

Omsorg 2020 – Årsrapport 2020

Først publisert: 23.06.2021

Sist faglig oppdatert: 23.06.2021



Innhold

1. Innledning	3
2. Sammendrag	4
3. Statistikk	5
4. Sammen med bruker, pasient og pårørende	10
5. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste/ den nye hjemmetjenesten	13
6. Egnede lokaler og boformer	37
7. Fornyelse og innovasjon	54
8. Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020	63
9. Analyse av effekter og resultater sett i sammenheng med forskning om utviklingen i sektoren	72
10. PDF-versjon av rapporten	81

Innledning

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenesten, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012 – 2013). For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løftet regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Årsrapporten for Omsorg 2020 gir en oversikt over de tiltak som Helsedirektoratet og Husbanken har ansvar for. I tillegg er det lagt inn overordnet rapportering på noen andre områder som bør ses i sammenheng med arbeidet for en faglig sterkere tjeneste, som blant annet opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering og reformen Leve hele livet.

Beskrivelse av tiltakene er inndelt etter de fem hovedsatsingsområdene i planen:

- Sammen med bruker, pasient og pårørende
- En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste
- Den nye hjemmetjenesten
- Moderne lokaler og boformer
- Fornyelse og innovasjon

Årsrapporten er et svar på oppdrag i tildelingsbrevet: «Innen 1. mai påfølgende år skal Helsedirektoratet utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren».

Kapittel 7 i rapporten er svar på oppdraget i tildelingsbrevet om å rapportere på styringsparameterne. Analysene fra fjorårets rapport gjelder også for årets rapport. Koronapandemien som rammet hele samfunnet i 2020 har også preget omsorgssektoren sterkt. Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i de erfaringer og analyser som er gjort hittil. Hensikten er å bidra til å sette søkelyset på de utfordringer som er fremkommet og på bakgrunn av de foreløpige erfaringer peke på hva dette kan bety for videre arbeid for å styrke omsorgssektoren.

I rapporten trekker vi frem noen enkelte figurer fra kommunalt pasient- og brukerregister fra perioden 2017 til 2020. Endringer i datagrunnlaget grunnet ny innrapportering til KPR gjør at tallene fra tidligere år ikke er direkte sammenlignbare med tallene i KPR. En mer omfattende presentasjon av statistikken oversendes i årsrapport fra KPR, IPLOS-registeret og nøkkeltall er tilgjengelig på helsedir.no/kpr.

Sammendrag

Årsrapporten for Omsorg 2020 beskriver en lang rekke tiltak som sammen skal medvirke til en endring i helsesektoren. Det framgår av rapporten at tiltakene er gjennomført etter planen, til tross for noen forsinkelser grunnet pandemien i 2020. Formålet med Omsorg 2020 har vært å «bidra med langsiktighet i vårt felles arbeid med å styrke kapasitet, kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, og fungere som et viktig grunnlagsmateriale for kommunene i planlegging, utvikling og drift av helse- og omsorgssektoren». Tiltakene skal bidra til å «oppfordre kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden». Dette er siste årsrapport for handlingsplanen Omsorg 2020.

Covid-19-pandemien rammet hele Norge i 2020 og har medført store utfordringer for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Krisen endrer utfordringsbildet så vel som premissene for mye av arbeidet, og har synliggjort betydningen av blant annet kompetanse og smittevernberedskap. Erfaringene fra pandemien har vist at tjenestene har stor evne til omstilling og fleksibilitet.

Kommunene har vært sterkt belastet med arbeid grunnet covid-19-pandemien, noe som nødvendigvis førte til at en del prosjekt ble utsatt eller forsinket. Til tross for pandemien viser rapporteringer og tilbakemeldinger likevel stor aktivitet gjennom 2020. Vi ser at pandemien førte til endringer og tilpasninger som gjorde det mulig å gjennomføre tiltak og også bidra til nye løsninger. Eksempler er økt digitalisering i undervisning og økt bruk av velferdsteknologi som har gitt økt digital kompetanse blant ansatte og brukere. Som del av velferdsteknologiprogrammet ble personer smittet med covid-19 inkludert i uttesting av digital hjemmeoppfølging med positive resultat. Dette er viktige erfaringer for videre endrings- og utviklingsarbeid.

Ut fra foreløpige erfaringer har vi sett på konsekvenser av pandemien for tjenestene, for brukere- og pårørende og for ansatte. Hovedpunkter fra analysen er følgende forhold som Helsedirektoratet mener bør følges opp videre:

- Sikre god kommunikasjon og forståelse av regelverk for smittevern helt ut til alle kommuner og institusjoner
- God opplæring i smittevern til alle ansatte
- God opplæring i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt til alle ansatte
- Betydningen av godt smittevern ved ombygning og nybygg av boliger og sykehjem
- Kommunale beredskapsplaner må inneholde muligheten for samarbeid mellom tjenester og mellom kommuner
- Øke andelen heltidsansatte
- Ivaretagelse av pårørende ved endring, utsettelse eller bortfall av tjeneste- eller aktivitetstilbud
- Videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- Bruk av nettbaserte plattformer for kompetanseheving og erfaringsutveksling
- Prioritering av helsepersonell som har kontakt med sårbare pasienter og brukere for vaksinasjon

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. En styrket innsats i omsorgssektoren er helt nødvendig for i sikre befolkningen nødvendige tjenester med tilstrekkelig kvalitet fremover. Helsedirektoratet vil videreføre arbeidet fra Omsorg 2020 innenfor andre satsinger som velferdsteknologiprogrammet, forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2025, Pårørendestrategien, oppfølgingen av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg og reformen Leve hele livet.

1

Statistikk

I årsrapportene for 2015 til 2017 ble data fra SSB, IPLOS-registeret benyttet for å vise utviklingen i omsorgstjenestene. Fra og med 2017 ble IPLOS- data innrapportert til Kommunalt pasient- og brukerregister; KPR. Denne omleggingen forårsaket forsinkelser i innrapporteringen og tilsvarende statistikk ble derfor ikke tatt med i årsrapportene for 2018 og 2019. Omlegging har ført til endringer i datagrunnlaget slik at statistikken ikke er direkte sammenlignbar med tidligere årganger og ved etablering av KPR er dataene blitt lettere tilgjengelige med nøkkeltall på KPR dashboard¹. En mer omfattende presentasjon av IPLOS-data blir publisert i IPLOS årsrapport i august 2020. For et mer helhetlig bilde av utviklingen og situasjonen i omsorgssektoren vises det til disse kildene.

I dette kapitlet har vi med tall for befolkningsutviklingen etter alder, samt SSB sin framskriving til 2040. I tillegg har vi valgt å vise utviklingen i velferdsteknologi. Satsing på velferdsteknologi inngår i handlingsplanen for Omsorg 2020 og de mest utbredte alternativene inngår i kommunenes rapportering til KPR.

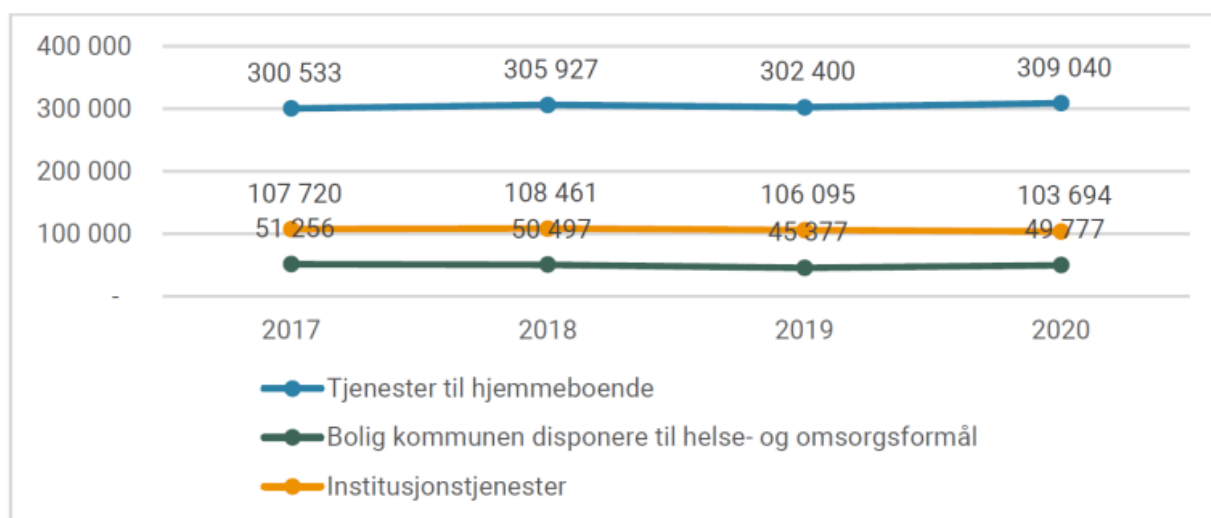
Fotnoter

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

1.1

Kommunale helse- om omsorgstjenester

Tjenestetilbudet av de kommunale helse- og omsorgstjenester² omfatter 370 154 unike brukere i 2020. Dette var en økning på om lag 3 prosent fra 2017. Figur 1 viser antall brukere i løpet av året for de ulike tjenestegruppene fra 2017 til 2020.



Figur 1: Bruk av tjenester. 2017-2020. Antall brukere etter tjenestegruppe.

Kilde: KPR, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

Det er noe nedgang for antall som oppholder seg på institusjon med 3,7 prosent og 2,9 for boliger kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål i perioden 2017 til 2020. For tjenester til hjemmeboende

er det en øking i antall brukere i løpet av året på 2,8 prosent. Det er en nedgang for alle tjenester i 2019, noe som kan skyldes endringer i kommunesammenslåing og endringer i rapporteringskrav.

Fotnoter

² Her omtales kun helse- og omsorgstjenester fra IPLOS i KPR og ikke øvrige helse- og omsorgstjenester som fastlege, legevakt, helsestasjoner mv.

1.2

Demografiske endringer

I perioden 2015 til 2020 ser vi tydelig at det skjer en aldring i befolkningen.

Tabell 1. Befolkning 2015 og 2020 og endring i prosent. Etter aldersgrupper.

Alder	2015	2020	Endring i prosent
0-17 år	1 125 604	1 118 608	-0,6
18-49 år	2 266 084	2 296 103	1,3
50-66 år	1 051 373	1 125 449	7,0
67-79 år	502 304	596 710	18,8
80-89 år	176 933	185 480	4,8
90 år og eldre	43 504	45 230	4,0

Kilde: SSB (2020) Statistikkbanken, variabel 10211: Alders- og kjønnsfordeling i hele befolkningen 1846 – 2021.

Det er en svak nedgang for unge opp til 17 år og en liten økning på 1,3 prosent for aldergruppen 18-49 år. Befolkningen 67 til 79 år har økt med nær 19 prosent i perioden.

Befolkningsframskriving etter SSBs hovedalternativ³ viser en betydelig aldring i befolkningen frem mot 2040.

Tabell 2: Befolkning 2020 og framskriving til 2040 og endring i prosent etter aldersgrupper.

Alder	2020	2040	Endring i prosent
0-17 år	1 118 608	1 071 854	-4
18-49 år	2 296 103	2 252 102	-2
50-66 år	1 125 449	1 205 854	7
67-79 år	596 710	819 398	37
80-89 år	185 480	384 167	107
90 år og eldre	45 230	108 241	139

Kilde: SSB (2020) Statistikkbanken, variabel 10211: Alders- og kjønnsfordeling i hele befolkningen 1846 – 2021 og variabel 12882: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn og alder, i 9 alternativer (K) 2020 – 2050

Ifølge framskrivingen vil det bli en liten nedgang i de yngste aldersgruppene, med 4 prosent færre i alderen under 18 år. Befolkningsøkningen fra 2020 til 2040 blir spesielt sterk blant de som er 80 til 89 år med en økning på 107 prosent. I 2020 utgjør aldersgruppen 80 år og eldre 4,3 prosent av befolkningen. I 2040 vil denne aldersgruppen utgjøre 8,0 prosent av befolkningen i Norge. I antall tilsvarer dette en økning fra 230 710 til nærmere 500 000 i 2040. Ifølge SSBs hovedalternativ vil det innen 10 år for første gang bli flere eldre (65+ år) enn barn og unge (0-19 år) i Norge.

Levealderen forventes fortsatt å øke. For kvinner vil forventet levealder øke fra 84,7 i 2019 til 88,1 i 2040. For menn vil levealderen øke fra 81,2 i 2019 år til en forventet levealder på 85,6 år frem mot 2040⁴.

Fotnoter

³ SSB/befolkning. Hovedalternativet (MMM) er et mellomalternativ for de tre komponentene fruktbarhet, levealder og innvandring og regnes som et hovedalternativ for SSBs framskrivninger.

⁴ SSB (2020) "Nasjonale befolkningsframskrivninger" [nettside]. <https://www.ssb.no/folkfram>.

1.3

Bruk av velferdsteknologi

Gjennom nasjonalt program for velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene er det satset på stimulere kommunene til å tilby velferdsteknologi som et godt integrert tilbudet i sitt tjenestetilbud (se kap.4.2 om Velferdsteknologiprogrammet). Kommunene tilbyr i hovedsak digitale trygghetsalarmer, e-lås, lokaliseringsteknologi (GPS), ulike former for digitalt tilsyn og elektroniske medisindispensere.

I omsorgstjenestene er bruk av trygghetsalarm rapportert til IPLOS-registeret fra 2007 og lokaliseringsteknologi fra 2015⁵. Da flere alternativ for velferdsteknologi ble mer utbredt, ble også digitalt tilsyn og elektronisk medisineringsstøtte tatt med for innrapportering fra 2019. Det er også andre teknologialternativer som benyttes eller prøves ut på dette område, men som ikke rapporteres til KPR. Velferdsteknologi er under utvikling og det er stor variasjon mellom kommuner på dette tjenesteområdet⁶. Bruken av velferdsteknologi vil ha sammenheng med hvilke alternativ og omfanget av disse som den enkelte kommune tilbyr.

I alt var det 109 385 unike brukere av de ulike velferdsteknologiske alternativene som ble rapportert til KPR i 2020.

Tabell 3 Bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenesten. Landsnivå. Antall mottakere 2017-2020 og prosentvis endring fra 2019-2020⁷.

	2017	2018	2019	2020	2019-2020
Lokaliseringsteknologi (GPS)	533	1 337	2 333	3 454	48 %
Trygghetsalarm	95 364	98 804	80 404	104 003	29 %
Digitalt tilsyn	0	0	3 925	5 998	53 %
Elektronisk medisineringsstøtte	0	0	1 816	5 712	215 %
Unike brukere av velferdsteknologi	95718	99612	82542	109 385	33 %

Kilde: KPR, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>.

Det har vært en økning i bruk av alle typer velferdsteknologi i kommunene med 33 prosent flere brukere fra 2017 til 2020. Bruk av trygghetsalarm er det alternativet som er mest utbredt blant tjenestemottakerne med 104 003 registrerte brukere i 2020. Størst økning er det for bruk av elektronisk medisineringsstøtte med 215 prosent flere brukere fra 2019 til 2020.

Tabell 4. Bruk av velferdsteknologi etter alder og type teknologi. Antall og andel av unike brukere etter alder. 2020.

Velferdsteknologi	18-49 år	50-66 år	60-79 år	80-89 år	90 år+
Lokaliseringsteknologi (GPS)	90	304	1050	1412	595
Trygghetsalarm	1 685	6 340	23 376	46 161	26 427
Digitalt tilsyn	222	399	1 253	2 387	1 722
Elektronisk medisineringsstøtte	400	657	1 463	2 097	1 086
Andel av unike brukere n=109 385	2	6	23	44	25

Kilde: KPR, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>.

Bruk av velferdsteknologi er mest utbredt i aldersgruppen 80-89 år. I alt 69 prosent av brukerne er 80 år og eldre i 2020. Bare 2 prosent er 49 år eller yngre. For alle aldersgrupper er det trygghetsalarm som er mest brukt velferdsteknologi. I aldersgruppen under 18 år er det kun rapportert 36 brukere av velferds-teknologi.

Av hensyn til anonymitet er denne aldersgruppen ikke med i tallene for hver enkelt tjeneste, men inngår i det samlede antall brukere. Barn og unge anvender nok til en viss grad andre velferdsteknologier enn det som rapporteres i KPR/IPLOS. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har hatt en utprøving på dette området, og er nå over i sprednings-/implementeringsfasen.

Det vil etter hvert bli vurdert å inkludere nye parametere i IPLOS for å få et mer representativt bilde av bruk av velferdsteknologi blant barn og unge.

Tabell 5. Antall brukere og andel brukere med omfattende eller middels til stort bistandsbehov etter tjenestegruppe, 2020.

Velferdsteknologi	Antall	Prosent	
		Omfattende bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov
Lokaliseringsteknologi (GPS)	3454	42	28
Trygghetsalarm	104 003	20	40
Digitalt tilsyn	5998	45	29
Elektronisk medisineringsstøtte	5712	25	51
Sum unike brukere	109 385	21	40

Kilde: KPR, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>.

Bistandsbehovet blant brukere av alle typer velferdsteknologi fordeler seg ganske stabilt i perioden 2017 til 2020. Andelen brukere med middels til stort bistandsbehov utgjør rundt 40 prosent, mens rundt 20 prosent brukere av velferdsteknologi har omfattede bistandsbehov.

I 2020 var andelen med omfattende bistandsbehov størst blant brukere av lokaliseringsteknologi med 42 prosent. Blant brukere av elektronisk medisineringsstøtte var det 25 prosent med omfattende bistandsbehov i 2020.

Fotnoter

⁵ Her er kilden KPR, og det er derfor kun tall fra 2017.

⁶ KPR dashboard helse- og omsorgstjenester (IPLOS)
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

⁷ Helsedirektoratet (2020) Helse- og omsorgstjenester (IPLOS) i KPR [nettside].
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>.

Sammen med bruker, pasient og pårørende

2.1

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk

Formål og hovedprioriteringer

Hovedoppgaven til program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet 2020) var å bidra til at pårørende med krevende omsorgsoppgaver blir verdsatt og synliggjort, og til økt likestilling og mer fleksibilitet. Et av målene i Pårørendeprogrammet var å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, gjennom å støtte utvikling av helhetlige tilbud til pårørende.

Tilskuddsordning "Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver", ble etablert i 2013 med mål om å utvikle kommunale modeller som skal bidra til å forbedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Dette skulle gjøres gjennom for eksempel fleksibel avlastning, opplæring, råd og tilpasset veiledning, sosiale nettverk og omsorgslønn. I 2018 ble tilskuddsordningen utvidet til å omfatte utvikling av modeller for arbeid med barn som pårørende i kommunen.

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten ble publisert i 2017. Målgruppen er helsepersonell, fagansvarlige og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak. I 2019 laget BarnsBeste; kompetansenettverk ved Sørlandet sykehus, et e-læringsprogram om barn som pårørende, basert på veilederen, på oppdrag fra Helsedirektoratet⁸. Målgruppen er alt helse- og omsorgspersonell i kommunen.

Resultatrapport 2020

Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet. I 2020 mottok Helsedirektoratet 57 søknader og innvilget 22 av disse helt eller delvis. Mange av prosjektene går over 2–3 år. Det er stor bredde i prosjektene, siden regelverket gir rom for dette. Eksempler på prosjekter er:

- Utvikle pårørendestrategi i kommunen
- Utvikle en pårørendekoordinatorrolle
- Utvikle et kommunalt pårørendesenter med lavterskel tiltak for pårørende (mestringskurs, veiledningssamtaler, møteplasser)
- Utvikle avlastningsordningene
- Utvikle samhandlingen med pårørende
- Utvikle rutiner for arbeid med barn som pårørende i kommunen, inkludert samarbeidsrutiner og system for kompetanseheving

Mange kommuner henter inn erfaringer fra andre kommuner. De fleste prosjektene har samarbeid med frivillige organisasjoner og pårørende.

Ifølge nettstatistikken var pårørendeveilederen blant Helsedirektoratets ti mest brukte veiledere i 2020. Fra høsten 2020 har e-læringskurset om barn som pårørende vært fritt tilgjengelig for alle. Kurset er flyttet til KS-læring og BarnsBeste skal spore bruken og evaluere forbedringspotensialet. BarnsBeste har i dialog med Helsedirektoratet etablert en nasjonal ressursgruppe med 22 kommuner som prøver ut e-læringen.

Fotnoter

⁸ BarnsBeste - Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, «Barn som pårørende» [nettside]. <https://barnsompårørende.helsekompetanse.no/>.

2.2

Tilskudd til frivillige organisasjoner

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet har en intensjonsavtale med Frivillighet Norge for perioden 2018–2021. Mål i avtalen er å stimulere til mangfold av inkluderende organisasjoner og til samarbeid mellom organisasjoner, kommuner og stat; og bevisstgjøre organisasjoner og kommuner om at organisasjonsdeltagelse er helsefremmende. Et punkt i avtalen er at tildeling av midler skjer ved at Frivillighet Norge søker på tilskuddsordninger.

Resultatrapport 2020

I 2020 var i alt 58 av Helsedirektoratets tilskuddsordninger rettet mot frivillige organisasjoner og stiftelser, og disse fikk utbetalt ca. 7,4 prosent eller 1 339 mill. kroner av Helsedirektoratets tilskuddsmidler i 2020. Av dette ble 633 mill. kroner bevilget over kapitlet Psykisk helse, rus og vold kap. 765 i statsbudsjettet.

Videre ble det utbetalt 300,7 mill. over kapittel 0761 Omsorgstjenester. I alt ble det bevilget 400 mill. kroner som tiltakspakke for sårbare eldre (sammensatt av tidligere og nye tilskudd). Av dette ble 49 mill. kroner bevilget til aktivitetstilbud og besøksvert som ble forvaltet av Stiftelsen Dam og 149 mill. kroner til aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet som ble forvaltet av Statsforvalteren. I samme tiltakspakke ble det bevilget 25 mill. kroner til teknologi mot ensomhet som var søkbar for frivillige organisasjoner.

For mange eldre har det vært en ensom tid under pandemien, med begrensinger på sosialt fellesskap, aktiviteter og med stengte møteplasser. Tilskuddsordningene ble etablert som en engangsbevilgning for raskt å legge til rette for mer aktivitet for målgruppen i den pågående pandemien. Formålet var å motvirke ensomhet og passivitet og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser slik at personer i målgruppen fikk aktive og meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste.

Målet for besøksvert i sykehjem og omsorgsbolig var at kommuner la til rette for, ev i samarbeid med frivilligheten, at besøk blir gjennomført på en hyggelig, god og smittevernsikker måte.

Rapportene melder om at det har vært mange og varierte søknader. Tiltakene har vært alt fra besøksverter til å gå turer, fysisk aktivitet, digitale opplevelsesturer, malergrupper og digitale samtaler. Det har vært et stort engasjement i kommunene for å bruke midlene for å nå målet. Det har vært mange gode tiltak og de

fleste midlene har blitt benyttet. Noen kommuner har vært hardere rammet enn andre av pandemien og har derfor søkt om å overføre midlene for å gjennomføre tiltakene på et senere tidspunkt. Kun en av kommunene har returnert midlene på grunn av manglende gjennomføring.

Over kapittel 0781 Forsøk og utvikling ble det utbetalt 57,6 mill. kroner eller 4,3 prosent av den totale bevilgningen til frivillige organisasjoner og stiftelser. Kapittel 0781 Forsøk og utvikling mv. inneholder tilskudd (post 79) til svært forskjellige formål og organisasjoner. Herunder ble det i 2020 tildelt midler til InnoMed (innovasjon i helse- og omsorgssektoren).

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste/ den nye hjemmetjenesten

3.1

Forebygging, kultur og aktiv omsorg

3.1.1 Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen "Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet" (tidligere Aktivitet for seniorer og eldre), ble igangsatt i 2013 – da under navnet "Aktivitet eldre- og seniorsentra". Ordningen var knyttet til etablering og utvikling av aktivitets- og seniorsentre rundt i landet. Målet med tilskuddsordningen var å legge mer vekt på helsefremming og forebygging, skape lavterskeltilbud og møteplasser for hjemmeboende eldre og å motvirke ensomhet og sosial tilbaketrekning. Tilskuddsordningen har vært gjennom flere navne- og regelverksendringer. I forbindelse med et anmodnings-vedtak i Stortinget ble det bestemt at tilskuddsordningen fra 2017, skulle åpne opp for en utvidet målgruppe. Nå skulle ikke bare seniorer og eldre, men også andre grupper som sto i fare for ensomhet og passivitet inkluderes. Navnet ble endret til "Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet". Fra og med 2020 ble målgruppen endret til "grupper som står i fare for å oppleve ensomhet, passivitet og sosial isolasjon".

Resultatrapport 2020

I 2020 var det bevilget 18,8 mill. kroner til ordningen over statsbudsjettet. Helsedirektoratet mottok 251 søknader med et samlet søknadsbeløpet på i underkant av 140 mill. kroner. Både søkermasse og det samlede søknadsbeløp økte betraktelig fra året før. Det ble innvilget tilskudd til 47 store og små prosjekter i hele landet. Mottakerne var kommuner og bydeler, frivillige organisasjoner og stiftelser samt fylkeskommuner. Det var en overvekt av kommuner, ofte i samarbeid med frivillige organisasjoner. Flerårige prosjekter er videreført, og flere nye flerårige prosjekter ble innvilget. I 2020 er mange av søknadene begrunnet i koronasituasjonen, og etter avtale med HOD kunne en definere digitale samvær som sosialt samvær. Det har likevel på slutten av året vært flere søknader om å utsette/forlenge prosjektperiode til 2021 på grunn av restriksjoner for gjennomføring av aktiviteter og begrenset kapasitet i kommunene/organisasjonene.

Tilskuddsordningen ble evaluert av Oslo Economics i 2018. Evalueringen viser at tilskuddsordningen bidrar til å nå målet om å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning gjennom å etablere forskjellige former for lavterskeltilbud rundt i hele landet. Oslo Economics anbefalte at tilskuddsordningen videreføres som en forholdsvis bred ordning uten større endringer i form og innhold. De påpekte noen suksesskriterier og noen forslag til videreutvikling og justeringer som for eksempel endringer i om søknads- og rapporteringsrutiner.

Evalueringsrapportens innhold er i hovedsak i tråd med Helsedirektoratets inntrykk av tilskudds-ordningen. Det framgår bl.a. at spesielt samarbeidsprosjekter mellom kommuner og frivillige organisasjoner har stort potensiale for å lykkes og at kommunene har potensiale for å få til samarbeid med flere ulike organisasjoner

På bakgrunn av evalueringen ga Helsedirektoratet i 2020 Helse- og omsorgsdepartementet anbefalinger for veien videre for ordningen. For å nå målet er varige, gode møteplasser, mener Helsedirektoratet at det er viktig å satse på kommunene som motorer i samarbeidet.

3.1.2 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Formål og hovedprioriteringer

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtalefestet partnerskap mellom HUNT forskningssenter, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak, videreutvikle samspill og ivareta en innovativ sammenheng mellom forskning, utdanning og praksis. Studier viser at systematisk og integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmaka. Nord-Universitet har siden 2015 videreutviklet opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Gjennom ny anbudsrunde høsten 2020 fikk kompetansesenteret kontrakt for 5 nye år. Tiltaket inngår i nytt Kompetanseløft 2025.

Resultatrapport 2020

Den totale måloppnåelsen for Musikkbasert miljøbehandling i 2020 var under målsettingen om 865 deltagere. Det var gjennomgående lavere måloppnåelse på alle kurs, unntatt videreutdanningene som holdt seg stabil og med ventelister. Det antas å være ulike årsaker til dette, men gjennomgående ble dette året preget av covid-19. Nedstengingen av landet førte til at alle planlagte aktiviteter ble avlyst eller utsatt. Mye av tiden etter nedstengningen ble brukt til å tilpasse utdanningene og kursene for at de kunne gjennomføres nettbasert og/eller i kombinasjon med fysiske og nettbaserte samlinger. I tillegg ble det startet opp med webinarer. På tross av de endrede forutsetningene knyttet til covid-19 fikk senteret gjennomført flere kurs og utdanninger med totalt 640 deltagere i 2020.

3.1.3 Veiledningsmaterieell forebyggende hjemmebesøk

Formål og hovedprioriteringer

Det er et mål at kommunene videreutvikler og øker den forebyggende og helsefremmende innsatsen overfor eldre. Det overordnede målet er å forebygge sykdom og skade hos eldre i og utenfor institusjon, og fremme helse og livskvalitet.

Resultatrapport

Helsedirektoratets veiledningsmaterieell for forebyggende hjemmebesøk ble publisert i 2017. Veiledningsmateriellet beskriver de mest aktuelle samtaletemaene i et forebyggende hjemmebesøk, og knytter dette opp mot praktiske råd og verktøy. Fra 2018 inngikk forebyggende hjemmebesøk og tilhørende

veiledningsmateriell som et viktig verktøy for reformen Leve hele livet. Våren 2019 ble det utviklet og publisert en film som illustrerer forebyggende hjemmebesøk i praksis og temaet ble løftet frem i møte med de regionale støtteapparatene og kommuner. Helsedirektoratet har ikke hatt aktiviteter på dette området i 2020.

3.2

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Det er et mål å styrke tiltak og øke kompetanse for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, uavhengig av diagnose. En viktig milepæl var "Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase" som ble ferdigstilt og lansert i september 2018.⁹

Det er utviklet to versjonen av e-læringskurs for helsepersonell om demens. Den første versjonen er beregnet på sykepleiere og helsefagarbeidere, og ble ferdigstilt sommeren 2018. Den andre varianter er for leger, og ble klar til bruk tidlig i 2019. Implementering pågår fortsatt. Lindrende behandling til personer med demens er inkludert i ny versjon av opplæringsmaterialet Demensomsorgens ABC.

Opplæringspakke for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er utarbeidet, pilotert og spredd til ni fylker gjennom utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Den er oppdatert og revidert i 2019 med begrepsendringer og begrepsdefinisjoner blant annet på bakgrunn av NOU 2017:16 «På liv og død». Opplæringspakken består av 4 studiehefter samt et innledende hefte. Temaer som gjennomgås i opplæringspakken er forhåndssamtaler, palliativ plan, samvalg, kartleggingsverktøy, ulike kulturer, herunder samisk kultur, tro- og livssyn, forsvarlighet og profesjonalitet, verdighet, pårørende, smerte og smertelindring.

Erfaringen fra utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, tilsier at direkte kontakt med kommunen gir best resultater for implementering av opplæringspakken for lindrende behandling. Best effekt oppnås når kompetanseheving er godt forankret i kommunale ledelse.

3.2.1 Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling for barn

Formål og hovedprioriteringer

For å oppnå god basiskompetanse, har etablering og utvidelse til en tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet vært en hovedprioritet. Studiets mål er å kvalifisere helsepersonell til å bli sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon. Første kull ble uteksaminert i desember 2017. Det er også arrangert et heldagseminar i barnepalliasjon ved OsloMet. I 2018 ble en ny programplan for «Tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon» godkjent av OsloMet. Læringsutbyttebeskrivelsene i studiets program- og emneplaner er på mastergradsnivå. Det første tverrfaglige kullet i videreutdanning i barnepalliasjon startet i august 2019.

Det arbeides godt med videreutdanningen i barnepalliasjon ved OsloMet, der Helsedirektoratet deltar i diskusjoner om videreutvikling og forbedringer i utdanningstilbudet. Det er stor interesse for etablering av et team i hver sykehusregion.¹⁰

Resultatrapport 2020

De regionale helseforetakene fikk i 2020 oppdrag å etablere barnepalliative team. Regionale barnepalliative team skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionenes kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge.

Videreutdanningen har enkeltemner og kan tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag. I 2019 var det 80 søkere til denne videreutdanningen, hvorav 40 ble tatt inn med oppstart august 2019. Det var 64 søkere til studiet for studieåret 2020/2021 hvorav 42 hadde videreutdanningen i barnepalliasjon som førsteprioritet. Det var 31 kvalifiserte søkere og 26 som takket ja til studieplassen. Pr i dag er det 23 aktive studenter på studiet.

Det har i tidligere år vært gjennomført flere regionale møter om samhandling i barnepalliasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i tillegg til informasjonsmøter med aktuelle grupper av helsepersonell. Bl.a. har det vært implementeringsmøter med alle regionsykehusenes barneavdelinger og deres samarbeidspartnere, flere møter med faggrupper i pediatri og samarbeidsgrupper mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste samt bydelsdirektørene i Oslo. Møtevirksomheten har vært noe redusert i 2020 på grunn av pandemien.

3.2.2 Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet og bidra til kompetanseoppbygging i kommunene innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Prosjektene skal bidra til kvalitetsutvikling gjennom fagutvikling og kompetanseheving som har overføringsverdi. Tiltakene skal sees i sammenheng med aktuelle førende dokumenter og aktiviteter i utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Direkte målgruppe er helsepersonell som er ansatt i kommunene. Indirekte målgruppe er pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt uavhengig av diagnose, samt deres pårørende.

Resultatrapport 2020

På oppdrag fra Helsedirektoratet, har fem fylkesmannsembeter forvaltet tilskuddsmidler til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Fylkesmennene i Oslo/Viken, Vestfold/Telemark, Vestland, Trøndelag og Troms/Finnmark tildelte i 2020 totalt 14 mill. kroner i tilskuddsmidler til oppstart eller videreføring av prosjekter i kommunene.

Mange av prosjektene er interkommunale og/eller i samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, samt i samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er bygget opp palliativ kompetanse gjennom et bredt spekter av tiltak. Flere av prosjektene inkluderer også pårørende. Oversikt over prosjektene publiseres på nettsidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

Det er meldt at aktiviteter ikke har gått helt etter planene på grunn av kommunens arbeid med covid-19.

0,5 mill. kroner var avsatt til evaluering av ordningen og ble evaluert av BDO. Rapporten som BDO og Senter for omsorgsforskning (SOF) har utført inneholder både kvalitative og kvantitative analyser. Vurderingen er at tilskuddsordningens forvaltning i all hovedsak er hensiktsmessig, prosjektene hatt god

måloppnåelse og bidrar til forbedring av det palliative tjenestetilbudet i kommunene. Rapporten har tatt utgangspunkt i tiden etter 2017.

I hovedsak er de positive funnene begrunnet med tre forhold:

- Samarbeidet mellom forvalterne (Fylkesmennene og kompetansesentrene for lindrende behandling) fungerer godt.
- Tilskuddsmottakerne melder om god måloppnåelse og om en rekke positive effekter som følge av tilskuddet:
 - Økt kvalitet i kommunens tilbud.
 - Økt fagutvikling og økt kompetanse.
- For det tredje erfarer de at tilskuddsmottakere i stor grad deler sine erfaringer med andre kommuner.

På tross av mange positive og gode resultater har analysene vist at mange prosjekter har utfordringer som påvirker måloppnåelse. Oppsummert mener de likevel at tilskuddsordningen med stor sannsynlighet har medført kompetanseheving for ansatte innenfor palliativ omsorg, som igjen medfører bedre kommunale tjenester for palliative pasienter og deres pårørende.

3.2.3 Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen har til hensikt å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom ved å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet. Det var i 2020 bevilget totalt 4,5 mill. kroner under ordningen, hvorav 2,5 mill. kroner var øremerket Foreningen for barnepalliasjon.

Resultatrapport 2020

Det ble utbetalt tilskudd til tre søkere i 2020: Foreningen for barnepalliasjon (FFB), Sykehusklovnene og Stiftelsen Nordre Aasen. Sykehusklovnene fikk tilskudd for å øke kompetansen til sykehusklovner innen fagfeltet barn og unge i palliativ behandling og samtidig kunne dele kunnskap med tverrfaglige team om kommunikasjon med barn og unge i unntakstilstand.

Sykehusklovnenes arbeid retter seg i hovedsak mot det syke barnet, for eksempel ved at sykehusklovnen avleder barnet under undersøkelser og behandlinger, som tidligere har krevd mange sykehusansatte/ og eller bruk av narkose/sedasjon. Tilbakemeldingene fra pårørende og ansatte på sykehuset er svært positive. Sykehusklovnene samarbeider også med avansert hjemmesykehus og har på den måten spredt sine tiltak på flere områder under tilskuddsperioden.

Foreningen for barnepalliasjon (FFB) fikk tilskudd til å styrke informasjon og opplysningsarbeidet om barnepalliasjon, styrke støtten til pasient og pårørende og øke kunnskapen og kompetansen blant helsepersonell. Dette gjør de ved formidling og undervisning til ulike aktører. Aktivitetene i 2020 har vært noe begrenset pga pandemien. FFB har hatt følgende hovedaktiviteter:

- forberedelser til Europeisk kongress i barnepalliasjon
- samarbeid med kommuner og tilrettelegging for erfaringsdeling og kompetanseheving

- arbeid med sosiale medier
- arbeid med informasjon- og opplysningsarbeid

Stiftelsen Nordre Aasen søkte tilskudd for å utvikle en digital plattform/kunnskapsbank for barn og unge med alvorlig sykdom og deres familier hvor informasjon som er tilgjengelig samles og deles. I tillegg ønsket de å opprette digitale nettverk, sorgstøttefora som et tillegg til tilbudene som finnes i dag. Den digitale plattformen ble lansert februar 2021, med en kunnskapsdel for pårørende og en for helsepersonell. Arbeidet med et nettforum for informasjonsdeling er startet opp.

Forhåndssamtaler

I 2020 fikk Senter for Medisinsk Etikk ved Oslo Universitetssykehus i oppdrag å utarbeide, spre og opprettholde kunnskap om forhåndssamtaler. De skal lage et verktøy om forhåndssamtaler som kan benyttes av både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Verktøyet skal spres til kommunene i Norge, og det skal utarbeides en plan for hvordan kunnskapen skal opprettholdes. Arbeidet skal være slutført 31.12.2021.

Forhåndssamtaler skal avklare hva som er viktig for den enkelte og hva den enkelte ønsker i livets siste fase. "Ingen beslutning om meg uten meg" er en grunnleggende verdi. Bakgrunnen for oppdraget er at pasientenes ønsker om å være informert og få medvirke ikke alltid blir ivaretatt i helse- og omsorgstjenestene.¹¹

3.2.4 Senter for alders og sykehjemsmedisin (SEFAS)

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med ordningen er å bidra til å øke forskning og spredning av kunnskap om god smertebehandling samt god palliativ omsorg i livets slutfase for personer med demens. Ordningen skal:

- bidra til å løfte kompetansen og innovasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- tilrettelegge for utplassering og undervisning av studenter og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- arbeide for etablering av undervisningstilbud om palliativ omsorg og alders- og sykehjemsmedisin for medisinstudenter ved universitetene

Resultatrapport 2020

Det ble bevilget 3 mill. kroner over kap. 0761.79 til Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) i 2020. På tross av pandemien ble det publiserte 23 vitenskapelige fagfelleverderte forskningsartikler. Det medisinske fakultets årsrapport viser at SEFAS er på topp ti for mediedekning ved fakultetet i 2020, med 79 innslag i media. SEFAS har deltatt i utallige digitale webinarer, undervisningsopptak, konferanser og diskusjoner med kommunalt ansatte, fagfolk, studenter, lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Forskere ved SEFAS har hatt nesten daglig digitalt kontakt med hjemmetjenestene, pasienter og pårørende i Kristiansand, Bærum og Bergen for veiledning, undervisning og datainnsamling i forbindelse med LIVE@Home.Path- studien¹², som er finansiert av Norges forskningsråd. Denne multikomponent intervensjonsstudien er rettet mot hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Formålet er å øke sjansen for at personer med demens kan bo lenger hjemme. Studien inkluderer 320 personer med

demens og deres pårørende fra de tre kommunene. I tillegg ble om lag 140 fastleger inkludert til systematisk medikamentgjennomgang og forhåndssamtaler, samt om lag 80 i hjemme-tjenestene i de respektive kommuner. De første resultatartikler er publisert eller innlevert for publisering.

Ved det medisinske fakultetet tilbyr SEFAS undervisning i palliativ omsorg og alders- og sykehjems-medisin til medisinstudenter i Eldreken ved Institutt for global helse og samfunns--medisin (IGS). Her jobber de tett sammen med Haraldsplass diakonale sykehus. Fokus på odontologiske tiltak i eldre-medisin er under utvikling. Alle disse tema er bredt omtalt i Eldreboken.¹³

SEFAS bidrar også til:

- undervisning og fasilitering i praksisfeltet under Senter for tverrfaglig profesjonell samarbeids-læring (TVEPS)
- undervisning for Masterprogrammet i helse og samfunn, et nytt studieprogram med 50 studie-plasser ved IGS.

SEFAS har en stor satsing på brukerinvolvering via Helgetun prosjektet som er finansiert av GC Rieber Fondene med støtte fra UiB.

Basert på støtte fra Helsedirektoratet er det for tiden ansatt en professor (50%), en forsker (100%), en brukerrepresentant (10%), en administrativ koordinator (100%) og en kommunikasjons--medarbeider (20%). I tillegg er det tilknyttet fem postdoktorer og åtte phd-kandidater med finansiering fra Norges forskningsråd, UiB, GC Rieber Fondene, DAM og Verdighetsenteret.

3.2.5 Frivillighetskoordinatorer

Formål og hovedprioriteringer

Verdighetssenteret driver tre tverrfaglige, samlingsbaserte, nasjonale utdanninger: Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI), Palliativ eldreomsorg (PEO) og Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME). Arbeidet er finansiert med øremerket tilskudd over statsbudsjettet på 22 mill. kroner årlig.

FRI skal bidra til økt kunnskap om å mobilisere og lede frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Målgruppen for utdanningen er personer i ulike roller som organiserer frivillig innsats i eldreomsorgen: ansatte i helse- og omsorgssektoren, frivillige organisasjoner, frivilligsentraler og andre som sam-arbeider med frivillige eller som trenger å få kompetanse på frivillighet i sitt arbeide. Utdanningen kombinerer det praksisnære med en innføring i det grunnleggende innen forskning på feltet. Foredrags-holderne hentes inn fra både frivillig og kommunal sektor med et fokus på tilrettelegging av frivillighet og samarbeid. Deltakerne utvikler et frivillighetsprosjekt på egen arbeidsplass, og får faglig støtte og veiledning til dette.

Omsorg mot livet slutt (OLS) ble i 2018 revitalisert og endret i denne sammenheng navn til PEO. Etterutdanningen PEO skal øke kompetansen hos fagutdannet helsepersonell i møte med sårbare, alvorlig syke og døende gamle. Utdanningen har sitt utgangspunkt i hospicefilosofien og WHO's definisjon av palliasjon.

AME skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møtet med alvorlig og akutt syke gamle. Fokus i undervisningen ligger på å kunne gjenkjenne tegn til sykdomsforverring og å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt. Dette for å forhindre at sårbare gamle blir kritisk dårlige og unngår unødige plager.

Undervisningen består av teori, praktisk prosedyretrening og håndtering av medisinsk teknisk utstyr. Etisk refleksjon bl.a. vedr. behandling vs. overbehandling står sentralt i undervisningen.

Resultatrapport 2020

Siden oppstart i 2011 har 449 deltakere, fordelt på 115 kommuner i alle landets fylker, gjennomført Etterutdanningen i frivillighetskoordinering – eldreomsorg. 8 nye kommuner sendte deltakere i 2020.

Gjennom de siste 13 årene har over 472 ansatte fra 99 ulike kommuner i alle landets fylker gjennomført etterutdanningen i palliativ eldreomsorg. Totalt 35 deltakere i 2020.

Siden oppstart i januar 2017 har 532 deltagere fra alle landets fylker og 124 kommuner gjennomført utdanningen i akuttmedisinsk eldreomsorg. Totalt 130 deltakere gjennomførte i 2020.

Fotnoter

⁹ Helsedirektoratet (2018) «Lindrende behandling i livets slutfase» [Nasjonale faglige råd]. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>.

¹⁰ Dette informerte Helse Sør-Øst om i et svar i forbindelse med oppfølging av den nasjonale faglige retningslinjen for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose (IS-2599).

¹¹ Meld. St. 24 (2019–2020) "Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve". <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

¹² Husebo, B.S. et al. (2020). "LIVE@Home.Path—innovating the clinical pathway for home-dwelling people with dementia and their caregivers: study protocol for a mixed-method, stepped-wedge, randomized controlled trial". *Trials* 21 (510). <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04414-y>.

¹³ Husebo, B.S. (2019). *Eldreboen. Diagnoser og behandling*. Fagbokforlaget.

3.3

Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver

3.3.1 Formål og hovedprioriteringer

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Demensplan 2020 skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose.

Ved å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid skal Demensplan 2020 sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt å bidra til kvalitetsutvikling i tjenestene og dimensjonering i tråd med forventet økning i antall personer med demens.

Demensplan 2020 har seks strategier:

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- Forskning, kunnskap og kompetanse

3.3.2 Resultatrapport 2020

Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

Brukerbehov og brukerinvolvering

Kartlegging av brukerbehov er gjennomført i planperioden, og rapport er publisert hos Aldring og helse¹⁴. Det er også publisert flere artikler om temaet. Flere verktøy for brukerinvolvering og annet veilednings-materiell basert på kartleggingen er utviklet, herunder en omarbeidet versjon av samtaleguiden *Min livshistorie. Hvem er jeg?*¹⁵, kommunikasjonsråd til pårørende¹⁶, samt et samtaleverktøy¹⁷ for bruk av helse- og omsorgspersonell og pårørende. Videre er Huskeboka - om hverdagen med demens¹⁸, utviklet for personer som har fått demensdiagnose i tidlig fase. Det er også utarbeidet en egen nettside¹⁹ om samtykkekompetanse og vurderinger av dette.

Brukerskoler for personer med demens

I perioden 2016-2018 ble det gjennomført 14 utviklingsprosjekter i kommuner om systematisk oppfølging etter demensdiagnose, der også en form for «brukerskoler» for personer med demens ble testet ut. Samtidig har flere miljøer rundt om i landet jobbet med ulike løsninger for brukerskoler. Som oppfølging er det laget en egen nettside om brukerskoler for personer med demens hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.²⁰

Kvalitetsindikatorer

Dagaktivitetstilbud for personer med demens ble i 2017 lansert som nasjonal kvalitetsindikator. I 2020 ble indikatorer om fastlegens behandling av personer med demens vurdert, og på bakgrunn av dette arbeidet ble det laget en rapport: Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens²¹. En nasjonal kvalitetsindikator som måler bruk av velferdsteknologi for personer med demens er under utredning og vurderes publisert gitt god og komplett innrapportering av data fra kommunene.

Personer med demens utgjør en vesentlig andel av personer som bor i sykehjem eller som mottar hjemmetjenester. Det publiseres flere kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester²², som gir et viktig bidrag til bildet av tjenestene til personer med demens.

Tilskudd til Nasjonalforeningen for folkehelsen

Helsedirektoratet har gitt tilskudd til lokalt demensarbeid i Nasjonalforeningen for folkehelsen. Tilskuddet benyttes til informasjonstiltak, møteplasser og aktivitetstiltak for personer med demens og deres pårørende, rekruttering og revitalisering av lokallag, samt veiledning til lokallag og stimulering til økt aktivitet.

Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen

Demensplan 2020 er knyttet til arbeidet med NCD-strategien om ikke-smittsomme sykdommer. I forbindelse med nasjonal informasjonskampanje om demens 2019-2020 og lansering av forekomstundersøkelsen om demens, er det formidlet informasjon om betydningen av å forebygge demens. For øvrig gjennomføres tiltak for å forebygge demens i regi av det ordinære NCD-arbeidet.

Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Nasjonal faglig retningslinjen om demens med veiledningsmateriell

Nasjonal faglig retningslinje om demens fra 2017 ble omarbeidet og re-lansert i Helsedirektoratets nye elektroniske retningslinje-mal i november 2019.²³ Retningslinjen omfatter utredning av demens, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Personsentrert omsorg og behandling er det bærende elementet i retningslinjen.

Gjennom hele planperioden er det utarbeidet veiledningsmateriell og iverksatt implementeringstiltak knyttet til føringer i retningslinjen. Det er iverksatt flere tiltak for å bidra til at personer med tegn på demens blir utredet og diagnostisert. Blant annet er veiledningsmateriell om demensutredning, herunder skjema for basal demensutredning, oppdatert og finnes på nettsidene til Aldring og helse.²⁴ Håndbok om utvidet demensutredning²⁵ ble lansert i 2020. Det gjennomføres også kurs i demensutredning. Videre har informasjonskampanjen om demens i 2019 og 2020 hatt som mål å bidra til å øke utredningen av demens.

Det er i planperioden for Demensplan 2020 arbeidet med veilednings- og opplysningsmateriell om demens knyttet til den samiske befolkningen og minoritetsbefolkningen, herunder om utredning og diagnostisering, der utredningsverktøyet, Rudas, er oversatt til nord-samisk. Materialet er samlet på egne nettsider hos Aldring og helse^{26 27}.

Det er videre utarbeidet veiledningsmateriell om utviklingshemming og demens,²⁸ både knyttet til demensretningslinjen og om juridiske forhold, samt om yngre med demens.

Systematisk oppfølging etter demensdiagnose

I 2016 ble det gitt tilskudd til kommuner for deltagelse i utviklingsprosjekt om systematisk oppfølging etter demensdiagnose. 14 prosjekter har arbeidet med å utforme og prøve ut nye modeller som innebærer at personer med demens fanges opp når de får en demensdiagnose, og at både personene selv og pårørende følges opp jevnlig og systematisk - med informasjon og tilbud om «rett» tiltak eller tjeneste til «rett tid». Deltagerkommunene fikk oppfølging underveis - av prosjektgruppen bestående av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Prosjektene leverte sluttrapporter ved utgangen av 2018, og ekstern evaluering av prosjektene ble levert våren 2019 og publisert²⁹ på aldringoghelse.no i 2020. Det pågår arbeid med veiledningsmateriell/veiviser om demensforløp i forlengelsen av utviklingsprosjektene, som lanseres hos Aldring og helse våren 2021.

Aktivitet, mestring og avlastning

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Tilskudd til kommunene for etablering og drift av dagaktivitetstilbud til personer med demens, ble avviklet ved utgangen av 2019, samtidig med at kommunene fra januar 2020 fikk en lovfestet plikt til å kunne tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er i hele planperioden arbeidet med veiledning av kommuner om etablering og drift av dagaktivitetstilbud og hva som er gode tilbud for personer med demens, blant annet gjennom nettsider. I tillegg er håndbok om dagaktivitetstilbud³⁰ for personer med demens revidert og ny-publisert på aldringoghelse.no for gratis nedlastning.

Pårørendeskoler og andre tiltak rettet mot pårørende til personer med demens

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens, på vegne av Helsedirektoratet.

Koronasituasjonen har i 2020 skapt utfordringer for gjennomføringen av pårørendeskoler og samtalegrupper i kommunene. Dette har både ført til at mange kommuner ikke har søkt om tilskudd og at mange søkerinstanser har avlyst omsøkte tilbud. Det er også flere som har måttet gjennomføre hele/deler av tilbudet på alternativt vis, som digitale arrangementer, telefonsamtaler eller en til en-samtaler. Ganske snart etter utbruddet av epidemien i Norge ble det derfor startet opp produksjon av digitalt materiell som kan brukes av kommuner som ønsker å gjennomføre digitale pårørendeskoler. Koronasituasjonen har likevel gjort at utbetaling av tilskudd fra Aldring og helse til kommunene har vært betydelig lavere enn normalt.

Opptelling for 2020 viser at totalt 241 tilbud er rapportert gjennomført med tilskudd, herav 79 pårørendeskoler i én kommune, 27 interkommunale pårørendeskoler og 135 samtalegrupper. Tilbud er i 2020 gjennomført i 42 prosent av kommunene. Spesialisthelsetjenesten var representert med 5 søkere, der tilbudene i hovedsak retter seg mot pårørende til yngre personer med demens og pårørende til personer som nylig har fått en demensdiagnose. Om lag 56 prosent av søkerinstansene har oppgitt at de samarbeider med til sammen 101 instanser i frivillige organisasjoner, herav 75 instanser i Nasjonalforening for folkehelsen.

Det er gjennom hele planperioden – også i 2020 - utviklet nytt veiledningsmateriell for kommuner som skal gjennomføre pårørendeskoler og samtalegrupper, og eldre veiledningsmateriell er oppdatert. Noe av veiledningsmaterialet retter seg spesielt mot den samiske befolkningen, mot innvandrerbefolkningen, mot yngre personer med demens, eller mot pårørende til personer med utviklingshemming og demens.

Oppdraget fra Helsedirektoratet til Aldring og helse omfatter også å gjennomføre nasjonale kurs for yngre pårørende til personer med demens. Smittesituasjonen i 2020 har gjort det utfordrende å gjennomføre disse nasjonale kurssamlingene. For "Møteplass for mestring"³¹ for yngre personer med demens sammen med partner, ble alle de seks fysiske kurssamlingene avlyst, men det ble gjennomført tre nettbaserte samlinger. De to samlingene av "Tid til å være ung"³² for unge voksne barn til personer med demens ble avlyst, men de påmeldte fikk tilbud om å delta på digitale samtaleforum. Sommerleiren "Hvem ser meg?"³³ for familier med mindreårige barn ble gjennomført som normalt, men på et nytt og bedre egnet sted.

Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Tjenester til hjemmeboende personer med demens

I 2017 ble det gitt tilskudd til kommuner for deltagelse i utviklingsprosjekt om personer med demens som bor hjemme og som har omfattende behov for hjelp. 14 prosjekter ble etablert, med mål om å bidra til bedre behovsdekning, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet for personer med demens og deres pårørende den siste tiden før det gis heldøgns omsorgstjenester, samtidig som man ønsket å oppnå bedre ressursutnyttelse for kommunene. Kommunene har underveis deltatt i samlinger og har fått oppfølging og hjelp av prosjektgruppen bestående av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Kommunene leverte sluttrapporter fra prosjektene sommeren 2019, og rapport fra ekstern evaluering av prosjektene ble levert i 2020 og publisert³⁴ hos Aldring og helse. Det pågår arbeid med veiledningsmateriell/veiviser om demensforløp i forlengelsen av utviklingsprosjektene, som lanseres hos Aldring og helse våren 2021.

Forskning, kunnskap og kompetanse

ABC-opplæring i kommunene

Målet med opplæringen Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Opplæringen omfatter ABC-permer på ulike fagområder, tverrfaglige ABC-grupper på arbeidsplassen, samt halvårslige fagseminar på tvers av ABC-gruppene. Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC.

Demensomsorgens ABC ble i løpet av planperioden oppdatert i tråd med føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens, ny kunnskap, nytt lovverk og andre nasjonale føringer. Opplæringen består nå av to permer: Ny perm 1 var klar høsten 2018, og ny perm 2 ble lansert høsten 2019. Personsentrert omsorg og miljøbehandling er nå gjennomgående tema i opplæringsmaterialet. Utarbeidelse av et lederheftet er i gang og vil ferdigstilles i 2021.

En mindre revisjon av Eldreomsorgens ABC pågår nå, blant annet for å sikre at opplæringsmaterialet er i tråd med gjeldende regelverk.

Det har vært utfordrende å gjennomføre ABC-opplæringen i 2020 på grunn av koronasituasjonen med smitteverntiltak. Selv om det er gjennomført både digitale fagseminarer, fysiske fagseminarer, samt kombinasjoner av dette, har aktiviteten vært lavere enn normalt. Opptelling for 2020 viser at det for Demensomsorgens ABC totalt er gjennomført 104 fagseminarer med 2895 deltagere, mens det for Eldreomsorgens ABC er gjennomført 31 fagseminarer med til sammen 787 deltagere. I 2020 har totalt 2100 nye ABC-deltagere i 156 kommuner startet opp med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC.

Undersøkelse av forekomsten av demens i Norge

Som del av Demensplan 2020 ga Helsedirektoratet oppdrag til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om å gjennomføre en undersøkelse av forekomst av demens i Norge (prevalensundersøkelse). Datainnsamlingen er gjennomført sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4), og det er supplert med storbydata fra Trondheim. Rapport³⁵ ble lansert i desember 2020, sammen med demenskartet³⁶, som gir oversikt over forekomst og framskriving for demens i ulike deler av landet. Forekomsttallene og det digitale kartet vil være viktige hjelpemidler når lokale og nasjonale myndigheter skal planlegge for utfordringene med flere eldre og flere med demens.

Informasjonskampanje om demens

I perioden 2019-2020 har Helsedirektoratet gjennomført at nasjonal informasjonskampanje om demens. Kampanjen har hatt som mål å bygge ned stigma knyttet til demens og bidra til at flere utredes og diagnostiseres for demens. Kampanjen har rettet seg både mot leger og annet helsepersonell, mot kommuner, og ikke minst mot befolkningen. Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har medvirket ved utforming av kampanjen. Landets fylkesmenn og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester hadde i 2020 i oppdrag å bistå med å spre informasjon fra kampanjen. Informasjonen rettet mot leger - om hvorfor og hvordan utrede demens - er utarbeidet i samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen, og er blant annet sendt ut via foreningenes kanaler. Andre kanaler, som for eksempel LinkedIn, er også benyttet. Kommunene har blant annet fått tilsendt materiell om hvorfor utrede demens og hjelpemidler for å lage gode nettsider om demens. Informasjon rettet mot befolkningen er formidlet gjennom annonser, både digitale og print, via sosiale medier, og gjennom reklamefilmer på TV. På grunn av koronaepidemien måtte hoveddelen av kampanjen rettet mot befolkningen flyttes fra mars- april til desember 2020. Kampanjen er blitt svært godt mottatt.

Videreføring av prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)

Sykehuset Innlandet ved Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (tidligere Alderspsykiatrisk forskningssenter), videreførte deler av Redic-prosjektet i 2019, som har pågått siden 2011. Videreføringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet og omfatter ytterligere kunnskap om demenssykdom i sykehjem, som symptomer, livskvalitet og ressursbruk. Det er også undersøkt hva som kjennetegner personer som lever lenge i sykehjem, samt hvilke forhold som er assosiert med lang overlevelse i sykehjem. Rapporten om personer som har bodd fem år i sykehjem, ble publisert i 2020³⁷. Tidligere er det publisert rapporter både i 2015³⁸ og i 2018³⁹.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens

Hvert fjerde år er det gjennomført en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Hensikten er å få informasjon om hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene til personer med demens har kommet i kommunene. Dette for å gi en pekepinn på hvor det er behov for videre satsning.

Siste kartlegging ble gjennomført i oktober 2018, og rapport ble lansert i juni 2019.⁴⁰ Rapporten viser god mål-oppnåelse for tiltak og strategier i demensplanen. Unntaket er målet om at den enkelte skal være sikret diagnostisering ved mistanke om demens. Registerdata viser at en stor andel av de som har demenssykdom ikke er registrert med en diagnose.

Kunnskap og utvikling gjennom internasjonalt samarbeid om demens

Økningen av antall personer med demens i befolkningen er en internasjonal utfordring, noe som gjør internasjonalt samarbeid viktig. I mai 2017 vedtok WHO "Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025". WHO vil følge arbeidet i de ulike landene gjennom portalen/registeret Global Dementia Observatory (GDO), som ble lansert i desember 2017. Mål nr. 1 i WHO's plan er at 75 prosent av alle land skal ha en plan for demensområdet innen 2025.

Helsedirektoratet har også i 2020 deltatt i internasjonalt samarbeid om demens, selv om lite kunne gjennomføres som planlagt på grunn av koronasituasjonen. Helsedirektoratet har likevel deltatt i digitale møter om demens med WHO, i Nordisk demensnettverk i regi av Nordens velferdssenter/Nordisk ministerråd, samt i European Group of Governmental experts on dementia. I planperioden har Helsedirektoratet også deltatt i to arbeidspakker i EUs Joint Action "Act on Dementia".

3.3.3 Vurdering

Helsedirektoratet har i 2020 arbeidet med iverksetting av tiltak i Demensplan 2020 i henhold til internt styringsdokumentet og oppdragsbrev for Demensplan 2020 av 14.01.16 fra HOD.

Ved avslutning av planperioden er alle skisserte tiltak startet opp og iverksatt. Det eneste unntaket er at veiviseren om demensforløp ikke ble lansert i 2020 på grunn av koronapandemien, men vil bli publisert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse våren 2021. Veiviseren utvikles som svar på oppdraget om å utarbeide veiledningsmateriell i forlengelsen av utviklingsprosjektene om systematisk oppfølging etter demensdiagnose og tjenester til hjemmeboende med demens som har omfattende behov. For øvrig er kommunenes aktiviteter i 2020, med ABC-opplæring for ansatte, pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens, på et lavere nivå enn normalt på grunn av koronapandemien.

Ser man samlet på planperioden for Demensplan 2020, er situasjonen at nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og

Eldreomsorgens ABC. Det er også satt i gang flere andre tiltak for å øke kunnskap om demens og hva som er gode tjenester. Tilbudene med pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens kan også sies å være tilgjengelig i hele landet.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens viser at det er god måloppnåelse på alle områder i Demensplan 2020. Unntaket er målet om at den enkelte skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens, der registerdata viser at det er et godt stykke igjen før vi når målet.

Fotnoter

¹⁴ Rokstad, A.M.M. (red) (2020). "Behov hos personer med demens" [rapport]. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

<https://butikk.aldringoghelse.no/demens/behov-hos-personer-med-demens>.

¹⁵ Aldring og helse (2020). "Nasjonal kompetansetjeneste/skalaer og tester. Min livshistorie. Hvem er jeg?" [samtaleguide]. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/min-livshistorie.-hvem-er-jeg-samtaleguide>.

¹⁶ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2020). "Når kommunikasjonen svikter" [hefte]. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/naar-kommunikasjonen-svikter-digital-versjon>.

¹⁷ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2020). "Samtaleverktøy-demens". <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/samtaleverktoy-demens-digital-versjon>.

¹⁸ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2020). "Huskeboka - om hverdagen med demens". <https://butikk.aldringoghelse.no/kognisjon-og-demens/utgivelser/huskeboka-om-hverdagen-med-demens-di>.

¹⁹ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (udatert). "Samtykkekompetanse" [nettside]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>.

²⁰ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse «Brukerskole for personer med demens» [nettside]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/brukerskole-personer-med-demens/>.

²¹ Helsedirektoratet (2020). "Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens" [rapport]. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fastlegers-oppfolging-av-sine-hjemmeboende-pasienter-med-demens>.

²² Helsedirektoratet (udatert). "Kvalitetsindikatorer: Kommunale helse- og omsorgstjenester" [indikatorportal]. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>.

²³ Helsedirektoratet (2019). "Nasjonal faglig retningslinje: Demens". <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.

²⁴ Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter. <https://www.aldringoghelse.no/demens/>.

²⁵ Thale Kinne Rønqvist, T.K, Wagle, J. og Wilson, K. (red.) (2020). "Utvidet demensutredning. En håndbok" Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/utvidet-demensutredning.-en-haandbok>.

- ²⁶ Samisk: <https://www.aldringoghelse.no/demens/samisk/>.
- ²⁷ Minoriteter: <https://www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter/>.
- ²⁸ Aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/>
- ²⁹ Kirkevold, Ø. (2020). "Evalueringsrapport: Systematisk oppfølging etter demensdiagnose" [rapport]. Aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/evalueringsrapport-sysdem-publisering-a4_09.2020_47s_web
- ³⁰ Aarø Strandli, E.H., Wagle, J. og Wilson, K. (red.) (2020). "Dagaktivitetstilbud for personer med demens – en håndbok". Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/dagaktivitetstilbud-for-personer-med-demens-en-haandbok>.
- ³¹ Aldring og helse (2020) "Møteplass for mestring" [kurstilbud, nettside]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/parorende/moteplass-for-mestring/>.
- ³² Aldring og helse (2020) "Tid til å være ung?" [kurstilbud, nettside]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/parorende/nar-barn-og-ungdom-er-parorende/tid-til-a-vaere-ung/>
- ³³ Aldring og helse (2020) "Hvem ser meg?" [nettside]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/parorende/nar-barn-og-ungdom-er-parorende/hvem-ser-meg-som>
- ³⁴ Kirkevold, Ø. (2020) "Tjenester til personer med demens som bor i egen bolig" [rapport]. Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/tjenester-til-personer-med-demens-som-bor-i-egen-bolig>.
- ³⁵ Gjører, L., Kjelvik, G., Heine Strand, B. et al (2020) "Forekomst av demens i Norge" [rapport]. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/forekomst-av-demens-i-norge>.
- ³⁶ Aldring og helse (2020) Demenskart [nettside]. <https://demenskartet.no/>
- ³⁷ Vossius, C., Selbæk, G., Šaltyt Benth, J., et al. (2020) "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Sluttrapport" [rapport] <https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC-2020.pdf>.
- ³⁸ Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A.E. (2015) "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Langversjon" [rapport], https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf.
- ³⁹ Vossius, C., Selbæk, G., Šaltyt Benth, J., et al. (2018) "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Videreføring av prosjektet" [rapport], <https://sykehuset-innlandet.no/Documents/Rapport%20REDIC-videref%C3%B8ring.pdf>.
- ⁴⁰ Helsedirektoratet (2019) "Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018" [rapport], <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>.

3.4

Kompetanseløft 2020

Det vises til egen årlig rapportering for Kompetanseløft 2020 som leveres i to rapporter, henholdsvis per 15. juni 2021 og 15. august 2021. Oppsummeringen under baseres på årsverkstall til og med 2019. Her gis derfor en oppsummering av årsverk og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester til og med 2019, samt omtale av utvalgte tiltak.

Helsedirektoratet har, gjennom planperioden for Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner for kompetanseheving og rekruttering av personell, fulgt utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene tett. Det har vært iverksatt omfattende tiltak for å bedre situasjonen og for å øke andelen kvalifisert personell i omsorgstjenesten. I årlig rapport fra Kompetanseløft 2020 om personell- og kompetansesituasjonen i kommunale helse- og omsorgstjenester som Helsedirektoratet oversendte HOD i august 2020, oppsummeres fire hovedutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Disse er 1) utbredt bruk av deltidsstillinger, 2) mange ufaglærte, 3) høyt sykefravær og 4) høy turnover i stillinger. Rammevilkår for ledelse og ledelseskompetanse synes å ha sterk sammenheng med utfordringene. Det finnes rekrutterings- og kompetanseutfordringer i alle deltjenester, men Helsedirektoratet mener at situasjonen i den kommunale omsorgstjenesten; i sykehjem, omsorgsboliger og de oppsøkende og hjemmebaserte tjenestene; er særlig bekymringsfull. Disse tjenestene utgjør hele 90 prosent av samlede årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester. De fire nevnte utfordringsområdene har alle stor betydning for håndtering av smittesituasjonen i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Et høyt antall personell som daglig er i kontakt med sårbare brukere vil utgjøre en smitterisiko. Dette forsterkes av mangelfull kompetanse siden mange ansatte ikke har en formell helsefaglig utdanningsbakgrunn. Kommunene har iverksatt opplæringsaktiviteter under pandemien som kompenserer for opplærings-behovet.

Det har vært en stor vekst av årsverk i omsorgstjenestene over tid. Parallelt har det vært en stor endring i oppgaver og ansvar med overføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt nivå. Pasientpopulasjonen er under endring med stadig flere brukere med komplekse tilstander og økt behov for helsefaglig bistand, herunder en større andel yngre brukere.

I perioden 2015 til 2019 har antall årsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste økt med 11,3 prosent til totalt 165 380 årsverk. Den største prosentvise veksten i antall årsverk finner man i kategoriene barne- og ungdomsarbeidere (40,3 prosents økning), sosionomer (35,5 prosent) og miljøterapeuter og pedagoger (31 prosent). Utviklingen blant barne- og ungdomsarbeidere og barnevernspedagoger og sosionomer er trolig relatert til arbeid med personer med utviklingshemming og innen psykisk helse og rustjenester. Dette er en ønsket utvikling i tråd med behovet for større faglig bredde i tjenestene.

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, "ufaglærte", har økt med 6,2 prosent fra 2015 til 2019 og utgjør 22,4 prosent av årsverkene i brukerrettet omsorgstjeneste. Økningen har skjedd til tross for betydelig innsats gjennom Kompetanseløft 2020 og tidligere handlingsplaner om å kvalifisere ufaglærte.

Sykepleiere med videreutdanning har hatt større årsverksvekst (18,2 prosent) enn sykepleiere med kun grunnutdanning (12,4 prosent). Etter SSBs framskrivninger vil behovet for sykepleiere være større enn for andre faggrupper. Kommunene melder allerede nå om store utfordringer med å rekruttere sykepleiere. Helsedirektoratet er kjent med at enkelte kommuner ansetter personer uten helsefaglig bakgrunn i omsorgstjenesten i mangel av sykepleiere. KS' arbeidsgivermonitor viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, men også leger, psykologer og vernepleiere.

Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er en forutsetning for å kunne tilby forsvarlig helsehjelp, men er krevende å innfri med dagens hovedutfordringer. Det er av den grunn helt nødvendig å jobbe målrettet

med utfordringene knyttet til sykefravær, turnover, ufaglærte og deltidsarbeid, slik at tjenestene blir mer attraktive for fagpersonell.

Sintef har i samarbeid med NIBR og NIFU oppdraget om følgeevaluering av Kompetanseløft 2020.

Helsedirektoratet ba Sintef våren 2020 om å innhente kunnskap fra små kommuner for å belyse relevans, bruk, nytte og utfordringer knyttet til tilskuddsmidler og tiltak fra Kompetanseløft 2020.

Intervju-undersøkelsen viste at Kompetanseløft 2020 er viktig, men trolig ikke tilstrekkelig, for å bidra til rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i små distriktkommuner.

Kompetanseheving gjennom kortvarige kurs, ser ut til å være enklere å realisere enn lengre utdanningsløp. Lederutvikling, spesielt styrking av enhetsledere, er viktig. Kompetent ledelse vurderes som avgjørende for god drift, godt strategiarbeid, og er en forutsetning for rekruttering og kompetanseheving på alle nivåer. For å oppnå ønsket utvikling i tråd med strategiene i Kompetanseløft 2020, viser evalueringen at virkemidler og tiltak over Kompetanseløft 2020 synes å være et formålstjenlige og godt, men ikke tilstrekkelig bidrag for små kommuner.

Gjennom Kompetanseløft 2020 og tilbudet om nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, har det vært en omfattende satsning på kompetansebygging for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i fylkeskommunale tannhelsetjenester. Over 1 000 ledere vil ha gjennomført utdanningen til og med våren 2021. Det store flertallet av deltakerne er ledere i hjemmebaserte eller institusjonsbaserte omsorgstjenester, herunder psykisk helse- og rustjenester.

Helsedirektoratet ønsket å kartlegge den formelle lederkompetansen til ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Våren 2020 fikk Rambøll oppdraget med å supplere statistikk fra KS ved å innhente data og å gi et anslag over hvor stor andel av lederne som har formell lederkompetanse i kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester tilsvarende 30 studiepoeng eller mer. Kun 25 prosent av ledere i kommunale institusjonstjenester har slik lederutdanning, mens ledere innen helsetjenester og hjemmebaserte tjenester har henholdsvis 75 prosent og 80 prosent formell lederutdanning på minst 30 studiepoeng. Dette tyder på at manglende formell lederkompetanse er særlig omfattende i sykehjem, institusjoner og døgnbemannede boliger.

3.4.1 Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Formål og hovedprioriteringer

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten skal bidra til å styrke ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene til å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling.

I samarbeid med KS, inngikk Helsedirektoratet våren 2015 avtale med Handelshøyskolen BI om gjennomføring av lederutdanningen. Tiltaket inngår også i Kompetanseløft 2020. Rambøll Management Consulting AS har hatt i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av lederutdanningen fra oppstart og ut 2020. Sluttrapporten for evalueringen er publisert april 2021 på Helsedirektoratet.no.⁴¹

Resultatrapport 2020

Søkertall, studieplasser og frafall

Søker- og opptakstall til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015–2020. Totalt har seks kull med til sammen 1 080 ledere vært studenter ved

nasjonal lederutdanning siden oppstart i 2015 til og med våren 2021. Fullføringsgraden på utdanningen er svært høy. I siste kull 6 som startet høsten 2020, har fem deltakere sluttet fram til mars 2021, noe som utgjør 2,3 % av deltakerne. Dette er uvanlig sett i lys av den krevende arbeidssituasjonen som kommunale og fylkeskommunale ledere i helse- og omsorgstjenesten har under pandemien.

Kull 6 startet i august 2020, med 216 helseledere fordelt på fire klasser. Tre av klassene har hatt samlinger ved BI, campus Oslo, men en klasse har ved BI, campus Stavanger. Dette kullet skal være ferdige i juni 2021. Alle klassene har hatt samlinger i all hovedsak digitalt, men høsten 2020 møtte noen studenter ved campus mens andre deltok digitalt.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten videreføres fra 2021 som del av ny planperiode for Kompetanseløft 2025. Handelshøyskolen BI får fornyet oppdraget fra 2021 til og med våren 2026, dersom opsjoner om forlengelse utløses.

Helseledere som deltar i programmet i 2020/2021 har variert utdanningsbakgrunn og ansiennitet. De kommer fra ulike deler av primærhelsetjenesten i ulike deler av landet og de har lederansvar på ulike nivå. Fordelingen av ledere som har fått plass på programmet i kull 6 holder seg på noenlunde samme nivå som de foregående årene.

Søker- og opptakstall har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015 – 2020, med flest søkere i 2018. Søkermassen økte med 53 % fra 2017 til 682 søkere i 2018. Dette tilsvarer 3.15 søkere pr. studieplass. I 2020 var det totalt 387 søkere som tilsvarer 1,79 søkere pr. studieplass. Det er rimelig å anta at nedgangen til kull 6 skyldes usikkerhet rundt covid-19 og oppfattes som god søkertilgang tross situasjonen.

Deltakernes bakgrunn

Kjønnsfordeling blant deltakere i kull 6 som avslutter våren 2021 er 19,8 % menn og 80,2 % kvinner, noe som gjenspeiler kjønnsfordelingen i sektoren.

Utdanningsbakgrunn for lederne i kull 5 følger samme fordeling som de tidligere kullene. Ledere som har fagutdanning som sykepleiere er om lag 53 prosent av samlet antall deltakere i kull 6, etterfulgt av ledere med vernepleierbakgrunn tilsvarende om lag 14 prosent.

Studentene er ledere i ulike deltjenester. De fordeler seg på omsorgstjenesten (institusjon og hjemmebaserte tjenester) med over 55 prosent, psykisk helse og rustjenester med nærmere 8 prosent, mens fra tannhelsetjenesten deltok over 4 prosent av deltakerne. Fra 2018 ble ledere av primærhelseteam inkludert i målgruppen for programmet. I kull 6 deltar 8 leger fra primærhelseteam.

Tabell 6. Deltjenestetilhørighet blant studentene i kull 6 (høst 2020/vår 2021)

Del av primærhelsetjenesten 2020-2021	Antall	Prosent
Hjemmebaserte tjenester	63	29,17 %
Sykehjem- og Institusjonsbaserte tjenester	56	25,93 %
Forebyggende tjenester barn/unge	22	10,19 %
Legetjenesten	17	7,87 %
Psykisk helse- og/eller rustjenester	17	7,87 %
Habilitering og rehabilitering	11	5,09 %
Tannhelsetjenester	9	4,17 %

Annet*	21	9,72 %
--------	----	--------

* Annet: KAD, folkehelse, tannklinikker, områdeansvar, uspesifisert o.l..

Geografisk fordeling

Kommunene på Østlandet dominerer både søkere og deltakere til lederutdanningen. Dette samsvarer med befolkningens fordelingen i landet. Klassene gjennomføres i Oslo ved campus Nydalen, med unntak av en klasse med 62 studenter som siden oppstart er lagt et annet sted. Antall ledere som søkte programmet i 2020 var 389. Tabell 7. viser antall søkere og studenter etter geografisk fordeling.

Tabell 7. Deltakere fordelt på fylker og regioner for kull 1-6

	Søkere 2015-19	Studenter 2015-19	Søkere 2020	Studenter 2020
Region Nord				
Troms og Finnmark	255	109	28	17
Nordland	59	33	21	16
Totalt	314	142	49	33
Region Sør				
Agder	62	22	10	7
Vestfold og Telemark	188	56	35	14
Totalt	250	78	45	21
Region Øst				
Viken	674	247	78	35
Oslo	246	104	40	21
Totalt	920	351	118	56
Region Vest				
Rogaland	304	123	95	48
Vestland	280	121	23	8
Møre og Romsdal	72	244	5	3
Totalt	656	488	123	59
Region Midt-Norge				
Innlandet	167	68	18	12
Trøndelag	358	113	28	11
Totalt	525	181	46	23

Den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten er kontinuerlig blitt videreutviklet i tett samarbeid mellom BI, KS og Helsedirektoratet, der evaluering fra Rambøll fortløpende er vurdert og endringer implementert. I 2020 har programgjennomføringen blitt dramatisk endret gjennom nødvendig digitalisering som følge av pandemien. BI har i tillegg til endringer i teknisk infrastruktur, også tilpasset pedagogikk, veiledning og undervisningsverktøy til denne situasjonen.

Følgeevaluering fra Rambøll

Delrapporter fra evalueringen som Rambøll har gjennomført i hele perioden viser en høy grad av tilfredshet med utdanningen, og at utdanningen i stor grad har svart til forventningene. Disse resultatene er ytterligere forsterket i perioden. Dette viser sluttrapporten fra Rambøll (levert Helsedirektoratet i mars 2021). Evalueringen viser at utdanningen har hatt stor betydning for de positive endringene i deltakernes lederrolle. De fremhever særskilt at lederne har håndtert krysspress som sektoren står i på en bedre måte enn før utdanningen. Rambøll oppsummerer følgende endringer:

- Deltakerne har blitt tryggere i lederrollen
- Deltakerne har blitt mer bevisste andres vurdering av egen lederrolle
- Økt trygghet og bevissthet om egen rolle har gjort deltakerne bedre til å samhandle med sine omgivelser
- Deltakerne har blitt mer utviklings- og innovasjonsorienterte
- Deltakerne involverer medarbeiderne sine mer i utviklings- og innovasjonsarbeid
- Deltakerne har blitt mer bevisste på strategisk kompetanseledelse
- Deltakerne tilrettelegger bedre for brukermedvirkning og samarbeid med andre aktører innen helse og omsorg
- Deltakerne setter av mer tid til refleksjon og lykkes bedre med vanskelige prioriteringer
- Deltakere balanserer økonomisk og faglige hensyn på en bedre måte enn før utdanningen og har forbedret evnen til å utnytte ressurser
- Deltakere har blitt bedre på økonomistyring

Rambøll finner også indikasjoner på at lederutdanningen har gitt en nytteverdi for arbeidsplassen til den enkelte student, men her med større grad av variasjon. Det er spesielt prosjektoppgavene som trekkes frem når det snakkes om konkrete resultater av utdanningen. På et aggregert nivå vil det være sannsynlig at det økende antall innovasjons- og endringsprosjekter som testes ut gjennom dette utdanningsprogrammet, vil ha positiv virkning på sektoren og samfunnet.

3.4.2 Mitt Livs ABC – kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming

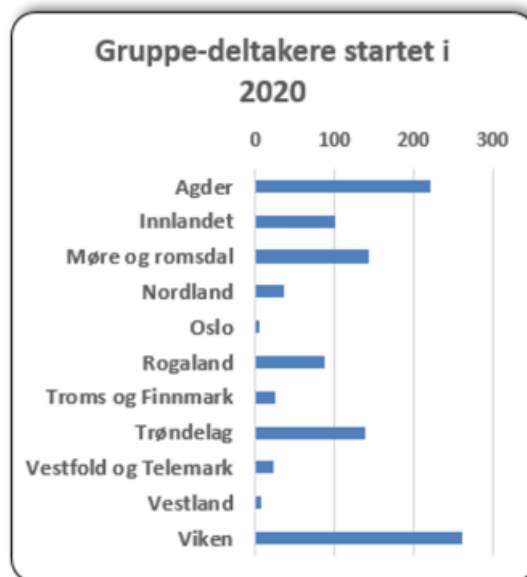
Formål og hovedprioriteringer

Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til utviklings-hemmede. Det overordnede målet er å bidra til god livskvalitet, gode tjenester og rettsikkerhet til mennesker med utviklingshemming. «Mitt livs ABC» etableres og implementeres som kompetansetiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Resultatrapport 2020

Ved utgangen av 2020 er det 5605 personer som har startet med ABC opplæringen.

Fylke	Antall kommuner 2020	Gruppe-deltakere startet i 2020
Agder	4	221
Innlandet	8	102
Møre og romsdal	6	144
Nordland	5	36
Oslo	1	6
Rogaland	4	88
Troms og Finnmark	2	24
Trøndelag	12	138
Vestfold og Telemark	2	22
Vestland	1	7
Viken	8	261
Sum oppstart i alle fylker i 2020		1 049



Figur 2. Gruppedeltakere med oppstart i Mitt livs ABC 2020 – per fylke

Det er påbegynt utarbeidelse av et hefte til ledere i tjenester til personer med utviklingshemming som er planlagt ferdigstilt i juni 2021.

I august 2020 startet revisjonen av Mitt livs ABC perm 1. Det skal i tillegg utvikles et nytt hefte om pårørende som skal være hefte 11 i denne perm. Dette arbeidet ble påbegynt våren 2020. Revideringen er planlagt å være ferdig høsten 2021.

Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet gitt ut e-læringen «Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming». Den er basert på heftet med samme navn og ble ferdigstilt og lansert i juni 2020. E-læringen ligger på læringsportalen til KS og spres derfra. Per 31.12.20 er det 1080 personer som er påmeldt e-læringen. På grunn av Covid-19-pandemien er også «Dette må jeg kunne - Gode tjenester til personer med utviklingshemming» lagt åpent tilgjengelig på aldringoghelse.no.

3.4.3 Kompetansehevende tiltak i tjenestene til personer med utviklingshemming

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddet har som mål å styrke fag-/tjenesteutvikling og kompetanseheving for personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming.

Resultatrapport 2020

I 2020 var det i alt 79 prosjekter som søkte om til sammen 48,5 millioner kroner innenfor en ramme på 7,5 millioner kroner. Dette var en økning på over 20 millioner kroner fra året før. Med unntak av det første året har det vært en jevn økning i antallet prosjekter og beløp det søkes støtte til. Det var 17 prosjekter som fikk innvilget tilskudd.

Flere kommuner fikk tilskudd til å etablere faglige nettverk som involverer andre kommuner. På den måten fikk flere kommuner nytte godt av tilskuddet. I 2020 ble det blant annet gitt tilskudd til prosjekter som har gitt viktig fagutvikling i tjenestene på områder som ernæring, brukermedvirkning og positiv atferdsstøtte.

Helsedirektoratet samarbeider med Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming om nasjonal spredning av erfaringer fra prosjektene.

Fotnoter

⁴¹ Helsedirektoratet (2021) "Nasjonal leiarutdanning for primærhelsetenesta" [nettside], <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/nasjonal-leiar>

3.5

Utvikling gjennom kunnskap

3.5.1 Formidling av forskning og innovasjon

Formål og hovedprioriteringer

Omsorgsforskningssenteret Senter for omsorgsforskning skal formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren for å styrke omsorgstjenestenes faglige grunnlag og omdømme. Formidling av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med omsorgsforskningssentrene rolle, og deres formaliserte samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Resultatrapport 2020

Tildelingen til informasjonsarbeid hos Senter for omsorgsforskning har siden 2014 vært 1 million kroner. Det er ikke tatt hensyn til prisøkning og at momsutgifter. SOF fikk i 2019 en ekstra tildeling på kr 250 000, og som ble overført til 2020, noe som bidro til økonomisk balanse i 2020.

Tidsskrift for omsorgsforskning (Journal of Care Research) er nå et åpent tilgjengelig (open access) tidsskrift med fagfelleevaluering. Her formidles ny og aktuell forskning om omsorgsarbeid, helse- og omsorgstjenestene i kommunene og om disse tjenestenes samhandling med andre tjenester. Tidsskriftet har en tverrfaglig profil og får bidrag både fra helsefaglige, samfunnsfaglige og humanistiske fagtradisjoner. I 2020 ble det publisert 38 artikler, en økning på 10 fra 2019. Artikkelen «De skrev henne ned» - Livsarket og fortellinger om identitet og omsorg ble av Universitetsforlaget valgt ut til Årets beste tidsskriftartikkel.

Utvikling i artikkelvisninger tyder på at TFO når stadig lengre ut i sine målgrupper, antall visninger av artikler er økt fra 55758 i 2019 til 93593 i 2020.

Omsorgsbiblioteket.no er et bibliotek på nett hvor forskning og utviklingsarbeid blir samlet og oppsummert for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Til sammen er det publisert 24 oppsummeringer av kunnskap og kunnskapsnotater i Omsorgsbiblioteket. Fem oppsummeringer og sju kunnskapsnotater har tilkommet i 2020. I 2020 ble det også utviklet en videoressurs der tema er hvordan prosessveiledning kan være en støtte i endrings- og utviklingsprosesser. De åtte korte videoene skal være til hjelp med implementeringen av Leve hele livet.

Omsorgsbiblioteket er under kontinuerlig utvikling slik at nye emner og delemner jevnlig kommer til. Det er et økt samarbeid mellom biblioteket og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Den 7. nasjonale konferansen for omsorgsforskning ble avlyst i 2020 på grunn av korona--pandemien. I stedet har SOF sammen med USHT laget nettkonferanser. Målgruppe er ansatte i USHT og forskere i SOF.

Info-avdelingene ved USHT og SOF har hver andre måned hatt nettmøter. Hensikt er å utveksle erfaringer, dele informasjon og informere hverandre om prosjekt, nettkurs og nyheter fra fagområdet som den andre bør kjenne til. De deler hverandres nyhetssaker når det er relevant. SOF har laget skrivekurs rettet mot ansatte i USHT - kurs med publiseringsgaranti.

3.5.2 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Formål og hovedprioriteringer

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis, tilby ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø, og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene i sitt fylke. De skal også bidra til at brukere og pårørende er aktivt med i disse prosessene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det er utarbeidet et samfunnsoppdrag for utviklingssentrene som setter de overordnede rammene for arbeidet. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning skal følge opp utviklingssentrene i sin region.

Resultatrapport 2020

Helsedirektoratet vurderer at det er høy måloppnåelse for ordningen som helhet. I 2020 har utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vært preget av korona situasjonen. Flere av Utviklingssentrene har vært nødt til å omprioritere sitt personell for å bidra i arbeidet på institusjonene eller bidra i TISK arbeid. Mange har likevel hatt høy aktivitet innenfor satsingsområdene eldrereformen Leve hele livet, Demensplan 2020, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming.

Utviklingssentrene er definert inn i det regionale støtteapparatet for kvalitetsreformen Leve hele livet, sammen med Fylkesmannen og KS. Utviklingssentrene var involvert i planlegging, organisering og oppstart av reformen, og bidro inn i koordinering og dialogmøter med de øvrige kommunene. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Utviklingssentrene bidro til at kommunene kunne ta i bruk nye arbeidsmetoder og nye samarbeidsformer.

Aktiviteter og tiltak innenfor de øvrige satsingsområdene er gjennomført med varierte metoder. Utviklingssentrene har lagt til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene. For eksempel drifter utviklingssentrene fagnettverk for ansatte, fagdager, konferanser og workshops hvor lokale tiltak, fagutvikling og prosjekter deles.

Utviklingssentrene samarbeider også om utviklingsprosjekter. I 2020 har flere utviklingssentre jobbet videre med et opplæringstiltak innen klinisk observasjonskompetanse i kommunen. Det helhetlige faglige produktet til kompetansemodellen, «KlinObsKommune» ble ferdigstilt våren 2020. Materialet er publisert som e-læringsversjon i forbindelse med Covid 19 pandemien.

3.5.3 Iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid - etablere Trygghetsstandard i sykehjem.

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet har siden høsten 2015 jobbet med å utvikle det webbaserte verktøyet Trygghetsstandard i sykehjem. Oppdraget er forankret i primærhelsetjenestemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015). Målet fra Regjeringen var både å øke kvaliteten på sykehjemstilbudet og redusere uønsket variasjon. Verktøyet ble lansert våren 2021.

Trygghetsstandard i sykehjem er et brukervennlig lederverktøy som sykehjemmene kan ta i bruk for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Det skal være enkelt for ledere å finne frem til informasjon og verktøy som oppleves nyttig i det systematiske arbeidet med forbedring og sikkerhet. Målet er å øke bevisstheten om pasienters verdighet og behov for omsorg og trygghet og å redusere uønsket variasjon. Verktøyet bygger på Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Målgruppen er ledere på alle nivåer i sykehjem, men mye her kan ha overføringsverdi til andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Verktøyet er bygget opp på seks tema: Ledelse i sykehjem – Struktur og prosess – Kompetanse – Personsentret omsorg – Tjenesteyting – Innovasjon og teknologi. Hvert tema har en kort ingress som etterfølges av noe mer utdypende tekst om tema av særlig relevans for ledere på ulike nivå og med henvisning til og presentasjon av nyttige verktøy og lenker. Temaene kan leses hver for seg, og det varierer i hvilken grad vekten er lagt på system- eller individnivå.

Resultatrapport 2020

Det ble avholdt erfaringssamlinger med pilotkommunene i 2019 og konklusjonen etter disse var et fortsatt behov for videre forbedring og målretting av verktøyet. I samarbeid med Halogen (tjenestedesignbyrå) ble det i 2020 utviklet og testet en ny prototyp. Fra høsten 2020 ble det satt ned en skrivegruppe bestående av fagressurser fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Senter for omsorgsforskning (SOF) for å ferdigstille revidert innhold. Det innholdsmessige ble integrert i ny teknisk løsning og testet ut i et utvalg kommuner i regi av USHT Verdal.

Trygghetsstandarden er lagt inn under ressursportal.no som forvaltes av Statsforvalteren i Trøndelag, og arbeid med spredning og implementering av verktøyet ses i sammenheng med tiltak og aktiviteter under eldrereformen Leve hele livet. Trygghetsstandarden skal løpende evalueres og videreutvikles.

Egnede lokaler og boformer

4.1

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

4.1.1 Investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Formål og hovedprioriteringer

Et mål i regjeringens plan for omsorgssektoren, Omsorg 2020, er at fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Det vil være brukere i alle aldersgrupper. Noen er inne til kort tids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager der, andre skal leve et langt liv der med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Dette krever et mangfold av boformer. Moderne og godt utstyrte lokaler er også avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som vil arbeide i denne sektoren. Gjennom investeringstilskuddet har derfor regjeringen satset mange milliarder på utbygging av nye og modernisering av gamle sykehjem og omsorgsboliger.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem⁴² 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 for å oppnå heldøgnsstjeneste.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. I årene som kommer vil det i flere kommuner være behov for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser. Stortinget vedtok derfor å endre investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser fra og med 2021 til kun å omfatte plasser som gir netto tilvekst, med en overgangsordning for perioden 2017–2020.

Det har imidlertid vist seg å være et vedvarende behov for rehabilitering/fornyelse av eksisterende plasser. I forbindelse med statsbudsjettet for 2019 ba derfor Stortinget regjeringen «sørge for at investeringstilskuddet 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 til investeringstilskudd nyttes til ren netto tilvekst og foreslås bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting, lokaler for dagaktivitetstilbud, fellesareal og øvrige tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63.

Videreutvikling av investeringstilskuddet – utredninger fra Husbanken

Plankrav som nytt prioriteringskriterium

Husbanken utredet i 2019/2020 et forslag til nye prioriteringskriterier for investeringstilskuddet. Hovedforslaget innebar å innføre et plankrav. I et oppfølgende oppdrag ba Helse- og omsorgsdepartementet Husbanken om å utrede hvordan et slikt plankrav kan implementeres i investeringstilskuddsordningen. Fristen for å oversende Husbankens forslag til operasjonalisering av et plankrav til Helse- og omsorgsdepartementet ble utsatt til 1. mars 2021.

Formålet med et plankrav er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger knyttet til de mest kostnadskrevende tilbudene i kommunene. Plankravet skal lede til kunnskap om egen situasjon og at kommunene utvikler planer for å møte behovene langs hele bo- og tjenestetrappen. Det betyr samtidig økt oppmerksomhet om tilbud på lavere trinn i bo- og tjenestetrappen og økt innsats på bolig- og stedsutvikling i et forebyggende perspektiv der økt tilbud av sentrumsnære, livsløpboliger står sentralt.

Trygghetsboliger

I dagens bo- og tjenestetrapp er det et gap mellom offentlige heldøgnsstilbud og lettstelte, tilrettelagte boliger på det ordinære boligmarkedet. Mange eldre bor i en uegnet bolig og føler seg utrygge. De står overfor et boligmarked med betydelig underdekning av tilrettelagte leiligheter og store geografiske variasjoner i tilbud og pris. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet Husbanken hvordan en egen stimuleringsordning for trygghetsboliger kan innrettes og hvilke økonomiske insentiver som kan benyttes.

Departementet la til grunn at trygghetsboliger skal være rettet mot personer som ikke har behov for heldøgns omsorg, men som har problemer med å klare seg i egen bolig. Boligene ble forutsatt å ha nøktern standard, fellesareal og noen servicefunksjoner for å fremme et sosialt fellesskap. Oppdraget omfattet også å utrede hvordan økonomiske virkemidler best kan innrettes for å ivareta områder som ikke har velfungerende boligmarkeder og personer med lav inntekt og/eller lav egenkapital. Utredningen ble levert i oktober.

Sikkerhets- og velferdsteknologi

Regjeringen er opptatt av å bygge trygge og sikre sykehjem og omsorgsboliger. Slike bygninger skal være tilrettelagt for å kunne installere teknologiske løsninger. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurderte Husbanken i 2020 ytterligere krav for å gi trygge rammer for beboerne. Husbanken fikk i den forbindelse bistand fra SINTEF, som utarbeidet rapporten Sikkerhetsteknologi i omsorgsboliger og sykehjem.⁴³ Et eksempel er krav om tilgangskontroll for å forebygge at beboere åpner feil dører og går inn på andre beboeres rom. Husbanken leverte anbefalingene til departementet i september.

Investeringstilskuddets utforming

Ordningen er forvaltet 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 år⁴⁴ 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 pst. tilskudd av godkjente anleggskostnader til sykehjemsplass og 45 pst. til omsorgsboliger. Fellesareal kan støttes med inntil 55 pst. 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 2020 på 3,9 mill. kr. i presskommuner og 3,4 mill. kr. i resten av landet.

Endring av retningslinjen

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble retningslinjen for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser oppdatert i 2020 for å muliggjøre at kommuner kan benytte vendbart toalett i kombinasjon med mindre bad der det er ønskelig.

De viktigste resultatene i 2020

Alle komplette søknader ble innvilget. Det ble gitt tilsagn om investeringstilskudd til 1 308 omsorgsplasser fordelt på 574 sykehjemsplasser og 734 omsorgsboliger. Etterspørselen etter midler i 2020 var betydelig lavere enn i 2019. I saldert budsjett ble tilsagnsrammen redusert med 1 mrd. kroner.

Det ble utbetalt tilskudd til 1 977 omsorgsplasser fordelt på 1 192 sykehjemsplasser og 785 omsorgsboliger. Dette er plasser som ble tatt i bruk i 2020.

Rammer og budsjettforutsetninger i 2020

I statsbudsjettet for 2020. Vedtok Stortinget en tilsagnsramme på 3 593 mill. kroner fordelt med halvparten på post 63 og post 69. Det viste seg at etterspørselen i 2020 ble lavere enn forventet. I saldert budsjett ble derfor tilsagnsrammen redusert med 1 mrd. kroner fordelt med 400 mill. kroner på post 63 og 600 mill. kroner på post 69.

Tilskudd til lokalt produksjonskjøkken

I oktober 2019 ble det innført et nytt tilskudd til lokalt produksjonskjøkken. Målet med tilskuddet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger, i samsvar med Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

Tilskuddet gjaldt etablering og gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjons-kjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. For å skape nærhet mellom matlagingen og beboerne anbefales det at produksjonen av mat er åpen med minst én vegg ut mot fellesareal/spiseplass.

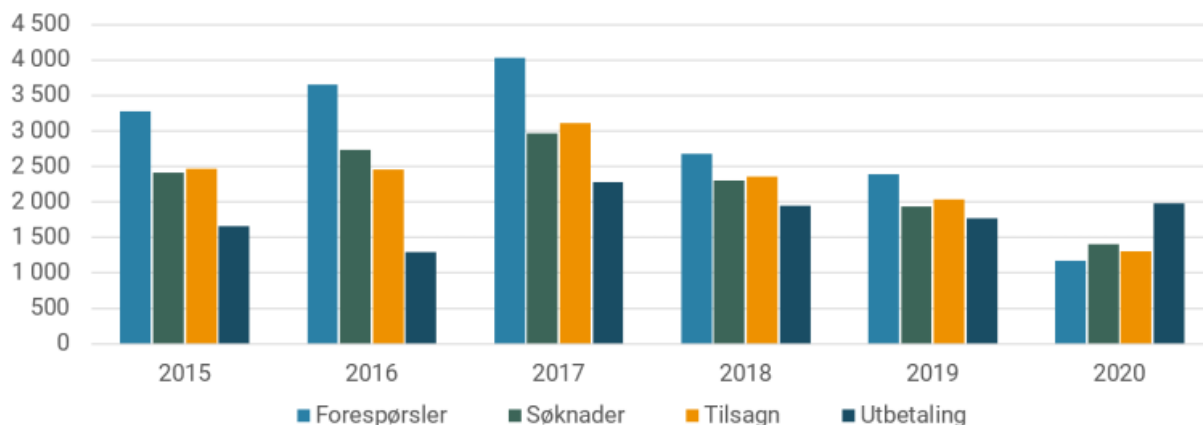
Tilskuddet beregnes per heldøgns omsorgsplass som får mat fra det lokale produksjons-kjøkkenet. Personer med et heldøgns tjenestetilbud som bor i eget hjem i nærområdet omfattes også av tilskuddet. I likhet med investeringstilskuddet opereres det med ulikt kostnadsgrunnlag for presskommuner og øvrige kommuner. Tilskuddet forvaltes som en del av investeringstilskuddsordningen over post 63.

For å oppnå den høyeste tilskuddssatsen må prosjekter inneholde tilfredsstillende lokalt produksjons-kjøkken i eller i nærheten av boenhetene. For prosjekter uten lokalt produksjonskjøkken i, eller i nærheten av, boenhetene reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 prosent.

Tilskuddet er ikke videreført i 2021, men differensierte satser for prosjekter med og uten tilfredsstillende kjøkkenløsning er videreført for 2021.

Bruk av investeringstilskuddet

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.



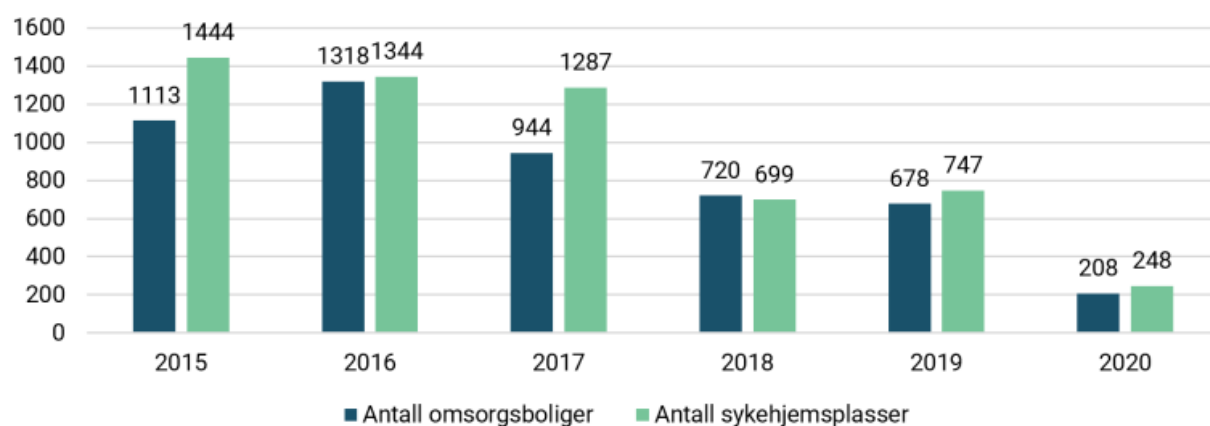
Figur 3. Antall omsorgsplasser (omsorgsboliger + sykehjemsplasser) fordelt på forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger (2015-2020)

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. Tallene for forespørsler og søknader viser det totale antallet forespørsler og søknader Husbanken har mottatt i 2020. 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).

Etterspørsel - forespørsler

Etterspørsel etter omsorgsplasser i perioden 2015–2020 økte fra 2015 til 2017 for så å avta gjennom hele den siste tre-årsperioden. Etterspørselen i 2020 målt i antall plasser var kun 29 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 etterspørselen i 2020 i forhold til et gjennomsnitt for de siste seks årene, utgjør andelen i 2020 41 prosent av gjennomsnittet. I hele denne perioden har etterspørselen etter tilskudd til sykehjemsplasser vært høyere enn for omsorgsboliger bortsett fra i 2018.

Husbanken ble gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en nærmere kartlegging av årsaken til nedgangen i søknader fra kommunene. 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.



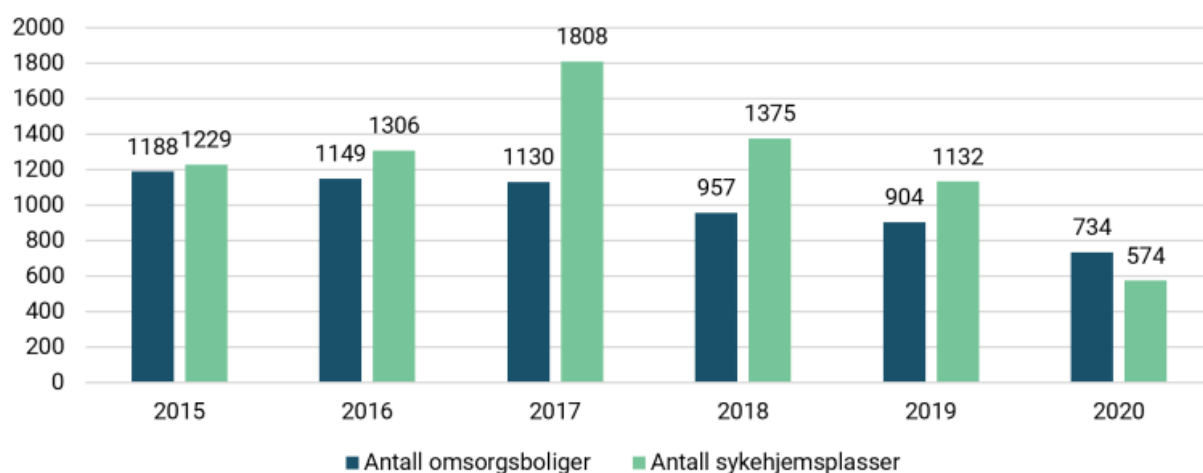
Figur 4. Etterspørsel målt i antall plasser forespurt, fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2015-2020)

Søknader

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.

Tilsagn

Vi ser naturlig nok den samme nedgangen i tilsagn etter 2017 som for forespørsler. Overvekten av omsorgsboliger kommer først i 2020 da det historisk har vært en overvekt av sykehjemsplasser. Antall omsorgsboliger som har fått tilsagn viser også en mye jevnere utvikling enn for sykehjemsplasser. Dette kan tyde på at omsorgsboliger vil få en stadig viktigere rolle i kommunens heldøgns tilbud. Sykehjemmet blir et tilbud for de mest pleietrengende. I omsorgsboligene blir det viktig å opprettholde opplevelsen av å ha en egen bolig, å kunne bo hjemme så lenge som mulig selv om man har behov for et heldøgns pleietilbud.



Figur 5. Antall omsorgsplasser med tilsagn (2015-2020) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Fordelt på disse tre kategoriene, er det flest prosjekter som gjelder kun rehabilitering. Det er 52 prosjekter der det er kun netto tilvekst, eller delvis netto tilvekst.

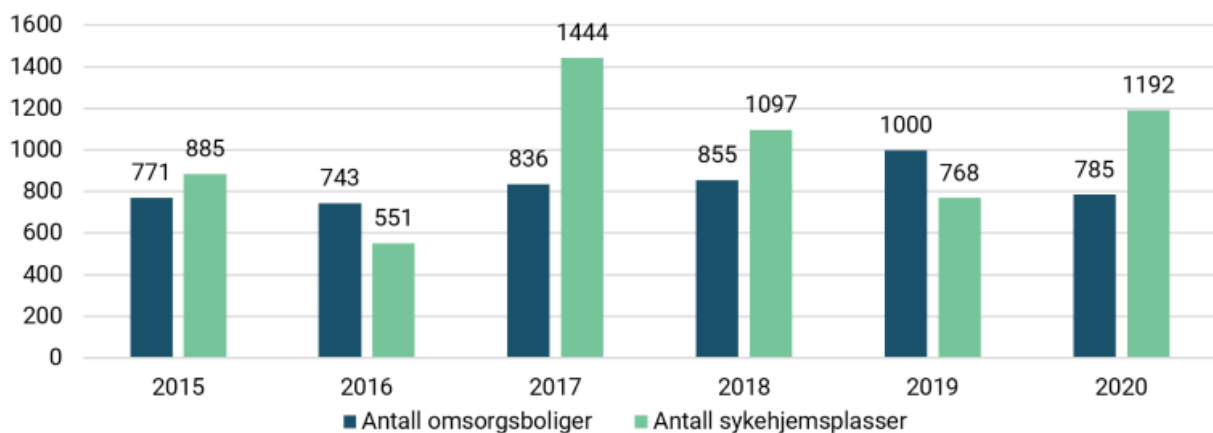
Tabell 8. Tilsagn i 2020, fordelt på kun netto tilvekst, rehabilitering eller en kombinasjon av begge. Antall.

	Saker	Omsorgsplasser	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Tilsagnst (mill. kroner)
Prosjekter - kun netto tilvekst	36	384	235	149	0	634,4
Prosjekter - kun rehabilitering	107	480	324	156	2 633	1 089,9
Prosjekter – kombinasjon	16	444	175	269	0	801,1
Tilsagn	159	1 308	734	574	2 633	2 549,2*

*Totalbeløpet inneholder også tilskudd til lokalkjøkken.

Av de 1 308 omsorgsplassene som har fått tilsagn om tilskudd er det gitt tilsagn fra post 69 Tilskudd til netto tilvekst til 828 plasser, mens det er gitt tilsagn om tilskudd fra post 63 Tilskudd til rehabilitering/utskifting til 924 plasser.

Utbetalinger



Figur 6. Antall omsorgsplasser med utbetalt tilskudd (2015-2020) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Antall omsorgsplasser som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/sykehjemsplassene som er tatt i bruk. I 2020 gjaldt dette 1 977 omsorgsplasser. Av dette utgjorde sykehjemsplasser 60 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 annullert⁴⁵. 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 636 kvm, og utbetalt til 760 kvm fellesareal i 2020. Til sammenligning ble det i 2019 gitt tilsagn til 3 599 kvm og utbetalt til 915 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

Siden starten av ordningen med investeringstilskudd har tilskuddet finansiert 23 634 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 9. Totalt antall omsorgsplasser og fellesareal (kvm) som har fått tilsagn om investeringstilskudd i perioden 2008-2020

Tilsagn	Omsorgsplasser i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Tilsagnsbeløp (mill. Kroner)
1 764	23 634	10 743	12 891	89 734	32 329,1

Over hele perioden er det utbetalt tilskudd til 16 996 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 54 prosent. Dette er plasser som er tatt i bruk i perioden. Tall fra KOSTRA viser at det var 43 961 omsorgsboliger⁴⁶ og 39 963 sykehjemsplasser⁴⁷. Grovt regnet har dermed investerings-tilskuddet bidratt til rundt 20 prosent av samlede omsorgsplasser, enten ved finansiering av nybygg eller renovering av eksisterende plasser

Tabell 10. Totalt antall omsorgsplasser og fellesareal (kvm) som har fått utbetalt investeringstilskudd i perioden 2008-2020

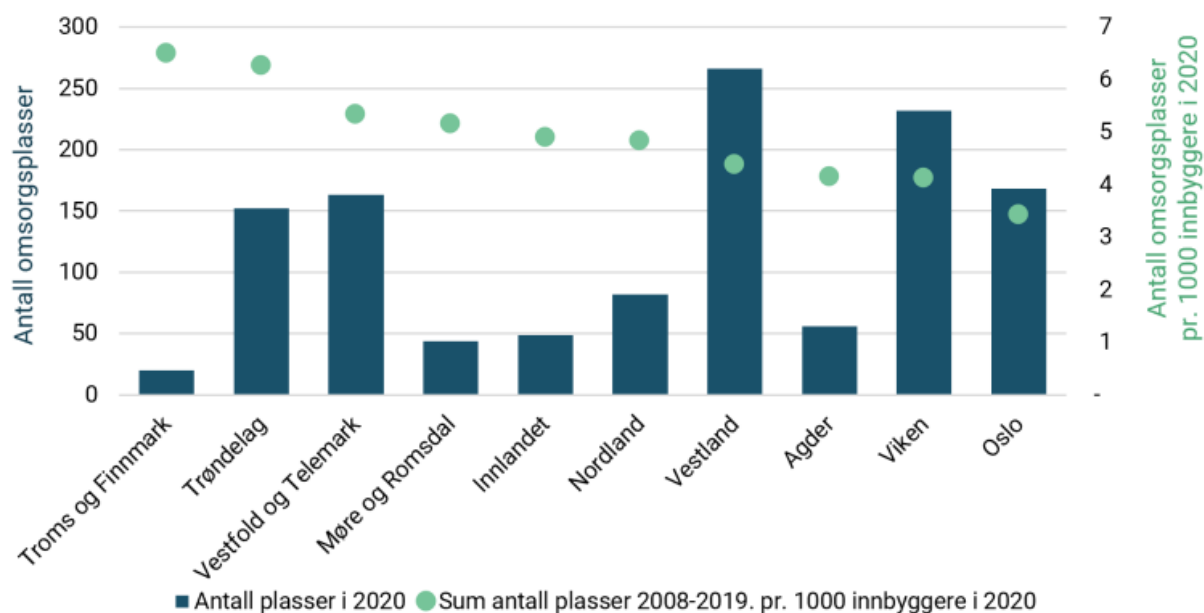
Utbetalt	Omsorgsplasser i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Utbetalt (mill. Kroner)
1 487	16 996	7 903	9 093	82 839	20 946,6

Tilskudd til lokalt produksjonskjøkken

Ordningen med tilskudd til etablering av lokalt produksjonskjøkken ble innført i oktober 2019. I 2020 var tilsagnsrammen 96,875 millioner kroner. Husbanken ga i 2020 tilsagn til fem prosjekter med tilskudd til lokalkjøkken for til sammen 24 millioner kroner. Det ble etablert seks kjøkken som skal betjene totalt 548 brukere.

Geografisk fordeling

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 2020 lagt inn fordelingen over hele perioden og relatert volumet til befolkningen i fylket. Vi ser da en atskillig jevnere fordeling. I noen grad ser vi at aktiviteten i 2020 bidrar til å jevne ut forskjeller ved relativt lavere aktivitet i 2020 i Troms og Finnmark (topp i samlet antall plasser over hele perioden), og relativ høy aktivitet i 2020 for Vikens og Oslos del (lavest i samlet antall plasser).



Figur 7. Antall omsorgsplasser med tilsagn om investeringstilskudd i 2008-2020 per 1 000 innbyggere i 2020, og totalt antall plasser i 2020, fordelt på fylker

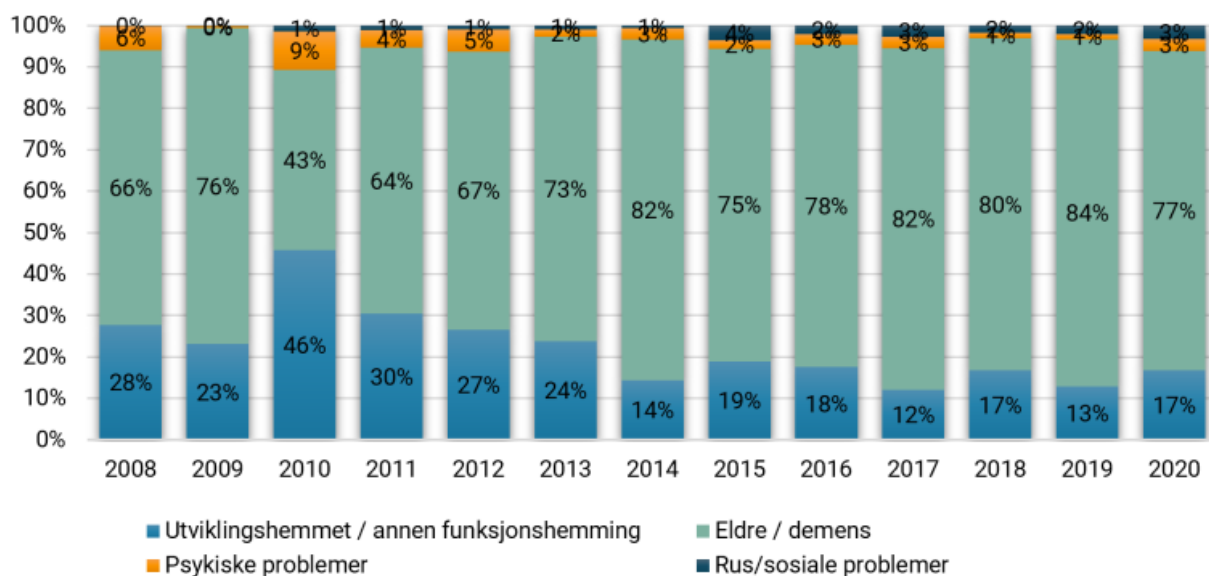
Målgrupper

Den største andelen av plassene er gått til eldre eller personer med demens. De siste årene har andelen ligget relativt stabilt på rundt 80 prosent.

En tilsvarende stabilitet ser vi for gruppen personer med utviklingshemming der andelen de siste fem åra har ligget på rundt 15 prosent. Antall plasser er imidlertid det laveste som er registrert i denne perioden. Fra å ligge mellom rundt 350 og 450 de foregående år, var antall omsorgsplasser i 2019 262 og i 2020 var antallet 220.

For gruppen rus/psykiatri har andelen gått noe opp fra 2018 og 2019 og er nå på omtrent samme nivå som for 2015-2017. Fra 2017 til 2018/2019/2020 har det vært omtrent en halvering av antall plasser for målgruppene «Rus og sosiale problemer» og «Psykiske problemer» til 80 plasser i 2020. I Opptrappingsplanen for rusfelt 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).

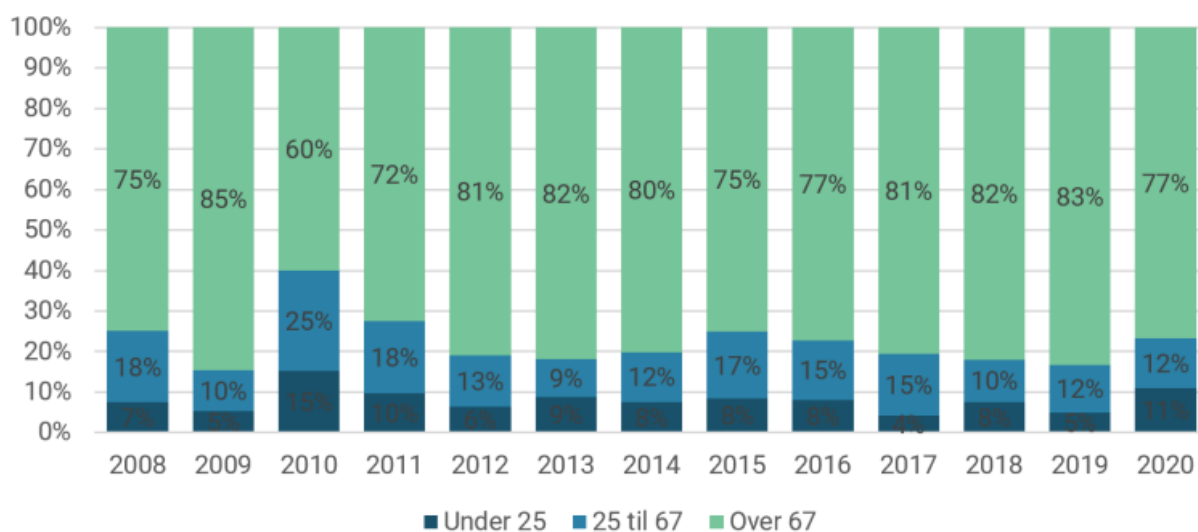
For gruppen rus/psykiatri har andelen gått noe opp fra 2018 og 2019 og er nå på omtrent samme nivå som for 2015-2017.



Figur 8. Andel omsorgsplasser ment til de ulike målgruppene (2008-2020) Tilsagn

Aldersgrupper

Den største brukergruppen er i aldersgruppen over 67 år. I 2020 var 77 prosent av boenhetene ment for denne gruppen, 12 prosent av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67 år og 11 prosent av boenhetene var tiltenkt brukere under 25 år. Fra 2019 har det vært en viss forskyvning mot de yngre aldersgruppene, men det er vanskelig å si om dette er en varig utvikling.



Figur 9. Andel omsorgsplasser ment til yngre og eldre aldersgrupper (2008-2020) Tilsagn

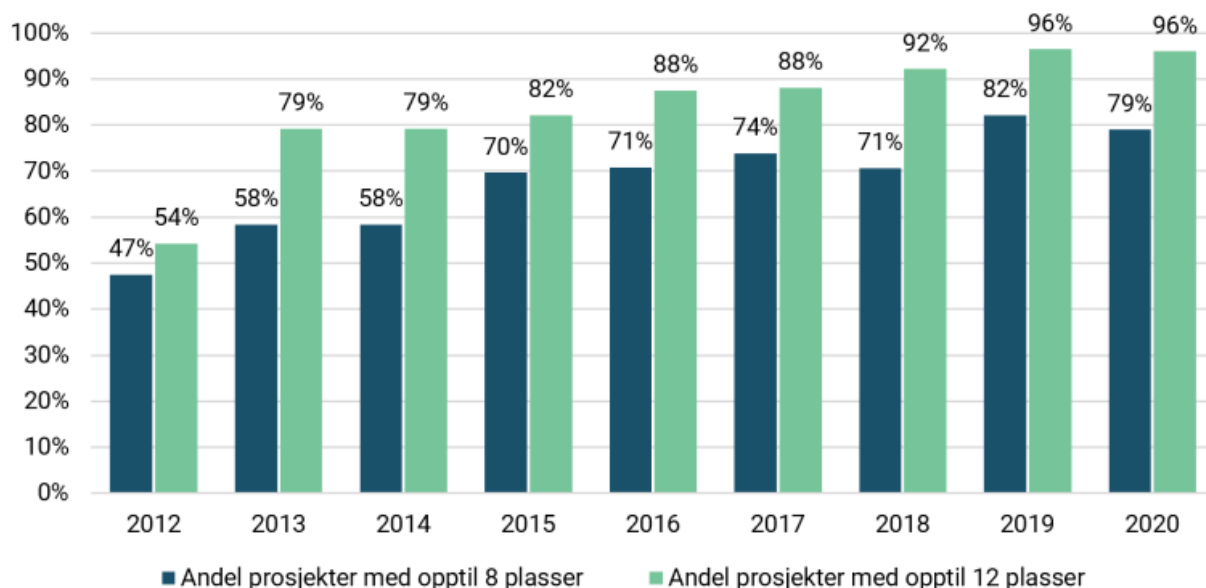
Størrelse på bogrupperne

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

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 2020 prosjektene med inntil 8 beboere 79 prosent av alle prosjektene til denne målgruppen. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette 96 prosent av prosjektene i 2020. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe fluktuerende siden 2012, men med en tydelig vekst fra 2018 til 2019. I 2020 var det en liten reduksjon, men likevel en høyere andel enn alle år før 2018. De siste årene har det vært en kontinuerlig vekst i andel prosjekter med opptil 12 plasser. Nivået i 2019 og 2020 var på hele 96 prosent.



Figur 10. Omsorgsplasser med tilsagn til målgruppen utviklingshemmede, andel av prosjektene med opptil 8 og 12 plasser* (2012-2020)

Investeringsstilskudd til kjøp av bolig

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 2020 ga Husbanken tilsagn om investeringsstilskudd til 80 omsorgsboliger som beboerne skal eie selv. Boligene er fordelt på ti ulike prosjekter. Det gjelder personer med nedsatt funksjonsevne innenfor målgruppe utviklingshemmet eller annen funksjonshemming. 49 av beboerne er under 25 år, mens 31 er i aldersgruppen 25-67 år. De fleste prosjektene er i Viken (40 prosent av antall boliger). For øvrig er det god geografisk spredning med ett prosjekt i alle øvrige fylker så nær om Oslo, Innlandet, Nordland og Troms og Finnmark uten noen prosjekter i 2020.

Fotnoter

⁴² Når det skrives «omsorgsplasser i sykehjem» eller «sykehjemsplasser» omfatter det også ulike korttidsplasser som kan ligge i helsehus etc.

⁴³ Landmark, A.D, Halvorsen, T., Bergschöld, J. M. et al (2020) "Sikkerhetsteknologi i omsorgsboliger og sykehjem" [rapport], SINTEF. <https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=1838552>.

⁴⁴ Husbanken (2021) "Veileder investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Kapittel 6". https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/veileder/ovrige_vilkaar/.

⁴⁵ En grunn til at tilsagn blir annullert er at kommunen gir opp prosjektet f.eks. pga. sterk kostnadsøkning.

⁴⁶ SSB (2020) Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Omsorgsbustader, bebuarar etter alder, 2018. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>.

⁴⁷ SSB (2020) Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. [Institusjonar, bebuarar etter alder. Tallet på antall plasser totalt, sjukeheimsavdeling, 2019. https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar](https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar).

4.2

Velferdsteknologi

4.2.1 Gjennomføre nasjonalt program for velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene

Mål og strategi

Hovedmålet med satsingen på teknologier for trygghet og mestring er å stimulere kommunene til å tenke helhetlig og tverrsektorielt, ved å integrere og forankre helhetlige tjenestemodeller, slik at velferdsteknologi forblir et godt integrert tilbudet i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Med integrert forstår velferdsteknologiprogrammet at kommunen skal ha etablert rutiner for å kunne identifisere, kartlegge og tilby velferdsteknologi på lik linje med andre helse- og omsorgstjenester. Dette skjer ved å videreføre tilegnet kunnskap og erfaring fra trygghets- og mestringsoppdraget, og en tydelig organisering av sentrale roller og ansvarsområder.

Strategien for sprednings- og implementeringsarbeidet har hele tiden vært å satse på robuste kommunesamarbeid og sørge for at det er «motorkommuner» i hvert fylke som utvikler erfaring og kunnskap til å kunne bidra i spredningen videre.

Resultatrapport 2020

Trygghet og mestring

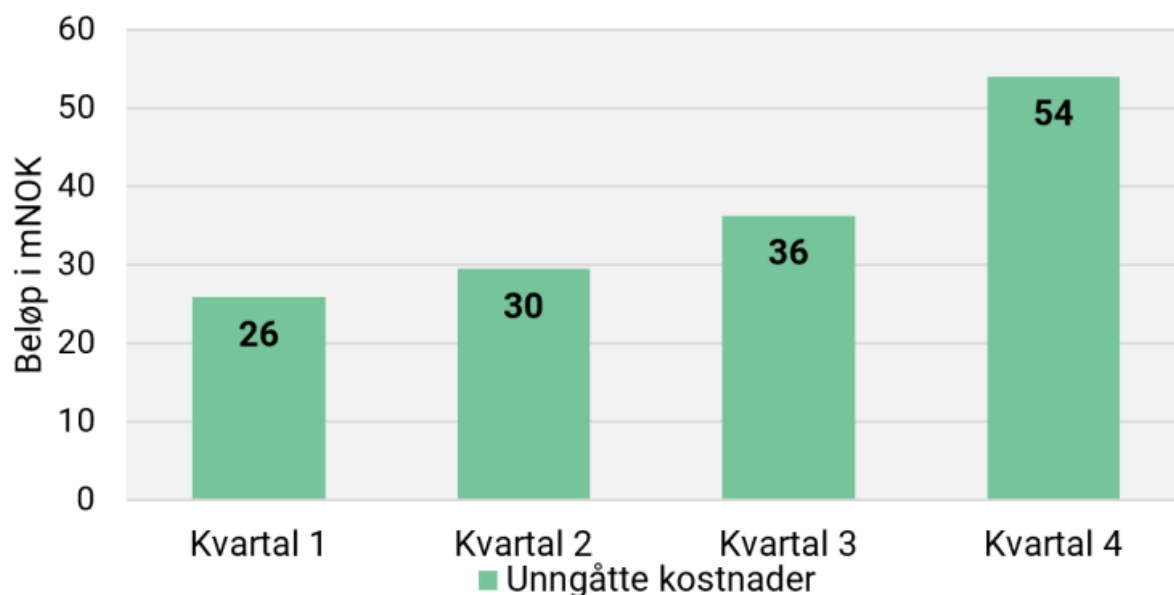
Prosjektet for spredning av trygghets- og mestringssteknologi har omfattet 291 kommuner fordelt på 42 regionale prosjekter per 31.12. 2020. Innen utgangen av 2020 rapporterte 207 kommuner (72 prosent) at de tilbyr minst én av de anbefalte teknologiene. Kommunene tilbyr i hovedsak digitale trygghetsalarmer, e-lås, lokaliseringsteknologi (GPS), ulike former for digitalt tilsyn og elektroniske medisindispensere.

Kommunene har rapportert gevinster siden starten av 2020, og trenden er svært positiv. Både økende implementeringstakt og dokumentasjon av gevinster har fått økt fokus. I starten av 2020 vektla programmet obligatorisk utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og lederforankring av disse. Etter hvert har flere og flere kommuner startet å dokumentere gevinstene systematisk.

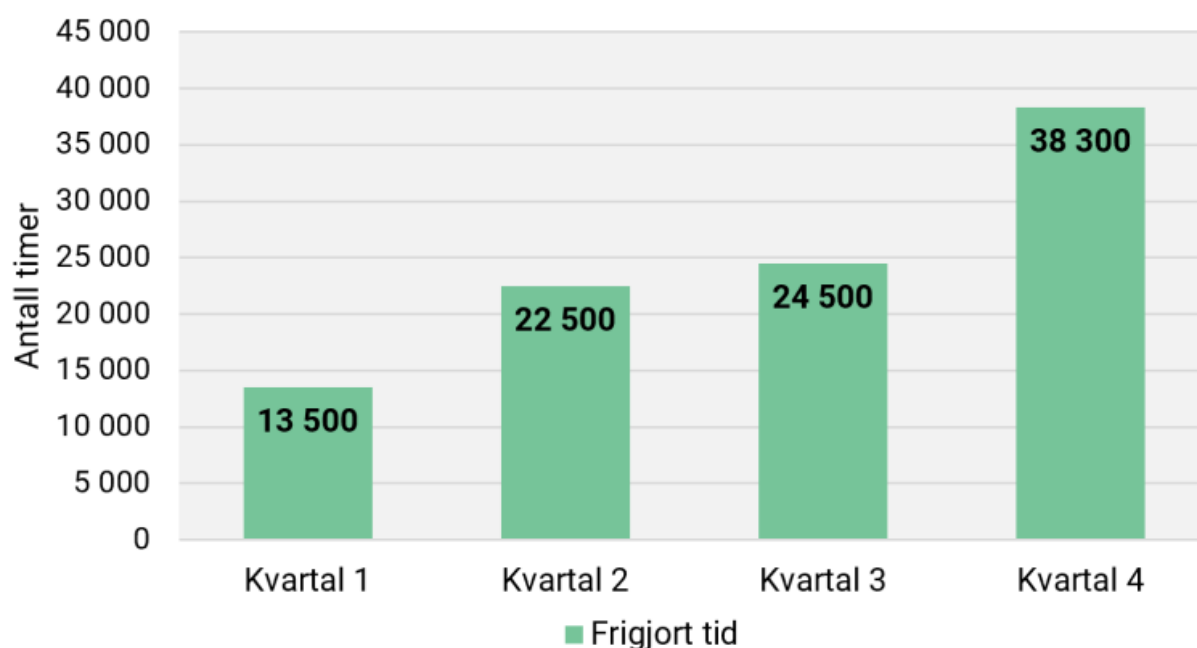
Tall fra kommunenes gevinstrapportering til Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bruk av elektronisk medisindispenser står for 48 prosent av gevinstene knyttet til frigjort tid. Tiden som frigjøres er relatert til færre besøk og mindre kjøring i hjemmetjenesten. For de innrapporterte gevinstene knyttet til unngåtte kostnader er 47 prosent relatert til bruk av digitalt tilsyn. Dette har ført til redusert bemanning på natt. Kvalitetsgevinstene som oppgis er i hovedsak økt opplevelse av frihet og mestring for brukerne, jevnere arbeidshverdag for ansatte, samt mindre stress og bekymring for pårørende.

Mellomstore kommuner i Sør-Øst-Norge har dokumentert størst gevinster som følge av velferdsteknologi. Disse kommunene inngår i regionale prosjekter med seks til åtte kommuner. Kommuner som ikke rapporterer gevinster, er små kommuner som samarbeider med én til tre andre kommuner.

Figurene nedenfor illustrerer kommunenes samlede gevinster per kvartal i 2020 for unngåtte kostnader og frigjort tid.



Figur 11. Totale unngåtte kostnader i millioner kroner i 2020.



Figur 12. Totalt antall frigjorte timer i 2020

Figur 11. viser at totale unngåtte kostnader i 2020 tilsvarer 143 millioner norske kroner. Det tilsvarer om lag 500.000 norske kroner i unngåtte kostnader per kommune, 98.000 timer eller 58 årsverk i økt omsorgskapasitet.

Styrket innovasjonskraft – varig endring

Implementering av velferdsteknologi handler om mennesker, behov, prosesser og endring mer enn teknologi. Et sitat fra en forelesning i velferdsteknologiprogrammet om «Hvordan lykkes med samskaping og implementering av nye løsninger?» basert på en studie gjort ved Universitetet i Sørøst-Norge gir et dekkende bilde:

«Først og fremst må vi ta innover oss at digital transformasjon innebærer radikal innovasjon i komplekse tjenester og tjenesteorganisasjoner. Svaret på dette spørsmålet er derfor sammensatt. Det handler om ledelse, om å involvere berørte parter tidlig, det vil si allerede i planleggingsprosessen. Dette omfatter ikke bare ledere for helse- og omsorgstjenestene, men også systemansvarlig, IT-tjeneste, leverandører, helsepersonell og brukere. Videre handler det om å skape møteplasser for læring, erfaringsdeling og etisk refleksjon på tvers av profesjoner og roller, hvor teknologer, helsepersonell, leverandører og ledere kan utvikle felles språk og forståelse, og sammen skape løsninger. For det tredje handler det om kompetanse i alle ledd, om å prioritere opplæring i startfasen og å sørge for at IT- og teknologikompetanse er tilgjengelig når tjenestene skal være i funksjon. Det siste vil trolig kreve et nytt tenkesett i mange kommuner og innebærer å betrakte IT- og teknologistøtte som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene.»

Kommuner som har integrert velferdsteknologi i tjenesten har vært igjennom disse prosessene og utviklet kompetanse om innovasjon og endring. Kompetansen kan ha overføringsverdi til andre innovasjonsprosesser og implementering av velferdsteknologi på andre områder og målgrupper. Velferdsteknologiprogrammet har bidratt til å sette i gang en ny måte å jobbe på. Det er imidlertid fortsatt udekkede kompetansebehov i sektoren knyttet til gevinstarbeid, endringsledelse og kontinuerlig kompetanseutvikling for at velferdsteknologi blir en naturlig del av et kontinuerlig forbedringsarbeid.

4.2.2 Utprøving av teknologisk verktøy til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Formål og hovedprioriteringer

Dette utprøvningsprosjektet er i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, hvor målgruppen er barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier. Hovedmålet er å se om bruk av teknologi kan bidra til økt livsmestring og deltagelse for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, samtidig som tiltaket skal bidra til økt trygghet og avlastning av pårørende. Økt samarbeid på tvers av fag og sektorer i kommunen er også et mål. Tiltaket har følgeforskning fra Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

Utprøvingen ble avsluttet i 2020. Det skal utvikles nasjonale faglige råd, basert på kunnskapen fra utprøvingen samt oppsummering av annen forskning på feltet og prosjektet går over i sprednings-/implementeringsfasen fra og med 2021.

Resultatrapport

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har hatt en nasjonal utprøving av velferdsteknologi til Barn og unge med nedsatt funksjonsevne i samarbeid med et lite knippe kommuner siden 2015. Disse kommunene er Bodø, Drammen, Horten i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser, Risør, Sandnes, Steinkjer og Ålesund. Til sammen har de lokale prosjektene omfattet rundt 60 barn og unge.

Erfaringene fra årene med utprøving er samlet i en erfaringsrapport publisert av Helsedirektoratet⁴⁸.

4.2.3 Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap og erfaring som grunnlag for nasjonale råd og anbefalinger om videre bruk av digital hjemmeoppfølging (DHO), tidligere kalt medisinsk avstands-oppfølging.

Målgruppen for utprøving av velferdsteknologiske løsninger for digital hjemmeoppfølging er personer med en eller flere kroniske sykdommer som står i fare for reinnleggelse eller økt behov for oppfølging fra helsetjenesten. Det kan være på grunn av kols, diabetes, hjertesykdom, kreft eller psykiske problemer. Målet er økt trygghet og egenmestring slik at den enkelte kan bo lenger hjemme og at tiltaket skal bidra til redusert forbruk av helsetjenester. Første utprøving startet høsten 2015 og ble avsluttet 1. juli 2018, videre utprøving ble startet i juni 2018 og avsluttes i juli 2021.

Resultatmålene for utprøvingen er å få

- mer kunnskap om effekter; for pasient, fastlege, helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten
- få fram anbefalte tjenesteforløp for avstandsoppfølging både i kommuner med ordinær fastlege-tjeneste og i kommuner som deltar i Helsedirektoratets pilotprosjekt for primærhelseteam.
- nasjonale anbefalinger for innretning og oppfølging

Utpøvingen omfatter samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten i 6 prosjekt i ulike deler av landet; Bodø, Stad (Eid og Selje), Ullensaker/Gjerdrum, Larvik og Kristiansand i samarbeid med Arendal og Farsund kommuner. I tillegg deltar Oslo videre med 4 bydeler fra første utpøving. Tre av kommunene deltar også i Helsedirektoratets pilot for primærhelseteam. Andre utpøving bygger på erfaring fra den første. PA Consulting er engasjert som prosessveiledere. Universitetet i Oslo har, i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, ansvaret for følgeforskning av prosjektet. For å få utdypende kunnskap fra første utpøving, gjennomføres andre utpøving som en randomisert kontrollert forskningsstudie, der pasientene randomiseres i både tiltaks- og kontrollgrupper. I 2020 har målet vært å inkludere minimum 600 pasienter innen 1.7.2020 og å revidere tjenesteforløp for å sikre at de oppleves nyttige for involverte brukere og tjenesteaktører innen 31.12.20.

Koronapandemien medførte at rekruttering til kontrollgruppen ble avsluttet i mars 2020. Likevel nådde vi målet om rekruttering, og i alt 732 pasienter er inkludert i utpøvingen, hvorav 256 er i kontrollgruppen. Involvering av fastleger i DHO har vært et viktig grep. Mer enn 200 fastleger har/har hatt pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging. I tillegg til å jobbe med inklusjon i prosjektet, har de jobbet med utvikling av tjenesteforløpene gjennom faglig oppfølging og ved å gjøre justeringer for å få en mer kostnadseffektiv tjeneste. Det er gjennomført flere temamøter for inspirasjon og erfaringsdeling. Prosjektene har levert gevinstrapport med status for arbeidet med nytteverdi av DHO pr 10. desember. De har også utarbeidet pasientcase som viser nytteverdi/gevinst av DHO for enkeltpasienter. Til tross for at flere periodevis har vært overført til koronarelaterte oppgaver, har prosjektene holdt god framdrift. For å dele erfaringene fra det arbeidet som er gjort ved oppstart av digital hjemmeoppfølging er erfaringene samlet i en kvikkguide for digital hjemmeoppfølging⁴⁹. Denne gir innspill og råd til hvordan kommuner som ønsker å start med DHO bør gå fram, og inneholder tips og eksempler fra de involverte prosjektene. Etter avsluttet inklusjon har flere prosjekt fortsatt å inkludere brukere, noen i ordinær drift som i Oslo, andre for å prøve ut flere pasientgrupper, som psykisk helse med tjenesteforløp og oppfølging i hjemmetjenesten som i Agder eller som smittevern og oppfølging av unge brukere med kreft.

Som følge av koronapandemien utviklet flere av prosjektene digital hjemmeoppfølging for personer som var smittet med covid-19. Både lokale fagmiljø og leverandører deltok i arbeidet med å utarbeide faglige råd for oppfølging av pasienter med covid-19 hjemme. Prosjektet nasjonalt gav i juli 2020 ut en kvikkguide til digital hjemmeoppfølging ved covid-19⁵⁰, som formidlet erfaringene fra Larvik og Agder. 5 av prosjektene har fulgt opp pasienter med covid-19 ved DHO. De har rapportert sine erfaringer pr 1.12.2020. Dette er samlet og gitt ut som en erfaringsrapport; Digital hjemmeoppfølging ved covid-19⁵¹. Erfaringene viser at DHO ved covid-19 har gitt økt trygghet i en vanskelig situasjon og sikret god oppfølging til innbyggere, det har gitt helsepersonell god oversikt over brukere og beslutningsstøtte for rask oppfølging, og en mer bærekraftig tjeneste for kommunene, med bedre kontinuitet, rask oversikt og oppfølging, der helsepersonellressurser kan benyttes mer effektivt

4.2.4 Utvikling og utpøving av teknologiske verktøy for å mobilisere mot ensomhet blant eldre

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet blant eldre ved å utvikle og utpøve teknologisk verktøy, samt gi IKT-opplæring som kan heve den digitale kompetansen. Tiltakene skal blant annet mobilisere unge, eldre og pårørende, ved for eksempel å tilrettelegge for møteplasser. Et tiltak er kursing i bruk av nettbrett og smarttelefon som kan bidra til at eldre opprettholder kontakt med familie og venner.

Resultatrapport 2020

I 2020 ble det tildelt 6 mill. kroner til ordningen. Følgende har gitt IKT-opplæring:

Pensjonistforbundet: MAS – kurs og kompetansesenter, hvor det er avholdt flere hundre informasjons-møter, kurs, webinarer og foredrag, bl.a. om digital hjemmeoppfølging og videokommunikasjon med fastlegen. Det er produsert podkaster, filmer og opplæringshefter om velferdsteknologi for eldre. Det fleste kommuner har mulighet til å ta i bruk Pensjonistforbundets opplærte brukerrepresentanter. Pensjonistforbundet har gjennomført en undersøkelse i samarbeid med Huseierne om velferds-teknologi og bolig, som viser at eldre etterlyser gode brukermanualer og mer tilpasset opplærings-videoer på velferdsteknologifeltet. Samarbeid med Norwegian Care Cluster har bidratt til å sette fokus på mulighetene – som forutsetter god opplæring hos målgruppen – i velferdsteknologi hos pårørende og de fleste av landets kommuner.

Pensjonistforbundet: Digital verktøy for å mobilisere mot ensomhet blant eldre med opplæring på nettbrett og smarttelefon og utvikling av erfaringsbasert kursmaterieell. Videre tilrettelegging for at lokalsamfunn selv skal etablere miljøer for digital opplæring, utvikling og vedlikehold av kompetanse slik at de eldre kan få svar på sine digitale spørsmål i etterkant av kurs. Uprøving av nye metoder for opplæring via Teams. "Smarttelefonen" – 22 600 700 – en gratis hjelpetelefon for digitale spørsmål (åpen tre dager i uken). 1-til-1-opplæring med smittevernsskjerm av pleksiglass. Det er laget filmer som pedagogisk virkemiddel for å gi et helhetlig bilde av eldres digitale kompetanseheving i regi av Pensjonistforbundet.

Blindeforbundet gir opplæring i bruk av smart-teknologi (smarttelefon og nettbrett) i utvalgte kommuner i Vestfold og Telemark, videreutvikler modell for opplæring og støtte til synshemmede eldre - etter innspill fra nasjonalt fagmiljø - for å bidra til og bedre det kommunale opplæringstilbudet innen smartteknologi i tråd med dagens lovkrav, samt utprøving av sentral telefonsjenereste.

Følgende har prøvd ut teknologiske verktøy:

SeniorSmart.no er et digitalt verktøy videreutviklet med Nyby (vil inngå i neste versjon av Nyby). Videre er opplæring, digitale nettmøter og digital kaffetreff prøvd ut. Det er via Seniorsmart.no lagt ut, formidlet og egenprodusert over 100 arrangementer og tilbud. En spørreundersøkelse blant 1200 eldre viste at over 90 pst. av de eldre ønsker digitale arrangement, hvorav svært mange mener arrangementene er med og motvirker ensomhet. Gjennom samarbeid med NTNU Helsefag er det etablert i) samtalegrupper mellom studenter og eldre, hvor studenten lærer seg å snakke med og forstå eldre og eldre får noen å snakke med og ii) studenter bidrar med digital opplæring for eldre. Google har fattet interesse for prosjektet og vil skrive om hvordan prosjektet bruker teknologiske hjelpemidler for at eldre skal bli mindre ensomme.

Speedfriending.no har prøvd ut to digitale løsninger; i) App som en bredt tilgjengelig vennskapsmatchende plattform og ii) sosial videoplattform som lar personer delta på digitale speedfriendinger – hjemmefra eller fra pleiehjem. Et resultat av utprøvingen av den sosiale plattformen - sett i lys av en ofte en høy terskel for dette - er at mange eldre har innsett hvor morsomt og givende det er å prate med fremmede.

Et prosjekt i regi av Skjåk frivillighetssentral har produsert fire 360-filmer som skal legges ut på youtube. Disse er testet ut og forenklet til automatisk bruk av VR-briller i samarbeid med 6k kommunesamarbeidet i Nord-Gudbrandsdalen.

4.2.5 Arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har i løpet av perioden arbeidet med å løse utfordringene knyttet til informasjonsdeling mellom velferdsteknologiske løsninger og eksisterende elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) i kommunene. Til dette har det blitt utviklet en felles samhandlingskomponent (velferdsteknologisk knutepunkt – VKP), som sammen med standardisering av grensesnitt for informasjonsdeling, har resultert i at noen få (8) kommuner nå opplever gevinstene ved informasjonsdeling. Flere kommuner gir tilbakemelding om at de ønsker en nasjonal tilrettelegging for informasjonsdeling mellom velferdsteknologiløsninger og eksisterende journalssystem. De hevder at manglende infrastruktur for informasjonsdeling reduserer mulig gevinstrealisering. Det er tilsvarende behov for informasjonsdeling innenfor digital hjemmeoppfølging, men her involverer behovet også fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det legges opp til et tett samarbeid med andre pågående aktiviteter innenfor deling og endring av behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner og arbeidet med grunnmur og helhetlig samhandlingsløsning. Målet er at all informasjonsdeling skal foregå ved hjelp av felles prinsipper, tekniske krav og standarder på tvers av forvaltningsnivåene, også ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging.

Fotnoter

⁴⁸ Helsedirektoratet (2020) " Velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse – erfaringsrapport fra 4 års utprøving" [rapport].
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelse>.

⁴⁹ Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2020) "Kvikk-guide til digital hjemmeoppfølging" [veileder].
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/kvikkguide-for-c/>.

⁵⁰ Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2020) " Kvikkguide for digital hjemmeoppfølging" [veileder].
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/kvikkguide-for-c/>.

⁵¹ Helsedirektoratet (2020) " Digital hjemmeoppfølging ved covid-19: Erfaring fra kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19" [rapport]. [Hdir_Rapportmal-gjeldende.him 19.06.19](https://www.helsedirektoratet.no/Hdir_Rapportmal-gjeldende-him-19.06.19)
([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no))

Fornyelse og innovasjon

5.1

Styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk.

Gode tjenester i fremtiden vil kreve at kommunen tar i bruk ny kunnskap og nye løsninger. Lokalt innovasjonsarbeid kan foregå i samarbeid mellom kommuner, helseforetak, fagfolk, tjenestemottakere, kunnskaps- og forskningsmiljøer, organisasjoner og/eller næringslivet.

Et av innsatsområdene til Utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) erfornyelse og innovasjon⁵². Utviklings-sentrene er i mange regioner en ressurs for kommunene i gjennomføring av tjenesteutviklingsprosjekter og veileder kommunene i samveis-metodikk⁵³ og andre tilnærminger som bidrar til innovasjon og fornyelse.

Alle USHT'er har aktiviteter og prosjekter som bidrar til fornyelse og innovasjon i tjenestene innenfor en lang rekke fagområder. Det kan f.eks. være tiltak som understøtter det nasjonale velferds-teknologi-programmet, utvikling og utprøving av nye modeller og arbeidsformer for å bidra til kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring og å stimulere til utvikling av nye samhandlingsarenaer gjennom f.eks. nettverksbygging og samarbeidprosjekter. Mange utviklingssentre initierer og bidrar i utviklingsarbeid sammen med høgskoler og universitet for å utvikle nye modeller som kan styrke kommunehelsetjenesten som læringsarena for studenter, elever og lærlinger.

Fotnoter

⁵³ Samveis er utviklet gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund, og anses som en relevant metode i arbeidet med tjenesteinnovasjon i kommunesektoren.

5.2

Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

Statlig styring og øremerket tilskudd til omsorgstjenesten skal bidra til et mer likeverdig tilbud mellom kommuner og riktigere behovsdekning. Det gjennomføres et forsøk i utvalgte kommuner, hvor virkemidler som statlig oppfølging av kommunenes tildeling av omsorgstjenester, felles tildelingskriterier og øremerket tilskudd til omsorgstjenester med aktivitetsbasert finansiering, er prøvd ut i 4 kommuner (modell A). En

annen modell med kun øremerket tilskudd til omsorgstjenesten prøves ut i 2 kommuner (modell B). (jfr. Prop.1S for budsjettåret 2016-2017, kap. 761, post 21 Omsorg 2020) Forsøket har hatt en varighet på 3 år fra 1.5.2016 til 01.05.2019, men er nå forlenget ut 2022. Alle kommuner som tidligere har deltatt i forsøket samt de kommunene som disse skal slå seg sammen med, har fått tilbud om og har ønsket å delta videre i modell A. Forsøket innebærer nå en felles modell for alle kommunene med statlige tildelingskriterier og aktivitetsbasert finansiering. I tillegg blir 6 nye kommuner invitert med i 2021. Helsedirektoratet har ansvar for å gjennomføre forsøket. Forsøket evalueres.

Resultatrapport 2020

Kommunene Lillesand, Bjørnafjorden, Indre Østfold, Selbu og Stjørdal deltok i forsøket i 2020. Kommunen Indre Østfold fikk utsatt oppstart av den aktivitetsbaserte finansieringen til 01.01.2021 på grunn av situasjonen knyttet til Covid-19. De øvrige kommunene deltok i den aktivitetsbaserte finansieringen, men det ble tilrettelagt en særskilt finansiering for mars, april og mai på grunn av store endringer i tjenestetilbudet i den perioden. Forsøksordningen evalueres. I evalueringsrapporten for 2020 fremkommer det at kommunene opplever at forsøket har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse. Kommunen har fått bedre innsikt i egen leveranse av tjenester gjennom den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen. Utbetalingen til kommunene i 2020 viste en økning på 8,2 prosent fra 2019. Veksten inneholder både endringer i deltakende kommuner, prisvekst og økt behov som blant annet kan forklares med demografiske endringer.

5.3

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag fikk i 2011 i oppdrag i fellesskap å utvikle og implementere verktøy for planlegging av helse- og omsorgstjenester i et langsiktig perspektiv. Arbeidet skulle bygge på erfaringer gjort gjennom utvikling av standardisert elektronisk analysemodell/planverktøy, samt arbeidet med framtidige omsorgsutfordringer og utarbeidelse av lokale veiledere for Omsorgsplan 2015. I statsbudsjettet for 2019, kap 769 post 21, ble det bevilget 1,5 mill. kroner til Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Resultatrapport 2020

Gjennom statsbudsjettet for 2020 fikk Fylkesmannen i Trøndelag i oppdrag å tilgjengeliggjøre og spre Ressursportal.no til resten av landet, som en del av arbeidet med Leve hele livet.

Fylkesmannen i Trøndelag har gjennom året videreutviklet Ressursportalen. Ressursportal.no ble evaluert etter innspill fra brukerne og en forbedret versjon ble lansert høsten 2020. Formålet er å samle og tilgjengeliggjøre relevant styringsinformasjon til kartlegging og planlegging av kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet.

5.4

Bedre kvalitet

5.4.1 Noklus

Formål og hovedprioriteringer

Målet er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem og hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring.

Resultatrapport 2020

902 sykehjem deltok i Noklus ved utgangen av 2020, og i løpet av året fikk 212 sykehjem besøk og 30 videomøter ble avholdt. Det ble arrangert 220 kurs på sykehjemmene for 1600 sykehjemsansatte.

Målet med hjemmetjenesteprojektet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse i Noklus, slik at all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetsforbedret. Dette vil innebære et viktig kvalitetsløft for primærhelsetjenesten. Med dagens bevilgning er prosjektet planlagt å være ferdig ved utgangen av 2026. Koronapandemien har generelt ført til færre besøk og kurs.

Hjemmetjenesten samarbeider med flere aktører (sykehjem, fastlegekontor, legevakt). Det er ekstra viktig med rutiner/prosedyrer som sikrer god samhandling mellom helsepersonell i hjemmetjenesten og fastlegekontorene, og mellom helsepersonell i sykehjem og sykehjemslegen. I 2020 ble det gjennomført 57 besøk og 151 annen type oppfølging via e-post, video/telefonmøter. Det ble arrangert 106 lokale kurs med til sammen 697 deltakere hos enheter i prosjektet.

5.4.2 Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Formål og hovedprioriteringer

Stiftelsen Livsglede for eldre har siden 2013 drevet en nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledehjem. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet. Ordningen er videreført som en del av Kompetanseløft 2025.

Resultatrapport 2020

Ved utgangen av 2020 var det totalt 110 sertifiserte sykehjem, 6 færre enn året før. Låste dører på sykehjem har ført til utsatte førstegangs sertifiseringer, digitale møter og samlinger, og enkelte sykehjem (11 av 25 i prosess) har sett seg nødt til å «fryse» sertifiseringsprosessen på grunn av koronarelaterte omprioriteringer. To kommuner har i 2020 avsluttet sitt samarbeid med LFE, og har dermed mistet sin sertifisering. Tre virksomheter har mistet sin sertifisering grunnet ikke tilfredsstillende krav, og er på nytt i prosess for å bli et sertifisert Livsgledehjem. I tillegg har en del kommuner bygget nye og større institusjoner, slik at flere tidligere livsgledehjem har blitt slått sammen til ett. Ingen nye kommuner så det gjennomførbart å starte opp prosessen med å bli et livsgledehjem høsten 2020, da kommunene hadde andre prioriteringer. 4 nye kommuner har så langt startet opp prosessen mot å bli et livsgledehjem i 2021.

5.4.3 Bruker- og pårørendeerfaringer

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Helsedirektoratet leverte rapporten «Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Kommunale helse- og omsorgstjenester» i juni 2016. Rapporten ga anbefalinger for hvordan bruker- og pårørendeundersøkelser for kommunale helse- og omsorgstjenester kan gjennomføres. I 2017 fikk direktoratet i oppdrag å etablere nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser via et nasjonalt program som skulle benytte eksisterende infrastruktur, kompetanse og fagmiljø, ved å bruke bedrekommune.no. Nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser som skal tjene flere formål:

- Lokalt forbedringsarbeid
- Sammenlikning mellom kommuner
- Nasjonal styring

I 2018 ble det gjennomført en pilot for bearbeiding av en eksisterende undersøkelse som benyttes av en rekke kommuner gjennom bedrekommune.no i samarbeid med KS, Kommuneforlaget (KF) og FHI. Formålet med pilotundersøkelsen var å teste et validert spørreskjema og metoden og for å danne grunnlag for å implementere forbedringene i undersøkelsesbatteriet til KF og KS som brukes av kommunene. Resultater og erfaringer fra piloten er beskrevet i en rapport.⁵⁴

For at undersøkelsene i bedrekommune.no skal kunne gi nasjonale tall er det 3 store utfordringer:

1. Å gjennomføre undersøkelsene er frivillig for kommunene
2. Gjennomføringen er ressurskrevende for kommunene fordi mange trenger hjelp til å svare. Det krever at kommunene rigger til et apparat for å hjelpe dem som ikke kan svare selv.
3. Selv om piloten og bedrekommune.no i sitt veiledningsmaterieell skisserer gode måter å gjøre det på, så er det ulikt hvordan kommunene løser det.

I 2020 fikk direktoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en nasjonal pårørendeundersøkelse. Den er et tiltak i regjeringens pårørendestrategi, som ble lansert i desember samme år.

Resultatrapport 2020

På bakgrunn av de foregående års erfaringer med å utvikle og gjennomføre brukerundersøkelser, ble den nasjonale pårørendeundersøkelse gjennomført med en annen innfallsvinkel. Undersøkelsen av pårørendes livssituasjon og kvalitet samt opplevelsen av møtet med helse- og omsorgstjenesten består av 3000 kvantitative intervjuer med pårørende, samt 25 dybdeintervjuer. Dybdeintervjuene ble gjennomført med pårørende til fire hovedgrupper; pårørende til personer med rusavhengighet og psykiske lidelser, pårørende til personer med utviklingshemming og/eller funksjonsnedsettelse, pårørende til barn med behov for omfattende og/eller sammensatte tjenester samt pårørende til personer som var svekket som følge av alder og/eller kronisk sykdom. Pårørende som er under 18 år er ikke inkludert i undersøkelsen. Undersøkelsen kan gjentas på nytt, for å kunne følge utviklingen på området over tid.

Undersøkelsen favner en bred gruppe pårørende og 36 prosent av befolkningen faller inn under definisjonen, noe som tilsvarer omkring 1,5 millioner personer over 18 år. Halvparten av pårørendebefolkningen bruker inntil 5 timer i uka på pårørendeinnsats, 15 prosent bruker mellom 10 og 19 timer, og like mange bruker mer enn 20 timer. Undersøkelsen viser at det fortsatt er kjønnsforskjeller i

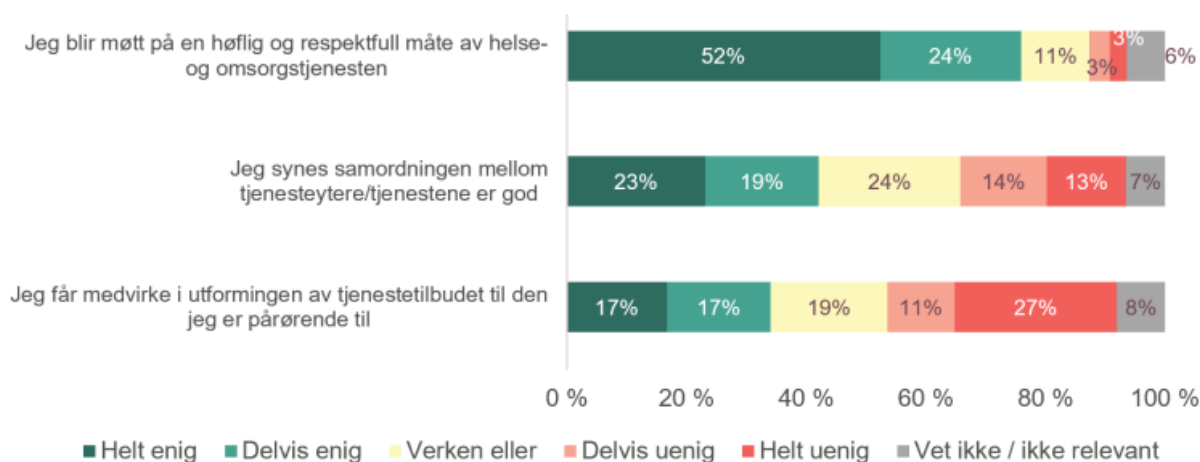
pårørendeomsorgen. Foreldre til barn og unge under 18 år generelt og særlig pårørende til barn og unge med behov for sammensatte og/eller langvarige helsetjenester er en særlig utsatt gruppe pårørende. Det samme gjelder pårørende til personer med rusavhengighet og psykiske lidelser.

Undersøkelsen er gjennomført i en periode der koronaepidemien har påvirket hele befolkningen, inkludert pårørende. En av tre pårørende oppgir at de har ytt mer pårørendeinnsats under pandemien. Det er pårørende som bruker mest tid på pårørendeomsorg fra før, som også har ytt mest under pandemien.

Den norske omsorgsmodellen hviler på et godt samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. 66 prosent av de pårørende svarer at personen de er pårørende til mottar hjelp fra offentlige helse- og omsorgstjenester. 40 prosent av de pårørende opplever at tjenestetilbudet fungerer godt, 44 prosent har en blandet opplevelse av tjenestetilbudet, mens 13 prosent av de pårørende mener at tjenestetilbudet fungerer dårlig for den de er pårørende til.

Majoriteten av de pårørende opplever å bli møtt på en god måte av helse- og omsorgstjenesten. 76 prosent av de pårørende opplever stort sett å bli møtt med høflighet og respekt av helse- og omsorgstjenesten. Et fåtall av de pårørende opplever å være til bry (3 prosent). Vel fire av ti svarer at samordningen av tjenesten kan bli bedre. En av tre er helt eller delvis enig i at de får medvirke i utformingen av tjenestetilbudet til den de er pårørende til ⁵⁵.

Figur under viser svar på spørsmålet: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander som gjelder tjenestetilbudet for den du er pårørende til? (n = 883 – de som er nærmeste pårørende til noen som mottar helsetjenester)



Figur 13. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander som gjelder tjenestetilbudet for den du er pårørende til?

Det er utfordrende å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser som kan ha nytte både på lokalt og på nasjonalt nivå. Bruker- og pårørendeundersøkelser er et fast oppdrag og Helsedirektoratet vil jobbe videre med problemstillingene framover.

5.4.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet ble fra 2012 lovpålagt å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitets-indikatorer» i tråd med ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. De nasjonale kvalitets-indikatorene skal være

et «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter». Nasjonale kvalitetsindikatorer skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får, samt benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring.

Helsedirektoratet publiserer 24 nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Indikatorene er i hovedsak hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og SSB/KOSTRA⁵⁶. Det jobbes kontinuerlig med å utvikle nye indikatorer på området.

Resultatrapport 2020

I 2020 ble det utarbeidet flere forslag til kvalitetsindikatorer innen områdene diabetes, demens og utviklingshemming. Bakgrunnen for dette arbeidet var et oppdrag i tildelingsbrevet for 2019 om å undersøke KPR som datakilde til nye indikatorer. Grunnet svakheter i datagrunnlaget som følge av registreringspraksis endte ingen av forslagene som nasjonale kvalitetsindikatorer. Arbeidet resulterte likevel i to rapporter på helsedirektoratet.no om Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens⁵⁷ og Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med utviklingshemming⁵⁸.

Det ble også påbegynt et arbeid med å utrede en mulig ny kvalitetsindikator som måler andel hjemme-boende med demens med lokaliseringsteknologi fra kommunen. Lokaliseringsteknologi er et tilbud til personer med demens, ofte i en tidlig fase av sykdommen. Å bevege seg så fritt som mulig kan ha stor betydning for livskvaliteten til personer med demens. Lokaliseringsteknologi gir økt trygghet både for personer med demens og pårørende, økt kvalitet på tjenester og økonomiske besparelser for kommunen. Kommunene rapporterer årlig inn data til KPR om tildeling av tjenester. Registrering av lokaliseringsteknologi er relativt nytt, og erfaringsmessig tar det litt tid før ny registreringspraksis etableres i kommunene. En gjennomgang av de innrapporterte 2019-dataene viste at det var mange kommuner som ikke hadde rapportert noe på denne tjenesten. En foreløpig vurdering av de innrapporterte 2020-dataene tyder på at flere kommuner har rapportert. Arbeidet med denne indikatoren vil fortsette i 2021.

Arbeidet med å utvikle en ny indikator for bruk av heltid og deltid i omsorgstjenestene i kommunen ble også startet i 2020. Bruk av heltid vil gi brukerne av tjenestene færre ansatte å forholde seg til, noe som igjen kan gi tjenestemottakeren større trygghet og kontinuitet i tjenestene. Det er etablert kontakt med ulike fagmiljøer og relevante datakilder er undersøkt. Også dette arbeidet vil fortsette i 2021.

Kvalitetsindikatorer på enhetsnivå

I 2020 ble muligheten for å publisere kvalitetsindikatorer for sykehjem ned på sykehjemsnivå utredet. Elleve av indikatorene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er knyttet til omsorgstilbudet på sykehjem. Indikatorene publiseres i dag på kommunenivå på helsedirektoratet.no. Bakgrunnen for utredningen var et oppdrag i tildelingsbrevet for 2020 om å bryte eksisterende kvalitetsindikatorer for sykehjem ned på sykehjemsnivå. Hensikten er å legge til rette for lokalt forbedringsarbeid i sykehjemmene.

Før data kan tilgjengeliggjøres på sykehjemsnivå må en rekke faktorer vurderes. Det ble derfor i 2020 gjennomført et pilotprosjekt hvor blant annet personvern, nytteverdi og datakvalitet ble vurdert. For å vurdere datakvalitet ble det innhentet og analysert data ned på sykehjemsnivå for én kvalitetsindikator. Dataene ble innhentet fra IPLOS-meldingen i KPR og kvalitetsindikatoren som måler ernæringsoppfølging i sykehjem ble benyttet i analysen. Vurderinger av datakvaliteten og nytteverdi ble gjort i samarbeid med fire kommuner.

Pilotprosjektets vurdering var at de innrapporterte dataene fra kommunene til KPR ikke har god nok kvalitet til at kvalitetsindikatorer for sykehjem bør publiseres ned på sykehjemsnivå på nåværende tidspunkt. Flere av enhetene i testdatasettet var ikke faktiske sykehjem. I tillegg tydet kommunenes tilbakemeldinger på data som ble presentert for dem, at det kan være en del avvik mellom de interne oversiktene i

kommunene og det som registreres og rapporteres til KPR. Vurderingsgrunnlaget var likevel noe svakere enn ønsket, grunnet begrenset kapasitet til å etterprøve resultatene i kommunene som følge av covid-19.

Vurderinger av nytteverdi tydet imidlertid på at indikatorene bør publiseres ned på sykehjemsnivå. Flere av kommunene som ble konsulterte trakk frem at både utførelsen og evalueringen av forbedringsarbeidet i sykehjemmene ville bli lettere dersom resultatene var tilgjengelig på sykehjemsnivå. Å synliggjøre hva som er rapportert på bakgrunn av registreringen, vil trolig også bidra til å fjerne en del usikkerhet rundt hvordan registreringen skal utføres. Videre vil det å bryte data ned på sykehjemsnivå kunne bidra til å adressere den uønskede variasjonen i ernæringsoppfølgingen, og flere andre tjenester, som utføres på sykehjem. Og ikke minst vil publiseringen bidra til å ivareta brukes og pårørendes behov for informasjon.

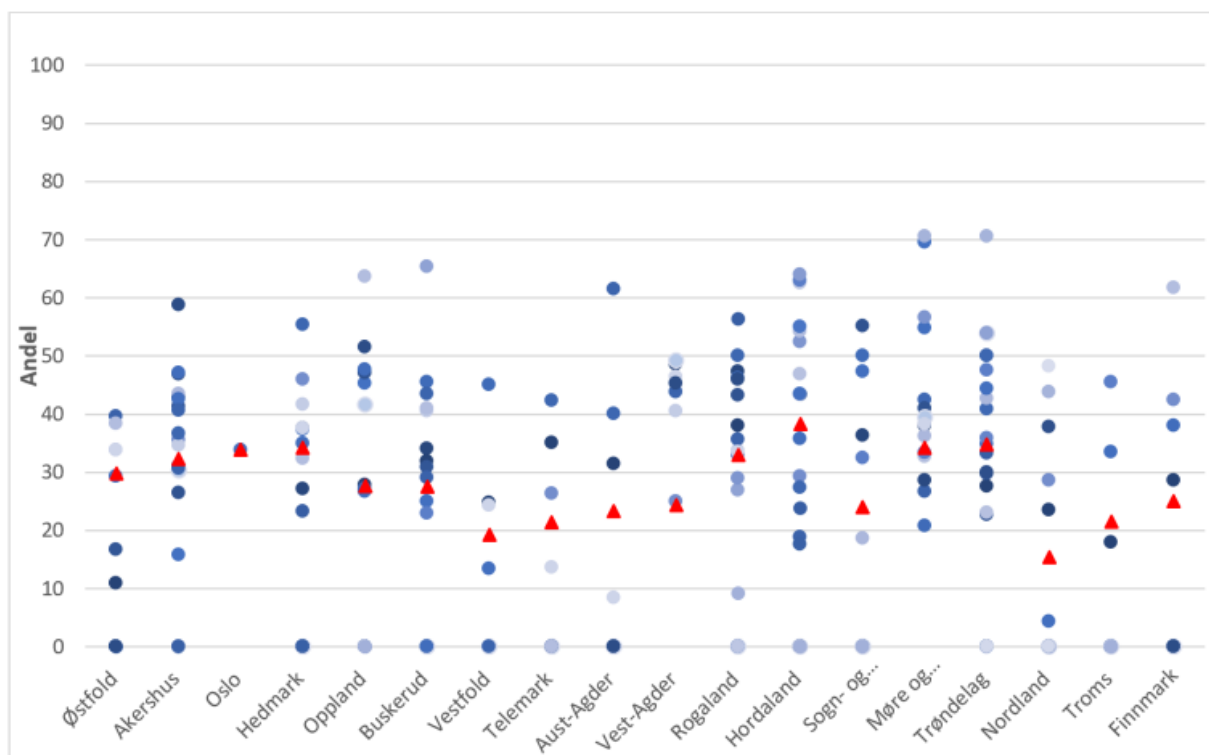
Oppsummert anbefalte derfor pilotprosjektet først å jobbe med å forbedre innrapporteringen fra kommunene, og dernest på sikt å publisere indikatorene ned på sykehjemsnivå.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

I følge Nasjonal faglig retningslinje om demens bør personer med demens tilbys et tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud fra kommunen. Aktivitetene som tilbys bør være sosialt, kognitivt og fysisk stimulerende. Tilbudet bidrar til at personer med demens kan bo lengre hjemme og være en del av sitt lokalsamfunn. Samtidig gir det en avlastning for pårørende. Fra 1. januar 2020 ble det en lovfestet plikt for kommunene å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens.

En nasjonal kvalitetsindikator viser andelen hjemmeboende personer med demens med tilbud om dagaktivitetstilbud fra kommunen⁵⁹.

Andelen med tilbud nasjonalt har økt gradvis over tid. I 2016 mottok 24,6 prosent av personene med demens et tilbud fra kommunen, mens andel i 2019 var på 30,0 prosent. Bare fra 2018 til 2019 var det økning på over ett prosentpoeng.



Figur 14. Andel hjemmeboende personer med demens som har vedtak om dagaktivitetstilbud i 2019. Kommuner etter fylke.

Forklaring: Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyanse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket. Mange kommuner er anonymisert på grunn av lavt antall i enten teller eller nevner. Disse vises ikke som blå prikk, men inngår likevel i fylkesgjennomsnittet.

Resultatene viser likevel at det er store variasjoner mellom fylkene. I 2019 var andelen hjemmeboende med dagaktivitetstilbud høyest i Hordaland med 38,9 prosent, mens Nordland lå lavest med 15,4 prosent. Variasjonen innad i fylkene er også stor i samtlige fylker. Noe av variasjonen skyldes ulik registrering av tilbudet i kommunen. Kommuner hvor dagaktivitetstilbudet er lokalisert i samme bygg som sykehjem registrerer i mange tilfeller vedtak om dagaktivitetstilbudet som vedtak om dagopphold. Tjenestene skiller seg ved at dagopphold ofte består av behandling og stell, mens dagaktivitetstilbud innebærer aktivisering og sosialt samvær⁶⁰.

5.4.5 Nasjonal ernæringsstrategi for eldre

Regjeringen utarbeider en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten med konkrete, målrettede tiltak. Helsedirektoratet sendte ved årsskiftet 2019-20 innspill til strategien. Strategien skal bidra til å understøtte og forsterke gjennomføringen av innsatsområdet mat og måltider i Leve hele livet gjennom å legge vekt på systematisk ernæringsarbeid, kompetanse og en mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes behov og ønsker. Det var ventet at ernæringsstrategien skulle legges fram løpet av høsten 2020, men vil antakelig komme våren 2021. Den nasjonale ernæringsstrategien skal danne utgangspunkt for utvikling av lokale ernæringsstrategier eller handlingsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å bidra til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og sikre tilstrekkelig ernæringskompetanse ble det i statsbudsjettet bevilget 5 mill. kroner til et modellutviklingsprogram "klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten". Modellutviklingsprogrammet skal bl.a. vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å sikre en mat og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale anbefalinger.

Fotnoter

⁵⁴ Helsedirektoratet «Pilot for en nasjonal brukerundersøkelse for de kommunale helse- og omsorgstjenestene - Gjennomføring, erfaringer og resultater» [rapport] IS-2871.

⁵⁵ Les undersøkelsen her: [Nasjonal pårørendeundersøkelse – fra Opinion for Helsedirektoratet](#)

⁵⁶ Helsedirektoratet «Nasjonale kvalitetsindikatorer: Kommunale helse- og omsorgstjenester» [nettside], <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

⁵⁷ Helsedirektoratet (2020) "Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens. Basert på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)" [rapport]. IS-2882.

⁵⁸ Helsedirektoratet (2020) "Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med utviklingshemming Basert på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)" [rapport]. IS-2883.

⁵⁹ Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer. Dagaktivitetstilbud til personer med demens. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagak>

⁶⁰ Rapport publisert i 2020 [Dagaktivitetstilbud i kommunen for personer med demens og personer med utviklingshemming](#).

Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020

6.1

Modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering

Nasjonalt pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegepraksiser har sitt utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet." Primærhelseteam består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Fastlege leder teamet. Formålet med forsøket er å få erfaring med hvilke effekter tverrfaglig teamorganisering i fastlegepraksiser har for kvalitet i pasientbehandling, samarbeid med andre tjenester og samfunnsøkonomi. Primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning og det kommunale tjenestetilbudet ved å gi bedre oppfølging og mer medisinske tjenester til de brukerne som trenger det mest:

- Brukere med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer
- Brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse
- Brukere som i medisinen omtales som «skrøpelig eldre»
- Bedre oppfølging av brukere med kronisk sykdom
- Bedre oppfølging av «dårlig etterspørre» av tjenester

Pilotprosjektet omfatter også utprøving av to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Det nye i honorarmodellen er at det er utarbeidet egne takster og egenandeler for tjenester fra sykepleier. Driftstilskuddsmodellen er svært ulik dagens finansieringsmodell og omfatter en hovedfinansiering gjennom et listeinnbyggertilskudd basert på objektive kriterier og tilskudd basert på kvalitet i tillegg til egenbetalinger fra pasientene som i dagens modell.

Resultatrapport 2020

Helsedirektoratet leder pilotprosjektet som startet 1. april 2018 og var beregnet å pågå i 3 år. I 2019 ble det besluttet å utvide prosjektet innenfor den økonomiske rammen med to år, tom. 31.03.23. I 2020 ble derfor fire nye fastlegekontor fra deltakerkommuner med i pilotprosjektet. Prosjektet omfatter nå 17 fastlegepraksiser i 9 kommuner. Disse har til sammen ca. 110 fastleger. 12 av praksisene piloterer honorarmodellen og 5 driftstilskuddsmodellen.

Med årets kull (2020-2021) har alle lederne i pilotpraksisene gjennomført den nasjonale lederutdanningen for kommunehelsetjenesten ved BI. Pilotprosjektet evalueres i et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Tredje statusrapport fra evalueringen ble presentert i januar 2021 og har mest oppmerksomhet på pasientens erfaringer med primærhelseteammodellen og resultater av dette. Pilotprosjektet har i store deler av 2020 har vært sterkt påvirket av koronapandemien og de utfordringene denne har gitt fastlegepraksisene. Det har vært en unison tilbakemelding fra fastlegepraksisene om at deltagelse i pilotprosjektet og de muligheter som primærhelseteam gir, har vært en stor fordel under pandemien.

6.2

Pilot for oppfølgingsteam

Formål og hovedprioriteringer

Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose.

Formålet med piloten er:

- bedre resultat for pasient og bruker, gitt personens egne mål
- bedre funksjon for pasient og bruker (målt ved funksjonsmål) og bedre egenmestring
- bedre pasient/brukeropplevd kvalitet
- å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse – og omsorgstjenester
- å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser

Som en følge av arbeidet skal kommunene som deltar få bedre samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer og aktiv brukerinvolvering i alle faser.

Resultatmålene for piloten er at:

- kommunene har lagt til rette for en gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse i hele tjenesteforløpet
- kommunene identifiserer personer med risiko for helse og funksjonsfall tidlig
- kommunene har implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå
- pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette.

Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut et verktøy for forebyggende risikokartlegging hos fastleger og også i lokalsykehus etter avtale.

Resultatrapport 2020

Følgende seks kommuner deltar i pilot: Asker, Suldal, Kinn, Steinkjer, Bø i Vesterålen og Senja. Sintef følge-evaluerer piloten.

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam startet opp 1.september 2018 med en varighet i utgangspunktet på tre år. Det er et stort utviklingsarbeid som er satt i gang i kommunene og det har tatt tid for kommunene å forankre arbeidet i alle virksomheter og på alle nivå. På bakgrunn av dette og situasjonen med Covid-19 i 2020 er det besluttet å forlenge pilotperioden med to år.

Kommunene får oppfølging i form av prosessveiledning, nettverkssamlinger, webinar og faste statusmøter. I 2020 har alt foregått digitalt. Verktøy for risikokartlegging er installert hos 79 fastleger og det er gjort avtale om ytterligere 15, men dette er så langt tatt i bruk i noe ulik grad. Flere kommuner har slitt med en del tekniske utfordringer i tillegg til stor turnover av fastleger. Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) starter opp utprøving av verktøyet i 2020.

Sintef leverte en statusrapport våren 2020. Kommunene har jobbet aktivt med rutiner, opplæring og system for oppfølgingsteam, men målgruppen for oppfølgingsteam er bred og mange virksomheter er involvert, slik at implementeringen er både krevende og tar tid. Ved å forlenge pilotperioden er målet å kunne få målbare endringer av oppfølgingsteam slik som effekter på helseutfall, tjenestefomfang og erfaring fra oppfølgingsteam som en arbeidsform.

6.3

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Formål og hovedprioriteringer

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019, hadde som mål å bidra til at kommunene skulle settes i stand til å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i samsvar med befolkningens behov. Det er et mål at kommunene på sikt skal overta oppgaver som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten. Det ble i perioden 2017–2019 bevilget øremerket tilskudd til tjenesteutvikling i kommunene med mål om å styrke feltet. Det er i tillegg gitt en økning i kommunerammen med samme formål. Krav og anbefalinger i Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn for utviklingsarbeidet. I tilskuddsregelverket ble det stilt krav om at kommunene innen utløpet av tilskudds- året skulle ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å «Beskrive og evaluere effekten av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019), og bistå i utredning og utarbeidelse av tiltak knyttet til rehabiliteringsfeltet for å nå målene beskrevet i planen».

Resultatrapport 2020

Helsedirektoratet har hatt det overordnede ansvaret for tilskuddet til opptrappingsplanen og har fulgt med på utviklingen gjennom planperioden gjennom sin ordinære virksomhet. Det øremerkede tilskuddet til kommunene ble forvaltet av statsforvalterne.

Helsedirektoratet utlyste evalueringsoppdraget og avtale ble inngått med KPMG. De leverte evalueringsrapport 7.desember 2020⁶¹. Evalueringen viser at opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet på et område som over tid er blitt nedprioritert. Det er skjedd en viss styrking av kapasitet og kompetanse samt innovasjon i utredning og tjenesteyting, men kunnskapsgrunnlaget gir ikke støtte for å konkludere med en varig styrking. Styrkingen har hovedsakelig vært innen rehabilitering, og særlig til målgruppen eldre gjennom eksempelvis hverdagsrehabilitering. Det er lite som tyder på at habiliteringstilbudet har blitt styrket gjennom opptrappingsplanen. Ifølge evaluator fremstår opptrappingsplanen som en tilskuddsordning og ikke som en helhetlig og målrettet plan for styrking og varig endring.

Tilskuddet har bidratt til en økt andel kommuner med plan for habilitering og rehabilitering. Evalueringen viser at brukerne er mindre fornøyd med tilbudet enn det tjenestene gir uttrykk for. Bare en av ti kommuner sier de har oversikt over behov for habilitering og rehabilitering.

I evalueringen etterlyses sterkere styring og lederforankring på nasjonalt nivå. Det henvises til at målene og utfordringsbildet har vært uforandret de siste 10 årene, og at denne situasjonen vil vedvare om det ikke

tas sterkere nasjonalt grep om utviklingsarbeidet. Det påpekes at feltet er fragmentert og fremstår med store variasjoner i tilbud og kapasitet, og at det er svake systemer for læring og erfaringsutvikling. Evaluator foreslår at det utarbeides en nasjonal plan for det videre arbeidet og at registerdata og forskning må styrkes, herunder utvikling av gode indikatorer. De etterlyser forskning som også har et tydelig fokus på kost-nytte i et samfunnsperspektiv og ikke bare på individnivå og internt i helse- og omsorgstjenestene. De ser også behov for at det må arbeides for en mer hensiktsmessig praksis for individuell koordinering gjennom individuell plan og koordinator, og at ansvarsavklaring mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten settes på dagsorden.

Som svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet Helsedirektoratet forslag til tiltak for en videre styrking i tråd med målene i planen. Helsedirektoratet la evalueringen til grunn for dette arbeidet, og inkluderte i tillegg et bredere kunnskapsgrunnlag. Det ble blant annet arrangert en workshop hvor Helsedirektoratet fikk innspill til tema for videre styrking fra representanter for brukerne, tjenestene og fagmiljøene. Dette ble oversendt departementet sammen med evalueringsrapporten 15. jan 2021.

Fotnoter

⁶¹ KPMG (2020) " Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Helsedirektoratet. Endelig rapport" [rapport]. Helsedirektoratet IS-2975.

6.4

Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

Formål og hovedprioriteringer

Regjeringen la 4. mai 2018 fram Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Meldingen ble behandlet og vedtatt i Stortinget 20. desember 2018, se Innst. 43 S (2018-2019).

Utgangspunktet for Leve hele livet er erkjennelsen av at gode løsninger som finnes ute i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak i liten grad spres til andre. Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungere i praksis; det som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til trygg og verdig alderdom. Reformen bygger også på eksisterende stortings-meldinger, strategier og planer.

Målgruppen for reformen er eldre over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon. Målet er å bidra til flere gode leveår med god livskvalitet for eldre, helsehjelp når de har behov for det, pårørende som ikke blir utslitt og ansatte som trives på jobb og får brukt sin kompetanse. Det er definert fem hovedområder i reformen: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng og overganger i tjenestene.

Reformperioden er 2019-2023. Helsedirektoratet har det nasjonale gjennomføringsansvaret. For å bistå kommunene i gjennomføringen av reformen er det etablert et nasjonalt og et regionalt støtteapparat. Det nasjonale støtteapparatet består av Helsedirektoratet i samarbeid med KS og Senter for omsorgsforskning og har blant annet i oppdrag å drive informasjonsarbeid, utvikle og spre faglig kunnskap og å gi faglig støtte og bistand til det regionale støtteapparatet. Det regionale støtteapparatet består av Fylkesmannen, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, i samarbeid med andre relevante aktører. Deres oppgave er å støtte opp om kommunenes endringsarbeid og legge til rette for

erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Det legges opp til en prosess hvor kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan tilpasses lokale forhold og innføres i samarbeid med andre tjenestoområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet.

Resultatrapport 2020

Ressursportal er et viktig verktøy for det regionale støtteapparatet i gjennomføringen av dialogmøter med kommunene og et grunnlag for kommunenes egen planlegging og beslutninger. Et viktig mål i denne prosessen er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og bidra til å øke den analyse-faglige kompetansen i kommuner. Ressursportalen har blitt videreutviklet og det er utarbeidet tilhørende veiledningsmateriell, herunder en eksempelsamling utarbeidet av KS. Det nasjonale støtteapparatet har deltatt med innlegg på regionale samlinger der tema er kommunalt planarbeid.

Senter for omsorgsforskning har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet oversikter over relevant kunnskap, metoder og verktøy innenfor reformens hovedområder. Dette materialet skal videreutvikles til relevant, faglig veiledningsmateriell for kommunene. Det har vært jobbet med utvikling av støtte og veiledning både innenfor tverrgående tema (planarbeid, frivillighet, medvirkning, implementering) og innenfor reformens fem hovedområder. Noe er ferdigstilt og noe er i prosess. Materialet skal piloteres slik at de endelige produkter og leveranser er godt tilpasset lokale behov.

Det er fortsatt behov for å forankre reformen regionalt og lokalt gjennom gode informasjons- og kommunikasjonstiltak og -aktiviteter. For å samordne arbeidet har Helsedirektoratet etablert et kommunikasjonsforum, med deltakelse fra alle aktørene i det nasjonale og regionale støtteapparatet. Hensikten er å koordinere arbeidet på en best mulig måte ut mot kommunene. Det er også gjennomført ulike tiltak, herunder kvartalsvis publisering av nyhetsbrev. Koronasituasjonen har imidlertid medført lavere aktivitetsnivå enn ønsket.

Helsedirektoratet har ansvar for utvikling av kriterier for og planlegging av en nominasjonsprosess, samt forberedelser til utdeling av prisen på den årlige Leve hele livet-konferanse. Prisen ble gitt til Kinn kommune på den nasjonale konferansen 18. november 2020. Oslo Met har i oppdrag å evaluere reformen. Planen var at de skulle levere en midtveisrapport 1. februar 2021, som grunnlag for å vurdere ev. endret virkemiddelbruk i reformen. Gjennom 2020 har det pga. pandemien vært utfordringer med datainnhenting fra kommunene. Dette medførte at tidspunktet for levering av en underveisrapport har blitt utsatt.

I reformens nåværende fase vil det regionale støtteapparatet ha en sentral rolle i å bistå kommuner i sitt kartleggings- og planleggingsarbeid. Til tross for pandemien viser rapporteringer og tilbake-meldinger stor aktivitet og stort engasjement gjennom 2020. Samtidig er det stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i sitt planarbeid. Leve hele livet blir i ulik grad eksplisitt omtalt i plan-dokumentene og det varierer hvor aktivt kommunene rapporterer at de jobber med kartlegging av utfordringsbildet, hvor tverrfaglig/tverrsektorielt de tenker og i hvor stor grad andre aktører involveres og inkluderes i prosessene. Det regionale støtteapparatet skal aktivt gi tilbud om dialogmøter med alle kommunene. Det forventes at gjennomføring av dialogmøter skjer i samarbeid med de øvrige aktørene i det regionale støtteapparatet. Dialogmøter kan gjennomføres enkeltvis eller gruppevis. Målgruppen for dialogmøter vil først og fremst være ledere og ansatte i kommunene, politisk ledelse og representanter som ivaretar innbygger-, bruker- og pårørendeperspektivet. Ved utgangen av 2020 hadde åtte av ti fylker gjennomført dialogmøter med samtlige kommuner. Det har vært ulik deltakelse fra kommunene i disse møtene, men det kan se ut som kommunene i stor grad har tenkt tverrsektorielt og stilt med politisk og administrativ ledelse.

Arenaer for samarbeid, læring, erfaringsutveksling og deling mellom kommunene er viktig i gjennomføringen av reformen. Det regionale støtteapparatet skal sørge for at alle kommunene inviteres til

å delta i nettverk for å dele erfaringer, bli inspirerte og lære av hverandre. Nettverkssamarbeid i løpet av reformen kan bygges på eksisterende kommunenettverk, ledernetverk, fagnettverk, regionale lærings-nettverk og samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene og kommunene. Det er kommunenes behov som skal være utgangspunkt for etablering av eventuelle nye nettverk. Rapporteringer i 2020 viser at eksisterende nettverk benyttes i mange fylker. Nye nettverk som understøtter reformarbeidet er også etablert. Fagnettverk fremheves som gode fora for reformen, f.eks. aldersvennlige lokalsamfunn, velferdsteknologi, ernæring ol. Samlinger og konferanser fremheves som viktige arenaer for erfaringsutveksling og nettverksbygging. Det har vært stor aktivitet høsten 2020 og flere melder om at de er i gang med å revitalisere/etablere nettverk som kommer i 2021.

6.5

Samordnet innsats for bedre pasient- og brukersikkerhet

Formål og hovedprioriteringer

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten. Mye bra er gjort, men vi har fortsatt store utfordringer. Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, brukere og deres pårørende. Det kan i verste fall føre til varige skader eller tap av liv. Og det er samfunnsøkonomisk kostbart.

I mars 2019 la Helsedirektoratet fram «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)»⁶². Planen ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 (2014-2018) som ble avsluttet året før. Planen skal bidra til målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Handlingsplanens formål er å videreføre de beste elementene fra pasientsikkerhetsprogrammet, samordne innsatsen om pasientsikkerhet enda bedre og legge til rette for at kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves.

Målene for arbeidet er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 15: De fire hovedområdene i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og tilhørende tiltak illustrert i et driverdiagram.

[Nettsiden for pasientsikkerhetsprogrammet](#), merkevaren I trygge hender 24–7 og

Pasientsikkerhets-konferansen er videreført som nasjonale tiltak i handlingsplanperioden, og utgjør en felles plattform som skal støtte opp under målet om samordnet innsats og en fellesskapsfølelse for å bidra i arbeidet. Flere satsinger og prosjekter på nasjonalt nivå, for eksempel kvalitetsreformen for eldre Leve hele livet, Gode pasientforløp og Handlingsplanen for allmennlegetjenesten, inkluderer pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette krever god samordning fra de nasjonale aktørene.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (heretter utviklingssentrene) i fylkene er sentrale i arbeidet med spredning av kompetanse og veiledning i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I tildelingsbrevet for 2020 var pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, herunder klinisk observasjonskompetanse, et av satsingsområdene for utviklingssentrene. Fylkesmennene har også en viktig rolle som pådriver for at kommuner og helseforetak følger opp kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Resultatrapport 2020

Helsedirektoratet har i 2020 fortsatt arbeidet med å sikre en samordnet oppfølging av arbeidet med pasientsikkerhet. Oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet skjer nå i den ordinære styringsdialogen og på relevante dialogarenaer. Den nasjonale Pasientsikkerhetskonferansen ble gjennomført digitalt med 1600 deltakere.

Satsning på kompetanse

Helsedirektoratet ferdigstilte i 2020 et kartleggingsarbeid for å få bedre oversikt over pågående og planlagte kompetanseaktiviteter innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt kommunenes vurdering av utfordringsbildet knyttet til egen kompetansebeholdning og -kapasitet, og behov for nasjonal støtte. Kartleggingen viser at flere av virksomhetene har satt i gang tiltak for å bygge kompetanse i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Samtidig viser tjenesten til mange tiltak som fremstår som mer rettet mot å bygge profesjonskunnskap heller enn spesifikk forbedringskunnskap, som kurs, lærings-nettverk og konferanser. Disse vil bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestene, men innebærer ikke

nødvendigvis opplæring i metodiske tilnærminger og verktøy for å drive systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid. Sammenlignet med spesialisthelsetjenesten virker kommunenes strategier for forbedringsarbeid og/eller pasientsikkerhet noe mindre konkrete når det kommer til kompetansebygging innen forbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Det er også noe ulikt hvordan begrepet forbedringskompetanse blir brukt. Særlige behov spesifikt for kompetanse i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet er avsatt tid og tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre opplæringen. Av behov er det særlig ønskelig med tilgang til relevante kurs tilpasset egen organisasjon samt at det legges til rette for oppfølging ut over kurstiden og påfyll av kunnskap. Denne kartleggingen skal brukes videre inn i planlegging av helsedirektoratets strategi for kompetanse relevant for Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

I samarbeid med USHT Agder lanserte Helsedirektoratet i april 2020 en digital, spillbasert læringsressurs innenfor grunnleggende forbedringskompetanse. Målgruppen er alt helsepersonell i både spesialist- og kommunehelsetjeneste som ikke har den grunnleggende kompetansen som er nødvendig for å kunne delta i et forbedringsarbeid på egen arbeidsplass. Per mars 2021 var det litt over 900 personer som hadde registrert seg i appen og over 600 som hadde spilt en eller flere moduler. Spillet er utviklet med mulighet for rapportuttrekk som gjør at det kan brukes inn i kompetansestrategier. Mest aktivitet ser vi når spillet har vært brukt i forbindelse med læringsnettverk.

Det har vært et stort behov for å styrke observasjonskompetansen til de ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Fire utviklingssentre har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet det nasjonale kompetanseprogrammet KlinOBS kommune som ble ferdigstilt i 2020. Programmet er allerede tatt i bruk av flere kommuner.

Snakk om forbedring

Helsedirektoratet lanserte i 2019 Snakk om forbedring, som er et digitalt dialogverktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Verktøyet kan brukes på ulike organisatoriske nivå og i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det har i 2020 vært stor interesse fra kommuner for å ta i bruk verktøyet og få veiledning til oppstart og støtte i implementeringsprosessen, blant annet i fylkesvise læringsnettverk om ledelse av pasientsikkerhet. Snakk om forbedring var også hovedtema på den nasjonale Pasientsikkerhetskonferansen.

Læringsnettverk

Til tross for at 2020 har vært sterkt preget av Covid-19 pandemien, har flere av utviklingssentrene gjennomført digitale læringsnettverk innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Læringsnettverkene har hatt fokus på temaer innenfor Leve Hele Livet- reformen, ledelse av pasientsikkerhet og utvalgte innsatsområder fra det tidligere Pasientsikkerhetsprogrammet. Blant annet har tidlig oppdagelse av forverret tilstand, ernæring og forebygging av fall vært tema. Flere utviklingssentre har hatt fokus på verktøyet Snakk om forbedring i sine læringsnettverk og bidratt til at flere kommuner har tatt verktøyet i bruk gjennom sine forbedringsprosjekter.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

Behovet for å videreutvikle og styrke arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur har blitt aktualisert i forbindelse med Covid-19- pandemien. Helsedirektoratet laget, med innspill fra eksperter og kompetansemiljøer, en veileder for hvordan ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og verneombud kan ta vare på seg selv, medarbeidere og kolleger. Psykologisk trygghet, kultur og læring var også et sentrale tema på Pasientsikkerhetskonferansen i 2020.

Vurdering

I perioden for Omsorg 2020 har Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 vært et viktig nasjonalt pasientsikkerhetstiltak. Hovedfunn i sluttrapporten for Pasientsikkerhetsprogrammet er at aktiviteter og tiltak ser ut til å ha ført til større oppmerksomhet og økt bevissthet rundt pasientsikkerhetsarbeid og arbeidet med å forbedre pasientsikkerhetskulturen. Samtidig pekes det på utfordringer og behov for forankring av pasientsikkerhetsarbeid i ledelsen på alle nivå og eierskap til arbeidet i alle profesjonsgrupper. Rapporten peker på behov for en tydeligere integrering av arbeidet, særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Å videreføre pasientsikkerhetsarbeidet gjennom en nasjonal handlingsplan har vært et viktig grep for å nå målene om færre pasientskader. Helsedirektoratet har en særlig viktig oppgave i å bidra til å samordne og koordinere arbeidet. Videreføring av merkevaren I trygge hender 24–7, nettsiden, opplæringstiltak og digitale læringsnettverkssamlinger vil kunne bidra til fellesskapsfølelse og økt kompetanse. Tjenestene har uttrykt behov for at de nasjonale aktører samarbeidet bedre om sine satsinger. Dette er også et formål i handlingsplanen, og har vært arbeidet systematisk med blant annet gjennom kvalitetsreformen for eldre Leve hele livet, Handlingsplan for et bedre smittevern og Nasjonal handlingsplan for allmennlege-tjenesten. Samordningsarbeidet bør fortsatt vektlegges i videre arbeid.

Det vurderes fortsatt å være behov for at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må synliggjøres i enda større grad i etablerte styringslinjer og i dialogen med aktuelle fagområder. Det bør fremover legges bedre til rette for kompetanseheving på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten hvor deling av kunnskap og erfaring om hvordan lykkes med pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsforbedring er sentralt. Nasjonal helse- og sykehusplan og opprettelsen av helsefellesskapene kan være et viktig virkemiddel for å lykkes med dette.

Det har i perioden for Omsorg 2020 vært økt forskningsaktivitet på pasientsikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er fortsatt behov for å stryke kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhets-arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Fotnoter

⁶² Helsedirektoratet (2019) "Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023" [rapport].

Analyse av effekter og resultater sett i sammenheng med forskning om utviklingen i sektoren

7.1

Innledning

Årsrapporten for Omsorg 2020 beskriver en lang rekke tiltak som til sammen skal medvirke til en endring i sektoren. Som det framgår av rapporten er tiltakene gjennomført etter planen, med noen forsinkelser grunnet covid- 19-pandemien. Helsedirektoratet viser til analysene i de foregående årsrapportene.

Dette kapitlet inngår som rapportering på følgende styringsparametere i tildelingsbrevet for 2020 under kap.2.2.1. Omsorgstjenester:

- Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling og bruk av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.
- Hvordan kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene er innhentet og spredt.

I det siste året i planperioden for Omsorg 2020 har omsorgssektoren vært sterkt preget av covid-19. Omsorgssektoren ivaretar de mest sårbare eldre som er betydelig mer utsatt for alvorlig sykdom og død som følge av covid-19. Både ansatte og brukere⁶³ har vært blant de mest utsatte for smitte. Smitten og de strenge smitteverntiltakene har vært krevende for en sektor som allerede har store utfordringer. Utfordringene er blant annet påpekt i Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen og beskrevet i NOU om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I dette kapitlet vil vi med utgangspunkt i pandemien oppsummere noen erfaringer fra 2020 og så langt i 2021, og peke på forhold som kan være viktig for videre utviklingsarbeid i omsorgssektoren.

Fotnoter

⁶³ I dette kapitlet benyttes "brukere" om alle tjenestemottakere, pasienter og brukere i omsorgstjenestene.

7.2

Erfaringer med covid-19 i omsorgstjenestene

Risikoen for et alvorlig sykdomsforløp av covid-19 er betydelig høyere i de eldste aldersgruppene i befolkningen, og mange eldre har blitt hardt rammet under koronapandemien. Spredning av koronasmitte i sykehjem og i hjemmetjenesten kan skape alvorlige og utfordrende situasjoner. Helsa til sårbare eldre trues direkte av covid-19 som sådan, men også indirekte gjennom smittevern-tiltakene som skal beskytte

dem mot alvorlig sykdom og død. Per 25.april 2021 var det registrert i alt 750 covid-19 assosierte dødsfall i Norge. Av disse har 43 prosent skjedd i sykehus og 53 prosent i annen helseinstitusjon, i hovedsak på sykehjem.⁶⁴

I en tidlig fase av pandemien framkom mange enkelthistorier om manglende smittevernutstyr og smittevern ved sykehjem. Seinere er situasjonsbildet dokumentert gjennom undersøkelser av Aldring og helse⁶⁵, Helsetilsynet⁶⁶ og av Senter for omsorgsforskning⁶⁷. Smitteutbrudd i sykehjem synliggjorde manglende smittevernutstyr, bygninger som vanskeliggjorde smittevern⁶⁸ og en sårbar personellsituasjon. Smitterisikoen var størst i en tidlig fase av pandemien, med mangel på utstyr eller feil bruk av utstyr. En spørreundersøkelse av 93 avdelingsledere ved 82 sykehjem ble gjort i mars 2020.⁶⁹ Kartleggingen viste utfordringer knytta til muligheten for å overholde smittevern-reglene som avstand og personell som jobber flere steder. Likevel fant de gjennom denne undersøkelsen at kun få punkter skilte avdelinger med smitte fra avdelinger uten smitte. I sin konklusjon pekte forskerne på følgende forbedringspunkter i sykehjem:

- Opplæring av personalet i smittevern bør være obligatorisk
- Mangel på sykepleiere er en utfordring
- Små stillinger som medfører at mange pleiere jobber flere steder gir økt smitterisiko

I nasjonal koronaveileder kapittel 9.4⁷⁰ er det gitt råd til kommunene om å ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å avhjelpe utfordringer under covid-19-pandemien. Velferdsteknologi innebærer en rekke alternativ og følges opp gjennom nasjonalt velferdsteknologi-program⁷¹. Som del av programmet ble muligheten for digital hjemmeoppfølging testet ut for oppfølging av personer smittet med covid-19. Erfaringer fra 8 kommuner og ca. 4400 pasienter viser at både pasienter, ansatte og deltakende kommuner er fornøyd med tilbudet og ser gevinster av digital hjemmeoppfølging for denne pasientgruppen. Kommunene har opplevd at bruk av digital hjemmeoppfølging har bidratt til en mer bærekraftig helsetjeneste, der helsepersonell-ressurser benyttes mer effektivt. Nye verktøy kan være krevende å ta i bruk, og nok ressurser ved opplæring og oppstart ble sett som viktig.⁷²

Bruken av e-konsultasjon hos fastlegene økte betydelig fra mars 2020. I februar 2020 var andelen e-konsultasjoner 3,5 prosent, mens andelen i januar 2021 var 28,4 prosent. E-konsultasjoner omfatter både videokonsultasjon, tekst og telefon.

I Helsetilsynets kartlegging av hjemmetjenestene i kommunene⁷³ (telefonintervju i 81 kommuner, juni 2020) fant de at det var gjort mye for å hindre smitte og å forberede seg på å håndtere smittespredning. Kartleggingen viser at 92 prosent av kommunene hadde redusert, endret eller avsluttet hjemmetjenestetilbudet. I nesten alle kommunene var begrunnelsene for dette ønske fra tjenestemottakerne (99 prosent). I tillegg ønsket kommunene å frigjøre personalressurser til andre oppgaver knyttet til pandemien. De kartlagte endringene i tjenestetilbudet omfatter ikke alle tjenestemottakerne, og kommunene oppgir at det ble gjort individuelle vurderinger i beslutninger om å redusere, endre eller avslutte tjenester. Ønske om å redusere smitte og mangel på personale ble også oppgitt som begrunnelser fra flere kommuner. I nær halvparten av kommunene hvor hjemmetjenestene ble redusert, endret eller avsluttet gjaldt dette for 10 prosent eller færre av brukerne. Da undersøkelsen ble gjennomført (juni) oppga kommunene at brukerne hadde fått tilbake sitt opprinnelige tilbud helt (62 prosent) eller delvis (32 prosent av kommunene).

Samlet pekte Helsetilsynet på noen sårbare områder med behov for forbedring i hjemmetjenestene:

- Behov for bedre planlegging og styrket beredskap
- Opplæring i smittevern bør tilbys alle, ikke bare til noen ansatte
- Alle kommuner bør vurdere avtaler om samarbeid med andre (kommuner, bydeler, virksomheter)
- Retningslinjer for bruk av smittevernutstyr bør kommuniseres til ansatte, brukere og pårørende

Etablerte datakilder (KPR og SSB) har ikke vært tilstrekkelig oppdatert for å følge utviklingen under pandemien. Ukentlige møter med statsforvalterne har vært avgjørende i arbeidet for å sikre oppdatert kunnskap om situasjonen i kommunene og for vurdering av tiltak.

For at Helsedirektoratet skal kunne følge med på utviklingen av tjenestene, bør KPR videreutvikles slik at det kan hentes ut løpende data fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har iverksatt en pilot for å teste løpende oppdateringer fra kommunen i automatiske uttrekk fra EPJ. Helsedirektoratet samarbeider om utviklingen med de tre leverandørene som leverer EPJ til kommunene. For å øke datakvaliteten må kommunene få bedre tilgang til egne data og god statistikk som viser for eksempel utvikling i tjenestene til ulike brukergrupper, og som oppleves nyttig for kommunene. Kommunene har behov for gode styringsdata og de har behov for ferske data. Hvis kommunene har tilgang til egne data – de samme som de rapporterer til registeret – vil også kvaliteten på de dataene som trekkes ut bli bedre. De bør ha tilgang til gode dashboard som gir dem viktig informasjon. Det er først når de ser nytten og begynner å bruke egne data at kvaliteten på data blir bedre.

Fotnoter

⁶⁴ FHI ukesrapport uke 16 2021 <https://www.fhi.no/publ/2020/koronavirus-ukerapporter/>

⁶⁵ Kirkevold, Ø., Eriksen, S., Lichtwarck, B. et al (2020). "Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien". Sykepleien Forskning 2020:15.
<https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien>

⁶⁶ Helsetilsynet (2020) "Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunen" [rapport]. Internserie 5/2020; " Helsetilsynet (2020) "Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 2". Rapport 5/2020.
<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/foelge-med-og-foelge-opp-pandem>

⁶⁷ Svaar, P. (9. apr. 2021) " Forskeres råd til Koronakommisjonen: Mer heltid gir bedre smittevern på sykehjem" [nyhetsartikkel]. NRK.
https://www.nrk.no/norge/forskeres-rad-til-koronakommisjonen_-mer-heltid-gir-bedre-smittevern-pa-sykehje

⁶⁸ Barstad, S. (2020) "Smittsomme sykehjem". Tidsskrift for omsorgsforskning 03/2020.
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/03/smittsomme_sykehjem

⁶⁹ Kirkevold, Ø., Eriksen, S., Lichtwarck, B. et al (2020). "Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien". Sykepleien Forskning 2020:15.
<https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien>

⁷⁰ Helsedirektoratet (2021) "Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Nasjonal veileder " Versjon 28.04.2021. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>.

⁷¹ Nasjonalt velferdsteknologiprogram består av Helsedirektoratet, direktoratet for E-helse og KS.

⁷² Helsedirektoratet (2021) "Digital hjemmeoppfølging ved covid-19. Erfaring fra kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19" [rapport].
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/digital-hjemmeoppfolging-ved-covid-19>.

⁷³ Helsetilsynet (2020) "Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 2". Rapport 5/2020.

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/foelge-med-og-foelge-opp-pandem>

7.3

Konsekvenser av covid-19 for brukere og pårørende

Det er gjennomført en del bruker- og pårørendeundersøkelser under pandemien. Disse gir oss et bilde av hvordan endringer grunnet smitteverntiltak har virket inn på livskvalitet og tilbud til brukere av omsorgstjenester. Undersøkelser gjort blant medlemmer av bruker- og pårørende organisasjoner viser at mange har mistet eller fått et redusert tilbud under pandemien. Undersøkelsene tyder også på at pårørende har hatt langt større bekymringer og ytt mer for å kompensere for manglende tilbud.⁷⁴

Strengt besøksrestriksjoner gjorde situasjonen krevende for beboere med isolasjon og ensomhet. Dette var også en belastning for pårørende, med mangel på kontakt og bekymring for beboernes situasjon. Ulik tolkning av besøksrestriksjoner kunne gi stor variasjon mellom kommuner.

Pasient- og brukerombudet (POBO) påpeker i sin årsrapport for 2020⁷⁵: "De pårørende var bekymret for om deres gamle fikk tilstrekkelig oppfølging når pårørende selv ikke kunne være til stede og følge dette opp. Aktiviteter for de gamle falt bort. De ansatte hadde for eksempel ikke tid til å gå på tur med beboerne, og de pårørende fikk ikke lov." (s.14) POBO viser også til henvendelser om samme type restriksjoner i omsorgsboliger, som er å regne som privat bolig og derfor ikke kan pålegges et slikt forbud. Dette tyder på at det kan ha vært ulik tolking eller mangel på informasjon og forståelse av gjeldende regelverk.

Helsetilsynet gjennomførte en undersøkelse om pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien⁷⁶. Undersøkelsen er gjort blant medlemmer av fire bruker-organisasjoner og er ikke representativ for alle brukere og pasienter. Undersøkelsen kan likevel bidra til å forstå de samlede konsekvensene av pandemien for brukere. Nær 70 prosent av de spurte⁷⁷ blir i undersøkelsen definert som sårbare grupper. Dette omfatter 1) brukere med behov for omfattende tjenester store deler av døgnet og 2) brukere med behov for sammensatte tjenester, definert som tre eller flere ulike tjenester i løpet av pandemien. Svarene viser at mange fikk et redusert tilbud under pandemien og at pårørende gav langt mer bistand og støtte under pandemien enn tidligere. Undersøkelsen viser at om lag 30 prosent blant de sårbare gruppene oppgir at de hadde fått dårligere helse under pandemien og mange oppgir at tjenesten har falt helt bort eller blitt redusert.

Funksjonshemmedes fellesforbund (FFO) gjennomførte en spørreundersøkelse til pårørende og brukere blant sine medlemmer sommeren 2020⁷⁸. Undersøkelsen viste at 36 prosent av brukerne oppga at det de fikk midlertidig eller varig helse/ funksjonstap. Svarene viste at smitteverntiltakene særlig rammet tilbud om terapi og trening. 42 prosent oppga at de mistet slike tilbud, og for mange førte dette til forverring av helsetilstanden. Mange pårørende oppga at de overtok omsorgsoppgaver grunnet frykt for smitte og harde smitteverntiltak. 56 prosent sier at de har fått tjenestetilbudet tilbake etter at samfunnet ble åpnet opp igjen, mens 22 prosent svarte at de ikke hadde fått tilbake tjenester de mistet. Undersøkelsen ble fulgt opp samme høst⁷⁹, og viste at dette fortsatt var situasjonen. FFO konkluderer med at mange fikk dårligere fysisk og psykisk helse, dårligere funksjonsnivå og økte smerter. FFO oppsummerer at tilbud og tjenester skulle kommet mer på plass etter at samfunnet åpnet opp og mange manglet informasjon om eller en plan for når dette skulle skje.

En undersøkelse blant 2400 pårørende i regi av pårørendealliansen viste at 7 av 10 har erfart at tjenester eller tiltak til den de er pårørende for har blitt borte og 46 prosent av de pårørende sier at dette har ført til at de har fått mer å gjøre.⁸⁰

Barne-ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) har kartlagt likestillingskonsekvenser av covid-19 og tiltakene mot pandemien.⁸¹ Undersøkelsen omfatter perioden fram til desember 2020, og baserer seg på undersøkelse sendt flere brukerorganisasjoner⁸² samt rapporter fra ulike organisasjoner og etater.⁸³ Resultatene viste at pandemien rammet skjevt og at sårbare grupper ble ekstra hardt rammet. De fant at særlig grupper som var særlig utsatt var personer med utviklingshemming, barn og unge med behov for mange tjenester og deres familie, minoritetsspråklige og personer med sansetap. Videre uttrykker Bufdir bekymring for at åpning av tjenester har gått langsomt og i enkelte tilfeller langsommere for personer med funksjonsnedsettelse. "Mange har i gjenåpningstiden fremdeles ikke fått et tjenestetilbud på linje med det de hadde før pandemien. (-) Bufdir er videre bekymret for framtidige konsekvenser av manglende rehabilitering over tid, langvarig isolasjon, lite kontakt med andre, samt konsekvenser av langvarig slitasje på pårørende som har hatt store omsorgsoppgaver over tid." ⁸⁴. Ut fra kartleggingen ser Bufdir grunn til bekymring for psykiske lidelser framover knyttet til langvarig isolasjon og lite kontakt med andre i tillegg til at tjenester har vært redusert.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har vurdert koronasituasjonen for personer med demens i en undersøkelse blant 1222 personer, hvorav 1211 pårørende til en person med demens og i alt 693 var pårørende til sykehjemsbeboere.⁸⁵ Undersøkelsen viser at 55 prosent opplevde at dagtilbudet opphørte, og 22 prosent oppgir litt eller veldig begrensninger i dette tilbudet. Dette ble opplevd som en belastning for de pårørende. For pårørende til sykehjemsbeboere var mangel på kontakt svært vanskelig; 60 prosent svarer at dette var svært vanskelig når sykehjemmene var stengt, mens litt over halvparten fortsatt opplevde det som svært eller litt vanskelig etter at det igjen ble mulig med besøk. Samlet sett var det 20 prosent som opplevde en sterk økning i belastning under pandemien og drøyt 30 prosent opplevde "litt økning" i belastning.

Etter et år med inngripende tiltak, er bruker- og pårørendeorganisasjoner bekymret for at pårørende som over lang tid har vært hardt belastet, selv vil få store helseproblemer. Dette gjelder særlig pårørende som har vært nødt til å bistå med langt mer pårørendearbeid pga. reduksjon eller helt avsluttede tjenester som dagtilbud, praktisk bistand eller avlastningstiltak.

Helsedirektoratet er bekymret for at økt isolasjon og ensomhet blant brukere kan bli et stort problem med behov for mer hjelp og behandling, spesielt innen psykisk helse, når pandemien er slutt⁸⁶.

Redusert helse, ensomhet og psykiske helseproblemer kan være konsekvenser som blir synlig etter en tid. På bakgrunn av restriksjoner og reduksjon i tilbudet, bør kommunene følge opp brukerne for å sikre et tilstrekkelig tilbud og god livskvalitet for den enkelte fremover.

Fotnoter

⁷⁴ I dette avsnittet refererer vi kort enkelte funn fra noen av disse undersøkelsene.

⁷⁵ Pasient- og brukerombudet (udatert) "Årsmelding 2020 fra landets pasient og brukerombud".
<https://pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Felles%20%C3%A5rsmelding%202020>

⁷⁶ Helsetilsynet (2020). "Pasient- og brukererfaringsundersøkelse med tjenester under koronapandemien 2020. Samlerapport fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju" [rapport].

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/pasient-og-brukererfaringer-med-tj>

⁷⁷ Undersøkelsen er basert på spørreskjema sendt til brukere, pasienter og pårørende blant medlemmene i seks organisasjoner (Kreftforeningen, Norsk Parkinsonsforbund, Norges Handikapforbund og Norsk forbund for utviklingshemmede. To organisasjoner er ikke med i analysen grunnet få svar). I tillegg ble det gjennomført en fokusgruppe med ni ungdommer Fra Voksne for barn.

⁷⁸ FFO (2020) "Covid-19.Konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke" [rapport]
<https://www.ffe.no/globalassets/ffe-mener/rapporter/endelig-rapport.-ffos-covid-19-undersokelse.pdf>

Spørsmålene ble besvart helt av 1664 medlemmer og delvis av 2249 medlemmer i perioden mai til august 2020.

⁷⁹ FFO (2021) " Covid-19. Langsiktige konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke" [rapport].
<https://ffe.no/globalassets/rapporter/endelig-rapport.-ffos-andre-covid-19-undersokelse.-btl.pdf>

⁸⁰ Pårørendealliansen. 14.april 2021
<https://parorendealliansen.no/2021/04/14/parorendes-dom-for-2020-innestengt-utestengt-og-utelatt/>

⁸¹ Bufdir (2020) "Likestillingskonsekvenser av covid-19 og tiltakene mot pandemien. Personer med funksjonsnedsettelse" [rapport].
https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/likestillingskonsekvenser_av_covid_19_og_tiltakene_

⁸² FFO, SAFO, Unge funksjonshemmede, Barneombudet, LDO og NAKU.

⁸³ bl.a. Statens helsetilsyn, Unge funksjonshemmede og LDO, Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet.

⁸⁴ Bufdir (2020) "Likestillingskonsekvenser av covid-19 og tiltakene mot pandemien. Personer med funksjonsnedsettelse" [rapport]. <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docIdBUF00005256>.

⁸⁵ Nasjonalforeningen for folkehelsen (2021) Rapport om personer med demens og koronasituasjonen. : hun-klarar-ikke-en-stengning-til.pdf (nasjonalforeningen.no)

⁸⁶ Helsedirektoratet rapport nr.9 fra Team samfunnseffekter og sårbare grupper. Ikke offentliggjort.

7.4

Konsekvenser av covid-19 for personell

Personellressursene ble sterkt presset under pandemien. Smitte og karantene for en utsatt personellgruppe, forbud mot å arbeide flere steder, innreiseforbud av utenlandsk personell samt ekstra arbeid knyttet til smittevern, ble til sammen en stor belastning for en hardt presset omsorgstjeneste.

Gjennom Kompetanseløft 2020 har Helsedirektoratet pekt på fire hovedutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder utbredt bruk av deltidsstillinger, mange ufaglærte, høyt sykefravær og høy turnover i stillinger. Rammevilkår for ledelse og ledelseskompetanse synes å ha sterk sammenheng med utfordringene. Helse-direktoratet mener at situasjonen i den kommunale

omsorgstjenesten; i sykehjem, omsorgsboliger og de oppsøkende og hjemmebaserte tjenestene; er særlig bekymringsfull. Disse tjenestene utgjør hele 90 prosent av samlede årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Mangel på sykepleiere har vært en utfordring tidligere, og ble svært synlig under pandemien. Flere ble omplassert for å bidra i covid-19-arbeidet, opplæring i smittevern måtte skje raskt og mange fikk en uforholdsmessig stor arbeidsbelastning for å ivareta tilbudet i denne situasjonen.

Personell som jobber i små stillingsbrøker og ved flere avdelinger eller ulike arbeidsplasser vurderes som en smitterisiko. Mange kommuner prøvde derfor å begrense eller forby muligheten til å jobbe på flere forskjellige arbeidsplasser. I praksis er ikke dette alltid like lett å gjennomføre når mange er ansatt i små stillinger og en sykepleier har ansvar for flere avdelinger.⁸⁷ Små stillingsbrøker og mange deltidsstillinger med flere arbeidsgivere blir også løftet frem som en risiko for smitte i sykehjemmene i rapport fra Senter for omsorgsforskning på oppdrag for Koronakommisjonen.⁸⁸

Under pandemien ble det arrangert flere webinar som omhandlet øvelse på TISK (testing-isolasjon-smittesporing-karantene), vaksineutstyr og vaksiner. En egen prosjektgruppe i Helsedirektoratet har arbeidet siden mars/april 2020 med å tilgjengeliggjøre opplæringsressurser for personell⁸⁹ og har også sammen med Folkehelseinstituttet koordinert utviklingen av digitale opplæringsressurser i palliativ omsorg ved covid-19⁹⁰, smittesporing⁹¹ og koronavaksinerings⁹², blant annet. Webinar og opplæringsressurser har vært rettet spesielt mot helsepersonell og ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er også etablert et eget innsatsteam for rask bistand av personell for kommuner med stor smittespredning. Erfaring med slike sentralt initierte tiltak bør vurderes i videre utvikling av modeller for å støtte kommunale omsorgstjenester.

Fotnoter

⁸⁷ Kirkevold, Ø., Eriksen, S., Lichtwarck, B. et al (2020). "Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien". Sykepleien Forskning 2020:15.

<https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien>

⁸⁸ Jacobsen, F.F., Arntzen, C., Devik, S.A. (2021) "Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem". Rapport 1/2021. Senter for omsorgsforskning.

http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2021/rapport_01_2021.

⁸⁹ Helsedirektoratet (udatert) "Koronavirus. beslutninger og anbefalinger. 12.1 Kurs og opplæring" [kapittel i Nasjonal veileder].

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/kurs-og-oppla>

.

⁹⁰ Aldring og helse (udatert) "Palliasjon ved covid-19 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten" [nettkurs].

<https://www.aldringoghelse.no/kompetanseressurser/palliasjon-ved-covid-19-i-den-kommunale-helse-og-om>

.

⁹¹ Kompetansebroen (udatert) "Nasjonal smittesporing" [nettside].

<https://www.kompetansebroen.no/smittesporing?oinnlandet>.

⁹² Kompetansebroen (udatert) "Nasjonal opplæring koronavaksinerings" [nettside].

<https://www.kompetansebroen.no/nasjonal-opplaering-koronavaksinerings?oinnlandet>.

7.5

Oppsummering

Koronapandemien har vist hvor sårbar omsorgstjenestene er. Det har det vært vanskelig å finne balansen mellom å skjerme tjenestemottakerne for smitte, samtidig med å opprettholde et forsvarlig og verdig tjenestetilbud med tilstrekkelig sosial kontakt. En krevende kapasitetsutfordring i utgangspunktet har gjort arbeidet enda mer krevende og sårbar for ansatte og brukere under pandemien. Erfaringer så langt viser at det er noen viktige områder som bør følges opp videre:

- Sikre god kommunikasjon og forståelse av regelverk for smittevern helt ut til alle kommuner og institusjoner
- God opplæring i smittevern til alle ansatte
- God opplæring i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt til alle ansatte
- Betydningen av godt smittevern ved ombygning og nybygg av boliger og sykehjem
- Kommunale beredskapsplaner må inneholde muligheten for samarbeid mellom tjenester og mellom kommuner
- Øke andelen heltidsansatte
- Ivaretagelse av pårørende ved endring, utsettelse eller bortfall av tjeneste- eller aktivitetstilbud
- Videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- Bruk av nettbaserte plattformer for kompetanseheving og erfaringsutveksling
- Prioritering av helsepersonell som har kontakt med sårbare pasienter og brukere for vaksinasjon

Pandemien har hatt store og alvorlige konsekvenser for bruker- og pårørende. De mange tilbakemeldinger fra deres organisasjoner viser hvor viktig det er at brukerinvolvering ivaretas i det kommunale planarbeidet. Dette er et av satsingsområdene i oppfølging av reformen Leve hele livet.

En økning av andelen heltidsansatte har vært viktig i arbeidet for å styrke kvalitet og kontinuitet i tjenestene. Pandemien har synliggjort at mange i små stillingsbrøker også innebærer en smitterisiko. Arbeidet med å øke andelen heltidsansatte følges opp i egne satsinger innenfor Kompetanseløft 2025.

Nasjonale kvalitetsindikatorer har over tid vist stor variasjon mellom kommuner hva gjelder tjenester som dagaktivitet for personer med demens, legemiddelgjennomgang og legers oppfølging i sykehjem. Det er grunn til å tro at dette har gjort brukere i enkelte kommuner mer utsatt under pandemien enn i andre med bedre tilbud på disse områdene. Under pandemien har det vært stort fokus på manglende smittevernustyr og smitteverntiltak. Minst like viktig er det å se på situasjonen som gjelder personell og kompetanse. God opplæring til alle ansatte i smittevern er derfor viktig fremover. Erfaring har vist at utbredt bruk av deltid, som har medført at arbeidstakere har vært nødt til å ha flere arbeidsplasser, har bidratt til spredning av smitte mellom ulike institusjoner. Mer bruk av heltid ville ha forhindret dette og bidratt til økt stabilitet og kontinuitet for brukerne.

Erfaringene fra pandemien har vist at tjenestene har stor evne til omstilling og fleksibilitet. Økt bruk av velferdsteknologi har gitt økt digital kompetanse blant ansatte og brukere. Dette er viktige erfaringer i det videre endrings- og utviklingsarbeidet.

Tidlig i 2020 var det mange medieoppslag og enkelthendelser som preget situasjonsbildet. Jevnlig kontakt med statsforvalterne og kommuner samt undersøkelser som er gjort i løpet av året, har gitt oss mer systematisk kunnskap. Flere analyser vil komme når data fra 2020 foreligger. Erfaringer fra pandemien bør brukes i videre utvikling av tjenestene.

Utfordringer er blitt synliggjort og dels forverret som følge av pandemien. En styrket innsats i omsorgssektoren er helt nødvendig for å sikre befolkningen nødvendige tjenester med tilstrekkelig kvalitet

fremover. Helsedirektoratet vil videreføre arbeidet fra Omsorg 2020 innenfor andre satsinger som velferdsteknologiprogrammet, forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2025, Pårørendestrategien, oppfølgingen av stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg og reformen Leve hele livet.

PDF-versjon av rapporten

Last ned: [Omsorg 2020 - Årsrapport 2020 \(PDF\)](#)

