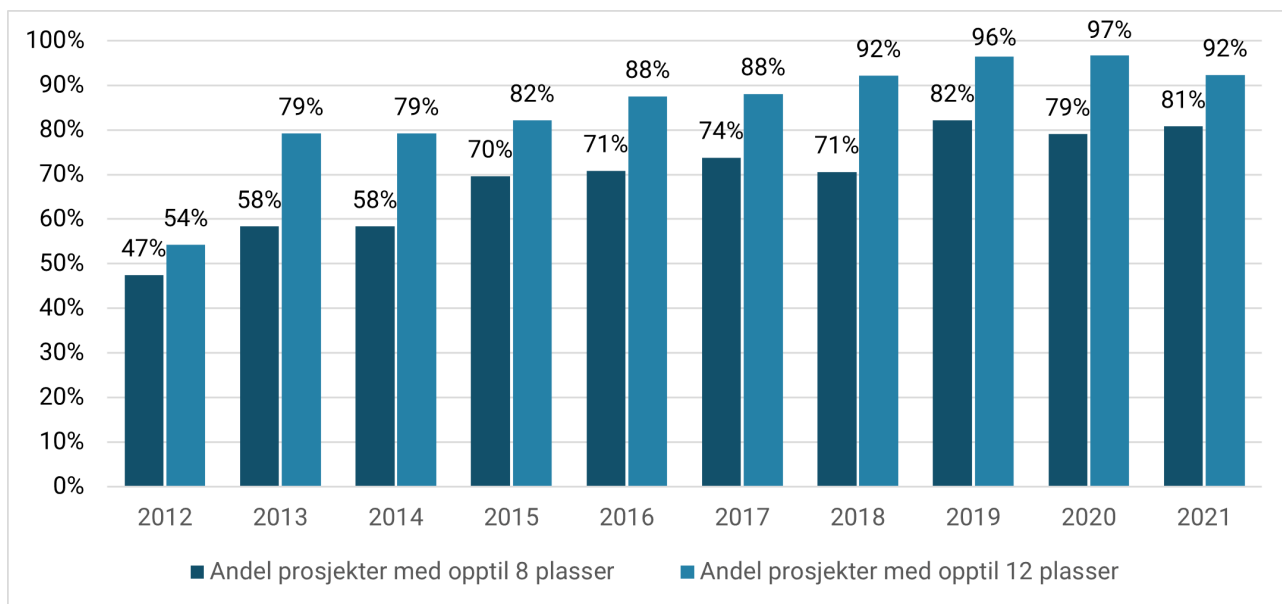
Aldersgrupper



Figur 31: Andel omsorgsplasser ment til yngre og eldre aldersgrupper (2008-2021). Tilsagn

Den største brukergruppen er i aldersgruppen over 67 år. I 2021 var 75 prosent av boenhetene ment for denne gruppen, 14 prosent av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67 år og 11 prosent av boenhetene var tiltenkt brukere under 25 år.

Størrelse på bogrupperne



Figur 32: Omsorgsplasser med tilsagn til målgruppen utviklingshemmede, andel av prosjektene med opptil 8 og 12 plasser* (2012-2021)

*Tellingen inneholder kun plasser ment til målgruppen utviklingshemmede i de ulike prosjektene. Siden noen prosjekter også inneholder plasser til andre målgrupper, kan andelene i figuren ovenfor være litt for høye.

Det er et mål at utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem skal fremme normalisering og integrering. Prosjekter som søker om investeringsstilskudd, skal tilstrebe små bogrupper. Dette er viktig for å gi et godt og tilpasset tilbud til personer med demens og kognitiv svikt.[122]

Problemstillingen er særlig aktuell for omsorgsboliger for personer med utviklingshemming. Det skal tilstrebes god integrering i lokalsamfunnet, og et høyt antall samlokaliserte boenheter skal unngås. Vurderingen av hva som er en «god» størrelse i det enkelte prosjekt, vil imidlertid alltid gjøres ut fra en helhetsvurdering der ulike aspekter ved prinsippene for normalisering og integrering ses i sammenheng, jf. Husbankens dialogverktøy.

I målgruppen for personer med utviklingshemming utgjorde i 2021-prosjektene med inntil 8 beboere 81 prosent av alle prosjektene. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette 92 prosent av prosjektene i 2021. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe svingende siden 2012, men med en tydelig vekst hele perioden. Denne utviklingen bekreftes også i rapporten Om utviklingshemmedes bosituasjon 2021 (Tøssebro, Wendelborg 2021). De siste årene har det vært en kontinuerlig vekst i andel prosjekter med opptil 12 plasser, med en liten nedgang i andelen for 2021, fra hhv. 96 og 97 prosent i årene 2019 og 2020 til 92 prosent i 2021.

Investeringsstilskudd som et virkemiddel for økt eierskap

Investeringsstilskuddet bidrar også til økt eie for personer med nedsatt funksjonsevne. Kommunen kan kjøpe borettslagsandeler i nye byggeprosjekter og selge videre til aktuelle beboere. Når kommunen selger nye omsorgsboliger til borettslag, vil kjøpesummen ofte kunne reduseres med 50 prosent eller mer ved bruk av investeringsstilskudd og momskompensasjon. Startlån og eventuelt tilskudd til etablering kan nyttes til finansiering av egenandel. Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan dermed finansiere egen, eid bolig med de kvalitetskrav som gjelder for omsorgsboliger.

I 2021 ga Husbanken tilsagn om investeringsstilskudd til 11 omsorgsboliger som beboerne skal eie selv. Boligene er fordelt på to ulike prosjekter. Det er personer med nedsatt funksjonsevne innenfor målgruppen personer med utviklingshemming eller annen funksjonshemming som skal eie boligene. Alle beboerne er under 25 år.

Fotnoter

[117] [Veileder investeringsstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger - Husbanken](#)

[118] En grunn til at tilsagn blir annullert er at kommunen gir opp prosjektet f.eks. pga. sterk kostnadsøkning.

[119] [Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester \(ssb.no\)](#), (tabell 3)

[120] [Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester \(ssb.no\)](#)

[121] Se bla. [Skog Hansen I. L. m.f. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet, fjerde rapport: Fafo-rapport 2020:29](#)

[122] [Husbanken \(HB 8.F.7\) Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg](#)

