

Omsorg 2020 – Årsrapport 2018

Først publisert: 17.06.2019

Sist faglig oppdatert: 17.06.2019



Innhold

1. Innledning	3
2. Sammendrag	4
3. Statistikk	6
4. Sammen med bruker, pasient og pårørende	15
5. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste / den nye hjemmetjenesten	18
6. Moderne lokaler og boformer	32
7. Fornyelse og innovasjon	42
8. Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020	47
9. Analyse av effekter og resultater sett i sammenheng med forskning om utviklingen i sektoren	55
10. PDF-versjon av rapporten	62

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 opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, samt opptrappingsplanen for rus, da disse planene bør sees i sammenheng med arbeidet for en faglig sterkere tjeneste. Innledningsvis er det et kapittel som beskriver den generelle utviklingen innenfor omsorgstjenestene basert på statistikk fra IPLOS og KOSTRA. Deretter beskrives tiltakene 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. Analysedelen vil derfor ta utgangspunkt i endringer vi ser i nye rapporter og analyser i tillegg til en samlet vurdering av de ulike tiltakene i planen.

Det er gjort noen endringer i framstillingen av statistikken for 2018. Omlegging til ny innrapportering av IPLOS-data fra kommunene til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i Helsedirektoratet har medført forsinkelser, og dataene har ikke vært klare for utlevering fra registeret tidsnok for fristen for årsrapporten. Utviklingstrekk med tall fra 2018 for ulike tjenestetilbud og mottakere av tjenester slik tidligere rapporter har vist til, utgår dermed i årets rapport. Vi har i stedet tatt med noen utviklingstrekk som er hentet fra analyser som er gjort i løpet av det siste året. Resultatdata fra fylkesmannen for kommunenes bruk av kompetanse- og innovasjonstilskuddet skal leveres HOD 15. juni i rapportering 2018 for Kompetanseløft 2020. De behandles derfor ikke i denne analysen.

Sammendrag

Årsrapporten for Omsorg 2020 beskriver en lang rekke tiltak som til sammen skal medvirke til en endring i helsesektoren. Som det framgår av rapporten er tiltakene gjennomført etter planen. Ut fra en slik betraktning er derfor arbeidet i rute. Formålet med Omsorg 2020 er 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.»

Helsedirektoratet ønsker særlig å trekke frem følgende utviklingstrekk og satsingsområder:

Kommunale variasjoner

Det er store variasjoner mellom kommunene. Dette skyldes blant annet demografisk utvikling. Det blir flere eldre, spesielt i spredtbygde kommuner og flyttemønstre, der spesielt yngre flytter til mer sentrale strøk. Både arealmessig, befolkningsmessig og for innbyggernes sosioøkonomiske profil ser vi store forskjeller mellom kommunene. Det er forventet at utviklingen vil fortsette i årene som kommer og at vi vil kunne få en utvikling der det blir enda større variasjon mellom kommuners forutsetninger til å levere helse- og omsorgstjenester for å møte befolkningens behov.

Helsedirektoratet vil derfor gå mer i dybden for å finne mulige årsaker til den store variasjonen mellom kommunene og finne egnede verktøy for å bistå kommuner til å ivareta tilstrekkelig kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer blant annet å vurdere mulig uønsket variasjon etter ulike parametere som variasjon i bruk av tilskuddsordninger, bruk av helsetjenester, tilgang på kompetanse, organisering og planlegging av tjenestetilbud med videre.

Bruk av virkemidler

For å understøtte kommunenes arbeid for et likeverdig tilbud av tilstrekkelig kvalitet vil vi vurdere mulighetene for en mer differensiert oppfølging av kommuner med forskjellige utfordringsbilder.

Ulikheter i tilgang på personell og kompetanse, avstand til studiesteder, avstand til sykehus og andre forutsetninger medfører forskjellige behov, men også muligheter lokalt. Helsedirektoratet ønsker å vurdere muligheten for å prioritere tiltak overfor kommuner med særlig store utfordringer med å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet ønsker å vurdere en mer differensiert virkemiddelbruk i nært samarbeid med fylkesmannsembetene, fylkeskommunene og kompetansesentrene.

En sentral aktør er utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. De har viktig kompetanse og ressurser for å bistå kommunene i forbedringsarbeidet. Det er behov for å finne gode løsninger på hvordan sentrene kan videreutvikles for å styrke innsatsen i det lokale forbedringsarbeidet framover. Dette vil være viktig for å sikre god effekt og å utjevne uønsket variasjon.

Helsedirektoratet vil vektlegge styrket kvalitet i helse- og omsorgstjeneste gjennom endrings- og omstillingsarbeid der ansvarsfordeling, samarbeid mellom tjenester, yrkesgrupper og nivåer inngår i en helhetlig organisering. Mye av dette arbeidet vil skje i forbindelse med oppfølging av reformen Leve hele livet der kommunalt endringsarbeid understøttes av et regionalt og et nasjonalt støtteapparat.

Oppfølging

En viss variasjon i kommunenes forutsetninger og behov er naturlig, men noe av variasjonen er uønsket. Helsedirektoratet vil vurdere variasjonen etter ulike parameter. Dette kan gi bedre forståelse for hvordan utfordringer løses og hvilke forhold som innvirker på uønsket variasjon. Med utgangspunkt i denne kunnskapen kan vi vurdere muligheten for bedre utnyttelse av virkemidler for å styrke det kommunale tjenestetilbudet ut fra lokale behov og utfordringer. Hensikten er å understøtte det kommunale arbeidet for å sikre tilstrekkelige og forsvarlige tjenester. Helsedirektoratet vil drøfte mulighetene for differensiering av virkemiddelbruk med departementet og eventuell oppfølging vil bli gjort i samarbeid med fylkesmannsembetene, KS og andre aktører.

Statistikk

1.1 Demografiske endringer

I perioden 2009 til 2018 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 11 prosent, mens aldersgruppen 67-79 år har økt med hele 42 prosent og gruppen 90 år og eldre har økt med 29 prosent. Det er en mindre økning for de yngre aldersgruppene, mens det i aldersgruppen mellom 80 og 90 år har vært en nedgang på 3,7 prosent

1: Befolkning 2009 og 2018 og endring i prosent i perioden 2009 til 2018 fordelt på aldersgrupper

	Befolkning 2009	Befolkning 2018	Prosentvis endring
0-17 år	1103481	1129007	2,3
18-49 år	2095214	2289283	9,2
50-66 år	983943	1090970	10,9
67-79 år	396983	563607	42,0
80-89 år	184972	178060	-3,7
90 år og eldre	34659	44692	29,0

Kilde: SSB/statistikkbanken

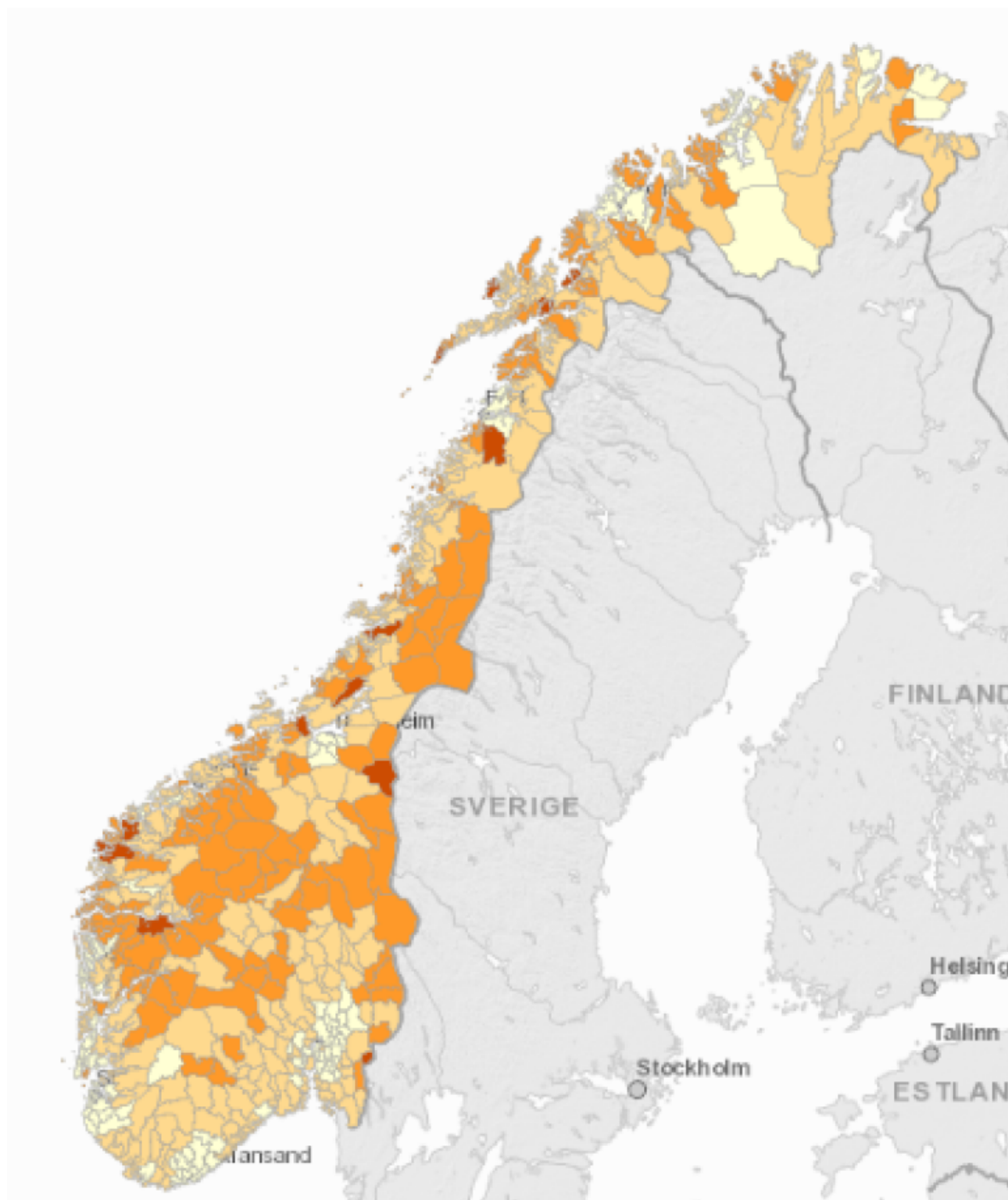
Befolkningsframskriving og kommunevariasjon

Befolkningsframskriving etter SSBs hovedalternativ viser en betydelig aldring i befolkningen frem mot 2040^[1]. De demografiske endringene vil variere med kommunestørrelse. Trenden er at de eldre blir boende i distriktene mens de yngre flytter mot byene. Befolkningsveksten for landet totalt har sunket fra 2012, men fortsatt vekst skjer først og fremst i sentrale strøk. Dette er en utvikling som forventes å fortsette. Befolkningsøkningen fra 2018 til 2040 blir spesielt sterk blant de som er 80 år eller mer. I 2018 utgjorde alle i aldersgruppen 80 og over 4,2 prosent av befolkningen. I 2040 vil denne aldersgruppen utgjøre 8,0 prosent av befolkningen i Norge.

Bildene under illustrerer utviklingen og viser variasjon mellom kommunene i andel av befolkningen 80 år og mer i 2018 og framskrevet etter hovedalternativet for 2040. Kommunene er delt inn i fire grupper der den mørkeste fargen gjelder for kommuner der 8-9,3 prosent av innbyggerne er 80 år eller mer, mens den lyseste fargen gjelder kommuner der 2,2-4 prosent av innbyggerne er 80 år og mer. Mer detaljert informasjon med informasjon på kommunenivå finnes på kommune kartene til SSB.

I framskriving etter hovedalternativet forventes en økning i antall innvandrere i aldersgruppen over 35 år, og det blir flere innvandrere blant de eldste i landet. Dette vil ha betydning for hvordan tjenestene skal utformes og gjennomføres fremover.

Figur 1: Andel av befolkningen 80 år og mer i 2018 og framskrevet etter hovedalternativet for 2040.





Kilde: [SSB](#)

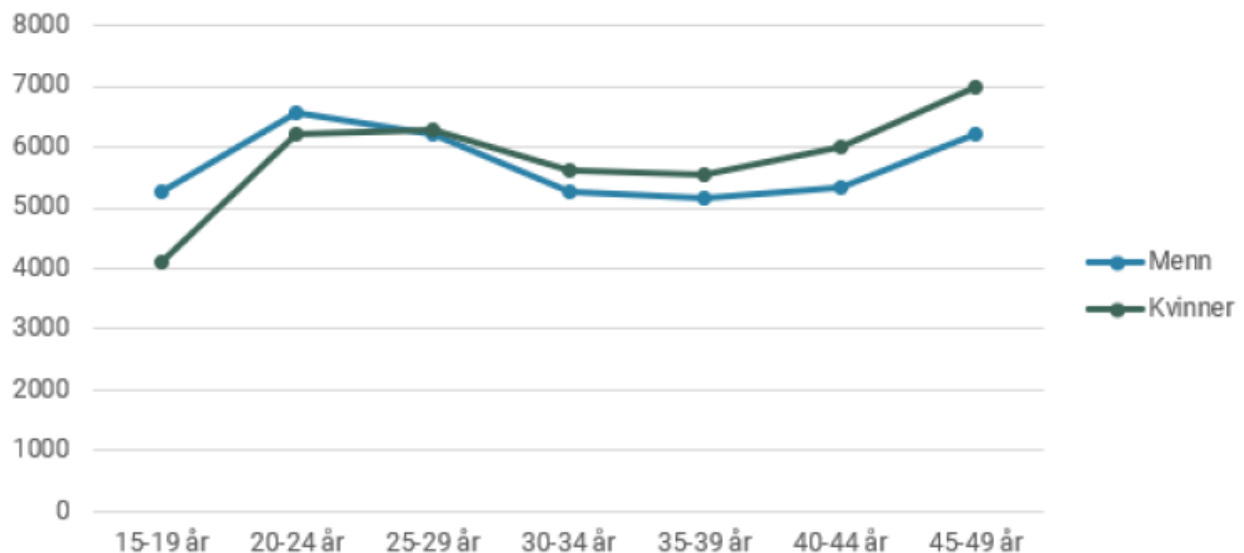
1.2 Yngre tjenestemottakere

Over flere tiår har antallet personer under 67 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester økt mer enn befolkningsveksten. Helsedirektoratet har nylig sett nærmere på aldersgruppen 15-49 år^[2].

Nærmere 81 000 personer i alderen 15-49 år hadde mottatt en eller flere typer kommunale omsorgstjenester i 2017. Dette utgjør 22 prosent av alle som mottok kommunale tjenester det året. Blant ungdommene er det en overvekt av gutter, mens det fra 30-års alder er flere kvinner enn menn.

Denne kjønnsforskjellen øker med alder. Det er flere som mottar tjenester i 20-års alder enn det er i 30-års alder.

Figur 2: Antall personer som mottok kommunale omsorgstjenester, etter alder og kjønn. 2017 (n=80 789 personer)

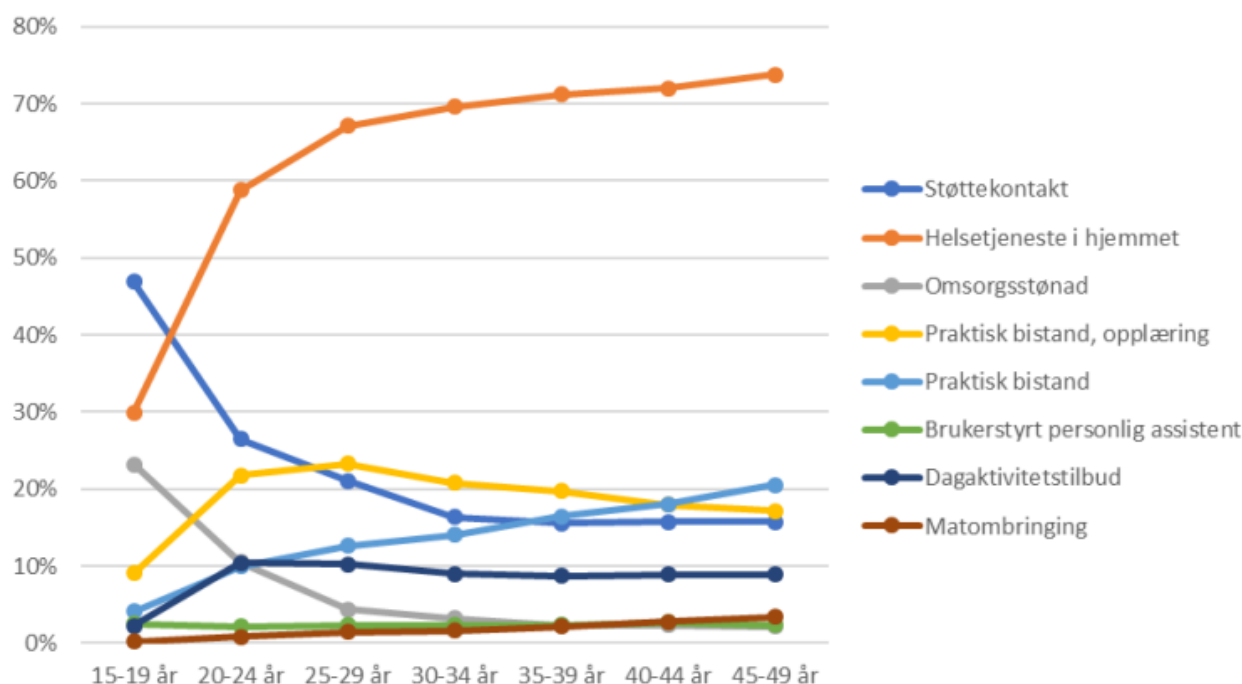


Kilde: IPLOS/KPR

Støttekontakt til ungdom, helsetjenester i hjemmet til voksne

Blant ungdom i alderen 15-19 år er støttekontakt den vanligste tjenesten. Nær halvparten av ungdommene som mottok tjenester hadde støttekontakt i løpet av 2017. Hos voksne er bildet annerledes. Helsetjenester i hjemmet er den tjenesten som blir brukt av de fleste voksne. Mens 30 prosent av ungdommene som mottok tjenester hadde helsetjenester i hjemmet, var andelen dobbelt så høy i aldersgruppen 20-24 år (59 prosent). Og andelen øker med alderen, til 74 prosent i gruppen 45-49 år.

Figur 3: Andel tjenestemottakere med hjemmebaserte tjenester, etter alder. 2017. (n=80 789 personer)



Kilde: IPLOS/KPR

Stort innslag av psykiske helsetjenester

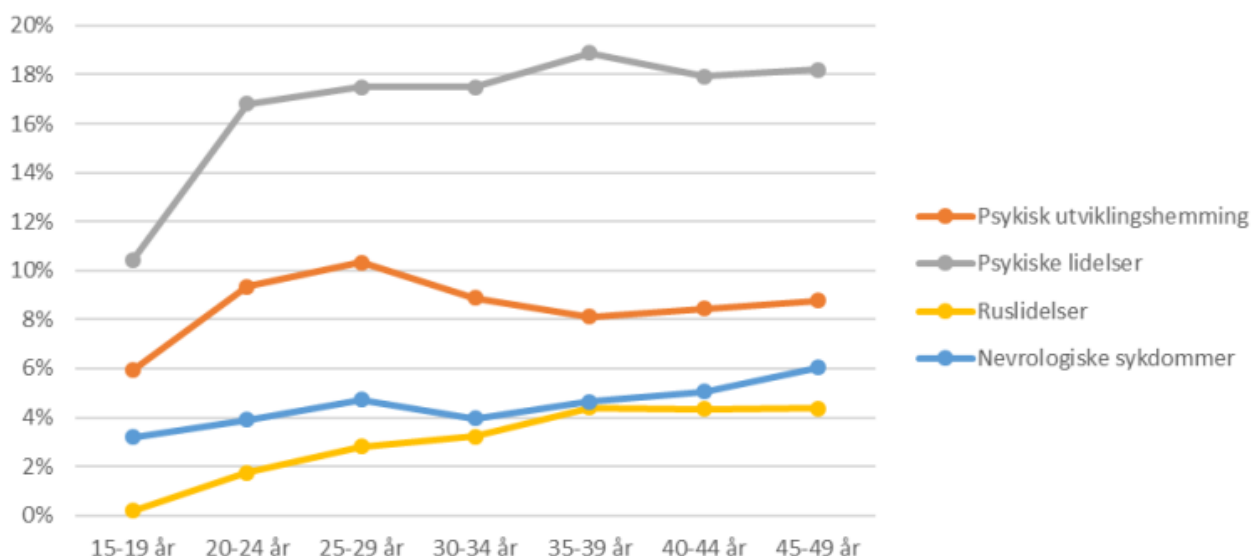
En kartlegging vi har gjort i fem kommuner viser at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende gjelder psykisk helsehjelp fra kommunene. På spørsmål om hvilke typer tjenester som inngår i rapporteringen av helsetjenester i hjemmet svarer kommunene eksempelvis ambulerende psykiske helsetjenester, psykiatrisk hjemmesykepleie, oppfølging psykisk helse og bo-oppfølging for psykiatri/rus. I tillegg kommer somatiske helsetjenester som hjemmesykepleie og vernepleie.

Stort innslag av psykiske helsetjenester

En kartlegging vi har gjort i fem kommuner viser at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende gjelder psykisk helsehjelp fra kommunene. På spørsmål om hvilke typer tjenester som inngår i rapporteringen av helsetjenester i hjemmet svarer kommunene eksempelvis ambulerende psykiske helsetjenester, psykiatrisk hjemmesykepleie, oppfølging psykisk helse og bo-oppfølging for psykiatri/rus. I tillegg kommer somatiske helsetjenester som hjemmesykepleie og vernepleie.

Registerdata bekrefter dette bildet. Selv om diagnoser er underrapportert ser vi at blant ungdom og voksne som har mottatt helsetjenester i hjemmet er diagnosegruppen psykiske lidelser den vanligste. I alt har 17 prosent av de som mottar helsetjenester i hjemmet en eller flere diagnoser relatert til psykiske lidelser. Personer med utviklingshemming utgjør den nest største diagnosegruppen med 9 prosent.

Figur 4: Andel mottakere med helsetjeneste i hjemmet registrert med diagnose, etter diagnosegrupper og alder (n=51 819).



Kilde: IPLOS/KPR

Fra hjemmesykepleie til helsetjenester i hjemmet

Utvikling av nye typer kommunale helsetjenester, herunder psykiske helsetjenester, kan være bakgrunnen for noe av den veksten av unge tjenestemottakere de siste årene. I tillegg har definisjonen for hva som skal inkluderes i innsendingen av kommunedata blitt endret. Mens det for 10 år siden var hjemmesykepleie som skulle innrapporteres åpner definisjonen i dag opp for at flere typer helsetjenester kan registreres, og tjenestene kan ytes både i og utenfor brukers eget hjem.

1.3 Eldre tjenestemottakere

Samhandlingsreformen har ført til at eldre pasienter skrives raskere ut fra sykehus og kommunale tjenester har blitt mer preget av medisinsk behandlingssfokus.

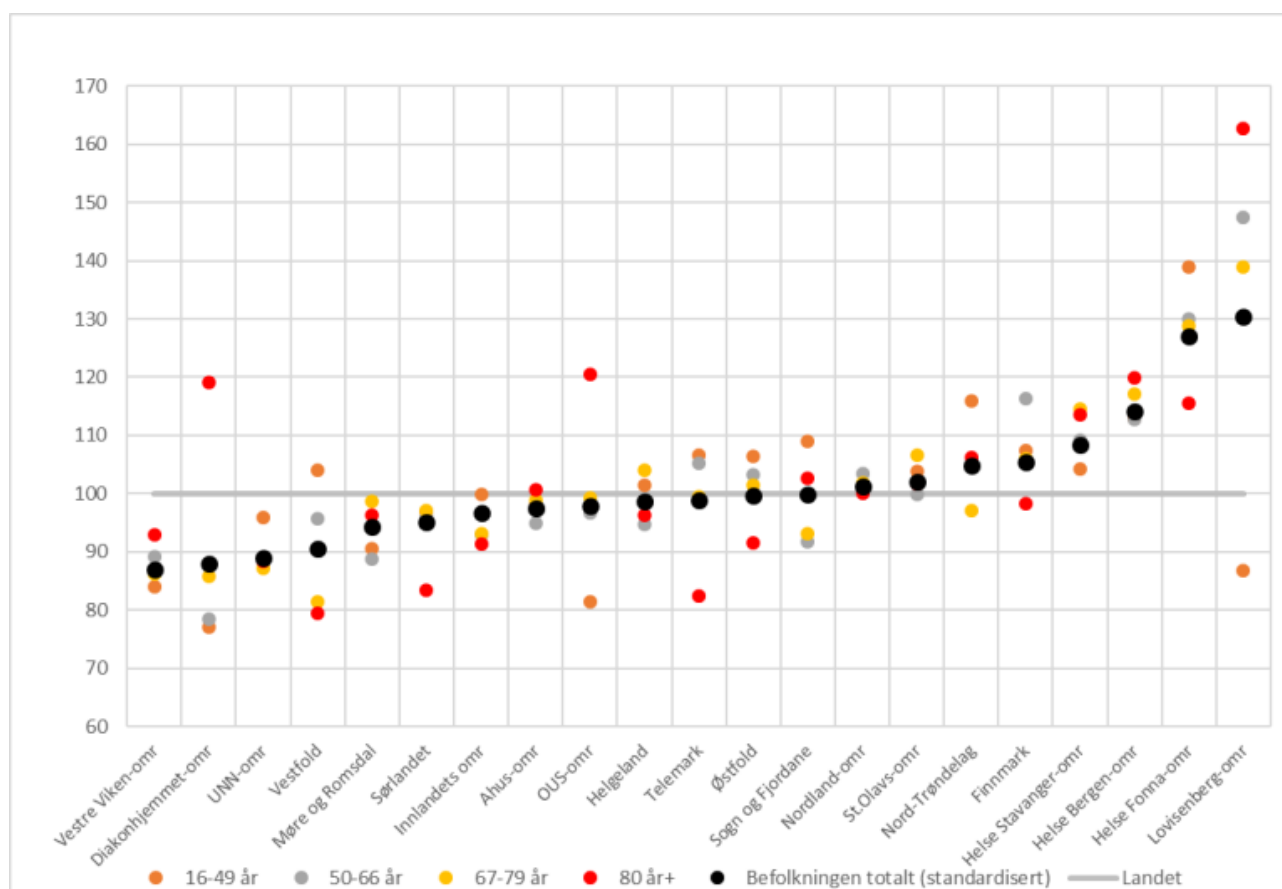
Helsedirektoratet har analysert utvikling og variasjon i bruk av tjenester for pasienter med behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester.[3] Ved å se på variasjon i et forløpsperspektiv, kan vi se helheten i behandlingsforløpet og sammenheng mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester før og etter innleggelse.

I rapporten «Helhet og sammenheng» analyserer Helsedirektoratet variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester mellom helseforetaksområder på flere områder, blant annet øyeblikkelig hjelp-innleggelser for eldre og sykehustjenester for eldre stormottakere.

Ø-hjelpsinnleggelser for eldre

Det er variasjon i ø-hjelpsinnleggelser i helseforetaksområdene for flere aldersgrupper, med størst variasjon for pasienter i alderen 80 år og eldre. Variasjonen er gjeldende både mellom og innenfor helseforetaksområdene, og det er flere årsaker til denne variasjonen. Ulikheter i befolkningens behov for helsetjenester kan være en forklaring, men også variasjon i fastlegetjenester og bruk av kommunalt øyeblikkelig- hjelp tilbud og reiseavstand til sykehus vil spille inn på ø-hjelps-henvisninger. Ø-hjelpsinnleggelser for potensielt forebyggbare diagnoser[4] utgjør nær en tredjedel av alle ø-hjelpsinnleggelser, og flest for aldersgruppene 50 år og eldre (30 prosent).

Figur 5: Ø-hjelpsinnleggelser (dag og døgn) for pasienter med utvalgte utskrivingsdiagnoser etter foretaksområde og alder. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet (=100). 2017



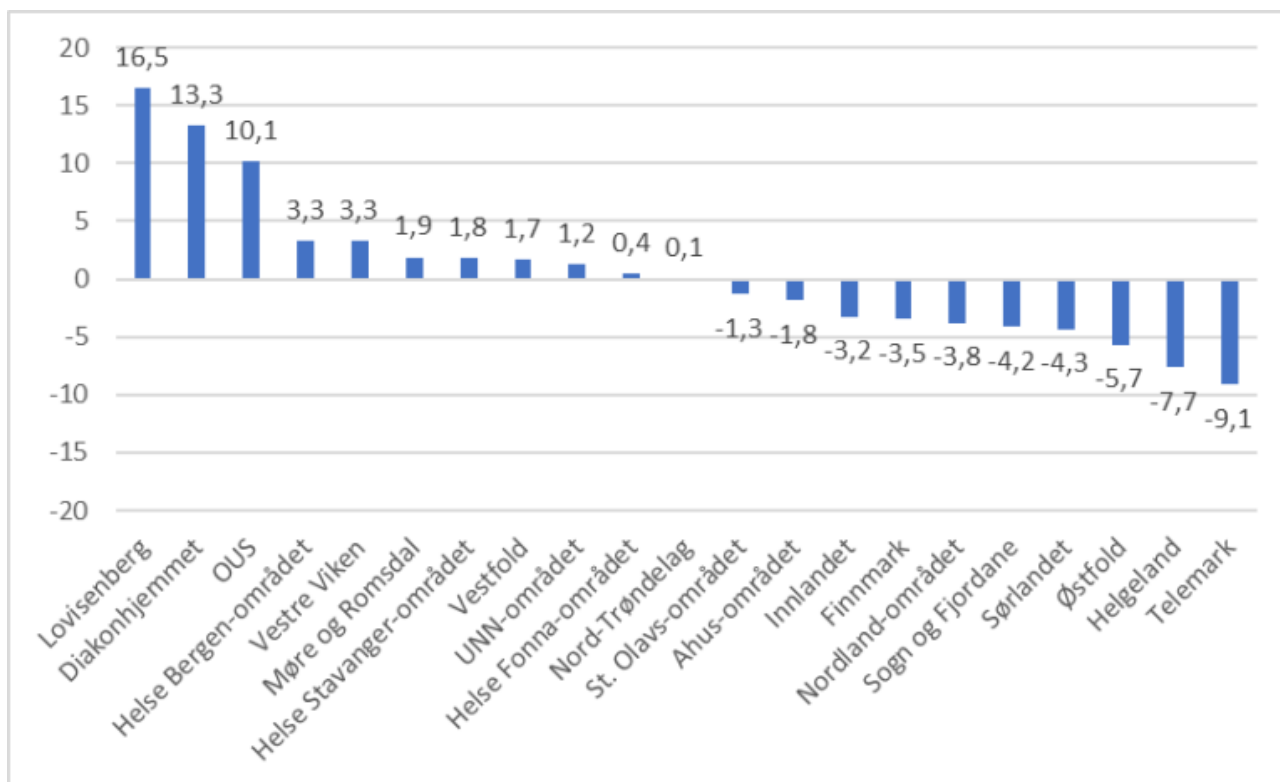
Kilde: Helsedirektoratet

Det er mange årsaksfaktorer for variasjon i ø-hjelpsinnleggelser, og for noen tilstander er det brede grenseflater mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Lokale variasjoner i tjenestetilbudet som forskjeller i kapasitet og medisinsk praksis kan gi ulik henvisningspraksis. Muligheten for samhandling mellom helsepersonell i primærhelsetjenesten og helseforetakene i konkrete vurderinger av pasienter, men også med hensyn til organisering av pasientforløp, er viktig for å unngå at for få eller for mange legges inn i sykehus.

Eldre stormottakere

I 2017 ble 63 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjenester brukt på 10 prosent av pasientene som blir omtalt som "stormottakere". Denne pasientgruppen er alvorlig syke og de største diagnosegruppene gjelder kreftdiagnoser og sykdommer i sirkulasjonssystemet. Blant stormottakerne er 50 prosent i alderen 67 år og eldre. Stormottakere lå i 2017 i snitt 5,5 dager på sykehus, men det er større variasjon mellom foretaksområdene for de eldste stormottakerne enn for de yngre stormottakerne.

Figur 6: Andel stormottakere i befolkningen etter foretaksområde, 80 år og eldre. Prosentavvik fra stormottakere i befolkningen nasjonalt. 2017



Kilde: Helsedirektoratet

Foretaksområdene i hovedstadsområdet (unntatt Ahus-området) har et høyere nivå av pasienter med høy ressursbruk for stormtakerne 80 år og eldre. (Dersom vi ser på alle stormtakerne har foretaksområder med en større bykommune, også hovedstadsområdet, en lavere andel stormtaker, med unntak av Lovisenberg).

Eldre stormtakerne er en pasientgruppe som i stor grad er avhengig av samarbeid mellom tjenestenivåene.[5] Ulik organisering og ulik oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester vil kunne forklare noe av variasjonen mellom foretaksområdene for eldre stormtakerne.

I rapporten «Helhet og sammenheng» er det mer utdypende analyser av ø-hjelpsinngelgelser, omfanget av stormtakerne og av andre typer tjenester blant pasienter med behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester.

[1] Hovedalternativet (MMM) forutsetter blant annet at levealderen fortsetter å øke og at fruktbarheten fortsatt går noe ned. Forsørgerbyrden vil øke (antall 65 år og/ eller antall under 19 år relativt til antall yrkesaktiv alder 20-64 år), og i 2033 vil det for først gang være flere i alderen 65 og eldre enn i alderen 0-19; altså en større forsørgerbyrde for eldre enn for yngre (ssb.no/befolkning).

[2] Helsedirektoratet 2019: Ungdom og voksne brukere av kommunale omsorgstjenester. IS-2809

[3] Helsedirektoratet 2019. Helhet og sammenheng. IS-2765

[4] Innleggelser som inngår i forebyggbare øyeblikkelig hjelpinnleggelser her er: influensa og lungebetennelse, atrieflimmer/flutter, brystsmerter, spesifikke mage/tarmlidelser, smerter i buk/bekken, urinveisinfeksjon, funksjonelle mage/tarmsykdommer, KOLS, hjertesvikt, cellulitt (hudinfeksjon), stensmerter/-sykdom, angina, ØNH-infeksjoner, epilepsi, gastroenteritt/dehydrering, astma, kramper, diabetes akutt og underlivsinfeksjoner.

[5] 62 % av stormtakerne på 80 år og eldre hadde et eller flere opphold som var registrert utskrivningsklart (behov for kommunale tjenester etter utskrivelse) i 2017.

Sammen med bruker, pasient og pårørende

2.1 Evaluere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse

Formål og hovedprioriteringer

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en rettighetsfestet ordning for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 bokstav d. En følgeevaluering av rettighetsfestingen startet opp i mai 2015 med en tidshorisont på 2 år.

Uni Research fikk i 2017 et tilleggsoppdrag (utløst opsjon) for å gå i dybden på spesielt to tema; Innhente data for å følge bruken av BPA for enkeltbrukere gjennom årene og se på endringer i hvilke tjenester som er gitt og omfanget av disse. I tillegg skulle de se nærmere på økonomi og ressursbruk i kommunene.

Resultatrapport 2018

Det er ikke levert noen egen rapport fra tilleggsstudien, men en oppsummering av hovedfunn fra hele evalueringen ble etter avtale levert i mars 2018.

Evaluator har påpekt at det har vært krevende å få gode evalueringsdata på grunn av at følgeevalueringen startet opp kort tid etter at rettighetsfestingen ble innført. Evalueringen trekker veksler på ca. to og et halvt års erfaringer med rettighetsfestet BPA, noe som ikke nødvendigvis fanger opp endringer og virkninger som kan vise seg på lengre sikt.

Det er vanskelig å trekke noen entydige konklusjoner ut fra det foreliggende materialet. Evalueringen synliggjør imidlertid noen viktige elementer som bør følges opp videre. Det er behov for mer dybdekunnskap om endringer for kommuner og ulike brukergrupper som følge av rettighetsfestingen.

En av hypotesene som ble fremmet ved innføring av rettighetsfestingen var at det ville bli en nedgang i antall eldre over 67 år som mottok tjenester organisert som BPA. Statistikk viser tvert imot at antall brukere innenfor denne aldersgruppen har økt fra 424 til 603 personer fra 2015 til 2017. [1]

2.2 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk

Formål og hovedprioriteringer

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

En tilskuddsordning 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 skal gjøres gjennom f.eks. fleksibel avlastning, opplæring, råd og tilpasset veiledning, sosiale nettverk, omsorgslønn med videre.

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten ble publisert i 2017. Målgruppen er helsepersonell, fagansvarlige og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak.

Resultatrapport 2018

I 2018 ble tilskuddsordningen "Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver" endret og utvidet til å omfatte utvikling av modeller for arbeid med barn som pårørende i kommunen. Helsedirektoratet mottok 52 søknader over tilskuddsordningen i 2018; 41 nye prosjekter og 11 videreførte. I alt ble 9 millioner utbetalt i 2018 til ulike prosjekter som omhandler utvikling av støtte til pårørende. Det ble innvilget helt eller delvis alle 11 pågående prosjekter og 22 nye, mens 20 søknader fikk avslag. 12 av de nye prosjektene inkluderer arbeid med barn som pårørende.

Nettstatistikken til Helsedirektoratet viser at pårørendeveilederen har vært relativt godt besøkt i 2018. Veilederen er lagt inn som en føring i tilskuddsordningen og dette bidrar til at den blir gjort kjent og tatt i bruk. I januar 2018 ble veilederen oppdatert i samsvar med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

I 2018 har Helsedirektoratet inngått avtale med BarnsBeste; kompetansenettverk ved Sørlandet sykehus, om å lage et e-læringsprogram om barn som pårørende i kommunen. Målgruppen er helse- og omsorgspersonell i kommunen. Programmet skal være ferdig til sommeren 2019.

2.3 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 2018

Det var i 2018 i alt 59 tilskuddsordninger rettet mot frivillige organisasjoner og stiftelser. 39 av disse var øremerket bestemte mottagere. Frivillige organisasjoner og stiftelser fikk utbetalt ca. seks prosent eller 927,6 mill. kroner av Helsedirektoratets tilskuddsmidler i 2018. Av dette gikk 732,2 mill. kroner til organisasjoner som arbeider med psykisk helse og rus.

På kapittel 0761 Omsorgstjenester var det ni ordninger hvor det ble utbetalt 39 mill. kroner eller 4,3 prosent av den totale bevilgningen til frivillige organisasjoner og stiftelser. Derne hadde frivilligheten syv ordninger over kapittel 0781 Forsøk og utvikling, hvor det ble utbetalt 52 mill. kroner eller 5,6 prosent. Kapittel 0781 Forsøk og utvikling mv. inneholder tilskudd (post 79) til svært forskjellige formål og organisasjoner. Seks av tilskuddsordningen var øremerket for organisasjoner som drifter nasjonale oppgaver[2], og hit gikk i alt 45,9 mill. kroner. I tillegg ble InnoMed; innovasjon i helse- og omsorgssektoren, innvilget midler i 2018.

[1]SSB. Statistikkbanken. Tabell 11642

[2] Diabetesforbundet, Stiftelsen Organdonasjon, Kreftlinjen (Kreftforeningen), Norsk pasientforening, Landsforeningen uventet barnedød, Barn som pårørende og Rekruttering av blodgivere (Røde Kors).

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste / den nye hjemmetjenesten

3.1 Forebygging, kultur og aktiv omsorg

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 få til en venstrevridning i omsorgstjenesten med 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 navneendringer og regelverksendringer. I forbindelse med et anmodningsvedtak i Stortinget ble det bestemt at tilskuddsordningen, fra 2017, skulle åpne opp for en utvidet målgruppe slik at ikke bare seniorer og eldre, men også andre grupper som sto i fare for ensomhet og passivitet skulle inkluderes. Navnet ble endret til Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet.

Resultatrapport 2018

Tilskuddsordningen ble evaluert i 2018 av Oslo Economics. 500 000 kroner av bevilgningen på 18,8 mill. kroner ble benyttet til evalueringen. I 2018 var det dermed 18,3 mill. kroner til fordeling over statsbudsjettet. I 2018 mottok Helsedirektoratet 233 søknader til de utlyste midlene. Det samlede søknadsbeløpet var på i overkant av 98 mill. kroner. Tilskudd ble innvilget 43 store og små prosjekter rundt i hele landet. Mottakerne var kommuner og bydeler, frivillige organisasjoner og stiftelser, med overvekt av kommuner, gjerne i samarbeid med frivillige. Flerårige prosjekter er videreført, og flere nye flerårige prosjekter er innvilget.

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. Tilskuddsordningen er godt kjent blant potensielle søkere og regnes som attraktiv og verdifull for søkergruppen. Ca. 70 % av alle landets kommuner hadde per 2018 søkt på tilskuddsordningen. Selv om det ikke blir stilt direkte spørsmål om videreføring av tiltaket etter at prosjektet er over, går det fram av evalueringsrapporten at tiltakene ofte lever videre, enten ved at frivillige fortsetter innsatsen, eller ved at kommunene overtar finansieringen. Etter at målgruppen ble endret og utvidet fra og med 2017 er det færre prosjekter som bare retter seg mot eldre. Oslo Economics anbefaler at tilskuddsordningen videreføres som en forholdsvis vid ordning uten større endringer i form og innhold. De påpeker noen suksesskriterier og noen forslag til videreutvikling og justeringer, bl.a. om rapporteringsrutiner.

Suksesskriteriene som påpekes er:

- At tiltaket er et lavterskeltilbud
- At tiltaket innebærer samarbeid med flere aktører og involvering av frivillige
- At tiltaket oppnår høy deltakelse
- At tiltaket gjerne er langvarige prosjekt av større økonomisk omfang.

Foruten enklere og bedre rapporteringsrutiner, anbefaler Oslo Economics tydeligere satsing på samarbeid mellom forskjellige aktører og at samarbeid videreføres som et sentralt vurderingskriterium i søknadsbehandlingen. Oslo Economics påpeker også en noe ujevn geografisk fordeling av søknadene der det er færre søknader fra kommunene i de nordligste fylkene og fra Hedmark, men her har de ikke tatt høyde for det forholdsvis lave befolkningsgrunnlaget i disse fylkene og søknader til prosjekter i regi av frivillige.

Vurdering

Mye av det som kommer fram i evalueringsrapporten er i tråd med Helsedirektoratets inntrykk av tilskuddsordningen. Vår oppfatning er at ordningens formål er i tråd med intensjonene i regjeringens strategi for å forebygge ensomhet (lansert i den siste folkehelsemeldingen) og *Leve hele livet*-reformen. Av evalueringen framgår det at spesielt samarbeidsprosjekter mellom kommuner og frivillige organisasjoner har stort potensiale for å lykkes og at kommunene også har potensiale for å få til samarbeid med flere ulike organisasjoner. Om målet er varige, gode møteplasser så mener Helsedirektoratet at det er viktig å satse på kommunene som motorer i samarbeidet.

I løpet av perioden 2013 til 2018, har Helsedirektoratet mottatt totalt 1 230 søknader om tilskudd og det er innvilget om lag 280 søknader, noe som betyr at veldig mange søkere får avslag.

Det vil være en utfordring å imøtekomme behovet både for geografisk spredning og større prosjekter innenfor dagens ramme for tilskuddsordningen. Det er derfor behov for å vurdere hvordan ordningen kan imøtekomme anbefalingene som er kommet slik at denne tilskuddsordningen kan bli et godt redskap for gjennomføring av regjeringens strategi for å forebygge ensomhet. Helsedirektoratet vil komme tilbake med nærmere forslag til hvordan ordningen kan innrettes for diskusjon med departementet.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Formål og hovedprioriteringer

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtafestet 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; og 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. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Opplæringsprogrammet skal evalueres i 2019.

Resultatrapport 2018

I 2018 har 1310 personer fra 16 fylker fått opplæring i Musikkbasert miljøbehandling. Kurstilbudet utvikler seg mot nye målgrupper. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er sentral samarbeidspartner.

Fritidsaktivitet med assistanse

Nettstedet fritidforalle.no hadde frem til 2017 bevilgninger på 950 000 kroner over statsbudsjettet til drift av nettstedet. Fritidforalle.no hadde som mål å bidra til spredning av resultater fra utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning. Denne bevilgningen opphørte fra 2018. Nettsitet driftes nå videre som en integrert del av aktivitetene til Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Veiledningsmateriell 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. Senter for omsorgsforskning vest gjorde i 2017 en oppsummering av kunnskap om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre som er publisert på helsebiblioteket.no. Fra 2018 inngår forebyggende hjemmebesøk og tilhørende veiledningsmaterieell som et viktig verktøy for reformen Leve hele livet.

3.2 Lindrende behandling ved livets slutt

Målet er å få til en styrking av tiltak og økt kompetanse i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I kjølvannet av en fagrapport som kom ut i 2015,^[1] er det iverksatt flere gode tiltak og aktiviteter. En viktig milepæl var Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase som ble ferdigstilt og lansert i september 2018. ^[2]

Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens ble igangsatt i 2016 i samarbeid med Aldring og helse. Det er også utviklet e-læringskurs for helsepersonell om demens. E-læringskurset er utarbeidet i to versjoner. Den første versjonen er beregnet på sykepleiere og helsefagarbeidere, og ble ferdigstilt sommeren 2018. Den andre varianten er for leger, og ble klar til bruk tidlig i 2019. Lindrende behandling til personer med demens inkluderes nå også i opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC, som oppdateres i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens og andre nasjonale føringer.

Opplæringspakke for helsefagarbeidere innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er utarbeidet, pilotert og er spredd til åtte fylker gjennom utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. I 2018 har alle utviklingssentrene, med unntak av ett, deltatt på introduksjonsdag samt hatt erfaringsutveksling om opplæringspakken.

Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling for barn

Formål og hovedprioriteringer

Rapporten fra 2015 synliggjorde behovet for å styrke kompetansen i barnepalliasjon for helsepersonell. Det ble utgitt en nasjonal faglig retningslinje for barnepalliasjon i 2017. For å oppnå god basiskompetanse har etablering av videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå for sykepleiere vært en hovedprioritet. Studiets mål er å kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon.

Resultatrapport 2018

Det har vært gjennomført flere regionale møter om samhandling i barnepalliasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i tillegg til informasjonsmøter med aktuelle grupper av

helsepersonell. Bl.a. implementeringsmøter med alle regionsykehusenes barneavdelinger og deres samarbeidspartnere og flere møter med faggrupper i pediatri, samarbeidsgrupper mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste og bydelsdirektørene i Oslo.

OsloMet gjennomfører en følgeevaluering av implementeringen av retningslinjen som ferdigstilles i 2019.

OsloMet fikk oppdraget med å etablere videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere. Første kull ble uteksaminert desember 2017, mens kull nummer to ble uteksaminert i desember 2018. I denne forbindelse ble det også arrangert et heldagseminar i barnepalliasjon ved OsloMet. Ultimo oktober 2018 ble en ny programplan for "Tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon" godkjent av OsloMet. Læringsutbyttebeskrivelsene i studiets program- og emneplaner er på mastergradsnivå. Det arbeides for at denne videreutdanningen i barnepalliasjon også skal spres til andre mastergradsutdanninger innen helse- og sosialfag.

Det arbeides godt med videreutdanningen i barnepalliasjon ved OsloMet, der Helsedirektoratet deltar i diskusjoner om videreutvikling og forbedringer i utdanningstilbudet. Det er stor interesse og sterke ønsker om etablering av et team i hver sykehusregion. Flere av deltakerne ønsket å gå inn i sentrale stillinger for å kunne starte etablering av barnepalliative team i regionssykehusene. I forbindelse med implementeringsmøter i alle sykehusregioner oppgis trang økonomi som hovedårsak til at man foreløpig ikke har kunnet starte etablering av barnepalliative team. OUS planlegger å starte et regionalt barnepalliasjonsteam våren 2019[3]

Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet, og bidra til kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. 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. Målgruppen er pasienter som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, uavhengig av bakenforliggende diagnose, og deres pårørende.

Resultatrapport 2018

Fem fylkesmannsembeter har, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling, forvaltet tilskuddsmidler til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt - på oppdrag fra Helsedirektoratet. Tilskuddsordningen retter seg mot kommunene. Fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vestfold, Hordaland, Trøndelag og Troms tildelte i 2018 totalt kr 14 129 000 i tilskuddsmidler til oppstart eller videreføring av prosjekter på området.

Mange av prosjektene er interkommunale og/eller i samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. 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. Helsedirektoratet har et årlig planleggingsmøte med fylkesmannsembetene og kompetansesentrene for lindrende behandling om tilskuddet.

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.

Resultatrapport 2018

Det ble utbetalt tilskudd til to søkere i 2018: Foreningen for barnepalliasjon og Sykehusklovnene. Sykehusklovnene fikk tilskudd for å øke kompetansen til sykehusklovner innen fagfeltet barn og unge i palliativ behandling, slik at de kan tilegne seg ny kunnskap på dette området og samtidig kunne dele kunnskap med tverrfaglige team om kommunikasjon med barn og unge i unntakstilstand. Foreningen for barnepalliasjon fikk tilskudd til å gi informasjon for å øke kunnskap om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom. Arbeidet omfatter utvikling av en praktisk håndbok/veileder til pårørende, legge til rette for likemannstøtte og arbeid, gjennomføre spørreundersøkelse og evalueringer for å øke kunnskap om pårørendes situasjon, samt gi råd og veiledning.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS)

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen skal bidra til å løfte kompetansen og innovasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og styrke oppfølgingen og behandlingen av personer med demens og annen alvorlig sykdom gjennom god smertebehandling samt god palliativ omsorg i livets slutfase.

Resultatrapport

I løpet av 2018 står SEFAS bak 20 vitenskapelige publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter. SEFAS driver utstrakt undervisning og kursing i forbindelse med implementering av forskningsbasert kunnskap. Flere enn 75 presentasjoner har bidratt til å spre forskning innen alders- og sykehjemsmedisin. Det er formidlet forskning på flere enn 50 nasjonale/internasjonale konferanser i 6 forskjellige land.

Det er forelest for og veiledet nær 500 studenter ved universitet/høgskole/fagskole om personer med demens, lindring, omsorg og behandling ved livets slutt, eldre og søvn, smertevurdering og -behandling, verdighet, forskningsdesign og metode.

Leder for SEFAS, Bettina Husebø, har ansvar for emneundervisning i palliativ-, alders- og sykehjemsmedisin på medisinstudiet ved UiB. Der det blant annet arrangeres en egen uke om eldremedisin og alders- og sykehjemsmedisin. I tett samarbeid med senter for tverrfaglig profesjonell samarbeidslæring (TVEPS), arbeider SEFAS med å tilby tverrprofesjonell praksis til sine studenter på helsefag. 800 studenter får praksis på sykehjem, hjemmetjeneste eller lignende.

SEFAS har seks pågående forskningsprosjekt i 2018. I 2018 var 18 personer ansatt eller tilknyttet SEFAS. Av disse er det åtte stipendiater og en postdoktor.

Frivillighetskoordinatorer

Formål og hovedprioriteringer

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige gis det støtte til opplæring gjennom Verdighetssenteret i Bergen. Satsingsområdene er de nasjonale opplæringsprogrammene Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom og Frivillighetskoordinering – eldreomsorg. Målgruppene for de to programmene er henholdsvis ansatte som er eller skal bli frivillighetskoordinatorer i eldreomsorgen, og tverrfaglig helsepersonell og andre som arbeider med sårbare gamle, alvorlige syke og døende. Tilskuddet skal bidra til kompetanseheving for ansatte og andre i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i eldreomsorgen. Midlene skal videre bidra til kompetanseheving om omsorg ved livets slutt for fagutdannet helsepersonell og økt kommunikasjon på tvers i helse- og omsorgstjenestene. Med «omsorg ved livets slutt» mener Verdighetssenteret omsorg til sårbare gamle og deres pårørende i et lengdeperspektiv, dvs. både mens den gamle er tilknyttet hjemmetjenesten, bor på institusjon og frem til døden inntreffer, herunder ivaretagelse av

pårørende etter dødsfall. God kompetanse i de ulike fasene er avgjørende for å f.eks. unngå unødvendige sykehusinnleggelser og for at den gamle skal få en trygg og verdig avslutning på livet.

Målgruppen for utdanningen av frivillighetskoordinatorer (FRI) er personer i ulike roller som organiserer frivillig innsats i eldreomsorgen: ansatte i helse- og omsorgssektoren, frivillige organisasjoner, frivilligsentraler og andre som samarbeider 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. Foredragsholderne 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.

Resultatrapport 2018

Omsorg mot livets slutt (OLS) ble i 2018 revitalisert og endret i denne sammenheng navn til PEO (palliativ eldreomsorg). 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.

I 2018 ble det gjennomført tre kull på FRI (frivillighetskoordinatorer eldreomsorg), ett i Bergen og to i Oslo. Siden oppstart i 2011 har over 350 deltakere fra 17 fylker og 113 kommuner gjennomført utdanningen. OLS/PEO hadde i 2018 to fulltallige kull. Omkring 400 ansatte fra 101 kommuner i alle landets fylker har gjennomført etterutdanningen.

3.3 Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver

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.

Strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester i samsvar med et økende antall personer med demens og deres pårørende.

Resultatrapport 2018

Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

Brukerbehov og brukerinvolvering

Helsedirektoratet startet i 2016 arbeidet med å innhente et bredere kunnskapsgrunnlag om behovene til personer med demens og deres pårørende. Kunnskapsgrunnlaget skal gi grunnlag for å utvikle verktøy for brukerinvolvering som gjør at personer med demens og deres pårørende kan involveres i beslutninger som angår dem. Det vil også kunne gi grunnlag for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens og deres pårørende. Planleggingen av selve arbeidet med verktøy for brukerinvolvering er i gang, og arbeidet vil pågå i 2019 og 2020.

Brukerskoler for personer med demens

14 kommuner har vært med i et utviklingsprosjekt om systematisk oppfølging etter demensdiagnose, der også «brukerskoler» for personer med demens testes ut. Kommunene fikk tilskudd høsten 2016 og hadde frist for levering av sluttrapporter ved utgangen av 2018. Våren 2019 vil Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse levere ekstern evaluering av prosjektene.

Kvalitetsindikatorer

Dagaktivitetstilbud for personer med demens og personer med kognitiv svikt, ble lansert som kvalitetsindikator i 2017. Det arbeides nå med forslag til kvalitetsindikatorer for fastlegers arbeid med demens.

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

Demensplan 2020 inngår nå i handlingsplanen for NCD-strategien. På den internasjonale Alzheimerdagen i september, gjennomførte Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, i samarbeid med Helsedirektoratet, informasjonskampanjen "Demenspilla", om forebygging av demens. Flere kommuner var engasjert i gjennomføringen av kampanjen.

Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Nasjonal faglig retningslinje om demens

Nasjonal faglig retningslinje om demens ble publisert i 2017. Retningslinjen omfatter utredning av demens, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Gjennom hele 2018 har det vært gjennomført tiltak for å gjøre demensretningslinjen kjent i ulike fagmiljøer, blant annet gjennom foredrag. Det arbeides nå med å utarbeide veiledningsmaterieell knyttet til retningslinjen, så som oppdatering av skjema for basal demensutredning og håndbok om utvidet demensutredning. Høsten 2018 er det arbeidet med å konvertere demensretningslinjen til Helsedirektoratets nye mal for retningslinjer.

Tiltak rettet mot den samiske befolkningen

Som del av Demensplan 2020 er det i 2018 utarbeidet og oversatt til nordsamisk materieell om demens rettet mot den samiske befolkningen. Dette omfatter både oversettelse av brosjyrer om demens, rettigheter, vergemål og lignende til samisk språk, oversettelse av utredningsverktøy for demens, [opplysningsfilmen Åpenhet om demens](#) med mer. Materiellet som retter seg mot den samiske befolkningen er samlet på en egen [nettside](#) hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Systematisk oppfølging etter demensdiagnose

I 2016 ble det gitt tilskudd til kommuner som ønsket å delta 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 har fått oppfølging underveis - av prosjektgruppen som består av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Prosjektene leverte sluttrapporter ved utgangen av 2018, og ekstern evaluering av prosjektene vil bli levert våren 2019. I etterkant skal det utarbeides veiledningsmaterieell.

Aktivitet, mestring og avlastning

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Helsedirektoratet ga i 2018 tilskudd til 583 nyopprettede plasser av dagaktivitetstilbud for personer med demens, og 3390 videreførte plasser opprettet i perioden 2012-2017, slik at tilskuddsordningen i 2018 totalt har

bidratt til drift av 3974 hele plasser med om lag 7871 brukere. Tilskuddet omfatter tilbud i 77 prosent av kommunene. Tilskuddet forvaltes nå av Helsedirektoratet, ved avdeling tilskudd.

Pårørendeskoler og andre tiltak rettet mot pårørende til personer med demens

Aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens, på vegne av Helsedirektoratet. Det ble i 2018 gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 321 pårørendeskoler og samtalegrupper, herunder 166 pårørendeskoler og 155 samtalegrupper. Tilbudene fordeler seg på 291 kommuner, dvs. 69 prosent av kommunene. Foreløpig opptelling for 2018 viser 3655 registrerte deltagere på pårørendeskolene og 1211 deltakere i samtalegruppene. I 2018 var det 126 søkerinstanser som oppga at de samarbeidet med til sammen 137 instanser i frivillige organisasjoner, herav 107 instanser i Nasjonalforeningen for folkehelse.

På vegne av Helsedirektoratet arrangerer også Aldring og helse nasjonale kurstilbud rettet mot pårørende til yngre personer med demens, og forvaltet tilskudd knyttet til tilbudene. Status for gjennomføring av nasjonale pårørende-kurstilbud med tilskudd fra Demensplan 2020 for 2018 er:

- «Møteplass for mestring» - der en «yngre» person med demens deltar sammen med partner, er det gjennomført seks basiskurs.
- «Tid til å være ung» - som er kurs for unge voksne barn til personer med demens, er det arrangert 2 helgekurs.
- Det er arrangert én sommerleir «Hvem ser meg?» Leiren arrangeres for mindreårige barn som har en forelder med demens, der barn deltar med frisk forelder.

Som del av oppdraget fra Helsedirektoratet på Demensplan 2020 er det også arrangert kurs for andre grupper av pårørende til personer med demens. I tillegg er det utarbeidet diverse veilednings- og opplysningsmateriell på området. Noe av dette retter seg spesielt mot den samiske befolkningen, innvandrerbefolkningen, eller mot pårørende til personer med utviklingshemming og demens.

Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Tjenester til hjemmeboende personer med demens

I 2017 ble det gitt tilskudd til kommuner som ønsket å delta i utviklingsprosjekt for personer med demens som bor hjemme, og som har betydelige behov for hjelp. Målet med utviklingsprosjektet er både 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, og samtidig bedre ressursutnyttelse for kommunene. 14 prosjekter er etablert, der kommunene skal prøve ut ulike arbeids- og organisasjonsformer av hjemmetjenester, samt hvordan hjemmetjenester bedre kan kombineres med andre tiltak som dagaktivitets- og avlastningstilbud, koordinator, individuell plan og lignende - i siste fase før heldøgns omsorgstjeneste gis. Prosjektgruppen består av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Deltagerkommunene får oppfølging underveis, både individuelt og gjennom samlinger for kommunene. Prosjektene skal levere sluttrapporter over sommeren 2019, og det skal også gjennomføres en ekstern evaluering av prosjektene.

Samarbeid med andre satsingsområder og aktører

I arbeidet med Demensplan 2020 er det tett kontakt med oppfølging av viktige satsingsområder i Primærhelsetjenestemeldingen, som Primærhelseteam og Oppfølgingsteam. Det er også tett kontakt med

områder som lindrende behandling, tvungen helsehjelp, Velferdsteknologiprogrammet, Kompetanseløft 2020, Pårørendeprogrammet og *Leve hele livet*. Flere av områdene omfattes av Nasjonal faglig retningslinje om demens, samt i nye revidert utgave av demensomsorgens ABC.

Helsedirektoratet har jevnlige samarbeidsmøter med Husbanken, blant annet om kravet om tilrettelegging for demens knyttet til investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger. Våren 2018 ble det arrangert en konferanse om boliger for eldre, i samarbeid mellom Husbanken, KS og Helsedirektoratet.

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 flere ABC-grupper.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte som har deltatt i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Fra 2007 er totalt 52377 ABC-permer registrert påbegynt og/eller fullført. Ved årsslutt 2018 var det registrert pågående opplæring av 4 756 aktive deltakere i 169 kommuner i 18 fylker. 26 lokale fagmiljø er aktive underleverandører for opplæringen, blant annet ved å arrangere fagseminarene. Gjennom 2018 er det arbeidet med revidering av opplæringsmaterialet for Demensomsorgens ABC. Ny perm 1 ble lansert høsten 2018, mens ny perm 2 blir klar i 2019. Revidert opplæringsmaterieill avspeiler tydeligere føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens og Demensplan 2020.

Undersøkelse av forekomsten av demens i Norge

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse av forekomsten av demens i Norge (prevalensundersøkelse). Datainnsamlingen gjennomføres sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4), som suppleres med storbydata fra Trondheim. Datasamling går som planlagt, og rapport vil foreligge i 2020. Resultatene vil kunne gi et viktig grunnlag for kommunal og nasjonal planlegging.

Videreføring av prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)

Sykehuset Innlandet ved Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom -- tidligere Alderspsykiatrisk forskningssenter - viderefører i 2018 og 2019 deler av Redic-prosjektet, som har pågått på ulikt vis siden 2011. Arbeidet foregår på oppdrag fra Helsedirektoratet og omfatter nå å framskaffe ytterligere kunnskap om demenssykdom i sykehjem, så som symptomer, livskvalitet og ressursbruk, å undersøke hva som kjennetegner personer som lever lenge i sykehjem, samt hvilke forhold som er assosiert med lang overlevelse i sykehjem. Sluttrapport skal foreligge innen mars 2020.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens

Hvert fjerde år skal det gjennomføres nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Siste kartlegging ble gjennomført i oktober 2018, med puring i november og desember. Analyse av data begynte i januar 2019 og utføres av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Rapport vil foreligge sommeren 2019.

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". Første hovedmål i planen er at 75 prosent av alle land skal ha en plan for demensområdet innen 2025. WHO vil følge arbeidet i de ulike landene gjennom portalen Global Dementia Observatory (GDO), som ble lansert i desember 2017.

- Samarbeid om demens i regi av WHO:

WHO forventer at det leveres nasjonale data til Global Dementia Observatory hvert andre til tredje år. Helsedirektoratet leverte for første gang norske data til WHOs Global Dementia Observatory i august 2018.

- Nordisk demensnettverk:

Nettverket startet opp i 2015 med midler fra Nordisk ministerråd. Nordens velferdssenter har sekretariats- og driftsansvar for nettverket, mens formannskapet går på omgang mellom de nordiske landene – og følger formannskapet for Nordisk ministerråd. Nettverket organiseres med en overordnet koordineringsgruppe og underliggende temanettverk. Direktorat/"styrelser" og ett nasjonalt kompetansemiljø fra hvert land eller selvstyrt område er invitert til å delta i koordineringsgruppen. Fra Norge deltar Helsedirektoratet, ved avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det ble avholdt to møter i nettverket i 2018. I tillegg arrangerte Nordens velferdssenter et seminar om urfolk/samer og demens, med tanke på å vurdere behovet for et temanettverk om dette emnet.

- Joint Action – "Act on Dementia":

Joint Action er et myndighetssamarbeid under EUs Helseprogram, og omfatter EU og EØS-land. Helsedirektoratet, ved avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet som «associated partnere» i Joint Action "Act on Dementia", som varer i perioden 2016 –2019 og ledes av Skottland. Norge deltar i to arbeidspakker; én om utredning av demens og oppfølging etter diagnose - som ledes av Frankrike, og én om heldøgns omsorgstjenester - som ledes av Norge ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

- Group of Governmental experts on Dementia:

Møtene i denne europeiske ekspertgruppen, som er ment for representanter for myndighetene, ble fram til og med 2017 arrangert av EUs helsedepartement. Manglende kapasitet i EUs helsedepartement bidro i 2018 til at gruppen ble videreført i regi av Italia, Nederland og Skottland som leder Joint Action "Act on Dementia", i samarbeid med Alzheimer Europe.

Helsedirektoratet, ved Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, deltok på møtet som ble arrangert i Brussel i desember 2018. WHO, OECD og EUs helsedepartement var tilstede og informerte om internasjonale tiltak og føringer.

Resultatrapport 2018

Helsedirektoratet har i 2018 arbeidet med iverksetting av tiltak i Demensplan 2020 i henhold til styringsdokument utarbeidet i 2016. Arbeidet med tiltak som er planlagt gjennomført i andre halvdel av planperioden er under oppstart i perioden høsten 2018 til våren 2019, så arbeidet knyttet til Demensplan 2020 er i rute.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Pårørendeskoler og samtalegrupper må sies å være tilgjengelig i hele landet, selv om det ikke er grunnlag for å arrangere kurs eller grupper hvert år i alle

kommuner. Alle kommuner som har søkt om dagaktivitetstilskudd for personer med demens, og som har oppfylt tilskuddskriteriene, har fått innvilget tilskudd.

Det er satt i gang flere tiltak for å øke kunnskap om demens og hva som er gode tjenester, og Helsedirektoratet deltar i viktig internasjonalt samarbeid om demens.

Kommunene i utviklingsprosjektene Systematisk oppfølging etter demensdiagnose og Tjenester til hjemmeboende personer med demens, omfatter om lag 35 prosent av befolkningen i Norge. I etterkant skal kunnskap og erfaringer spres til andre kommuner. Kommunene som er med i prosjektene er oppfordret til å etablere samarbeid med sitt lokale utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og mange av prosjektene har etablert slikt samarbeid. Dette har betydning når erfaringer og modeller fra utviklingsprosjektene skal spres til andre kommuner.

3.4 Kompetanseløft 2020

Det vises til egen rapportering for Kompetanseløft 2020. Her gis omtale av noen få tiltak.

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 utviklingshemmede.

Resultatrapport 2018

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse oppdrag om å utvikle det nasjonale kompetansetiltaket mitt livs ABC og implementere det i landets kommuner.

Mitt livs ABC består av 2 permer med 10 hefter hver. Hvert hefte er tilgjengelig på papir og i en elektronisk versjon. På nettsiden er det også tilhørende videofilmer og lydfiler av heftene. Perm 1 var, med unntak av noen elektroniske ressurser, ferdigstilt og tatt i bruk i 2017. Arbeidet med perm 2 er forsinket og planlegges ferdigstilt innen 1. juni 2019. Ved utgangen av 2018 har 3068 personer i 242 kommuner i 18 fylker startet med mitt livs ABC. Av disse er det 918 personer så langt som har fullført perm 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.

Resultatrapport 2018

Helsedirektoratet inngikk våren 2015 avtale med Handelshøyskolen BI om gjennomføring av lederutdanningen i tett samarbeid med KS. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Rambøll Management Consulting AS har hatt i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av lederutdanningen fra oppstart og ut 2020.

Kull 4 startet opp i august 2018^[4], med 216 studenter fordelt på 4 klasser. Av disse var 77 prosent kvinner. Det ble opprettet en egen klasse ved BI campus Trondheim som særlig skal dekke søkere og studenter fra region

Trøndelag nord og Nordland. Det ble samarbeidet med Fylkesmannen i disse to fylkene for å markedsføre utdanningstilbudet.

Studentene har variert utdanningsbakgrunn, kommer fra mange ulike deler av primærhelsetjenesten og har lederansvar på ulike nivåer. Nærmere 60 prosent av lederne jobber innen helse, omsorg- og hjemmebaserte tjenester og i psykisk helse og rus. De fleste deltakere har sykepleier-utdanning (130). I tillegg deltok 22 tannleger, 18 leger, 14 fysioterapeuter, 16 vernepleiere og 25 med annen utdanningsbakgrunn. 9 av legene i kullet er ledere av Helsedirektoratets pilot for primærhelseteam.

Søker- og opptakstall har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015 – 2018. For hele perioden har 672 gjennomført lederutdanningen. Antall søkere økte med 53 prosent fra 2017 til 2018 (fra 444 til 682 søkere). Ved utgangen av Kompetanseløft 2020 vil over 1 000 ledere ha gjennomført utdanningen.

Det gjennomføres 6 samlinger i løpet av året, der en modul legges til Danmark på Suddanske Universitet i Kolding våren 2019. Høsten 2019 vil samme antall studenter som i 2018 starte med tre klasser lokalisert i Oslo og Bergen.

BI har planlagt tre fokusområder for utvikling i programmet i 2019; 1) Brukerperspektivet mer inn i programmet, gjennom å trekke inn erfaringer fra pasienter og pårørende, referansegrupper, tidligere studenter og andre, blant annet som gjesteforelesere 2) Tilby Alumni, det vil si faglig påfyll for gruppen av tidligere studenter og 3) Produsere faglig innhold i digitalisert form.

3.5 Utvikling gjennom kunnskap

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 2018

Gjennom etablering av Omsorgsbiblioteket og Tidsskriftet for omsorgsforskning er det etablert plattformer for forskningsformidling som har økt tilgjengeligheten til forskningsbasert kunnskap innenfor temaer som er relevante for Omsorg 2020. Første nummer av Tidsskriftet ble utgitt i 2015, og det har siden vært utgitt to til tre nummer årlig. I 2018 ble det utgitt tre nummer. Tidsskriftet er godkjent som nivå 1-tidsskrift og tidsskriftet er fra og med 2018 et "open access"-tidsskrift.

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.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Formål og hovedprioriteringer

Utviklingssentrene 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 vil sette 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 2018

I 2018 har utviklingssentrene hatt høy aktivitet innenfor satsingsområdene Demensplan 2020, velferdsteknologi, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming og lindrende omsorg og behandling.

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

Utviklingssentrene har også samarbeid om utviklingsprosjekter. I 2018 har flere utviklingssentre blant annet jobbet sammen om temaet klinisk observasjonskompetanse i kommunen. De utarbeider en opplæringspakke til bruk for kompetanseheving i kommunen.

I 2018 ble utviklingssentrene også involvert i forberedelsene til reformen *Leve hele livet*. Det følger av denne reformen at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal inngå i det regionale støtteapparatet for gjennomføring av reformen. Sammen med fylkesmennene og KS, skal de etablere et strukturert samarbeid om gjennomføring av reformen. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden.

Iverksette et kvalitetsutviklingsarbeid – etablere Trygghetsstandard i sykehjem

Formål og hovedprioriteringer

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet Helsedirektoratet i 2016 arbeidet med å forberede utvikling og piloting av en trygghetsstandard i sykehjem. Formålet er å operasjonalisere lovkrav og andre statlige føringer og forventninger inn i et praksisorientert verktøy (en standard), som gjør det enkelt for den enkelte virksomhet å ta dem i bruk. Verktøyet skal bidra til en tjeneste som mer systematisk bygges rundt pasientens behov og ønsker (pasientsentrert omsorg), som bidrar til et godt og trygt tilbud og som reduserer uønsket variasjon i kvaliteten mellom sykehjem. Verktøyet pilotes i fire kommuner fram til sommeren 2018 og det gjennomføres en følge-/resultatevaluering. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet.

Resultatrapport 2018

Piloten har vært gjennomført i fire kommuner, Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog. Piloten ble avsluttet sommeren 2018. Sluttrapport fra Helsedirektoratet og sluttrapporten fra evalueringen gjennomført av Senter for omsorgsforskning, ble levert i juni 2018.

Kommunene har gjort seg litt ulike erfaringer med hva som er et forsvarlig tempo på endringsarbeidet og hva som er hensiktsmessige prioriteringer. Dette i seg selv er verdifull kunnskap med tanke på hva som hemmer og hva som fremmer en god og varig implementering av endringer i kommunene.

Pilotkommunene har fått tilbud om prosessveiledning for å gi støtte til ledere i nødvendig endringsarbeid og kompetanse i bruk av modell for kvalitetsforbedring. Høgskolen i Sørøst-Norge har vært engasjert for å bistå

med dette. Denne muligheten har kommunene benyttet seg av i stor utstrekning og tilbakemeldingene er at dette har hatt avgjørende betydning for en vellykket gjennomføring.

Det er besluttet at piloten skal videreføres i 2019, utvides med 1-2 kommuner og at det skal gjennomføres en ny evaluering.

[1]

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilbud-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot>

[2] <https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

[3] Svar fra HSØ i forbindelse med oppfølging av den nasjonale faglige retningslinjen (IS-2599).

[4] BI, Team Helse. Årsrapport 2018. Helseledelse, nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Moderne lokaler og boformer

4.1 Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

Investeringsstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Formål og hovedprioriteringer

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem^[1] 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.

Stortinget vedtok å endre investeringsstilskuddet slik at 40 prosent av tilsagnsrammen var forbeholdt prosjekter som gav netto tilvekst av omsorgsplasser i 2018. Bakgrunnen for endringen var det store antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Fra 2019 gis investeringsstilskuddet over to poster i statsbudsjettet; én for prosjekter med netto tilvekst og en annen for rehabilitering/ombygging/ utbedring, samt lokaler for dagaktivitetstilbud, fellesareal og øvrige tiltak som ikke gir netto tilvekst.

I 2018 ble det påbegynt en evaluering av investeringsstilskuddet. Evalueringen skal være ferdig innen første halvår 2019.

De viktigste resultatene i 2018

- Etterspørselen etter midler har vært sterk, og det ble gitt en tilleggsramme i 2018 på 3 mrd. kroner. Hele tilsagnsrammen ble utnyttet.
- Etter at Husbanken har mottatt en forespørsel, blir søknaden drøftet med kommunen der også fylkesmannen trekkes inn. Dette resulterer i en søknad der Husbankens-/fylkesmannens innspill er tatt hensyn til og avslag blir unødvendig.
- Det ble gitt tilsagn om investeringsstilskudd til 2 332 omsorgsplasser fordelt på 1 375 sykehjemsplasser og 957 omsorgsboliger.
- Det ble utbetalt tilskudd til 1 952 omsorgsplasser fordelt på 1 097 sykehjemsplasser og 855 omsorgsboliger. Dette er plasser som ble tatt i bruk i 2018.
- Målet for netto tilvekst var 40 prosent av omsorgsplassene det ble gitt tilsagn til. Resultatet for 2018 ble 41 prosent.

Investeringsstilskuddets utforming

Ordningen er forvaltet av Husbanken, slik som under Handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse. Husbanken innhenter uttalelse fra Fylkesmannen. Ved behov inviteres Fylkesmannen også til å delta på oppstartsmøte med kommunen og Husbanken der prosjektutkast diskuteres.

Det er bare kommunene som kan motta investeringsstilskuddet, men kommunene står fritt til å avgjøre om de skal eie byggene selv. Kommunen kan også velge å sette ut driften til private.

Godkjente kostnadsrammer og dermed maksimale tilskuddsbeløp blir hvert år justert i takt med utviklingen i anleggskostnadene. Dette skal bidra til å holde kostnadene nede.

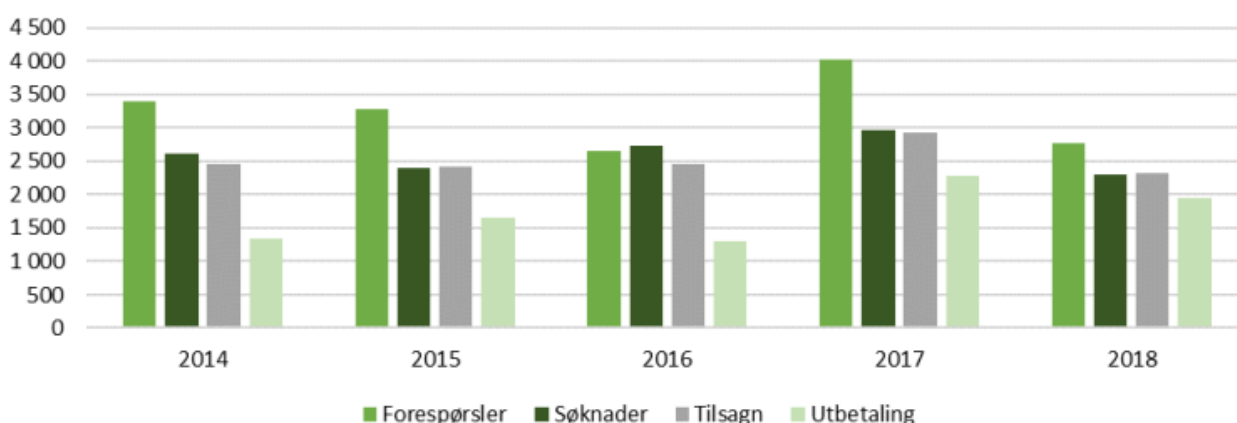
For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner. Kostnadsrammen var i 2018 på 3 690 000 kr. i presskommuner og 3 226 000 kr. i resten av landet.

Hvordan ordningen er brukt

I omsorgsplan 2015 var måltallet på 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008 – 2015. Resultatet ble 12 292 plasser. I omsorgsplan 2020 er det ikke satt et totalt måltall, men det forutsettes en høy aktivitet i kommunene for å etablere nye omsorgsplasser. I statsbudsjettet for 2018 ble det fastsatt et måltall på 1 800 heldøgns omsorgsplasser, tilsvarende som for 2017. Stortinget vedtok en tilsagnsramme på 3 050 mill. kroner for å realisere dette måltallet. Det viste seg raskt, som i 2017, at etterspørselen langt oversteg disponibel ramme for 2018. I revidert nasjonalbudsjett ble derfor tilsagnsrammen økt med 1 186 mill. kroner til 4 236 mill. kroner.

I figuren under er det gitt en oversikt over utviklingen av antall omsorgsplasser i forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger.

Figur 7: Antall omsorgsplasser fordelt på forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger (2014 – 2018)



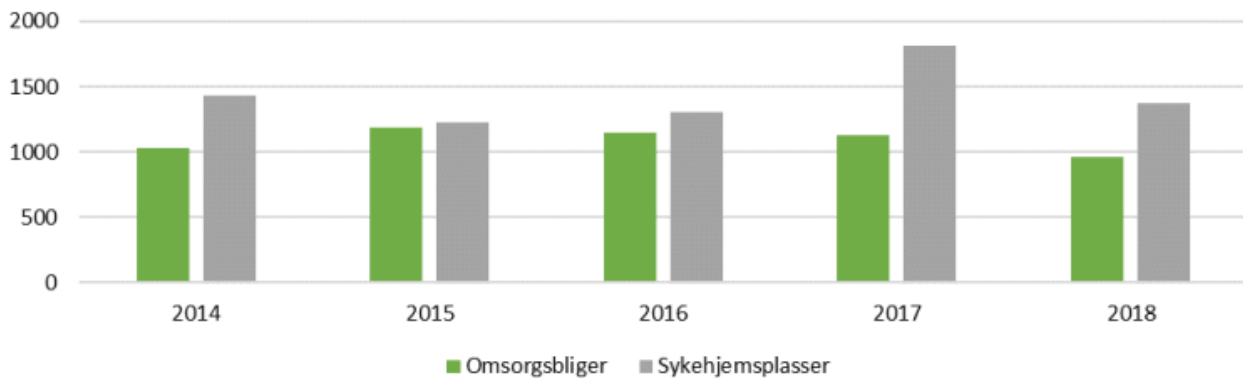
Etterspørsel

Etterspørsel etter omsorgsplasser i perioden 2014 – 2018 svingte mellom 2500 og 3500, med unntak for 2017 da etterspørselen var 4030. Antallet i 2018 var 2 777. 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.

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

Tilsagn

Figur 8: Antall omsorgsplasser med tilsagn fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2014 – 2018)



Antall omsorgsplasser som fikk tilsagn har i perioden 2014–2018 ligget årlig på litt i underkant av 2 500 bortsett fra 2017 der antallet var like under 3 000. I 2018 ble det gitt tilsagn til 2 332 omsorgsplasser. Andelen sykehjemsplasser lå i 2018 på 59 prosent. Ser man bort fra 2017 for sykehjemsplassenes del, har det vært en liten vekst i antall sykehjemsplasser med tilsagn fra 2015 og en nedgang for antall omsorgsboliger (19 prosent) og en økning for antall sykehjemsplasser på 12 prosent.

Siden starten av ordningen med investeringstilskudd har tilskuddet finansiert 20 290 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser var på 55 %. 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.

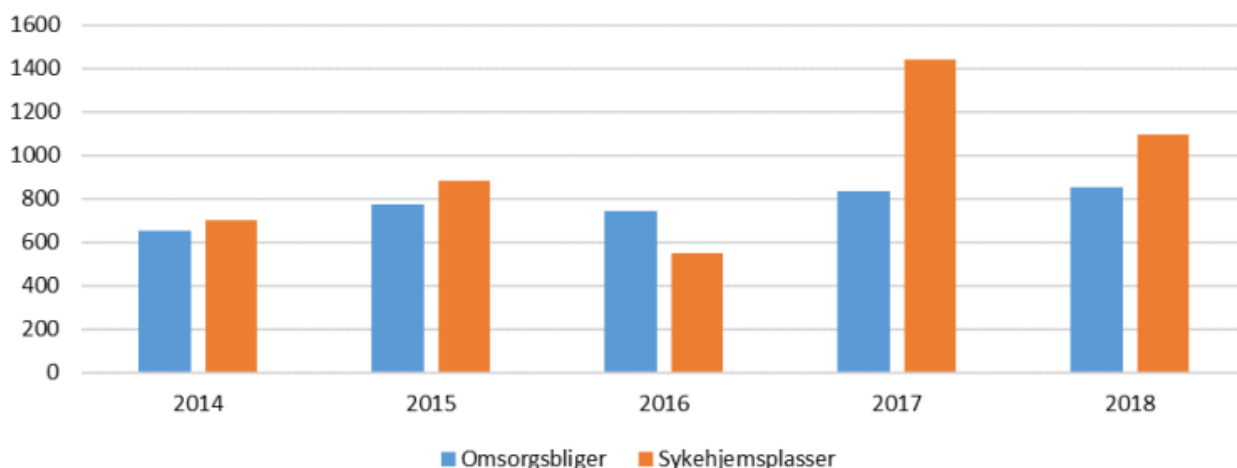
Tabell 1: Totalt antall omsorgsplasser og fellesareal (kvm) som har fått tilsagn om investeringstilskudd i perioden 2008-2018

Antall tilsagn	Antall omsorgsplasser i alt	Antall omsorgsboliger	Antall sykehjemsplasser	Fellesareal	Beløp tilsagn
1 443	20 290	9 102	11 188	83 542	kr 26 328 705 200

Utbetalinger

Antall omsorgsplasser som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/sykehjemsplassene som er tatt i bruk. I 2018 gjaldt dette 1 952 omsorgsplasser. Av dette utgjorde sykehjemsplasser 63 prosent. Veksten i antall omsorgsboliger de siste årene ser ut til å flate ut, men det vært en jevn vekst i antall sykehjemsplasser med unntak i 2016.

Figur 9: Antall omsorgsplasser utbetalt 2014-2018 fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser



Utviklingen i plasser som tas i bruk har over tid vært noe mer ujevn enn tilsagnsutviklingen. Det skyldes at prosjektene tar ulik tid fra tilsagn gis til de ferdigstilles.

Over hele perioden er det utbetalt tilskudd til 13 251 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 54 prosent.

Tall fra KOSTRA viser at det i 2017[2] var 44 529 omsorgsboliger[3] og 39 674 sykehjemsplasser[4]. Et økt antall omsorgsplasser på noe over 500 utgjør 1 prosent. Økningen gjelder i hovedsak omsorgsboliger.

De nærmere 2 000 omsorgsplassene som ble tatt i bruk i 2018 utgjorde rundt 2 prosent av totalt antall omsorgsplasser. Noen av disse vil bidra til netto tilvekst (jf. nedenfor), men det utbetales også til plasser i forbindelse med 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.

Det er et betydelig avvik mellom antall plasser med tilsagn og antall utbetalte plasser. Årsakene er flere. De siste årene har tilsagnsaktiviteten vært høy, og det kan ta flere år før tilsagnet blir utbetalt. I tillegg er en del saker annullert opp gjennom årene.

Fellesarealer

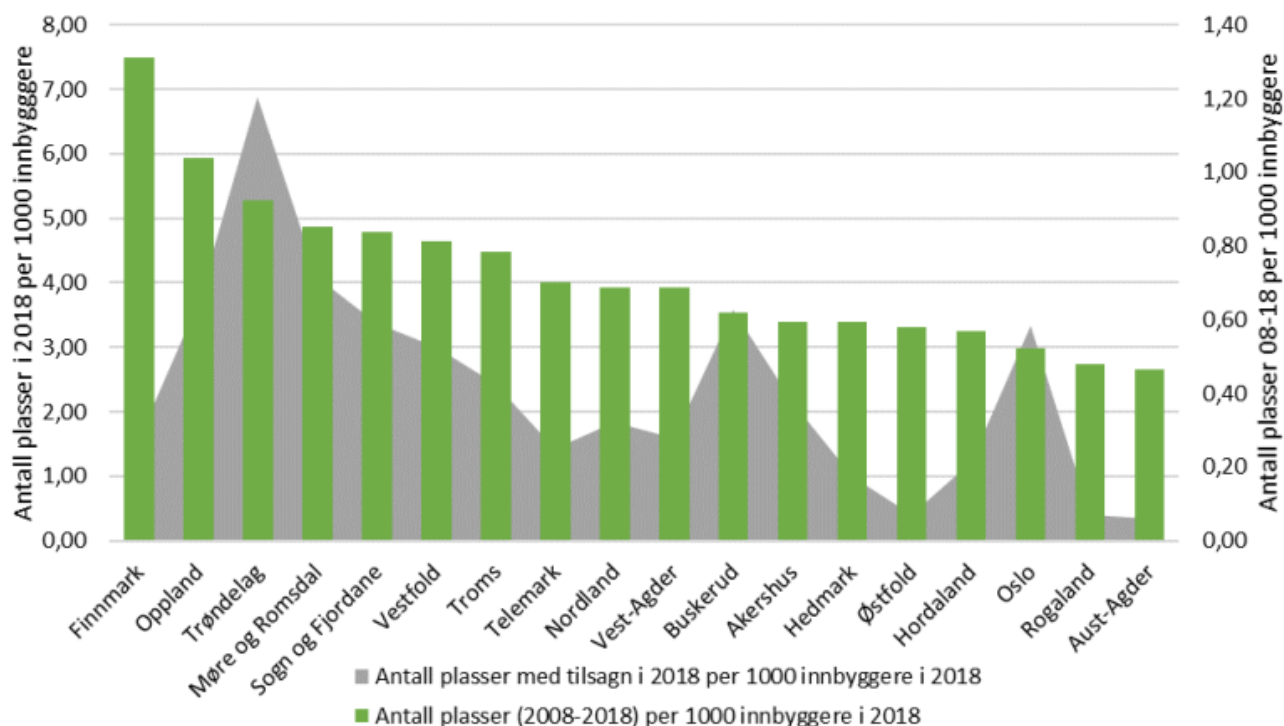
Det kan gis tilskudd til fellesarealer i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgns tjeneste og til lokaler for dagaktivitetstilbud. Samlet er det gitt tilsagn på 957 kvm, og utbetalt til 4 015 kvm fellesareal i 2018. Tilsvarende for 2017 var det gitt tilsagn til 2 363 kvm og utbetalt til 3 760 kvm. Beløpsmessig omfatter denne posten også tilskudd til velferdsteknologi og tekniske anlegg.

I det følgende refererer antall omsorgsplasser fordelt på ulike kjennetegn til gitte tilsagn hvis ikke annet er spesifisert.

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 2018 lagt inn fordelingen over hele perioden og relatert volumet til befolkningen i fylket. Vi ser da en atskillig jevnere fordeling. Finnmark og Oppland skiller seg fortsatt ut som to fylker som har hatt behov for en forholdsvis større utbygging/fornyelse av omsorgsplasser.

Figur 10: Antall omsorgsplasser 2008-2018 og i 2018 per 1000 innbyggere i 2018



Aldersgrupper

Den største brukergruppen er aldersgruppen over 67 år. I 2018 var 72 prosent av boenhetene ment for denne gruppen, 12 prosent av boenhetene var ment for brukere under 25 år og 16 prosent av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67 år. Fra 2017 til 2018 har det vært en markert økning for den eldste aldersgruppen.

Målgrupper

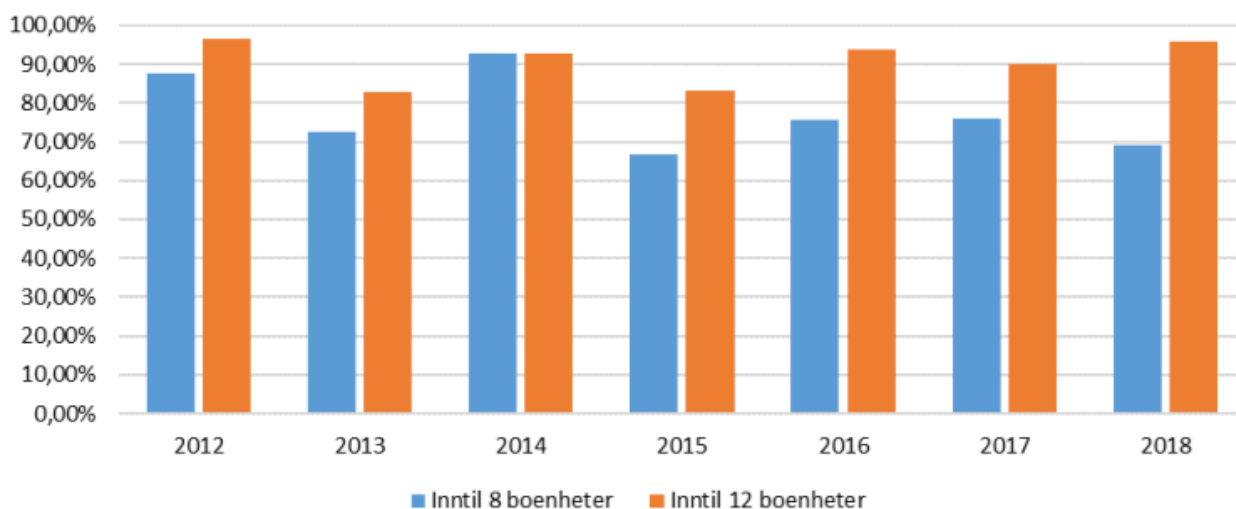
Fra 2017 til 2018 har det vært en halvering av antall og andel omsorgsboliger for gruppen med rus- og/eller psykiske problemer (til 73 plasser eller 7 prosent) [5]. 2017 var et utypisk år, men 2018 er likevel noe lavere enn alle de foregående årene. Gruppen mennesker med utviklingshemming hadde en betydelig høyere andel i 2018 enn i 2017 (fra 25 prosent til 32 prosent) Antallet har de siste åra vært relativt stabilt på rundt 300 plasser.

Størrelse på bogruppene

Et mål er at utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem skal fremme normalisering og integrering. Investeringsstilskuddet skal tilstrebes små avdelinger. Dette er viktig for å gi et godt tilbud til personer med demens og kognitiv svikt, men problemstillingen har også vært aktuell for omsorgsboliger for bl.a. personer med utviklingshemming. 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[6].

Målgruppen personer med utviklingshemming utgjorde 69 prosent av prosjektene med inntil 8 beboere. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette 96 prosent av prosjektene i 2018. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe fluktuierende siden 2012, med gjennomsnitt på 77 prosent Det er noe mindre variasjon for prosjekter med inntil 12 beboere, med gjennomsnitt på 91 prosent.

Figur 11: Andel prosjekter med inntil 8 og 12 boenheter for målgruppen personer med utviklingshemming (2012 –2018)

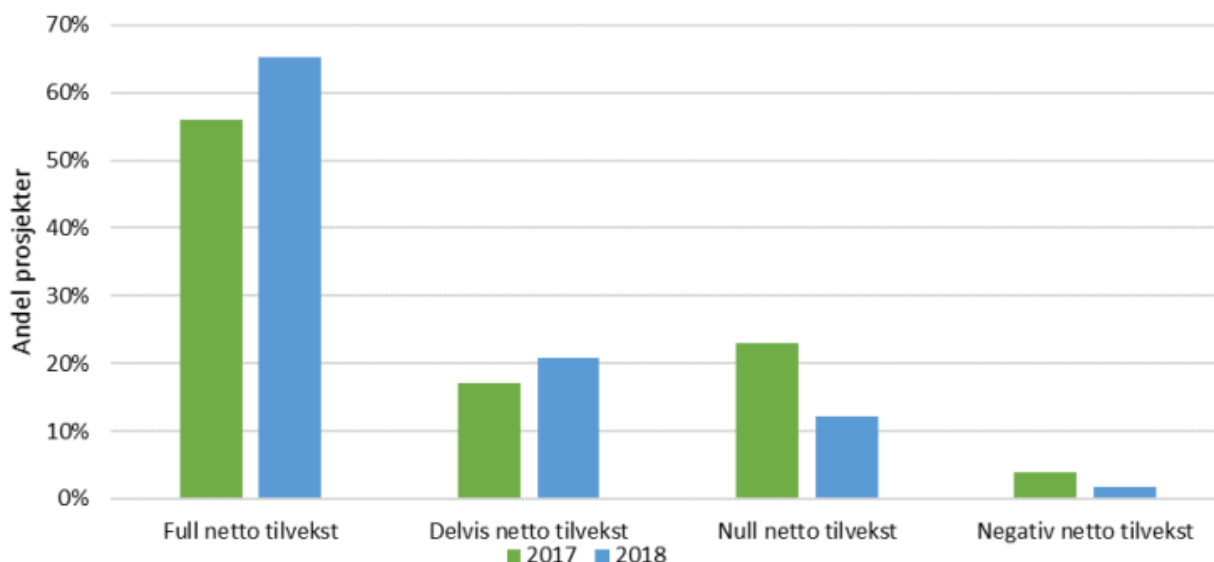


Netto tilvekst

For 2018 skulle prosjekter som gav netto tilvekst utgjøre minst 40 prosent av alle omsorgsplasser det gis tilsagn til. I alt 41 prosent av samlet antall omsorgsplasser som fikk tilsagn om investeringstilskudd i 2018 innebar netto tilvekst. Andelen i 2017 var 41 prosent. Reell netto tilvekst kan imidlertid være noe større fordi enkelte kommuner ikke ønsket eller så seg i stand til å binde seg til netto tilvekst i 10

I prosjektene det søkes om investeringstilskudd til vil det samtidig som det bygges nytt, ofte kunne være et annet umoderne og tungdrevet tilbud som blir lagt ned. Ved fornyelse/ombygging av et sykehjem kan kommunen komme ut med delvis netto tilvekst, ingen netto tilvekst eller negativ netto tilvekst. Men som figuren viser har andelen prosjekter med ren netto tilvekst vært størst.

Figur 12: Andel prosjekter med full, delvis, null og negativ netto tilvekst (2017 og 2018)



Privat eie

I 2011 mistet kommunen muligheten for videretildeling av tilskuddet til ikke-kommersielle aktører som kunne eie og drifte omsorgsplassene. Tilskuddet skal kun gå til kommunen, men kommunene står fritt til å inngå avtale med private om leie av sykehjemsplassene/omsorgs-boligene.

I 2016 fikk totalt 12 prosjekter tilsagn der kommunen har oppgitt at det ikke er de selv som er oppført som eier. Dette omfattet totalt 301 omsorgsplasser, noe som er i overkant av 12 prosent av det totale antall plasser. Siden har antallet prosjekter vært lavere, og prosjektene har vært mindre. Antallet privat eide omsorgsplasser med tilsagn i 2017 og 2018 utgjorde henholdsvis 3 og 4 prosent av plassene.

4.2 Velferdsteknologi

Gjennomføre nasjonalt program for velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

På området trygghetsteknologi er målet at alle kommuner skal ha integrert velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten innen utgangen av 2020. Det betyr at kommunene skal ha etablerte rutiner for å kartlegge behov og tilby velferdsteknologi på lik linje med andre helse- og omsorgstjenester. Kommunene skal ha velferdsteknologien tilgjengelig. Anbefalte områder for velferdsteknologi er: lokaliseringsteknologi, medisineringsstøtte, elektroniske dørlåser, digitalt tilsyn, pasientvarsling, logistikk-løsning og digitale trygghetsalarmer.

Resultatrapport 2018

Velferdsteknologiprogrammets sprednings- og implementeringsfase av trygghetsskapende teknologier er godt i gang. Til sammen 36 prosjekt som omfatter 270 kommuner er med. Programmets virkemidler er tilskudd til delvis dekning av prosjektledelse, prosessveiledning, nettverkssamlinger, opplæring og veiledning. Sentrale samarbeidsaktører er fylkesmannen, KS regioner, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, leverandørutviklingsprogrammet og KomUt-nettverkene. Prosessveiledningen har fokus på prosjekt- og endringsledelse, tjenesteinnovasjon, anskaffelse og overgang til drift.

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

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tiltaket er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger. Målet er at barn og unge med nedsatt funksjonsevne enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter og at foreldre lettere kan kombinere arbeid med omsorgen for barna. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habilitering- og rehabiliteringsprosesser og bidra til å bygge kompetanse i bruk av velferdsteknologiske løsninger blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Tiltaket har følgeforskning fra Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

Resultatrapport 2018

Seks kommuner fikk tilskudd over ordningen i 2018. Disse var Bodø, Drammen, Risør, Sandnes og Ålesund. I tillegg fikk Valnesfjord helsesportssenter midler for å videreføre prosjektet de startet på i 2017 sammen med Horten kommune, der de prøver ut elektronisk kommunikasjon mellom aktørene i helsevesenet og målgruppen. Kommuner som fikk midler til å videreføre prosjekt fra tidligere år har jobbet med spissing og konkretisering av prosjektene i 2018, mens de nye har jobbet mye med forankring. Målet for første halvdel av 2019 er å utarbeide tjenestemodeller for hvordan velferdsteknologiske løsninger kan tilbys og følges opp på tvers av tjenestene i kommunen, slik at barn og unge med nedsatt funksjonsevne kan ta disse i bruk uavhengig av hvor de er (hjemme, skole, avlastning osv.). Dette prosjektet følger nå metodikken i Nasjonalt program for

velferdsteknologi, med mål om å løfte de lokale prosjektene fra små piloter til implementering i drift. Kommunene mottok noe prosessveiledning fra Velferdsteknologi-programmets partner som bistår kommunene med tjenesteinnovasjonsprosesser lokalt. Det er satt av mer midler til dette i 2019.

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte høsten 2016 og våren 2017 en kvalitativ studie av utprøvingen, hvor de intervjuet 19 foreldre i Drammen og Horten om familienes erfaringer med bruk av velferdsteknologi for sitt barn. Resultatene avdekket mange gevinster for barna, blant annet i form av økt mestring, mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller dem fra andre barn. Disse erfaringene er presentert i en artikkel til fagbladet Fysioterapeuten (9/2018)[7]. Vinteren/våren 2019 skal forskerne følge opp noen av foreldrene med fokusgruppeintervjuer, for å avdekke langtidsbruk og effekt av velferdsteknologien. Kommunene har hatt stor nytte av både denne og rapport nummer to[8] som tar for seg organisatoriske forutsetninger og «ting å tenke på» for kommunen for å lykkes med velferdsteknologi som tjeneste for denne målgruppen.

Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tiltaket er utprøving av velferdsteknologiske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging for personer med kroniske sykdommer. 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 med fire delprosjekter i Sarpsborg, Stavanger, Trondheim med omliggende kommuner og 4 bydeler i Oslo. Intro International hadde ansvar for følgeforskning, og leverte sluttrapport høsten 2018[9].

For å få svar på spørsmålene som ikke blir besvart etter første utprøving, er det satt i gang ny utprøving for perioden 2018-2021. Den nye utprøvingen gjennomføres både i kommuner med ordinær fastlegetjeneste og i kommuner som deltar i Helsedirektoratets pilotprosjekt for primærhelseteam. Utprøvingen skal omfatte samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten for å etablere en helhetlig oppfølging av pasienter i målgruppen, og gjennomføres i 6 prosjekt i ulike deler av landet. Hensikten er å få mer kunnskap om hvordan avstandsoppfølging påvirker fysisk og psykisk helse for pasientene, samt å få mer kunnskap om kost-/nytteverdien av tiltaket. Dette skal danne grunnlag for nasjonale råd og anbefalinger om videre bruk av medisinsk avstands-oppfølging.

Resultatrapport 2018

Den første utprøvingen viser at brukernes opplevelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse er markant bedret ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Forskingen gir imidlertid ikke svar på om oppfølgingen fører til endringer for deltakerne med hensyn til akutte liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, besøk hos fastlege, endringer for bruk av kommunal akutt døgnenhet, korttidsopphold eller besøk av hjemmesykepleie. Deltakerne i første utprøving har levert sluttrapporter som beskriver tjenesteforløp, læringspunkter, suksessfaktorer og utfordringer. Trondheim kommune viderefører avstandsoppfølging i egen regi. På bakgrunn av funn fra forskningen og rapporter fra prosjektene som deltok i første utprøving, samt kunnskap fra ny utredning, er det laget en underveis- oppsummering som løfter fram den kunnskapen vi nå har om avstandsoppfølging. Målgruppen er nye prosjekt som startet i 2018 og andre interesserte. Rapporten ble først offentliggjort i januar 2019 på Helsedirektoratets nettsider[10]

Deltakere i andre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging er Bodø, Eid, Ullensaker/Gjerdrum, Larvik og Kristiansand i samarbeid med Arendal og Farsund kommuner. I tillegg er Oslo med 4 bydeler med videre fra første utprøving. Tre av kommunene deltar også i Helsedirektoratets pilot for primærhelseteam. Andre utprøving bygger på erfaring fra den første. Det er gjennomført et felles erfaringsseminar med presentasjon av læringspunkter og funn fra første utprøving. PA Consulting er engasjert som prosessveiledere og Universitetet i Oslo i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin har ansvar for følgeforskning i prosjektet. Målet er å inkludere minst 600 pasienter. For å få utdypende kunnskap fra første utprøving,

gjennomføres andre utprøving som en randomisert kontrollert forskningsstudie, der pasienter randomiseres i tiltak- og kontrollgruppe.

Prosjektene startet opp i juni 2018, og har jobbet med forankringsarbeid lokalt, samt etablering av tjenesteforløp, målgruppe og inklusjonskriterier, for å være klare til oppstart fra første kvartal 2019.

Utvikling og utprøving av teknologisk verktøy for å mobilisere mot ensomhet blant eldre

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet blant eldre ved å utvikle og utprøve 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. Dette kan også bidra til at eldre får tilgang til nettbank, e-post og media på nett.

Resultatrapport 2018

I 2018 mottok fem landsdekkende frivillige organisasjoner tilskudd. Tilskuddsmottakerne lærer blant annet opp eldre i bruk av nettbrett, smarttelefon og PC, og søker å finne fram til gode modeller for opplæring innenfor sine organisasjoner.

Fra 2016-2018 gjennomførte Nasjonalt senter for E-helseforskning årlige undersøkelser som identifiserte tiltak for å støtte målet med ordningen. Et viktig funn var at den samlede innsatsen har gjort at flere eldre i Norge mestrer teknologiske verktøy. Teknologikompetanse hos eldre er svært variert. En bekymring er det økende gapet mellom eldre som henger med i teknologisamfunnet og de som faller utenfor; de som ikke lærer å bruke teknologiske verktøy for kommunikasjon kan bli mer ensomme. Resultater fra sluttrapporten viser blant annet at eldre teknologibrukere motiveres av et faktisk behov for å lære, enten det er praktiske og sosiale behov. Trygghet i teknologibruk er viktig og henger sammen med muligheter for repetisjon og oppfølging.

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

[2] KOSTRA-tall for 2018 foreligger først i juni 2019.

[3] Egentlig «Antall beboere i boliger kommunen disponerer for pleie- og omsorgsformål»

[4] Foreløpige tall for antall sykehjemsplasser 2018: 39 627 disponible plasser

[5] Kommunene bruker også Husbankens tilskudd til utleieboliger for å fremskaffe boliger til denne gruppen. I 2018 ble det gitt tilsagn til 54 boliger til gruppen rus/psykiatri fra denne tilskuddsordningen.

[6] <https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8e12.pdf>

[7] <https://fysioterapeuten-eblad.no/magasiner/fysioterapeuten-9-2018/>

[8]

<https://ehealthresearch.no/rapporter/innforing-av-velferdsteknologi-for-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelser>

[9] Sluttrapport fra Intro international;

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Effekter%20av%20avstandso>

[10] Oppsummering Underveis, Helsedirektoratet;

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppsummering-underveis-om-utproving-av-medisinsk-avstandsoppfol>

Fornyelse og innovasjon

Forenkling, fornying og forbedring gjennom innovasjon.

5.1 Innovasjon

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 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er Fornyelse og innovasjon. Utviklingssentrene er i mange regioner en ressurs for kommunene i gjennomføring av tjenesteutviklingsprosjekter og veileder kommuner i samveis-metodikk 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. dreie seg om tiltak som understøtter det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, utvikling og utprøving av nye modeller og arbeidsformer for å bidra til kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring og å stimulere til utvikling 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.

5.2 Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

Statlig styring og øremerket tilskudd til omsorgstjenesten skal bidra til likhet mellom kommuner og riktigere behovsdekning. Det gjennomføres et forsøk i utvalgte kommuner, hvor virkemidler som statlig oppfølging av kommunenes tildelingsenhet, felles tildelingskriterier og øremerket tilskudd til omsorgstjenester med aktivitetsbasert finansiering prøves ut (jfr. Prop. 1S for budsjettåret 2016-2017, kap. 761, post 21 Omsorg 2020). Forsøket har en varighet på 3 år fra 1.5.2016 til 01.05.2019, men er forlenget ut 2021 og utvidet med flere kommuner. Kommuner som allerede deltar i forsøket tilbys videre deltagelse i modell A, sammen med de kommuner som disse skal slå seg sammen med. Modell A innebærer statlige tildelingskriterier og aktivitetsbasert finansiering. I tillegg er det bebudet at 6 nye kommuner skal inviteres med fra og med 2020. Helsedirektoratet har ansvar for å gjennomføre forsøket. Forsøket skal evalueres.

Resultatrapport 2018

Kommunene Lillesand, Os (Hordaland), Hobøl og Stjørdal deltar i forsøkets modell A. Kommunenes Selbu og Spydeberg deltar i forsøkets modell B, der midlene gis som et øremerket rundsum-tilskudd. Forsøksordningen evalueres. I evalueringsrapporten av februar 2019 fremkommer at kommunene i modell A 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 2018 viste en økning på 13,9 prosent pga. aktivitets- og kostnadsøkning pr tjeneste.

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 fellesskap i oppdrag 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 av Fylkesmennene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I statsbudsjettet for 2018, kap 769 post 21, ble det bevilget 1,5 mill. kroner til Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Resultatrapport 2018

Fylkesmannen i Trøndelag har gjennom året videreutviklet verktøyet «ressursportal.no». I 2018 ble alle kommuner i Trøndelag besøkt der ressursportal.no ble presentert som et verktøy for å bidra til god planlegging av helse- og omsorgstjenester.

Gjennom statsbudsjettet for 2019 fikk Fylkesmannen i Trøndelag i oppdrag å tilgjengeliggjøre og spre Ressursportal.no til resten av landet.

5.4 Bedre kvalitet

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 2018

I 2016 startet prosjektet med å forbedre kvaliteten av all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker, og dette ble utvidet med to nye fylker i 2017, og fire nye fylker i 2018. Målet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse, slik at all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetsforbedret. Overfor hjemmetjenesten som deltar i prosjektet ble det gjennomført 45 innledende møter, 111 besøk og arrangert 105 lokale kurs med til sammen 1337 deltakere. I 2019 planlegges oppstart i to nye fylker. I 2018 ble det gjennomført 18 857 e-læringskurs, og det planlegges i 2019 å legge ut et nytt e-læringskurs i CRP-måling og å utarbeide nytt kurs for glukosemåling. Det ble i 2017 etablert et samarbeid med Antibiotikasenteret for primærmedisin og Folkehelseinstituttet. Noklus vil fremover satse i enda større grad på samarbeid med andre aktører.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Formål og hovedprioriteringer

I 2013 startet en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Målet med ordningen er å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system. Ordningen skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til livsgledesertifisering og annet utviklingsarbeid.

I 2017 ble navnet Livsgledesykehjem endret til Livsgledehjem for å tilpasses boformen heldøgns omsorgsboliger. De to første omsorgsboligene ble med i 2017.

Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020. Målet er at minst 50 % av landets kommuner skal ha fått tilbud om livsgledesertifisering av sine sykehjem innen 2020.

Resultatrapport 2018

I forbindelse med rapporteringen for 2018 signaliserte stiftelsen at det med dagens ressursituasjon ikke ville være mulig å nå målet om 50 prosent. Ved en framskrivning av antall sykehjem som årlig tilkommer sertifiserings-ordningen kan man regne med at ca. 174 sykehjem vil være sertifiserte ved utgangen av 2020. Dette utgjør i underkant 20 prosent av alle landets sykehjem.

22 nye sykehjem ble sertifiserte som livsgledehjem i 2018 og 74 ble resertifisert. Ved ytterligere 32 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livsgledesertifisering. Ved utgangen av året var totalt antall sertifiserte sykehjem 96.

Bruker- og pårørendeerfaring

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet ble fra 2012 lovpålagt å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer» i tråd med ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. De nasjonale kvalitetsindikatorene 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 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 får 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. Videre skal det være en trinnvis utvikling av pasient- og brukerundersøkelser for helsetjenester i hjemmet, tjenester i institusjon, tjenester i omsorgsbolig med bemanning, rehabilitering i institusjon og rehabilitering i hjemmet. Nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser som skal tjene flere formål:

- Lokalt forbedringsarbeid
- Sammenlikning mellom kommuner
- Nasjonal styring

Resultatrapport 2018

I 2017 startet bearbeiding av en eksisterende undersøkelse som benyttes av en rekke kommuner gjennom bedrekommune.no i samarbeid med KS, Kommuneforlaget (KF) og FHI. FHI gjorde et representativt uttrekk av norske kommuner som resulterte i at 15 kommuner fikk tilbud om å delta i pilotering av en forbedret undersøkelse i 2018. 9 kommuner deltok i piloten. Pilotundersøkelsen var avgrenset til å omfatte mottakere av

hjemmetjenester, det vil si helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til mottakere over 18 år. 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. Validert skjema har ført til utbedringer i bedrekommune.no på KF sitt undersøkelsesbatteri i de relevante undersøkelsene, det vil si at kommunene nå har tilgjengelige undersøkelser i forbedret form etter validering og uttesting av metoden i pilot. Informasjon om piloten finnes her: <https://www.bedrekommune.no/>

Piloten fikk en svarprosent på 36. I alt fikk 51,5 prosent av informantene bistand til å svare på undersøkelsen. 2 prosent svarte elektronisk.

For at undersøkelsene i bedrekommune.no skal kunne gi nasjonale tall er det i dag 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 veiledningsmateriell skisserer gode måter å gjøre det på, så er det ulikt hvordan kommunene løser det.

Resultater og erfaringer fra piloten er beskrevet i egen rapport.[1] Pilotkommunene har fått sine egne resultater tilsendt. Resultatene gir en indikasjon på nasjonalt nivå.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har de siste årene utviklet en rekke nye indikatorer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Til sammen er det nå utviklet 24 indikatorer[2] som i hovedtrekk har sitt datamateriale hentet fra IPLOS og KOSTRA. Nye indikatorer i 2017 er bruk av legemidler, kartlegging av ernæringsstatus og dagaktivitetstilbud.

Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenesten

Formål og hovedprioriteringer

Det er utviklet Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring (2009) som legger føringer for ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. For å følge opp de nasjonale retningslinjene er det utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer.

Resultatrapport 2018

[Kvalitetsindikatorer innen ernæringsmessig risiko](#) (hjemmeboende og beboere på sykehjem) er publisert som ledd i gjennomføring av 3-årig handlingsplan for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (2014-2017). Indikatorene oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem, og oppfølging av ernæring hos hjemmeboende ble første gang publisert i juni 2017 med resultater for 2016. I juni 2018 ble resultatene for 2017 publisert. Resultatene viser at det er stor variasjon mellom fylkene, og at det mangler rapportering på en stor andel, både for hjemmeboende tjenestemottakere og for beboere på sykehjem.

Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende viser at 14,1 prosent av hjemmeboende tjenestemottakere som er 67 år eller eldre har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av de siste 12 måneder. Det er stor variasjon på fylkesnivå. Andelen varierer fra 7,3 prosent til 24,7 prosent. Indikatoren viser også at det mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt for 74,6 prosent av de hjemmeboende som er 67 år eller eldre. På fylkesnivå varierer denne andelen fra 60,8 til 84,1 prosent.

Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem viser at 43,3 prosent av beboere som er 67 år eller eldre har fått sin ernæringsstatus kartlagt siste 12 måneder. Indikatoren viser at andelen eldre i sykehjem som har fått sin

ernæringsstatus kartlagt siste 12 måneder varierer fra 20 prosent til 75,7 prosent på fylkesnivå. Det mangler rapportering på om status er kartlagt hos 51,8 prosent av sykehjemsbeboerne i landet. På fylkesnivå varierer denne andelen fra 24,3 prosent til 69,0 prosent.

[1] Rapporten ferdigstilles i løpet av mai 2019.

[2] [Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020

Primærhelsemeldingen inneholder flere tiltak som er spesielt interessante å se i sammenheng med Omsorg 2020. Utvikling i disse tiltakene er kort gjengitt under.

6.1 Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering

Formål og hovedprioriteringer

Modellen organiserer primærhelseteam bestående av sykepleier og helsesekretær og med fastlegen som leder. Formålet med forsøket er å få erfaring med effekten for brukere og samarbeidende tjenesteytere. Primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning og kommunale tjenestetilbud ved å gi bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov inkludert:

- 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 etterspørrere" av tjenester

Primærhelseteam er forventet å bidra til bedre kvalitet i behandling og oppfølging gjennom et bredere tilbud og nye arbeidsmetoder bl.a. ved at tjenesten tilføres nye sykepleierressurser.

Pilotprosjektet omfatter 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 listeinnbyggertilskudd og tilskudd basert på kvalitet i tillegg til egenbetalinger fra pasientene som i dagens modell.

Resultatrapport 2018

Helsedirektoratet leder pilotprosjektet som startet 1. april 2018 og skal pågå i 3 år. Det omfatter 85 fastleger i 13 fastlegepraksiser i 9 kommuner. Ved 8 av praksisene piloteres honorarmodellen og ved 5 driftstilskuddsmodellen.

Åtte av lederne i pilotpraksisene gjennomfører den nasjonale lederutdanningen for kommune-helsetjenesten ved BI. Pilotprosjektet evalueres i et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Første delrapport ferdigstilles første kvartal 2019.

6.2 Pilot for oppfølging

Formål og hovedprioriteringer

Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre en pilot for innføring av strukturen

tverrfaglig oppfølging (oppfølgingsteam) for personer med store og sammensatte behov. Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut et verktøy for risikokartlegging. Verktøyet for risikokartlegging skal brukes til tidlig identifisering av personer med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og risiko for økt behov for kommunale helse – og omsorgstjenester, slik at disse kan vurderes for strukturert tverrfaglig oppfølging.

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.

Resultatrapport 2018

Høsten 2017 ble det i samarbeid med Direktoratet for e-helse utlyst en konsesjon på verktøy for risikokartlegging. I mars 2018 ble det inngått en femårig konsesjonskontrakt med Medrave Software som skal levere verktøyet til inntil 80 fastleger i pilotkommunene og inntil seks lokalsykehus. Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam ble lyst ut som en tilskuddsordning for kommuner våren 2018. Av 15 kommuner som søkte ble seks kommuner valgt; Asker, Suldal, Flora, Steinkjer, Bø i Vesterålen og Lenvik. Kommunene gis tilskudd til prosjektledelse og gjennomføring samt tilskudd til fastleger som prøver ut verktøyet. NTNU bistår Helsedirektoratet i plan for gjennomføring og utprøvingen av verktøyet.

Våren 2018 ble oppdrag om følgeevaluering av pilot lyst ut. Sintef i samarbeid med NTNU og St.Olav ble valgt som leverandør.

Helsedirektoratet hadde informasjonsmøte i alle pilotkommuner tidlig høst 2018. Evaluator deltok som observatør på møtene. Piloten startet formelt opp 1. september 2018 med felles oppstartsamling på Lillestrøm. Verktøy for risikokartlegging ble installert hos 67 fastleger høsten 2018. Kommunene startet opp med innsiktsarbeid i egen kommune som utgangspunkt for valg av tiltak og plan for gevinstrealisering. Kommunene følges opp med prosessveiledning, nettverkssamlinger og faste statusmøter.

6.3 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Formål og hovedprioriteringer

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering, 2017 – 2019, skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt habilitering- 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 er bevilget øremerket tilskudd til tjenesteutvikling i kommunene med mål om at feltet skal styrkes. Krav og anbefalinger i Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn for utviklingsarbeidet. I tilskuddsregelverket stilles det krav om at kommunene innen utløpet av 2017 skal ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering.

Resultatrapport 2018

Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingen av Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019. Det er god kontakt med fylkesmennene som forvalter tilskuddet til kommunene. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført i alle landets kommuner ved utgangen av 2017 gjentas for å se utvikling av status ved utgangen av 2018. I undersøkelsen bes kommunene om å vurdere og angi status i egen kommune knyttet til sentrale tiltak i opptappingsplanen som kompetanse, brukermedvirkning, samhandling, kapasitet, tverrfaglig utredning av behov, individuell plan og koordinator, plan for habilitering og rehabilitering og koordinerende enhet. Kommuner som mottar tilskudd skal i løpet av første tilskuddsår utvikle eller oppdatere sin plan for habilitering og rehabilitering. I 2017 mottok ca. 150 kommuner tilskudd. Fylkesmennene erfarer store variasjoner i tilbud, og at tilbudene ikke samsvarer med behovene til bredden av målgrupper. De etterlyser økt oppmerksomhet mot brukere utenfor målgruppene for hverdagsrehabilitering, herunder de med behov for rehabilitering i institusjon og barn og unge med habiliteringsbehov. De ser også behov for å styrke kognitiv, sosial- og psykososial rehabilitering, og nevner logopedi som et utfordringsområde. De påpeker store forskjeller mellom kommunene når det gjelder koordinerende enhet, men at det pågår mye positivt utviklingsarbeid. Flere av embetene sier at de har få klagesaker på habilitering og rehabilitering. Det er behov for å intensivere arbeidet med å få bedre kunnskap om kvantitet og kvalitet i rehabiliteringstjenestene. Det henvises for øvrig til egen midtveis oppsummering av opptappingsplanen som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet nov 2018 med nærmere detaljer om status og utvikling.

6.4 Opptappingsplan for rusfeltet

Formål og hovedprioriteringer

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor personer som er ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusmiddelproblem, samt deres pårørende. Hovedinnsatsen er rettet mot kommunene med den begrunnelse at det er der utfordringene er størst.

Opptappingsplanen har tre innsatsområder og fem hovedmål. I tillegg er det 77 «Regjeringen vil»-punkter som ønskes oppnådd i planperioden. Planen har konkrete mål, tiltak og virkemidler innen sentrale levekårsområder som helse, bolig, arbeid, utdanning, økonomi, aktivitet og fritid. Den består i hovedsak av videreføring av tiltak og satsinger som var etablert før planperioden.

Det er etablert et helhetlig følge med program for Opptappingsplanen gjennom en følge- og sluttevaluering ved Fafo og nasjonale brukertilfredshetsundersøkelser i kommunale rustjenester ved kompetansesenter rus Midt Norge. I tillegg følges status og utvikling gjennom årlig BrukerPlan-kartlegging (KORFOR) og kartlegging av innsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (SINTEF). Fylkesmennene og kompetansesentrene innen rus, psykisk helse og vold- og traumefeltet bistår direktoratet med å gjennomføre Opptappingsplanen på regionalt nivå.

Resultatrapport 2018

Statusmålingen i 2. evalueringsrapport viser at opptrappingsplanen for rusfeltet har effekt . Noe omhandler veksten i bevilgninger, men kanskje like viktig er oppmerksomheten som planen har skapt. Fylkesmennene og kompetansesentrene sin innsats har stor betydning og en rekke kommuner jobber med implementering av kunnskapsbaserte metoder og modeller i rusarbeidet. Det er en økning i årsverksinnsatsen i kommunene innen rus og psykisk helse samtidig som det er en kompetanseheving ute i kommunene ved at det ansettes flere med høy utdanning tilpasset rusfeltet.

Økningen i årsverk fra 2017 til 2018 er den største siden 2008. Den er størst i tjenester rettet mot voksne, med 8,9 prosent, mens veksten i tjenester rettet mot barn og unge var på 7,5 prosent . Nær halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de økte midlene i Opptrappingsplanen i stor grad har vært benyttet til formålet. Seksti prosent oppgir at planen har hatt direkte positive konsekvenser i rusarbeidet det siste året. Det er mange ulike endringer kommunene rapporterer om, og flest (39 prosent) oppgir at planen har ført til at de har fått flere årsverk. Totalt har det kommet 501 nye årsverk som en direkte følge av Opptrappingsplanen. Dette har blant annet gitt økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til brukerne.

Likevel er det fremdeles stor kommunal variasjon på rusfeltet og evalueringsrapporten peker på flere områder med behov for særlig oppmerksomhet fremover; mellom annet mer systematisk involvering av brukere og pårørende, styrke kompetanse og tilbudet til eldre med rusrelaterte problemer og personer med ROP-lidelser, mer tilgjengelige tjenester (lavterskeltilbud), bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt sørge for at flere kommer i arbeid og meningsfull aktivitet. Dette korresponderer med sentrale funn i den nasjonale brukertilfredshetsundersøkelsen i kommunale rustjenester.

Det vises til at ytterligere resultater for 2018 vil foreligge i Helsedirektoratets statusrapport for Opptrappingsplanen (juni), BrukerPlan (april/mai) og Fafos 3. evalueringsrapport(desember).

6.5 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

Formål og hovedprioriteringer

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, ble behandlet og vedtatt i Stortinget 20. desember 2018, jfr Innst. 43 S (2018-2019).

Utgangspunktet for reformen er blant annet en erkjennelse av at gode løsninger ute i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak i liten grad spres til andre. Reformen vil tilrettelegge for at gode, lokale løsningene spres og implementeres i kommunene.

Leve hele livet består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder hvor det svikter i tilbudet til eldre i dag. Løsningene bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungere i praksis. Reformen legger opp til at eldre skal få brukt ressursene sine og dekket behovene sine i de ulike fasene av alderdommen. Det handler om å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode liv og delta i fellesskapet. Målgruppen for reformen er alle over 65 år.

Det er de senere årene lagt fram flere meldinger og planer for å møte de store demografiske utfordringene samfunnet står overfor, blant annet primærhelsemeldingen, folkehelsemeldingen, Omsorg 2020, Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020. Leve hele livet bygger på initiativ og tiltak som allerede er satt i gang for å utsette og forhindre funksjonstap, sykdomsutvikling, fremme mestring og livskvalitet og styrke kompetansen, kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgssektoren. Tiltakene og virkemidlene i disse meldingene og planene utgjør fundamentet i Leve hele livet.

Resultatrapport 2018

Høsten 2018 ble det avholdt fem gjennomføringskonferanser. Målet med konferansene var å spre kunnskap om Leve hele livet og skape oppslutning og engasjement for å iverksette reformen lokalt. Målgruppen for konferansene var ledere (administrativ og politisk) og ansatte i kommunene, fag- og kompetansemiljøer, brukere, pårørende og frivillige.

Helsedirektoratet utarbeidet i desember 2018 en nasjonal gjennomføringsplan for reformen. Det etableres et nasjonalt og et regionalt støtteapparat for reformperioden. Formålet til støtteapparatene er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden.

Nasjonalt skal Helsedirektoratet samarbeide med KS og et nasjonalt fagmiljø. Nasjonale oppgaver er:

- Informasjonsarbeid
- Tilgjengeliggjøre og spre faglig kunnskap
- Lage veiledningsmaterieill
- Utvikle måleverktøy og ansvar for følge- forskning av reformen
- Gi faglig støtte, veiledning og bistand til det regionale støtteapparatet

Det regionale støtteapparatet består av Fylkesmannen, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Fylkeskommunen og eldrerådene vil også være viktige samarbeidspartnere. For øvrig forutsettes det en bred involvering av relevante aktører. Oppgavene til det regionale støtteapparatet kan oppsummeres slik:

- Mobilisere og engasjere alle kommunene i sitt fylke
- Spre kunnskap om reformen - innhold og virkemidler
- Gi tilbud om støtte og veiledning til utvikling, iverksetting og evaluering av lokalt planarbeid
- Invitere til nettverkssamarbeid og erfaringsdeling mellom kommunene

Helsedirektoratet har inngått avtale med Senter for omsorgsforskning som nasjonalt fagmiljø for reformen. Oppdraget innebærer å tilrettelegge veiledningsmaterieill knyttet til reformens innsatsområder, tilrettelegge veiledningsmaterieill knyttet til styring og kontroll med kvaliteten på tjenestene, kvalitets- og forbedringsarbeid samt innovasjon og nye arbeidsformer og å bistå og støtte regionalt støtteapparat.

Veiledningsmateriellet som utarbeides skal tilgjengeliggjøres på egnet måte for det regionale støtteapparatet og kommunene. I størst mulig grad kanalisere materiellet ut via eksisterende, digitale kanaler.

Det regionale støtteapparatet skal utarbeide en plan for arbeidet for hele reformperioden innen 1. mai 2019.

Alle kommunene skal inviteres til å delta i nettverk for å dele erfaringer, bli inspirerte og lære av hverandre. Nettverkssamarbeid kan bygges på eksisterende kommunenettverk, ledernetverk, fagnettverk, regionale læringsnettverk og samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene og kommunene. Aktørene i det regionale støtteapparatet har tidligere erfaring med ulike nettverkssamarbeid og gjennomføring av læringsnettverk, blant annet gjennom arbeidet med gode pasientforløp, pasientsikkerhetsprogrammet og velferdsteknologiprogrammet.

Reformen skal evalueres gjennom følgeevaluering i et utvalg kommuner. Midtveis i reformperioden skal det utarbeides en rapport for blant annet å kunne justere kurs og virkemiddelbruk. Følge-evalueringen avsluttes med resultatevaluering av hele reformen etter 2023. Evalueringen lyses ut våren 2019.

6.6 Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet "I trygge hender 24-7"

Formål og hovedprioriteringer

Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" ble gjennomført i perioden 2014-2018 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Programmet videreførte arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-2013). Arbeidet har hatt tre overordnede målsettinger:

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen

Det er totalt 16 innsatsområder med stort potensiale for å forebygge pasientskader i programmet. Ti av områdene er aktuelle for den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging og behandling av underernæring
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Trygg utskriving med brukeren som likeverdig part
- Ledelse av pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet hadde som målsetting å igangsettes arbeid med minimum ett innsatsområde i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018, og at kommunene som et minstemål burde jobbe med riktig legemiddelbruk som innsatsområde.

Arbeidet med spredning av tiltak på innsatsområdene i kommunene har hovedsakelig skjedd gjennom læringsnettverk arrangert av Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) i fylkene.

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Ulike kurs, nettverkssamlinger, konferanser og opplæringsprogrammer, samt pedagogisk materiell for å sikre økt kompetanse, har vært viktige virkemidler i programmets arbeid.

Ledere i hele tjenesten har, med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, fått tydelige krav til hva som skal til for å sikre at virksomheten leverer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Pilotprosjektet «Pasient- og brukersikker kommune» har vært viktig i programmets siste år. Deltakende kommuner i prosjektet har vært Tønsberg, Karmøy, Lier, Vestvågøy og Smøla. Satsingen skal bidra til læring om hvilke varige strukturer som må på plass for at kommunene skal lykkes med å redusere skader og jobbe helhetlig og systematisk med pasientsikkerhet.

Resultatrapport 2018

Ifølge programmets egen kartlegging har man ved avslutningen i 2018 nådd ut til 76 prosent av landets kommuner. Innsatsområdene riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten, forebygging av fall og ledelse av pasientsikkerhet er de innsatsområdene som flest kommuner har jobbet med. I tillegg ble tiltakspakkene for forebygging og behandling av underernæring og tidlig oppdagelse av forverret tilstand godt mottatt i tjenestene og umiddelbart tatt i bruk av flere kommuner. Disse tiltakspakkene ble introdusert for praksisfeltet i nasjonale læringsnettverk i 2017 og publisert i endelig versjon i 2018.

Utviklingssentrene og de pasient- og brukersikre kommunene deltok i 2018 på flere aktiviteter for å sikre gjennomføring, blant annet nettverkssamlinger og ulike kurs i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Det har vært en betydelig økning i andelen deltakere fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten på opplæringstiltak innen forbedringsarbeid og på Pasientsikkerhetskonsferansen i 2017 og 2018.

To av innsatsområdene som er relevante for innsatsområdene for en kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilhørende nasjonale kvalitetsindikatorer:

- Andel beboere på langtidsopphold på sykehjem (67 år eller eldre) som har fått legemiddelgjennomgang de siste 12 månedene (forskriftsfestet krav).
- Andelen beboere (67 år eller eldre) på langtidsopphold på institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.

Tallene som ble publisert i 2018 viser at på landsbasis var andelen beboere på langtidsopphold på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang på 49,0 prosent i 2017, mens den i 2016 var på 48,4 prosent. Tilsvarende var andelen beboere på sykehjem som var blitt vurdert for ernæringsmessig risiko på 43,3 prosent i 2017, mens den i 2016 var på 42,3 prosent. For begge indikatorene er datakvaliteten en utfordring, særlig pga. manglende rapportering. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

Helsedirektoratet publiserte i 2018 en veileder for å støtte ledere i arbeidet med å implementere forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemeldinger fra aktørene i helsetjenesten er at arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å operasjonalisere flere av kravene i forskriften.

Riksrevisjonen offentliggjorde i 2018 en undersøkelse om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Hovedfunn i rapporten er at det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, blant annet når det gjelder ernæring, legemidler og fall, og at mer kunnskap om forbedringsarbeid vil kunne bidra til å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten i eldreomsorgen.

Vurdering

Pasientsikkerhetsprogrammet nådde i 2018 målsettingen om å nå ut til 75 prosent av landets kommuner. Likevel viser erfaringene fra programmet at arbeidet ikke i tilstrekkelig grad har vært tilpasset eksisterende strukturer, organisering og rammer i kommunene. Arbeidet med pasientsikkerhet i kommunene er nybrottsarbeid og det tar tid å sikre varige strukturer. Det er derfor særlig viktig å opprettholde innsatsen og å stryke kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fremover.

Helsedirektoratet har sammen med aktørene i styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet utarbeidet en overordnet, nasjonal handlingsplan for videre arbeid med pasientsikkerhet (2019-2023). Planen har som formål å videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet og å videreutvikle en samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet. Målene om færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring videreføres i handlingsplanen. Tiltaksområdene i planen bygger opp under behovet for bedre ledelse og kultur, kompetanse, systemer og strukturer og nasjonale satsinger for å redusere pasientskader.

I perioden 2019 – 2023 gjennomføres kvalitetsreformen for eldre; Leve hele livet. Pasientsikkerhet er sentralt i flere av reformens innsatsområder og Helsedirektoratet må sikre synergieffekter og god koordinering i videre arbeid med pasientsikkerhet og reformen.

Pasientsikkerhetsprogrammet har blitt følgeevaluert i perioden og sluttevaluering vil foreligge våren 2019.

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

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. Ut fra en slik betraktning er derfor arbeidet i rute. Formålet med planen er 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.»

Som nevnt i innledningen endrer ikke Helsedirektoratet på analysen som ble utarbeidet for årsrapporten for 2017. I dette kapitlet tar vi for oss noen tilleggssunn som vi ønsker å trekke fram.

7.1 Analysen for 2018

Årsrapporten Omsorg 2020 oppsummerer status for en rekke tiltak som samlet skal medvirke til endringer i tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Formålet er å "legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. (-) Tiltakene skal bidra til at kommunen setter fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden." (Omsorg 2020).

Helsedirektoratet viser til analysene utarbeidet i de foregående årsrapportene. I denne rapporten vil vi løfte frem noen forhold som er dokumentert i nye rapporter og analyser og som vi vurderer er sentrale for det videre arbeidet for å møte morgendagens utfordringer i omsorgstjenestene. Nye analyser og rapporter i 2018 bekrefter de utfordringer kommunene står overfor med endret sykdomsbilde, økt omsorgsbyrde, flere eldre med komplekse behov og problemer med å rekruttere personell og tilstrekkelig kompetanse. En analyse av det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD) i Norge viser at ikke-dødelig helsetap utgjør en stor og økende andel av sykdomsbyrden i den norske befolkningen, noe som vil gi nye utfordringer for helsevesenet.[1] Utfordringene for kommunene er også godt beskrevet i NOU 2018:16 Det viktigste først.

Dette kapitlet inngår som rapportering på følgende styringsparametere i tildelingsbrevet for 2018 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.

Alle pågående tiltak er nødvendige for omstilling og utvikling av helse- og omsorgssektoren. Det er fortsatt store utfordringer for å sikre tilstrekkelig kvalitet og pasientsikkerhet. Vi observerer store variasjoner kommunene imellom. Både utfordringsbildet og hvilke faktorer som avgjør er sammensatt. Mange faktorer må derfor trekkes med i vurdering av utfordringer, muligheter og løsninger. Dette bør følges opp i det videre arbeid gjennom tiltak og handlingsplaner.

Styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene

Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og tilgjengelighet i eldreomsorgen[2] påpeker flere svakheter og gir anbefalinger til statlige tiltak som kan styrke pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Gjennomgangen gir grundig omtale av forhold og behov for tiltak som igjen gir viktig underlag for det pågående arbeidet og nye tiltak (se oversikt i vedlegg).

Legetjenester i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger

Et viktig tilbud for eldre med omfattende behov, er sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. På oppdrag for Helsedirektoratet ble det i 2018 gjennomført en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet for denne målgruppen av Senter for omsorgsforskning[3]. Resultatene fra deres gjennomgang viser blant annet (statistikk fra perioden 2009-2017) økt bistandsbehov både blant korttids- og langtidspasienter og at legekapasiteten har økt, men det er uvisst om dette svarer til økning i behov. Det er flere kommunalt ansatte sykehjemsleger og av disse er flere kvinner. Rapporten påpeker følgende forhold av betydning for at legetjenesten skal bidra til kvalitet i tjenesten:

- Kontinuitet (stillingsprosent, ansettelsesforhold)
- Tilgjengelighet (gjennom døgn, uke og over tid)
- Kompetanse (spesialistutdanning, opplæring)

Rapporten viser til flere forslag til tiltak, som f.eks. en større arena for erfaringsutveksling og å trekke legene med i planlegging og organisering av helsetjenestene i kommunene. Mulighet for kontakt med legen utenom ordinær arbeidstid ble trukket frem som viktig. Andre forhold som ble trukket frem var samhandling med spesialist-helsetjenesten og bedre samhandling innad i kommunene.

Et hovedfunn er at en godt integrert legetjeneste gir økt medisinskfaglig kvalitet: "stabile, tilgjengelige legetjenester med høy kontinuitet er fordelaktig for både pasienter, pårørende, personale i sykehjemmene og legene selv" (s 6).

Rapporten viser til lokale forskjeller når det gjelder legebemanning og pasientenes sykdomsbyrde, og påpeker lokale forskjeller knyttet til kommunenes størrelse og til deres strategiske valg.

Helsedirektoratet ser denne rapporten som et viktig bidrag for videre oppfølging for å styrke det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Videre vil vi se dette i en samlet vurdering av organisering av legetjenesten i kommunen. Det er nødvendig å vurdere samarbeid med øvrige tjenester og tilknytningsformer til kommunen der legetjenestene inngår i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

Eksempler på alvorlige hendelser i omsorgstjenestene, som siste års episoder med skolding i forbindelse med dusj/bading i omsorgsboliger, viser hvor viktig det er å sikre gode rutiner for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid lokalt. Behov for økt kunnskap om forbedringsarbeid er også påpekt av Riksrevisjonen. Helsedirektoratet følger opp og vil styrke arbeidet gjennom en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som skal understøtte og legge til rette for at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Planen skal gjelde i perioden 2019-2023 og inneholder konkrete tiltak for en målrettet og samordnet innsats. [4]

Yngre tjenestemottakere

En stadig større andel tjenestemottakere er under 67 år. Vår analyse av tjenestemottakere mellom 15-49 år (kap.1) viser at støttekontakt er vanligste tjeneste for de under 19 år, mens helsetjenester i hjemmet øker fra 20-24 år til 45-49 år. For tjenestemottakere under 49 år med rapportert diagnose, finner vi de fleste i diagnosegruppen psykiske lidelser. Veksten i yngre tjenestemottakere kan tyde på at kommunene har oppmerksomhet på denne gruppen med utforming av nye tjenestetyper og fokus på psykiske helsetjenester for unge.

Økt kunnskap om de unge tjenestemottakerne er viktig for videre utvikling av fleksible og tilpassede tjenester. Flertallet som mottar brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er yngre.[5] I 2017 var 55 prosent under 50 år og 30 prosent i alderen 50-66 år[6]. POBO erfarer at det er store uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjenesten, både i omfang og hvordan BPA sees i sammenheng med andre tjenester (årsrapport 2018). Når det er store variasjoner knyttet til en rettighetsfestet tjeneste er det grunn til å vurdere om utforming av tjenester møter den enkelte bruker godt nok uavhengig av bosted.

Kommunale variasjoner

På en rekke områder ser vi ulikheter mellom kommuner både i utfordringsbildet og i tilgang til ressurser for å møte utfordringene. Dette er vist til i tidligere rapporter[7] og er blant annet også omtalt i NOU 2018:16 under omtale av det kommunale utfordringsbildet. Den store andelen eldre, problemer med rekruttering av helse- og omsorgspersonell og med å ivareta stabil arbeidskraft er en utfordring for små og perifere kommuner. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil fortsette.

En kartlegging i 13 (av 19) kommuner i Finnmark ble utført av NIVI Analyse på oppdrag for Fylkesmannen i Finnmark. Ordførere og rådmenn ble intervjuet om kommunenes hovedutfordringer og veivalg i den videre forvaltningsutviklingen (alle sektorer). Sammenstilling av resultatene viser til ubalanse mellom lovpålagte oppgaver og lokale ressurser i nesten samtlige kommuner.[8] Fra minst en fjerdedel av kommunene ble det rapportert "grunnleggende svikt i kommunens evne til å ivareta rettssikkerhet og yte likeverdige velferdstjenester til innbyggerne" (ibid. s.14).

Større andel brukere av omsorgstjenester i små kommuner

I en analyse av eldreutfordringen i mindre kommuner viser SSB[9] til Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Selv om 6 av 10 over 65 år bor i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere, er andelen eldre over 65 år størst i de minste kommunene. Kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere har rundt 25 prosent eldre, mens tilsvarende er 15 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Av SSBs analyse framgår det også at det er en større andel av de eldre som bruker omsorgstjenester i de minste kommunene. I kommuner med færre enn 2000 innbyggere var andelen 65 år og eldre som bruker omsorgstjenester 30 prosent, mens andelen var 27 prosent i kommuner med mellom 20000 og 50000 innbyggere og 24 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Vi har ingen sikre forklaringer på denne forskjellen.

En aldrende befolkning er i seg selv en utfordring for kommunene når de skal imøtekomme tjenestebehovet, gitt at framtidens eldre har samme sykkelighet og tjenestebehov som i dag. Andre grupper tjenestemottakere med store behov for helse- og omsorgstjenester er personer med kroniske og sammensatte lidelser, pasienter med behov for habilitering og rehabilitering og pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser. En større omsorgsbyrde i en gitt kommune vil ha konsekvenser for alle tjenestemottakerne, hvis den samlede kapasiteten i kommunen holdes konstant.

Pasient- og brukerombudet rapporterer svakheter og store ulikheter mellom sykehjemmene i sin årsmelding for 2018. De hører om stadig utskifting av sykehjemslegene, at de er for lite til stede og at det er liten kontinuitet i den medisinskfaglige behandlingen.

Bruk av virkemidler

Fylkesmannen i Trøndelag gjennomførte i 2018 dialogmøter med kommunene om dagens og fremtidens eldreomsorg. Disse ble oppsummert i rapport fra Ressurssenter for omstilling i kommunene[10], der det fremgår at flere kommuner ønsker bedre oppfølging fra fylkesmannen i forbindelse med tilskuddssøknader. Andre forhold som trekkes frem er bl.a.: behov for hjelp fra fylkesmannen til å utvikle helhetlige pasientforløp, få oversikt/fremstille riktig og oversiktlig datagrunnlag og bidra med tallanalyse og statistikkforståelse. Eksemplene fra kommunene i Trøndelag er viktige innspill for hvordan og på hvilke områder kommunene ønsker bistand.

Kompetanseløft 2020 (K2020) består i stor grad av økonomiske insentiver, herunder tilskuddsordninger som forvaltes av Helsedirektoratet og landets fylkesmenn. Evalueringen[11] viser et klart flertall av kommunene, uavhengig av størrelse, søker om midler i forbindelse med K2020-arbeidet, selv om de minste kommunene søker i noe mindre grad. Det er også en forskjell mellom kommunene i hva de søker på, som at færre små kommuner søker tilskudd til heltidsstudium "Det kan se ut som små kommuner benytter midler som er lett tilgjengelig og rimelig (f.eks. kortvarige kurs), selv om de kanskje kunne hatt mer bruk for andre og mer "høythengende" tiltak på lang sikt." (ibid.s.16) Geografisk avstand til utdanningsinstitusjoner og større sårbarhet ved permisjoner er mulige forklaringer på dette. Evaluatoren viser til at utdanningstilbudene ikke er like tilgjengelig for alle kommuner, og at stor geografisk avstand til høyskoler og universitet som tilbyr videre- og etterutdanning er et hinder.

Samarbeidet mellom kommuner og fylkesmenn blir vurdert som godt av begge parter i oppfølging og søknad om midler fra K2020. "Det at Fylkesmannen har både tilsyns- og forvaltningsoppgaver gjør ifølge informantene fra fylkesmennene dem i stand til å gi konkrete råd og være en diskusjonspartner og stimulere utviklingen i kommunene." (ibid. s.16)

Gjennom statlige tilskuddsordninger har kommunene mulighet til å arbeide med omstilling, utvikle kompetanse eller delta i endringsarbeid. En gjennomgang av Helsedirektoratets tilskudd,[12] viser at ikke alle kommuner benytter seg av det potensialet som ligger i direktoratets tilskuddsportefølje. Kommunene i Akershus søker på nesten alle tilgjengelige ordninger og får tilskudd over disse, mens kommunene i Telemark søker på under halvparten av ordninger som er tilgjengelige for kommunene. Vi vet foreløpig lite om hvorfor enkelte kommuner søker på få ordninger mens andre søker på flere. Helsedirektoratet har startet en mer systematisk gjennomgang av tilskuddsmidlene for å se på mulige skjevheter i fordeling av tilskudd til kommuner.

Det er ulike typer tilskuddsordninger, og variasjon må vurderes ut fra flere parametere enn bare innbyggertall og sentralitet. Mange små kommuner viser at de ivaretar krav til kvalitet enten det er gjennom innovasjon, samarbeidsløsninger, kompetanse, prioriteringer eller annet som avgjør. Kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører er også valg som bare delvis har sammenheng med størrelse og sentralitet. Kommunene forklarer kjøp av tjenester ut fra manglende kompetanse og/eller kapasitet, ønske om valgfrihet for brukerne eller politiske føringer for ikke å kjøpe tjenester.[13]

Bærekraft og prioritering

Årsrapporten har omtalt flere forhold som kan utfordre bærekraften i omsorgstjenestene i tiden framover. Eksempler på mulige utfordringer er endringer i befolkningssammensetning med høyere antall og andel eldre, økende forventninger til tjenestene blant pasienter, brukere og pårørende, og tilgang på finansielle og personellmessige ressurser.

Ny medisinsk eller teknologisk utvikling vil kunne bidra til effektiviseringsgevinst, men kan også være ressurskrevende. I framtiden kan det komme nye, kostbare medikamenter for kroniske tilstander som har høyere forekomst hos eldre. Hvis ekstremt kostbare medikamenter med et bredt anvendelsesområde blir tilgjengelig, vil det kunne kreve at helse- og omsorgssystemet finner gode mekanismer for å sikre at tilgjengelige ressurser samlet sett gir best mulig nytteverdi for befolkningen.[14]

Nye tiltak som iverksettes må i tillegg til å ha en meningsfylt nytteverdi for pasientene, evalueres i et kost-nytte perspektiv. I slike evalueringer defineres ofte kostnader i form av økonomiske kostnader. Det er grunn til å tro at det i framtiden vil bli økende forventninger om at et tiltaks effekter på omgivelser og miljø også evalueres. Eksempler på tiltak med ulike profiler i så måte er Lavterskeltilbud i distriktet og Trivselsreiser til Syden,[15] der sistnevnte trolig innebærer vesentlig større CO2-utslipp. Samlet informasjon om positive og negative virkninger av et tiltak, kan så inngå i beslutningsgrunnlaget når man vurderer aktuelle tiltaket. Et praktisk eksempel på dette er et beslutningsverktøy fra National Institute of Clinical Excellence (NICE), der pasient og kliniker tar med miljøeffekter i vurderingen når de beslutter valg av asthma-inhalator (bakgrunnen er at noen asthma-inhalatorer inneholder hydrofluorokarbongasser, som har potent drivhuseffekt).[16]

7.2 Videre arbeid

De mange tilskuddsordninger, forsøk og handlingsplaner er viktige, men neppe tilstrekkelige for de kommunene som har de største utfordringene. Helsedirektoratet mener man bør se nærmere på mulighetene for å vurdere hvordan statlige virkemidler kan differensieres og bidra til å bistå de mest utsatte kommunene ut fra deres behov. Kunnskap om uønsket variasjon og ulike utfordringer i kommunene må i større grad ligge til grunn for utforming av statlige virkemidler, der en samtidig ivaretar kommunal autonomi og selvstyre. Målet er å bistå best mulig for å sikre tilstrekkelige og forsvarlige tjenester. En mer tilpasset bruk av virkemidler må vurderes i dialog med KS, fylkesmannen, fylkeskommunen og kompetansemiljøer som Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Senter for omsorgsforskning (SO).

Samhandling med spesialisthelsetjenesten er viktig i utvikling av nye tjenester, oppfølging av pakkeforløp, utskriving av pasienter mv. Kommunenes ulike forutsetninger for å ivareta nye oppgaver og sammensatte problemer gjør at behovet for bistand og veiledning fra spesialist-helsetjenesten vil variere fra kommune til kommune. Slik variasjon kan i større grad følges opp gjennom tilpasning av samarbeidsavtaler mellom HF – kommune, bruk av veiledning og oppgave-fordeling ut fra kommunale forutsetninger (kompetanse og ressurser).

Flere satsingsområder som velferdsteknologi, innovasjon, ny organisering, kompetanseløft mv. utgjør gode og nødvendige tiltak. Omstilling krever nye modeller for samarbeid og organisering mellom tjenester, etater og nivåer.

Satsing på ledelse i kommunene må videreføres for viktig kompetanse og roller i endringsarbeidet. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten vil i perioden 2015 til 2020 ha utdannet om lag 1000 ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. KS anslår gjennom PAI-registeret at det finnes om lag 12 000 ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet vil gjennom innspill fra Kompetanseløft 2020 utvide kapasiteten for dette utdanningstilbudet med fordypet innhold i innovasjon og endringsledelse. Vi vil også løfte frem kompetansesentrene innen helse- og omsorgssektoren, og mulighetene for at disse kan bidra aktivt inn i forbedringsarbeidet på kommunenivå. Helsedirektoratet vil trekke med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i en helhetlig vurdering av hvordan vi i større grad kan bidra til å styrke kommunene i omstillingsarbeid for økt kompetanse, styrket kvalitet og pasientsikkerhet.

Mange av virkemidlene for å understøtte kommunenes endringsarbeid inngår i det regionale og nasjonale støtteapparatet for reformen *Leve hele livet*, som dialogmøter i regi av fylkesmannen og læringsnettverk og utvikling av ressursportalen. Etablering av en nasjonal ressursportal.no skal bidra til støtte og veiledning for lokal planlegging ved å tilby samlet og mer effektiv tilgang til styrings-informasjon innenfor sektoren. Denne reformen krever aktiv omstilling der nivåene samarbeider og bruker hverandres kompetanse på alle nivå. Regionalt og nasjonalt støtteapparat for kommunalt omstillingsarbeid slik det legges opp til i gjennomføringsplan for *Leve hele livet* er viktig for å få til langsiktige løsninger.[17] Analyser av data som synliggjør uønsket variasjon i tjenestetilbudet må følges opp både med strukturelle tiltak rettet mot alle og med tilrettelegging etter kommunale behov.

7.3 Vedlegg

Oversikt over pågående og nye tiltak som oppfølging til Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og tilgjengelighet i eldreomsorgen (Dokument 3:5 (2018-2019))

1. **Sikre at statlige virkemidler bidrar til at kommunene utreder de eldres behov og ønsker bedre, før de tildeler tjenester**

- Statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO)forlenget til 2022. I modellen benyttes felles kriterier for tjenestetildeling
- IPLOS: fokus på individuell vurdering i kartlegging/ videreutvikle individuelle mål knytta til funksjon i IPLOS

1. Sikre at de eldres klagerettigheter blir bedre ivaretatt, både i kommunene og gjennom fylkesmennenes behandling

- Informasjonskampanje Pasient- og brukerrettigheter (POBO og Helsedirektoratet)
- Fylkesmannen har ansvar for opplæring i saksbehandling innen helse- og omsorgstjenester
- Sak i Brukerrådet 13.03.19: til drøfting: Kommunenes tildeling av tjenester og oppfølging av brukernes rettigheter

1. Bidrar til mer presis kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen, blant annet ved å utvikle flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer

- Gjennomføringsplan for *Leve hele livet*
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Oppfølging av KPR med innrapportering av IPLOS-data
- Nasjonale kvalitetsindikatorer: Utvikler flere indikatorer for omsorgstjenesten
- Utvikle kvalitetsindikatorer knyttet til retningslinjer, veiledere og pakkeforløp

1. Bidrar til å spre anerkjent kunnskap i kommunene om hvordan arbeid med kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres

- Velferdsteknologiprogrammet
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Utvikle dashboard i KPR
- Arbeide for hyppigere innsending av data til KPR
- Styrke Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste, Fylkesmannen og Senter for omsorgsforskning arbeid med styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer.
- Nasjonal lederutdanning

1. Sørger for å ha god informasjon om hvordan kommunene forbereder seg på konsekvensene av den forventede økning i antall eldre, og vurdere hvordan statlige virkemidler best kan brukes for å bistå kommunene i arbeidet

- Gjennomføringsplan for «Leve hele livet»
- Arbeide for å nyttiggjøre nasjonale kvalitetsindikatorer i kommunene
- Aldersvennlig samfunn
- Kompetanseløft 2020
- Retningslinjer, veiledere, pakkeforløp
- Nasjonalt støtteapparat sammen med KS og Senter for omsorgsforskning Arbeid for å nyttiggjøre NKI
- Aldersvennlig samfunn

1. Vurderer hvordan departementets virkemidler kan hjelpe kommunene i deres arbeid med å redusere det høye sykefraværet og den omfattende bruken av deltid

- Kompetanseløft 2020
- Det er flere tiltak knytt til heiltidskultur arbeid, bl.a. avtale mellom partane. Tidlegare har det vore prosjekt i KMD eller i Arbeidsdepartementet. KS veit mest om dette. (Sigrun)

1. Avklarer, i samarbeid med KS, hva "heldøgns omsorg" for eldre innebærer og hvordan begrepet skal brukes i planlegging og statistikk

Implementering av notat av mars 2017 fra HOD med avklaring

- [1] Tidsskrift for Den norske legeforening. Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Utgave 15, 2.okt.2018.
- [2] Riksrevisjonen. Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018-2019)
- [3] Prosjektet har foretatt en kunnskapsoppsummering, dialogmøter, intervjuer i to kommuner og vurdert data fra SSB og PAI -registeret
- [4]Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Upublisert.
- [5] Ordningen er rettighetsfestet for personer under 67 år med stort og langvarig behov for tjenester. Rundskriv I-9/2015 Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA).
- [6] SSB, Statistikkbanken tabell 11642
- [7] Blant annet i rapport fra Omsorgsforskning Sør, 2017: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025 og SKDE 2017: Eldrehelseatlas for Norge
- [8] NIVI Rapport 2018:4 Gode grep i Finnmark.
- [9] ssb.no 7.januar 2019
- [10]Ressurssenter for omstilling i kommunene, Rapport januar 2019, www.ro.no
- [11] Sintef, NIBR, NIFU; Evaluering av Kompetanseløft 2020. Andre delrapport 2018
- [12] Helsedirektoratet. Internt notat 2019.
- [13] Agenda Kaupang. Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører. 2019.
- [14] <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2731177>
- [15] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- [16] <https://www.nice.org.uk/news/article/nice-encourages-use-of-greener-asthma-inhalers>
- [17] Gjennomføringsplan *Leve hele livet*, Helsedirektoratet 2019

PDF-versjon av rapporten

Last ned: [Omsorg 2020 - Årsrapport 2018 \(PDF\)](#)

