

Omsorg 2020 – Årsrapport 2019

Først publisert: 10.06.2020

Sist faglig oppdatert: 10.06.2020



Innhold

1. Innledning	3
2. Sammendrag	4
3. Demografiske endringer og konsekvenser for omsorgssektoren	5
4. Sammen med bruker, pasient og pårørende	9
5. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste / den nye hjemmetjenesten	11
6. Moderne lokaler og boformer	33
7. Fornyelse og innovasjon	48
8. Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020	57
9. Analyse av effekter og resultater sett i sammenheng med forskning om utviklingen i sektoren	65
10. PDF-versjon av rapporten	73

Innledning

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

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

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

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

Årsrapporten er et svar på oppdrag i tildelingsbrevet: «Innen 1. mai påfølgende år skal Helsedirektoratet utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren». Forsinkelser i tilskuddsrapporteringen grunnet korona-krisen førte til at fristen ble utsatt til 1.juni.

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.

Innrapportering av IPLOS-data fra kommunene til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i Helsedirektoratet har vært forsinket fra en del kommuner. Dataene har derfor ikke vært klare for utlevering fra registeret tidsnok for fristen for årsrapporten. Utviklingstrekk med tall fra 2019 for ulike tjenestetilbud og mottakere av tjenester, utgår dermed i også i årets rapport. I statistikk -kapitlet presenteres noen tall og framskrivninger for befolkningsutviklingen etter alder.

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:

For å sikre kommunale helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er det nødvendig med et samlet kommunalt omstillingsarbeid, der det satses på helsefremmende og forebyggende tiltak, utviklinga av ny teknologi, styrking av ledelse og personell og brukerinvolvering for nye arbeids- og organisasjonsformer.

Hovedpunkter i analysen er:

- Det er fortsatt mangler og uønsket variasjon i kommunenes ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet.
- Det er begrenset informasjon om kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Statistikk og indikatorer om tjenestene må utvikles og tilrettelegges for lokal planlegging, styring og kvalitets- og forbedringsarbeid.
- Personellressursene må utnyttes bedre i nye arbeids- og organisasjonsformer med endringer i kultur for samordning mellom profesjoner og tjenester.
- Utfordringene krever vesentlig omstilling og innovasjon i samarbeid mellom flere aktører.
- Kommunene må bedre sin analyse- og plankompetanse for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Koronaepidemien i 2020 medfører store utfordringer for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Krisen endrer utfordringsbildet så vel som premissene for mye av arbeidet framover og har bl.a. synliggjort betydningen av kompetanse og smittevern-beredskap. Epidemien har aktualisert prioritering og behovet for bærekraftige helse- og omsorgstjenester og at omstillingsarbeidet innen Omsorg 2020 fortsatt er viktige satsingsområder.

Demografiske endringer og konsekvenser for omsorgssektoren

1.1 Demografiske endringer

Perioden 2009 til 2019 viser betydelige demografiske endringer i den norske befolkningen. Befolkningen har totalt sett økt med 11 prosent, mens aldersgruppen 67-79 år har økt med hele 46 prosent og gruppen 90 år og eldre har økt med 29,7 prosent. Det var en mindre økning for de yngre aldersgruppene, mens det i aldersgruppen mellom 80 og 90 år har vært en nedgang på 2,1 prosent.

Tabell 1: Befolkning 2009 og 2019 og endring i prosent fordelt på aldersgrupper.

	2020	2040	Endring i prosent
0-17 år	1 103 481	1 122 508	1,7
18-49 år	2 095 214	2 291 376	9,4
50-66 år	983 943	1 108 634	12,7
67-79 år	396 983	579 695	46,0
80-89 år	184 972	181 031	-2,1
90 år og eldre	34 659	44 968	29,7
Alle	4 799 252	5 328 212	11,0

Befolkningsframskriving og kommunevariasjon

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

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

	2020	2040	Endring i prosent
0-17 år	1 122 986	1 178 081	4,9
18-49 år	2 293 585	2 380 352	3,8
50-66 år	1 123 907	1 199 047	6,7
67-79 år	596 567	814 651	36,6
80-89 år	185 346	380 864	105,5
90 år og eldre	45 260	103 249	128,1
Alle	5 367 651	6 056 244	12,8

Befolkningsøkningen fra 2020 til 2040 blir spesielt sterk blant de som er 80 år og eldre. I 2020 utgjør alle i aldersgruppene 80 år og eldre 4,3 prosent av befolkningen. I 2040 vil denne aldersgruppen utgjøre 8,0 prosent av befolkningen i Norge. I antall tilsvarer dette en økning fra 230 606 til nærmere 500 000 i 2040.

De demografiske endringene vil variere med kommunestørrelse. Trenden er at de eldre blir boende i distriktene mens de yngre flytter mot byene. Særlig mindre sentrale kommuner med lavt folketall får økt omsorgsbyrde da de ofte har en høy andel innbyggere over 65. I noen av disse kommunene er andelen av befolkningen over 65 år høyere enn andelen i yrkesaktiv alder.

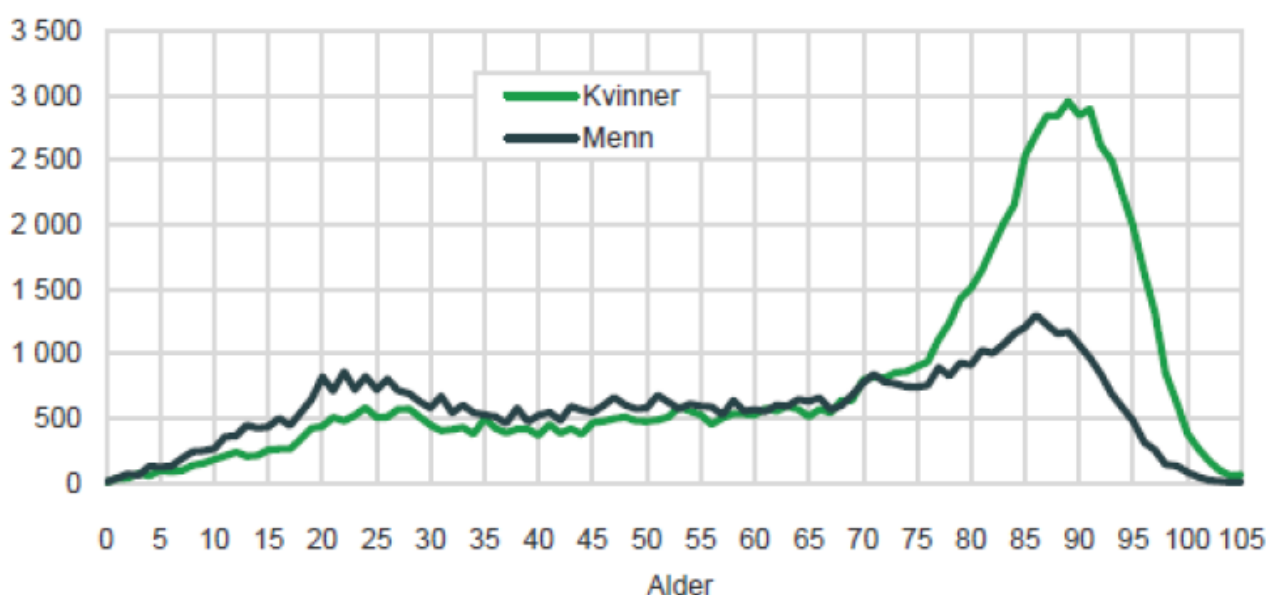
1.2 Konsekvenser for omsorgssektoren

Det er mange faktorer som virker inn på hvordan de demografiske endringene vil påvirke de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som sykkelighet, økonomi, nærhet til sykehus og utdannings-institusjoner, utviklingen i teknologi og organisering av tjenestene.

Forventet levealder ved fødsel har økt kontinuerlig etter 2.verdenskrig. Det er noe usikkert i hvilken grad økt antall leveår betyr flere leveår med god helse. Tall for Norge fra det globale sykdomsbyrde-prosjektet[2] tyder på at økt levealder perioden 2006 til 2016 besto i både friske og syke år. For menn økte forventet levealder i denne perioden med 2,0 år, hvorav 1,7 år var friske leveår. For kvinner økte forventet levealder med 1,4 år, hvorav 1,2 år var friske leveår. Det er mange usikre faktorer, og framskrivingene tar utgangspunkt i dagens modeller og tjenestebruk.

Befolkningsstørrelse og aldersfordeling har stor betydning for etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Med aldrende befolkning øker behovet for arbeidskraft betydelig. SSB har gjort regionale framskrivinger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester for 2017 til 2035[3]. Framskrivningene er gjort for opptaksområdene for helseforetakene, og tar utgangspunkt i det gjennomsnittlige forbruk av helse- og omsorgstjenester i 2017 (brukerfrekvens per alder og kjønn) og SSBs regionale befolkningsframskrivinger. Rapporten framskriver etterspørsel etter årsverk i de kommunale helsetjenestene, de kommunale omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenestene. Vi presenterer et par figurer fra rapporten for å illustrere utviklingen i etterspørsel etter årsverk i omsorgssektoren etter aldersfordelingen i 2017 og fremskrevet for 2035. Det vises til rapporten for nærmere redegjørelse for metoden og forbehold knyttet til regionale forskjeller og andre forhold som vil påvirke det framtidige behovet for tjenester.

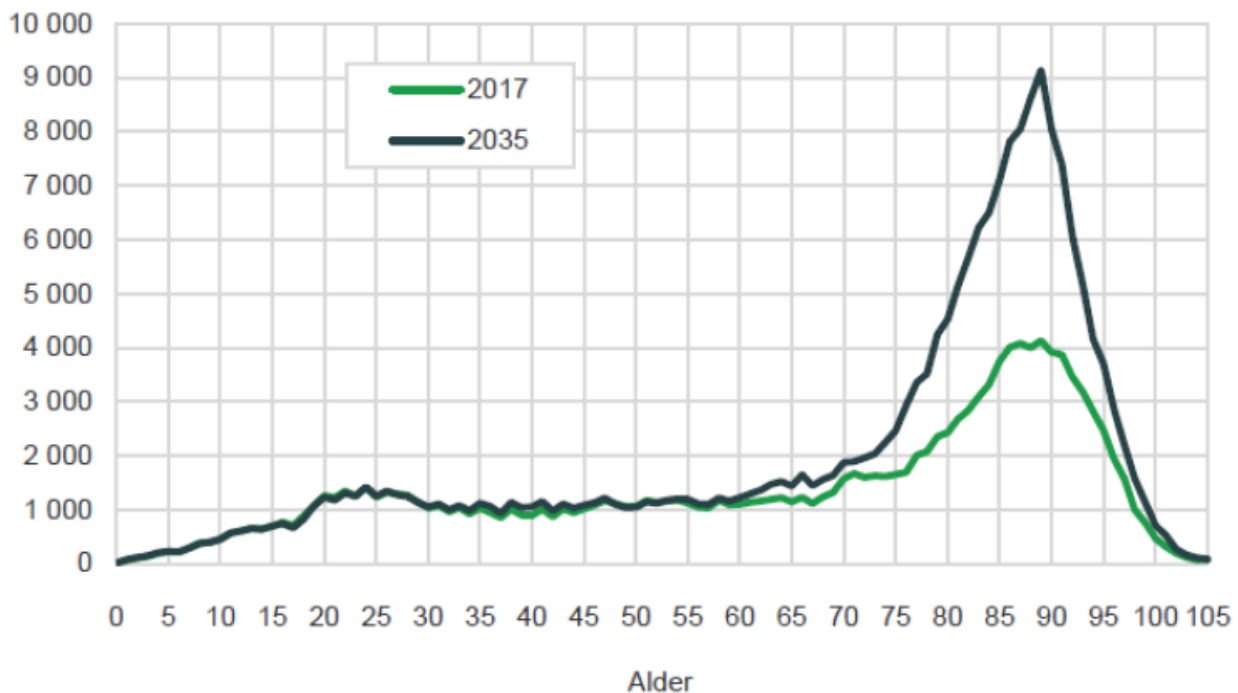
Figur 1: Forbruk av årsverk i kommunal omsorgstjeneste etter alder og kjønn. 2017 [4]



Behovet for kommunale tjenester øker kraftig fra omtrent 75 år. Frem til 70 år forbruker menn den største andelen årsverk, noe som blant annet kan forklares med at det er flere menn enn kvinner under 70 år. Etter fylte 70 år øker forbruket av omsorgsårsverk markant for kvinner. SSB forklarer dette delvis med at kvinner

lever gjennomsnittlig lenger enn menn, dermed er flere kvinner enn menn blant de eldste, og delvis med at kvinner i større grad gir privat omsorg til menn enn menn gir til kvinner.[5] Dette henger også sammen med at kvinner lever i gjennomsnitt flere år med sykdom sammenliknet med menn.[6]

Figur 2: Årsverk i kommunal omsorgstjeneste etter alder. 2017 og 2035[7]



Økningen i antall over 60 år er hovedårsaken til den fremskrevne økning i antall årsverk i omsorgssektoren, jfr. figur 2. SSB har beregnet at den kommunale omsorgstjenesten kan trenge omtrent 65 000 flere ansatte i 2035 sammenlignet med i 2017. KS sin framskriving av behov for arbeidskraft i kommunene fram mot 2028 viser et behov for nesten 40 000 flere årsverk, hvorav de aller fleste vil være innen helse- og omsorgssektoren.

I framskriving etter hovedalternativet forventes en økning i antall innvandrere i aldersgruppen over 35 år, og det blir også flere innvandrere blant de eldste i landet. Dette vil ha betydning for hvordan tjenestene skal utformes og gjennomføres i tiden fremover da helsen til innvandrere varierer mye med opprinnelsesland, botid og innvandringsårsak. Det er også store forskjeller i risikofaktorer, som for eksempel røykevaner, alkoholbruk og andre levevaner som fysisk aktivitet.[8]

Fotnoter

[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] FHI (2018) [Sykdomsbyrden i Norge 2016: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 \(GBD 2016\)](#) [rapport].

[3] SSB (2019) [Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017–2035](#) [rapport].

[4] Ibid., side 12.

[5] Ibid., side 12.

[6] FHI (2018) [Sykdomsbyrden i Norge 2016: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 \(GBD 2016\)](#) [rapport].

[7] SSB (2019) [Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017–2035](#) [rapport], side 30.

[8] FHI (2018) [«Helse i innvandrerbefolkningen» i Folkehelse rapporten](#) [rapport] og FHI (2019) [Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016](#) [rapport], kap. 12-14.

Sammen med bruker, pasient og pårørende

2.1 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 2019

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. I 2019 mottok Helsedirektoratet 48 søknader over tilskuddsordningen, både nye prosjekter og videreførte. I alt ble 7,8 millioner utbetalt i 2019. 17 videreførte prosjekter og 8 nye ble tildelt midler. 15 prosjekter handlet om støtte, veiledning og avlastning til voksne pårørende med krevende omsorgsoppgaver. 10 handlet om å utvikle rutiner og system for kartlegging og oppfølging av barn og unge som pårørende til foreldre og søsken og om utvikling av tilbud.

Det er stor bredde i prosjektene, siden regelverket gir rom for dette. Eksempler på prosjekter er:

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

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

Nettstatistikken til Helsedirektoratet viser at Pårørendeveilederen var blant de 10 mest besøkte av Helsedirektoratets veiledere i 2019. Veilederen er lagt inn som en føring i tilskuddsordningen og det bidrar til at veilederen blir gjort kjent og tatt i bruk.

I 2019 har BarnsBeste; kompetansenettverk ved Sørlandet sykehus, laget et [e-læringsprogram om barn som pårørende](#), på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målgruppen er alt helse- og omsorgspersonell i kommunen. Helsedirektoratet og BarnsBeste la også planer for utprøving av e-læringen i et utvalg kommuner, med oppstart i 2020.

2.2 Tilskudd til frivillige organisasjoner

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2019

Det var i 2019 i alt 78 av Helsedirektoratets tilskuddsordninger rettet mot frivillige organisasjoner og stiftelser, og disse fikk utbetalt ca. 7,8 prosent eller 1 412 mill. kroner av Helsedirektoratets tilskuddsmidler i 2019. Av dette ble 886,3 mill. kroner bevilget over kapitlet Psykisk helse, rus og vold i statsbudsjettet. Videre ble det utbetalt 202,7 mill. over kapittel 0761 Omsorgstjenester.

Over kapittel 0781 Forsøk og utvikling ble det utbetalt 58,1 mill. kroner eller 4,1 prosent av den totale bevilgningen til frivillige organisasjoner og stiftelser. Kapittel 0781 Forsøk og utvikling mv. inneholder tilskudd (post 79) til svært forskjellige formål og organisasjoner. Herunder ble det i 2019 tildelt midler til InnoMed (innovasjon i helse- og omsorgssektoren).

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste / den nye hjemmetjenesten

3.1

Forebygging, kultur og aktiv omsorg

3.1.1 Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet (tidligere Aktivitet for seniorer og eldre), ble igangsatt i 2013 – da under navnet Aktivitet eldre- og seniorsentra. Ordningen var knyttet til etablering og utvikling av aktivitets- og seniorsentre rundt i landet. Målet med tilskuddsordningen var å 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 2019

I 2019 var det bevilget 18,8 mill. kroner til fordeling over statsbudsjettet og Helsedirektoratet mottok 199 søknader til de utlyste midlene. Det samlede søknadsbeløpet var på i underkant av 90 mill. kroner. Det ble innvilget tilskudd til 50 store og små prosjekter rundt i hele landet. Mottakerne var kommuner og bydeler, frivillige organisasjoner og stiftelser, fylkeskommune, med overvekt av kommuner, gjerne i samarbeid med frivillige. Flerårige prosjekter er videreført, og flere nye flerårige prosjekter ble innvilget.

Tilskuddsordningen ble evaluert av Oslo Economics i 2018. Evalueringen viser at tilskuddsordningen bidrar til å nå målet om å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning gjennom å etablere forskjellige former for lavterskeltilbud rundt i hele landet. Tilskuddsordningen er godt kjent blant potensielle søkere og regnes som attraktiv og verdifull for søkergruppen. Etter at målgruppen ble endret og utvidet fra og med 2017 er det færre prosjekter som bare retter seg mot eldre. Oslo Economics anbefalte at tilskuddsordningen videreføres som en forholdsvis vid ordning uten større endringer i form og innhold. De påpekte noen suksesskriterier og noen forslag til videreutvikling og justeringer, bl.a. om søknads- og rapporteringsrutiner.

Evalueringen har påpekt følgende suksesskriterier:

- 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

I tillegg anbefalte Oslo Economics tydeligere satsing på samarbeid mellom forskjellige aktører og at samarbeid videreføres som et sentralt vurderingskriterium i søknadsbehandlingen.

Vurdering

Mye av det som kom fram i evalueringsrapporten er i tråd med Helsedirektoratets inntrykk av tilskuddsordningen. Det framgår bl.a. 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 vi derfor at det er viktig å satse på kommunene som motorer i samarbeidet.

Vår oppfatning er at ordningens formål er i tråd med intensjonene i regjeringens strategi for å forebygge ensomhet (lansert i den siste folkehelsemeldingen) og ikke minst **Leve hele livet**-reformen. Vi mener at ordningen vil egne seg spesielt godt som et verktøy for kommunene til gjennomføring av reformene. Slik er den også blitt oppfattet blant mange kommuner, hvor flere søkere i 2019 viste til eldrereformen i sine søknader om tilskudd, f. eks. ved å lage aktivitetstiltak som skal støtte opp om reformen og/eller som en forankring av prosjektet. I løpet av planperioden har svært mange søkere fått avslag. Det store antallet søknader kan tyde på at det fortsatt er et udekket behov for gode og attraktive aktivitetstilbud for seniorer og eldre. Skal tilskuddsordningen bli et godt redskap og insitament for gjennomføring av **Leve hele livet**-reformen rundt i hele landet, og samtidig forebygge ensomhet blant eldre, anbefaler vi derfor en betydelig styrking av budsjettet til ordningen.

3.1.2 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Formål og hovedprioriteringer

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtalefestet partnerskap mellom HUNT forskningssenter, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak; 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.

Resultatrapport 2019

Opplæringsprogrammet ble i 2019 evaluert av NTNU. Det var en kvalitativ evaluering som inkluderte 26 ansatte fra 11 ulike sykehjem, gjennom intervjuer, observasjoner og dokumentgjennomgang. Samtlige informanter meddelte økt kompetanse, kunnskap og bevisstgjøring gjennom den opplæringen de hadde fått. Det var ingen negative uttalelser og kritikk av hvordan musikk, sang og bevegelse kan benyttes i miljøbehandling. Det å kunne lære og observere at sang og musikk faktisk nytter, gir en helsefremmende effekt med bruk av færre eller ingen medisiner for en periode. De gode effektene av tiltakene synes å støtte opp under tidligere forskning.

Blant funnene i evalueringen, kan det konkluderes med at opplæringsprogrammene har oppnådd målene på de aller fleste områder, men at det er noen barrierer og utfordringer tilknyttet omsetting av ervervet kunnskap og teori til den praktiske hverdagen. Oppsummert så sier evalueringen:

- Positive erfaringer og opplevelser etter endt kurs
- Økt fokus og kompetanse på musikk og lydmiljø
- Økt bevisstgjøring og forståelse for at pårørende er en viktig ressurs når det gjelder kartlegging av musikkpreferanser
- Positivt for arbeidsmiljø og trivsel
- Reduksjon eller opphold i medisinerbruk
- Fra passivitet til aktivitet - Gir ro både for den enkelte beboer og i miljøet
- Glede, trivsel, humor, samhold og fellesskap for alle
- Økt kvalitet på pleie og omsorgstjenestene i form av musikalsk omsorg og bedre kommunikasjon
- Kartlegging av musikkpreferanser og individuelle spillelister – 'dette tar tid'
- Utfordringer med ansvarliggjøring og integrering av musikkaktivitetene i arbeids- og pleieplanene
- Noen utfordringer med formidling av kunnskaper og erfaringer til andre kollegaer fra kursene
- Viktig med forankring i ledelsen

I 2019 har 773 personer fra 15 fylker fått opplæring i Musikkbasert miljøbehandling. Kurstilbudet utvikler seg mot nye målgrupper. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er sentral samarbeidspartner. Den totale måloppnåelsen for Musikkbasert miljøbehandling i 2019 er under målsettingen som var på 1325 deltagere. Det er gjennomgående lavere måloppnåelse på alle kurs, unntatt videreutdanningene som holder seg stabilt og med ventelister.

3.1.3 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 veiledningsmateriell for forebyggende hjemmebesøk ble publisert i 2017. Veiledningsmateriellet beskriver de mest aktuelle samtaletemaene i et forebyggende hjemmebesøk, og knytter dette opp mot praktiske råd og verktøy. Fra 2018 inngikk forebyggende hjemmebesøk og tilhørende veiledningsmateriell som et viktig verktøy for reformen **Leve hele livet**. Våren 2019 ble det utviklet og publisert en film som illustrerer forebyggende hjemmebesøk i praksis og temaet ble løftet frem i møte med de regionale støtteapparatene og kommuner.

3.2

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Det er et mål å styrke tiltak og øke kompetanse for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, uavhengig av diagnose. En viktig milepæl var [Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase](#) som ble ferdigstilt og lansert i september 2018.

Det er 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. Implementering pågår fortsatt. Lindrende behandling til personer med demens er inkludert i ny versjon av opplæringsmateriellet Demens-omsorgen: ABC.

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

For spredning av opplæringspakka for lindrende behandling, er erfaringen fra utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester at direkte kontakt med kommunen gir best resultater for implementering og at best effekt oppnås når kompetanseheving på lindrende behandling er godt forankret i kommunale ledelse.

3.2.1 Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling for barn

Formål og hovedprioriteringer

For å oppnå god basiskompetanse, har etablering og utvidelse til en tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet vært en hovedprioritet. Studiets mål er å kvalifisere helsepersonell til å bli sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon. Videreutdanningen har enkeltemner og kan tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag. I 2019 var det 80 søkere til denne videreutdanningen, hvorav 40 ble tatt inn med oppstart august 2019.

Resultatrapport 2019

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.

Retningslinjen ble ferdigstilt 2019 og en følgeevaluering av implementeringen er gjennomført av OsloMet.

OsloMet fikk oppdraget med å etablere videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere. Første kull ble uteksaminert desember 2017. Det er også arrangert et heldagseminar i barnepalliasjon ved OsloMet. I 2018 ble en ny programplan for «Tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon» godkjent av OsloMet. Lærings-utbytte-beskrivelsene i studiets program- og emneplaner er på mastergradsnivå. Det første tverrfaglige kullet i videreutdanning i barnepalliasjon startet i august 2019.

Det arbeides godt med videreutdanningen i barnepalliasjon ved OsloMet, der Helsedirektoratet deltar i diskusjoner om videreutvikling og forbedringer i utdanningstilbudet. Det er stor interesse for etablering av et team i hver sykehusregion. 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 startet et regionalt barnepalliasjons-team i 2019.^[1]

3.2.2 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. Det var i 2019 bevilget totalt 14,5 mill. kroner under denne tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen skal evalueres i 2020. 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, samt ivaretagelse av pårørende.

Resultatrapport 2019

På oppdrag fra Helsedirektoratet, har fem fylkesmannsembeter forvaltet tilskuddsmidler til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Fylkesmennene i Oslo/Viken, Vestfold/Telemark, Vestland, Trøndelag og Troms/Finnmark tildelte i 2019 totalt kr 14 500 000 i tilskuddsmidler til oppstart eller videreføring av prosjekter i kommunene på området.

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

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

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen har til hensikt å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom ved å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet. Det var i 2019 bevilget totalt 4,5 mill. kroner under ordningen, hvorav 2,5 mill. kroner var øremerket Foreningen for barnepalliasjon.

Resultatrapport 2019

Det ble utbetalt tilskudd til tre søkere i 2019: Foreningen for barnepalliasjon (FFB), Sykehusklovnene og Stiftelsen Termik. Sykehusklovnene fikk tilskudd for å øke kompetansen til sykehusklovner innen fagfeltet

barn og unge i palliativ behandling og samtidig kunne dele kunnskap med tverrfaglige team om kommunikasjon med barn og unge i unntakstilstand.

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

Foreningen for barnepalliasjon fikk tilskudd til å styrke informasjon og opplysningsarbeidet om barnepalliasjon, styrke støtten til pasient og pårørende og øke kunnskapen og kompetansen blant helsepersonell. Dette gjør de ved å formidle og undervise eksterne og interne aktører. Hovedaktivitetene til FFB i 2019 har vært følgende:

- veilede, støtte og gi kunnskap til pasient, pårørende og helsepersonell
- oppdatere og utvikle hjemmesiden for kunnskap og informasjon om barnepalliasjon
- utarbeide og sende ut nyhetsbrev
- dialog med fagmiljø og fagpersoner både nasjonalt og internasjonalt
- samarbeid med offentlige instanser
- arbeid med sosiale medier
- arbeid med informasjon- og opplysningsarbeid

Stiftelsen Termik jobber for at kommuner kan sammenkoble sine tjenester med bruk av frivillige. De søkte og fikk, for første gang, tilskudd i 2019 til å bistå pårørende og ansatte i helsetjenesten i arbeidet med alvorlig syke og døende barn og unge. De har høyt fokus på frivillig arbeid i samspill med ansatte for å skape mer faglig kompetanse, trygghet og et større nettverk til sårbare familier.

3.2.4 Senter for alders og sykehjemsmedisin (SEFAS)

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen skal bidra til å løfte kompetanse, fremme innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt styrke oppfølging og behandling av personer med demens og annen alvorlig sykdom gjennom god smertebehandling og god palliativ omsorg i livets slutfase.

Resultatrapport 2019

I løpet av 2019 står SEFAS bak 18 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.

SEFAS har gitt ut «Eldreboken» på Fagbokforlaget, der 15 av deres ansatte bidrar med kapitler om bl.a. alderdom, verdighet, aktiv aldring, frivillighet og medikamentbruk. Det er forelest for og veiledet nær 500 studenter ved universitet/høyskole/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 også undervist på det nye masterprogrammet Helse og samfunn ved UiB.

SEFAS har seks pågående forskningsprosjekt i 2019. I 2019 var 22 personer ansatt eller tilknyttet SEFAS. Av disse er det åtte stipendiater og tre postdoktorer.

Frivillighetskoordinatorer

Formål og hovedprioriteringer

Verdighetssenteret driver tre tverrfaglige, samlingsbaserte, nasjonale utdanninger: Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI), Palliativ eldreomsorg (PEO) og Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME). Arbeidet er finansiert med øremerket tilskudd over statsbudsjettet på 12 mill. kroner årlig.

FRI skal bidra til økt kunnskap om å mobilisere og lede frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Målgruppen for utdanningen er personer i ulike roller som organiserer frivillig innsats i eldreomsorgen: ansatte i helse- og omsorgssektoren, frivillige organisasjoner, frivilligsentraler og andre som samarbeider med frivillige eller som trenger å få kompetanse på frivillighet i sitt arbeid. 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.

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

AME skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møtet med alvorlig og akutt syke gamle. Fokus i undervisningen ligger på å kunne gjenkjenne tegn til sykdomsforverring og å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt. Dette for å forhindre at sårbare gamle blir kritisk dårlige og unngår unødige plager. Undervisningen består av teori, praktisk prosedyretrening og håndtering av medisinsk teknisk utstyr. Etisk refleksjon bl.a. vedr. behandling vs. overbehandling står sentralt i undervisningen.

Resultatrapport 2019

Tilskuddsordningen ble eksternt evaluert i 2019. Evalueringen viser gjennomgående god måloppnåelse for alle de tre etterutdanningene. Evalueringen vurderer måloppnåelsen som særlig høy når det gjelder målet om økt kompetanse og også relativt god når det gjelder målet om et bedre tilbud i eldreomsorgen. For å omsette nyervervet kompetanse i tiltak som bidrar til et bedre tilbud i eldreomsorgen, trekker evaluator fram flere faktorer som vil påvirke graden av måloppnåelse. Disse faktorene er gjennomgående og felles for alle de tre etterutdanningene. Lederforankring er en av disse faktorene. Videre er det flere i undersøkelsen som poengterer fordelene og viktigheten av at det området etterutdanningen omfatter blir prioritert og satset på av kommunen. Det å omsette den enkeltes økte kompetanse i konkrete tiltak, for eksempel for å både øke og bedre den frivillige innsatsen, synes å være betydelig enklere i de tilfeller der kommunen har definert frivillighet i eldreomsorgen som et satsingsområde. Det at frivillighet er et satsingsområde, medfører også ofte at kommunen prioriterer å sende flere ansatte på utdanningen, noe som synes å forsterke de positive effektene på måloppnåelsen ytterligere. Tilsvarende sammenhenger gjelder også for Palliativ eldreomsorg og Akuttmedisinsk eldreomsorg.

Utdanningen FRI ble i 2019 videreført med tre kull i Oslo og Bergen. Deltakerne har som del av utdanningen utviklet prosjekt på sine arbeidsplasser. De har fått faglig veiledning i prosjektarbeidet

underveis, og holdt presentasjoner ved hver samling. Siden oppstart har ca. 400 deltakere deltatt på utdanningen. 53 deltakere fullførte i 2019. Deltakerne kom fra 17 fylker og 126 kommuner (14 nye i 2019).

Så langt har ca. 440 deltatt på etterutdanningen PEO, hvorav 48 var nye deltakere i 2019. Deltagerne har kommet fra alle landets fylker og totalt 106 kommuner (5 nye i 2019).

Til nå har 404 ansatte i eldreomsorgen gjennomført utdanningen AME, hvorav 123 var nye deltagere i 2019. Deltagerne har kommet fra alle landets fylker og 120 kommuner (27 nye i 2019).

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

3.3

Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver

3.3.1 Formål og hovedprioriteringer

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

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 å bidra til kvalitetsutvikling i tjenestene og dimensjonering i tråd med forventet økning i antall personer med demens.

Demensplan 2020 har seks strategier:

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- Forskning, kunnskap og kompetanse

3.3.2 Resultatrapport 2019

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. Det er publisert flere artikler fra undersøkelsen, og vi får sluttrapport for kunnskapsgrunnlaget i 2020. Den innhentede kunnskapen danner grunnlag for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens og deres pårørende, samt verktøy som kan bidra til at personer med demens og deres pårørende kan involveres i beslutninger som angår dem. Av slike verktøy

er «Min livshistorie» revidert, og den reviderte versjonen er nå under pilot-utprøving i Oslo kommune under navnet «Min livshistorie – hvem er jeg?» Videre foreligger nå «Samtaleverktøy – demens», som er en oversettelse og tilpasning til norsk av det danske «Samtalehjul – versjon demens». Den norske versjonen vil bli prøvd ut i norsk kontekst i løpet av våren 2020.

Brukerskoler for personer med demens

I perioden 2016–2018 ble det gjennomført 14 utviklingsprosjekter i kommuner om systematisk oppfølging etter demensdiagnose, der også en form for «brukerskoler» for personer med demens ble testet ut. Samtidig har flere miljøer rundt om i landet jobbet med ulike løsninger for brukerskoler. I 2019 ble det derfor - som del av Demensplan 2020 – opprettet en egen nettside Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, der ulike modeller for brukerskoler er presentert. Nettsiden vil oppdateres etter hvert som det høstes mer kunnskap og erfaring på området.^[1]

Kvalitetsindikatorer

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

Tilskudd til Nasjonalforeningen for folkehelsen

Helsedirektoratet har gitt tilskudd på kr 1 mill. til lokalt demensarbeid i Nasjonalforeningen for folkehelsen. Tilskuddet benyttes til informasjonstiltak, møteplasser og aktivitetstiltak for personer med demens og deres pårørende, rekruttering og revitalisering av lokallag, samt veiledning til lokallag og stimulering til økt aktivitet

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

Demensplan 2020 er knyttet til arbeidet med NCD-strategien om ikke-smittsomme sykdommer.

I forbindelse med nasjonal informasjonskampanje om demens 2019-2020, er det utarbeidet filmer og brosjyrer med mer, der informasjon om viktigheten av sekundærforebygging inngår. Disse retter seg blant annet mot fastlegene.

Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Nasjonal faglig retningslinjen om demens med veiledningsmateriell

Nasjonal faglig retningslinjen om demens ble publisert i 2017 og ble omarbeidet og re-lansert i Helsedirektoratets nye elektroniske retningslinje-mal i november 2019. Retningslinjen omfatter utredning av demens, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Personsentrert omsorg og behandling er det bærende element for retningslinjen.

I 2019 ble det i tillegg arbeidet med å utarbeide diverse veiledningsmateriell knyttet til retningslinjen. Oppdatert skjema for basal demensutredning ble publisert hos Aldring og helse høsten 2019, håndbok om utvidet demensutredning er snart klar, og det er startet arbeid med veiledningsmateriell om vurdering av samtykke-kompetanse. Det er videre utarbeidet veiledningsmateriell knyttet til mindre grupper av personer med demens med særlige behov. Informasjon og materiell er lagt ut på egne nettsider hos Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse:

- Materiellet som retter seg mot den [samiske befolkningen](#) er samlet på en egen nettside.

- Materiell er oversatt til nord-, sør- og lulesamisk og omfatter blant annet utredningsverktøy for demens, opplæringsmateriell i form av ABC-temahefte, diverse brosjyrer og tema-ark, samt opplysningsfilmer.
- Materiell om demens beregnet på arbeid som retter seg mot [innvandrerbefolkningen](#) ble i 2019 samlet på en egen nettside.
- Håndbok om arbeid med [yngre personer med demens](#) og annen litteratur om emnet er lagt ut på en egen nettside.
- Det arbeides med veiledningsmateriell knyttet til utviklingshemning og demens, som skal publiseres på en egen nettside.

Systematisk oppfølging etter demensdiagnose

I 2016 ble det gitt tilskudd til kommuner for deltagelse i utviklingsprosjekt om systematisk oppfølging etter demensdiagnose. I 14 prosjekter er det utformet og prøvd ut nye modeller for å fange opp personer med demens når de får en demensdiagnose, og at både personene selv og pårørende følges opp jevnlig og systematisk med informasjon og tilbud. Deltagerkommunene fikk oppfølging underveis av prosjektgruppen bestående av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Prosjektene leverte sluttrapporter ved utgangen av 2018, og ekstern evaluering av prosjektene ble levert våren 2019. Arbeidet med veiledningsmateriell knyttet til utviklingsprosjektet starter nå opp, og målet er at dette skal ferdigstilles i 2020.

Aktivitet, mestring og avlastning

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Helsedirektoratet ga i 2019 tilskudd til totalt 4593 plasser i dagaktivitetstilbud for personer med demens, herav 3851 videreførte plasser og 742 nye plasser. 18 kommuner søkte i 2019 om tilskudd for første gang, og 87 kommuner etablerte nye tilbud i 2019. I 2019 hadde 346 kommuner tilbud til om lag 9293 brukere.

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. I 2019 ble det gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 372 tilbud, herav 173 pårørendeskoler og 199 samtalegrupper. 307 kommuner (73 prosent) gjennomførte tilbud. For pårørendeskole-kursene er det rapportert om 4068 deltakere, og 1675 pårørende deltok i samtalegruppene. I tillegg er det registrert 78 personer med demens som deltakere på tilbud sammen med pårørende. I 2019 er det 131 søkerinstanser (om lag 50 prosent), som har oppgitt at de samarbeider med til sammen 133 instanser i frivillige organisasjoner, herav 99 instanser i Nasjonalforening for folkehelsen.

På vegne av Helsedirektoratet arrangerer også Aldring og helse nasjonale kurstilbud rettet mot pårørende til yngre personer med demens. Status for gjennomføring av nasjonale pårørende-kurs med tilskudd fra Demensplan 2020 for 2019 er:

- Av «Møteplass for mestring», der en «yngre» person med demens deltar sammen med partner, er det gjennomført seks basiskurs med til sammen 104 deltagere.
- Av «Tid til å være ung», som er kurs for unge voksne barn til personer med demens, er det arrangert 2 helgekurs med 26 deltagere.
- 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. Sommerleiren hadde 29 deltagere.

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, blant annet er håndbok om etablering og drift av pårørendeskoler oppdatert i 2019 og inngår i «pårørendekofferten» som sendes til alle kommuner som mottar tilskudd. Noe av veiledningsmaterialet 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 for deltagelse i utviklingsprosjekt om personer med demens som bor hjemme - og som har betydelige behov for hjelp. 14 prosjekter ble etablert, med mål om å bidra til bedre behovsdekning, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet for personer med demens og deres pårørende den siste tiden før det gis heldøgns omsorgstjenester. Samtidig ønsket man å oppnå bedre ressursutnyttelse for kommunene. Kommunene har underveis deltatt i samlinger og har fått oppfølging og hjelp av prosjektgruppen bestående av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Kommunene leverte sluttrapporter fra prosjektene sommeren 2019, og ekstern evaluering av prosjektene ferdigstilles nå. Arbeid med felles veiledningsmateriell om pasientforløp ved demens er under oppstart. Det utvikles felles materiell for begge utviklingsprosjektene på Demensplan 2020, altså både om systematisk oppfølging etter demensdiagnose og om tjenester til hjemmeboende personer med demens.

Forskning, kunnskap og kompetanse

ABC-opplæring i kommunene

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

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i de to ABC-programmene For Demensomsorgens ABC er det i 2019 totalt gjennomført 141 fagseminarer med 5680 deltagere. For Eldreomsorgens ABC er det gjennomført 40 fagseminarer med til sammen 1239 deltagere. I 2019 ble det påbegynt 4333 nye permer for Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC, fordelt på 173 kommuner.

Det er i planperioden arbeidet med revidering av opplæringsmaterialet for Demensomsorgens ABC, slik at dette i større grad avspeiler nytt lovverk, føringer i nasjonal faglig retningslinje om demens og andre nasjonale føringer. Ny perm 1 var klar høsten 2018, og ny perm 2 ble lansert høsten 2019. Disse er også tilgjengelig digitalt. Personsentrert omsorg og miljøbehandling er innarbeidet som et gjennomgående tema i opplæringsmaterialet.

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 er gjennomført sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4), og det er supplert med storbydata fra Trondheim. Datasamlingen er avsluttet og rapport vil foreligge over sommeren i 2020.

Videreføring av prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)

Sykehuset Innlandet ved Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (tidligere Alderspsykiatrisk forskningscenter), videreførte deler av Redic-prosjektet i 2019, som har pågått siden 2011. Videreføringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet og omfatter ytterligere kunnskap om demenssykdom i sykehjem, som symptomer, livskvalitet og ressursbruk. Det undersøkes også hva som kjennetegner personer som lever lenge i sykehjem, samt hvilke forhold som er assosiert med lang overlevelse i sykehjem. Sluttrapport skal foreligge i løpet av våren 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. Hensikten er å få informasjon om hvor langt dette arbeidet har kommet i kommunene, og gi en pekepinn på hvor det er behov for videre satsning. Det er særlig tiltak og satsingsområder i Demensplan 2015 og Demensplan 2020 som blir kartlagt. Siste kartlegging ble publisert på Helsedirektoratet sine nettsider i juni 2019. Det er god måloppnåelse på alle områder i Demensplan 2020, bortsett fra for målet om at den enkelte skal være sikre utredning og diagnostisering ved mistanke om demens. For detaljer om funn fra kartleggingen, se egen rapport[2].

Kunnskap og utvikling gjennom internasjonalt samarbeid om demens

En økningen av antall personer med demens i befolkningen er en internasjonal utfordring, noe som gjør internasjonalt samarbeid viktig. I mai 2017 vedtok WHO "Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025". WHO følger landenes arbeid gjennom portalen/registeret Global Dementia Observatory (GDO).

- Samarbeid om demens i regi av WHO:

WHO forventer innlevering av data til GDO hvert andre til tredje år. Helsedirektoratet leverte for første gang norske data til GDO i august 2018. WHO planlegger å publisere nye landprofiler i GDO i løpet av 2020, herunder landprofil for Norge.

- 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 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 2019, der Helsedirektoratet deltok. I tillegg finnes det tre underliggende temanettverk innenfor områdene minoriteter og demens, utviklingshemming og demens, samt urfolk og demens.

- Joint Action – Act on Dementia:

Joint Action er et myndighetssamarbeid under EUs Helseprogram, og omfatter EU- og EØS-landene. Helsedirektoratet, ved Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, samt Nasjonal

kompetansetjeneste for aldring og helse, har deltatt som «associated partnere» i Act on Dementia Joint Action, som varte i perioden 2016 –2019 og ble ledet av Skottland. Norge har deltatt i to arbeidspakker; én om utredning av demens og oppfølging etter diagnose, som ble ledet av Frankrike, og én om heldøgns omsorgstjenester, som ble ledet 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 EUs helsedepartement bidro til at gruppen fra 2018 ble videreført i regi av Italia, Nederland og Skottland - i samarbeid med Alzheimer Europe. Det arrangeres to årlige møter i nettverket. WHO, OECD og EUs helsedepartement er vanligvis tilstede. Helsedirektoratet, ved Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, deltok på begge møtene i 2019.

3.3.3 Vurdering

Helsedirektoratet har i 2019 arbeidet med å iverksette tiltak i Demensplan 2020 i henhold til styringsdokument utarbeidet i 2016, og arbeidet er i rute.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Det er også satt i gang flere andre tiltak for å øke kunnskap om demens og hva som er gode tjenester.

Det var stor søknad på tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens. Tilbudet må sies å være tilgjengelig i hele landet, selv om det nok ikke er grunnlag for å arrangere kurs eller grupper hvert år i alle kommuner. Det var i 2019 også stor søknad om tilskuddsmidler til dagaktivitetstilskudd for personer med demens.

Det er gjennomført utviklingsprosjekter innen områdene «systematisk oppfølging etter demensdiagnose» og «tjenester til hjemmeboende personer med demens med omfattende behov». Befolkningen i deltakerkommunene omfatter om lag 33 prosent av befolkningen i Norge. Selv om ikke prosjektene omfattet alle med demens i deltakerkommunene, gir det et stort potensial for spredning. Mange av kommunene etablerte samarbeid med sitt lokale utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, noe som også har betydning når erfaringer og modeller fra utviklingsprosjektene skal spres til andre kommuner. Arbeid med veiledningsmateriell knyttet til utviklingsprosjektene er nå under oppstart.

Helsedirektoratet har i 2019 deltatt i viktig internasjonalt samarbeid om demens.

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

Fotnoter

[1] Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse«[Brukerskole for personer med demens](#)» [nettside].

[2] Helsedirektoratet (2019) «[Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018](#)» [rapport].

Kompetanseløft 2020

Det vises til egen årlig rapportering for Kompetanseløft 2020. Helse--direktoratet har mottatt årsverkstall til og med 2018. Tall for 2019 blir først levert fra SSB i juli 2020. Her gis derfor omtale av noen få tiltak, samt en oppsummering av årsverk og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2018. På grunn av databrudd i SSBs innhenting av data fra 2017 til 2018 er det ikke hensiktsmessig å sammenligne årsverkstall før 2016. Dette gjelder imidlertid ikke tall for sysselsatte.

3.4.1 Samlet utvikling

Fra 2016 til 2018 økte antall årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med 6,2 prosent, mens antall sysselsatte økte med 4,7 prosent. Større vekst i antall årsverk enn sysselsatte indikerer en trend med økende stillingsstørrelse for de sysselsatte i tjenesten.

3.4.2 Omsorgstjenester

I tråd med politiske prioriteringer har det skjedd en økning av sysselsatte sykepleiere med videreutdanning på 4,9 prosent fra 2017 til 2018 i omsorgstjenestene, mens det har blitt færre ansatte i servicefunksjoner og administrasjon.

I overkant av 25 prosent av alle årsverkene i brukerrettet helse- og omsorgstjenester er uten helse- eller sosialfaglig utdanning^[1]. Av disse hadde 42 prosent utdanning på ungdomsskole-nivå eller lavere.

Av sysselsatt personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2018, var 16,7 prosent i gang med helsefaglig utdanning og 20 prosent under utdanning som ikke var helserelatert. Dette tyder på at mange såkalte ufaglærte er studenter, og flere vil forhåpentligvis søke arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester etter endt utdanning.

3.4.3 Leger

Det har vært en jevn økning i legeårsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2015 til 2017. Fra 2016 til 2017 var veksten på 4,3 prosent. I 2018 var det 5 963 legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester. Den totale veksten av legeårsverk i perioden 2010–2018 var på 25,6 prosent.

3.4.4 Fysioterapeuter

Det totale antall årsverk for fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten økte med 5,9 prosent mellom 2015 og 2017. I 2018 var det 5 039 årsverk for fysioterapeuter. På grunn av databruddet kan ikke årsverkstall for 2018 sammenlignes med tidligere årsverkstall.

3.4.5 Årsverk i psykisk helse og rus

Det har vært en sterk økning i rekrutteringen av psykologer fra 2013 til 2018, hvor antall stillinger som fikk tilskudd til økte fra 130 til 525. Av totalt 436 kommuner og bydeler, mottok 311 tilskudd i 2018 (bydelene i Oslo er inkludert i tallene, ikke bydeler for øvrige byer).

I 2018 var totalt 436 psykologer sysselsatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er en vekst på 60 sysselsatte fra 2017.

Innen psykisk helse- og rustjenester økte antall årsverk med 2 463 i perioden 2016 til 2019. Mellom 2018 og 2019 økte antall årsverk totalt med 505. Dette tilsvarer en økning på 3,2 prosent i tjenesten. Økningen i årsverk i tjenester rettet mot voksne var 2,5 prosent, mens for tjenester rettet mot barn og unge var økningen i årsverk 2,9 prosent mellom 2018 og 2019.^[2]

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

Formål og hovedprioriteringer

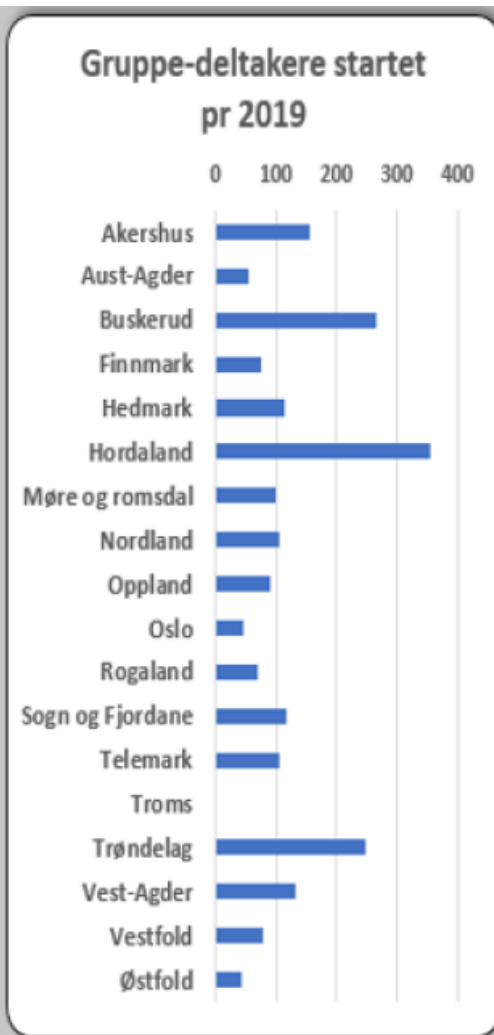
Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til utviklingshemmede.

Resultatrapport 2019

Siden mitt livs ABC startet opp er det registrert 4 922 personer i 204 kommuner som har fullført eller er i gang med kursrekken. Ved utgangen av 2019 har 2 343 personer fullført mitt livs ABC. I 2019 var det pågående kursaktivitet i nesten alle landets fylker. Det er stor variasjon mellom fylkene, fra ingen deltakere i Troms, 42 i Østfold og flest i Hordaland med 356 deltakere.

Tabell 3. Gruppedeltakere med oppstart i Mitt livs ABC i 2019 – pr fylke

Fylke	Antall kommuner 2019	Gruppe-deltakere startet pr 2019
Akershus	9	155
Aust-Agder	8	54
Buskerud	16	266
Finnmark	3	76
Hedmark	9	115
Hordaland	16	356
Møre og romsdal	9	99
Nordland	9	105
Oppland	10	91
Oslo	1	46
Rogaland	5	71
Sogn og Fjordane	11	117
Telemark	7	104
Troms	0	0
Trøndelag	16	249
Vest-Agder	8	133
Vestfold	5	80
Østfold	5	42
Sum oppstart i alle fylker i 2019	147	2 159



Gjennomføringen av mitt livs ABC er lagt opp som et deltidsstudium over et år, der det gjennomføres to fagseminarer med praktisk og faglig innhold knyttet til undervisningsmaterialet i permene. Det ble gjennomført 69 fagseminarer i 2019.

Implementeringen av mitt livs ABC skjer i samarbeid med ett eller flere fagmiljøer i hvert fylke, som regel et utviklingssenter. Ved utgangen av 2019 har Aldring og helse inngått 20 underleverandøravtaler med kvalifiserte fagmiljøer for Mitt livs ABC. 19 av disse avtalene er inngått med USHT.

I februar 2019 åpnet Helsedirektoratet opp for streaming av seminar ved USHT Vest-Agder. Aldring og helse mottok januar 2020 rapport fra denne piloten. USHT Vest-Agder oppsummerte piloten med at deltagerne hadde opplevet godt læringsutbytte, men at deltagerne primært ønsket å velge fysisk oppmøte om mulig. Det var bl.a. noen tekniske utfordringer med streaming.

Nettsiden for ABC-opplæring ble lansert januar 2018.^[3] I perioden 20.02.2018 – 31.12.2019 har siden vært besøkt 21 066 ganger med over 66 tusen sidevisninger.

Fordypningspermen til mitt livs ABC ble ferdigstilt og tatt i bruk høsten 2019. Det er utviklet animasjonsfilmer til filmenes refleksjonsoppgaver.

I 2020 skal det ferdigstilles en e-læringsmodul for «Dette må jeg kunne – gode tjenester til personer med utviklingshemming». Som følge av Covid-19 epidemien er heftet lagt fritt tilgjengelig for alle på nettsiden til Aldring og helse. Måltall for nye ABC-deltakere i 2020 er 3000 aktive deltakere per 31.12.2020.

3.4.7 Kompetansehevende tiltak i tjenestene til personer med utviklingshemming

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2019

I 2019 var det til sammen 53 kommuner som søkte om til sammen 27,8 millioner kroner. Rammen for tilskuddet var på 7,5 millioner. 26 kommuner fikk innvilget tilskudd. Flere kommuner fikk tilskudd til å etablere faglige nettverk som involverer andre kommuner. På den måten fikk flere kommuner nytte godt av tilskuddet. I 2019 ble det blant annet gitt tilskudd til prosjekter som har gitt viktig fagutvikling i tjenestene på områder som ernæring, brukermedvirkning og positiv atferdsstøtte. Helsedirektoratet samarbeider med Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming om nasjonal spredning av erfaringer fra prosjektene.

3.4.8 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.

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

Resultatrapport 2019

Handelshøyskolen BI fikk i 2019 finaleplass (Excellence in Practice 2019) med programmet Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten i den årlige europeiske konkurransen i regi av European Foundation for Management Development (EFMD) om beste samskapte utdanningsprogram mellom akademia og oppdragsgiver (kunde) i kategorien Eco-system.^[4] Den internasjonale anerkjennelsen ble gitt bl.a. for hvordan lederutdanningen har påvirket og skapt verdi i helse- og omsorgstjenesten som resultat av samarbeidet mellom Helsedirektoratet, KS, Handelshøyskolen BI og tjenestene.

Søkertall, studieplasser og frafall

Søker- og opptakstall til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015–2019. Det var noe lavere søkertall til kull 5 i 2019 med en nedgang på 30 prosent sammenlignet med 2018. Nedgangen i søkermassen kan trolig forklares bl.a. ved kommunesammenslåing/regionsreformen som har krevd mye ressurser og krefter hos målgruppen slik at mange ikke har hatt kapasitet og motivasjon til å ta lederprogrammet ved siden av jobb. Søkertallet var likevel det nest høyeste siden oppstart i 2015. I 2019 var det 2,18 søkere pr. studieplass.

Frafalls-prosent på utdanningen er lav. I kull 5 utgjør frafallet 2,3 prosent av deltakerne. For hele perioden 2015–2019 var frafallet på i alt 16 deltakere. Samlet har 612 deltakere gjennomført utdanningen pr. oktober 2019 (iberegnet kull 4).

Fra høsten 2015 til og med våren 2020 har 844 ledere gjennomført nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Stipulert vil over 1 000 ledere ha gjennomført lederutdanningen innen våren 2021. Regjeringen har besluttet at nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten skal videreføres i ny planperiode fra 2021.

Utdanningsbakgrunn blant deltakere i kull 5

Utdanningsbakgrunn for lederne i kull 5 følger samme fordeling som de tidligere kullene, bortsett fra at andel med sykepleierbakgrunn er redusert med 6,9 prosentpoeng fra kull 4 til 53,2 prosent. Dette kan skyldes både en variasjon i antall kandidater med sykepleierutdanning, eller at de ved registrering har ført opp annen utdanningsbakgrunn enn sin grunnutdanning, f.eks. videreutdanningsnivå.

Tabell 4: Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Utdanningsbakgrunn kull 5. 2019-2020

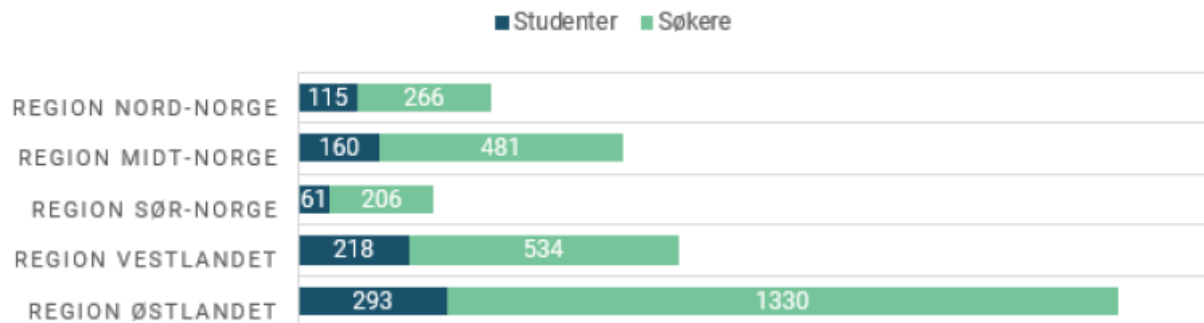
Utdanning	Antall	Prosent
Fysioterapeut	12	5,56
Lege	10	4,63
Sykepleier	115	53,24
Tannlege	19	8,80
Vernepleier	31	14,35
Annet*	29	13,43
Totalt. NB: Studentmengden varierer fra 210 deltakere til 216 deltakere pga. utmeldinger, sykdom o.a.	216	100,00

* Sosionomer, økonomer, ergoterapeuter, sykepleiere med spesialisering/videreutdanning.

Studentene er ledere i ulike deltjenester. De fordeler seg på omsorgstjenesten (institusjon og hjemmebaserte tjenester) med 44 prosent, psykisk helse og rustjenester med 16,2 prosent, legetjenester med 3,7 prosent, helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 4,6 prosent, mestring og rehabilitering med 15,8 prosent og annet (inkludert tannhelse) 15,7 prosent. Fra 2018 ble ledere av primærhelseteam inkludert i målgruppen for programmet. I kull 4 var det åtte leger fra primærhelseteam som deltok, mens det i kull 5 i 2019 var kun en lege fra primærhelseteam.

Kommunene på Østlandet dominerer deltakelse og søkermasse til lederutdanningen og er i samsvar med befolkningens fordeling i landet. Siden oppstart har det årlig blitt gitt tilbud om en klasse med 62 studenter med undervisning lagt til ulike områder i landet. Våren 2019 ble det startet en klasse i Trondheim, mens det høsten 2019 startet en klasse i Bergen. De andre klassene gjennomføres i Oslo.

Figur 3: Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Antall søkere og deltakere etter region. 2015–2020



Utdanningsinnhold

Programmet består av seks moduler som gjensidig styrker hverandre for at programmets læringsmål skal oppnås. I modul 1 gir studentene en bedre forståelse av hva ledelse handler om, og hvordan de er som ledere. I modul 2 er temaet strategisk kompetanseutvikling, og de får en introduksjon til hvordan de kan arbeide med kreative prosesser og tjenstedesign gjennom å involvere andre. I modul 3 får de en bedre forståelse av praksis i og på tvers av organisasjoner. Modul 4 er hos Syddanske Universitet i Kolding, Danmark, og gir en oversikt over og praktisk trening med å bruke en rekke ulike verktøy for å arbeide med tjenstedesign. Dette etterfølges av modul 5 som omhandler styring og økonomi. I den siste modulen (6) er det helselovgivning og etikk som tematiseres. I samtlige moduler diskuteres forandrings-prosjektene, og det brukes en rekke øvelser for at de skal dele erfaringer slik at de kan lære av hverandre.

Handelshøyskolen BI har utviklet et ledernetverk knyttet til gjennomføringen av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten med til sammen 842 ledere pr. mars 2020. Her får tidligere studenter tilbud om faglig påfyll, kunnskapsdeling og erfaringsutveksling.

Følgeevaluering fra Rambøll

Evalueringen fra Rambøll^[5] viser en høy grad av tilfredshet med utdanningen, og at utdanningen i stor grad har svart til forventningene. Deltakerne opplever at utdanningen har skapt et godt utgangspunkt for refleksjon over egen praksis, gjort dem tryggere i lederrollen og gitt større faglig tyngde i møte med fremtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Deltakerne rapporterer betydelig endring på fire av fem lederdimensjoner etter endt utdanning. Særlig gjelder det relasjonsorientering og evnen til problem-løsning. Ledernes omgivelser opplever at utdanningen har gitt deltakerne mer kunnskap og flere ferdigheter der økt relasjonsorientering og involvering av medarbeiderne fremheves. Utdanningen har gjort lederne mer bevisst på eget handlingsrom og hvordan de kan bruke handlingsrommet og anvende verktøy for å gjennomføre nødvendige endringer.

Det er spesielt prosjektoppgavene som trekkes frem når det snakkes om konkrete resultater av utdanningen. På et aggregert nivå vil det være sannsynlig at det økende antall innovasjons- og endrings-prosjekter som testes ut gjennom dette utdanningsprogrammet, vil ha positiv virkning på sektoren og samfunnet. Når kull 5 har gjennomført sin utdanning, vil det foreligge rundt 450 innovasjonsprosjekter. Dette er en svært viktig effekt av nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Fotnoter

[1] SSB kaller kategorien «ufaglærte».

[2] Tall fra kommunal rapporteringen for psykisk helse og rusarbeid foreligger for 2019. Sintef (2019) [Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene](#) [rapport].

[3] [Aldring og helse «ABC-opplæringen»](#) [nettside].

[4] Mer informasjon om konkurransen finnes her: [EFMD Global «Excellence in Practice Awards: Recognising impactful Learning & Development partnerships»](#).

[5] Rambøll (2019). [Delrapport evaluering av utdanningstilbudet «Nasjonal lederutdanning for primær-helse-tjenesten»](#) (ks.no)

3.5

Utvikling gjennom kunnskap

3.5.1 Formidling av forskning og innovasjon

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2019

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. Tidsskriftet er godkjent som nivå 1-tidsskrift og tidsskriftet er fra og med 2018 et open access-tidsskrift.

Artikkeltilfanget har økt de siste årene. Ved avslutningen av 2019 hadde man 17 vitenskapelige artikler i prosess. Fra 2018 til 2019 har antall lesninger økt fra til 31 000 til 58 000.

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.

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

Resultatrapport 2019

Helsedirektoratet vurderer at det er høy måloppnåelse for ordningen som helhet. I 2019 har utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester hatt høy aktivitet og måloppnåelse innenfor satsingsområdene eldreforhøring, Leve hele livet, Demensplan 2020, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming. Enkelte av utviklingssentrene i nord har hatt middels måloppnåelse. Årsaken er ubesatte stillinger. Fylkessammenslåing er også en årsak til mindre aktivitet og lavere måloppnåelse.

I 2019 var utviklingssentrene definert inn i det regionale støtteapparatet for kvalitetsreformen Leve hele livet, sammen med Fylkesmannen og KS. Utviklingssentrene var involvert i planlegging, organisering og oppstart av reformen, og bidro inn i koordinering og dialogmøter med de øvrige kommunene. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Utviklingssentrene bidro til at kommunene kunne ta i bruk nye arbeidsmetoder og nye samarbeidsformer.

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

Utviklingssentrene samarbeider også om utviklingsprosjekter. I 2019 har flere utviklingssentre jobbet videre med et opplæringstiltak innen klinisk observasjonskompetanse i kommunen. Det helhetlige faglige produktet til kompetansemodellen, «KlinObsKommune» skal ferdigstilles våren 2020. Deler av materialet er publisert som en forenklet e-læringsversjon i forbindelse med Covid 19 pandemien.

3.5.3 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 pilotering 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 ble pilotert i fire kommuner fram til sommeren 2018 og det ble gjennomført en følge-/resultatevaluering i 2019. Erfaringene fra piloten og evalueringene skal brukes til en anbefaling om videre oppfølging og implementering. Sluttproduktet skal bli et digitalt kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet.

Resultatrapport 2019

Våren 2019 ble det utført en evaluering av verktøyet basert på de erfaringer som pilotkommunene har gjort med bruken av dette verktøyet. Evalueringen viser at det er behov for et mer brukervennlig verktøy som gjør det enklere å finne frem til den informasjonen man ønsker seg. Det skal derfor utvikles et konsept som

prototypes og testes før man går i gang med utvikling av endelig løsning og implementering av verktøyet i kommuner. Det ble inngått en avtale med et designbyrå som skal gjennomføre en konseptutredning hvor man legger opp til en designprosess for å utvikle en prototype.

Det er besluttet at arbeidet skal videreføres i 2020 hvor man utvikler et digitalt verktøy basert på prototype som skal tilgjengeliggjøres i alle kommuner. Arbeidet skal gjøres i tett samarbeid med Helsedirektoratet og representanter fra flere pilotkommuner.

Moderne lokaler og boformer

4.1

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

Investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Formål og hovedprioriteringer

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

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i 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. Tilskuddet kan også benyttes til lokaler for dagaktivitetstilbud samt fellesareal, felles teknisk anlegg og velferdsteknologi i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger og sykehjem for å oppnå heldøgnstjeneste.

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

Det har imidlertid vist seg å være et vedvarende behov for rehabilitering/fornyelse av eksisterende plasser. I forbindelse med statsbudsjettet for 2019 ba derfor Stortinget regjeringen «sørge for at investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger likebehandler nybygg og oppgradering og modernisering av eksisterende bygningsmasse».

Regjeringen fulgte opp vedtaket ved at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen til investeringstilskudd nyttes til ren netto tilvekst og foreslås bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting, lokaler for dagaktivitetstilbud, fellesareal og øvrige tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63.

Evaluering av investeringstilskuddet

Menon Economics i samarbeid med OsloMet v/NOVA og Helseøkonomisk Analyse har på oppdrag fra Husbanken evaluert investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Evalueringen tar for seg resultater og erfaringer for perioden 2008–2017, men omtaler også endringer etter denne perioden, som f.eks. omleggingen av ordningen i 2019 til to poster (nettotilvekst og rehabilitering). Rapporten viser at det har vært en økning i det samlede tilsagnsbeløpet fra 2008–2017, og at 90 pst. av kommunene har benyttet seg av tilskuddsordningen i løpet av 10-årsperioden. Det er gitt tilsagn om tilskudd til 9 723 sykehjemsplasser og 7 835 omsorgsboliger, hvorav flesteparten er tiltenkt personer over 67 år (83 pst.). Evalueringens hovedkonklusjoner er at:

- Tilskuddet har utløst bygging/rehabilitering av flere omsorgsplasser
- Investeringstilskuddet har trolig økt kvaliteten på omsorgsplassene
- Kommunene er stort sett fornøyd med Husbankens forvaltning av ordningen
- Kommunene med lavest utnyttelse av tilskuddet ser ut til å ha størst behov
- Investeringstilskuddet bidrar til å oppnå politiske mål i pleie- og omsorgssektoren

Evalueringen av investeringstilskuddet viser at det er behov for å vurdere forbedringer av tilskuddsordningen for å sikre økt treffsikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samråd med Husbanken vurdere om det er behov for å utarbeide kriterier som skal ligge til grunn for Husbankens forvaltning av de to tilskuddsordningene – netto tilvekst og rehabilitering.

Investeringstilskuddets 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.

Tilskuddet kan bare gis til kommunen og kan ikke tildeles videre. Kommunen skal disponere og har plikt til å tildele omsorgsboligene og/eller institusjonsplassene i en periode på minst 30 år^[2] til personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Kommunene står fritt til å avgjøre om de skal eie byggene selv eller om kommunen skal leie eller på annen måte fremskaffe omsorgsplassene gjennom avtaler på forretningsmessig basis. Kommunen kan også velge å sette ut driften til private. Det er også mulig for kommunen å opprette borettslag, slik at beboere kan kjøpe egne andeler.

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

For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner. Kostnadsrammen var i 2019 på 3,8 mill. kr. i presskommuner og 3,3 mill. kr. i resten av landet.

De viktigste resultatene i 2019

- Alle komplette søknader ble innvilget. Det ble gitt tilsagn om investeringstilskudd til 2 036 omsorgsplasser fordelt på 1 132 sykehjemsplasser og 904 omsorgsboliger.
- Etterspørselen etter midler i 2019 var noe svakere enn i 2018 og 2017. I revidert nasjonalbudsjett ble tilsagnsrammen økt med 1 568 mill. kroner.
- Det ble utbetalt tilskudd til 1 751 omsorgsplasser fordelt på 755 sykehjemsplasser og 996 omsorgsboliger. Dette er plasser som ble tatt i bruk i 2019.

Rammer og budsjettforutsetninger i 2019

I Omsorgsplan 2015 var måltallet på 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008 – 2015. Resultatet ble 12 292 plasser. I Omsorg 2020 er det ikke satt et totalt måltall, men det forutsettes en høy aktivitet i kommunene for å etablere nye omsorgsplasser. Regjeringen forsterket Husbankens tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser. Dette er gjort både for å ruste opp, modernisere og skifte ut eldre institusjonsbygg og boliger til pleie- og omsorgsformål, og øke kapasiteten av slike bygg. I statsbudsjettet for 2019 ble det fastsatt et måltall på 1 500 heldøgns omsorgsplasser. Stortinget vedtok en tilsagnsramme på 2 613 mill. kroner for å realisere dette måltallet. Det viste seg, som i 2017 og 2018, at etterspørselen oversteg disponibel ramme også for 2019. I revidert nasjonalbudsjett ble derfor tilsagnsrammen økt med 1 568 mill. kroner til 4 180 mill. kroner fordelt med halvparten på hver av ordningene. Dette skulle gi plass for å gi tilsagn til ytterligere 900 omsorgsplasser.

Ny ordning – tilskudd til lokalt produksjonskjøkken

I oktober 2019 ble det innført et nytt tilskudd til lokalt produksjonskjøkken med en tilsagnsramme for 2019 på 12,5 mill. kroner. Tilskuddet forvaltes som en del av investeringstilskuddsordningen over post 63. I forbindelse med etableringen av tilskuddet ble det gitt et tillegg på Husbankens driftsbudsjett med 2 mill. kroner.

Tilskuddet gjelder etablering og gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. Målet med tilskuddet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger, i samsvar med Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. For å skape nærhet mellom matlagingen og beboerne anbefales det at produksjonen av mat er åpen med minst én vegg ut mot fellesareal/spiseplass.

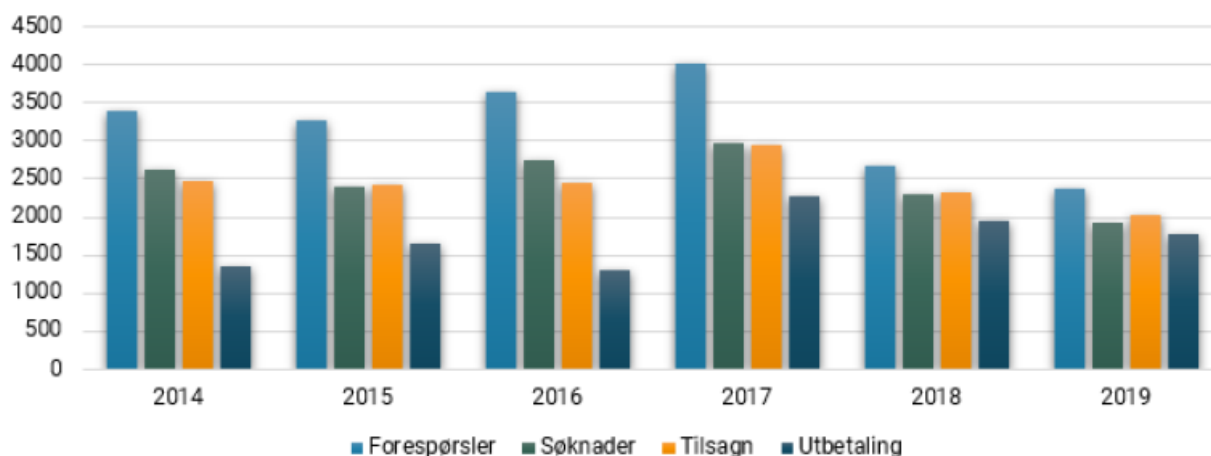
Tilskuddet beregnes per heldøgns omsorgsplass som får mat fra det lokale produksjonskjøkkenet. Personer med et heldøgns tjenestetilbud som bor i eget hjem i nærområdet omfattes også av tilskuddet.

I likhet med investeringstilskuddet opereres det med ulikt kostnadsgrunnlag for presskommuner og øvrige kommuner.

Bruk av investeringstilskuddet

I det følgende blir det presisert om omtalen gjelder post 63 Investeringstilskudd - rehabilitering eller post 69 Investeringstilskudd - netto tilvekst der det er et poeng å skille mellom disse. Unntaket er figurene som viser historikk, der ser vi på investeringstilskuddet i sin helhet.

Figur 4. Antall omsorgsplasser fordelt på forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger (2014-2019)



Etterspørsel

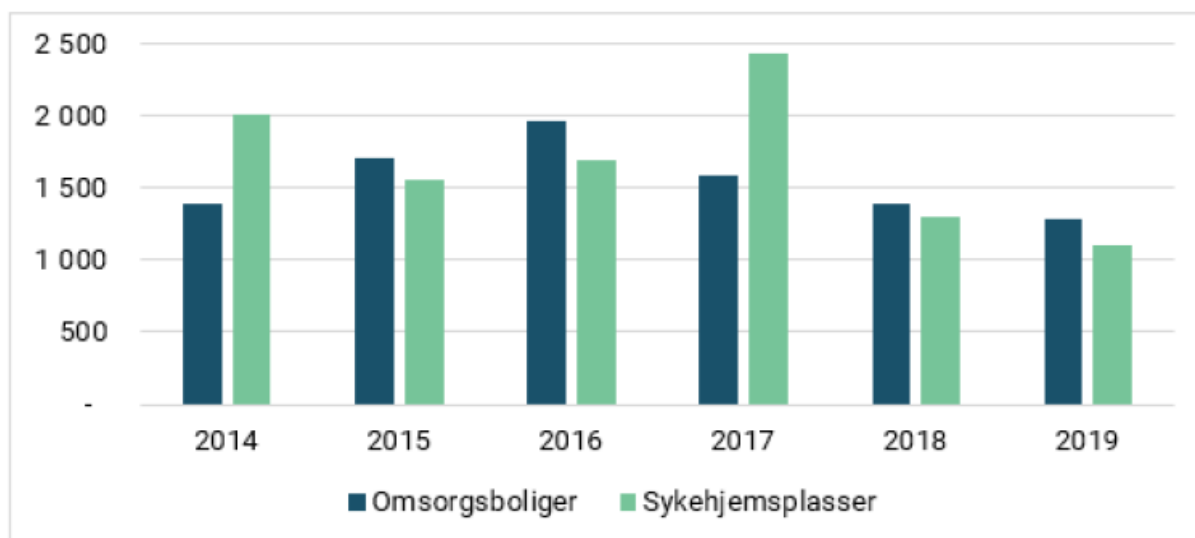
Inndelingen av prosjektene i tilskudd til netto tilvekst og tilskudd til rehabilitering skjer ved tilsagnstidspunktet. Det finnes derfor ikke statistikk på forespørsler og søknader fordelt på de to postene, kun samlet.

Etterspørsel etter omsorgsplasser i perioden 2014–2019 svingte mellom 2 400 og 3 500 plasser, med unntak av 2017, da etterspørselen var så høy som 4 030 plasser. Antallet i 2019 var 2 387. 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.

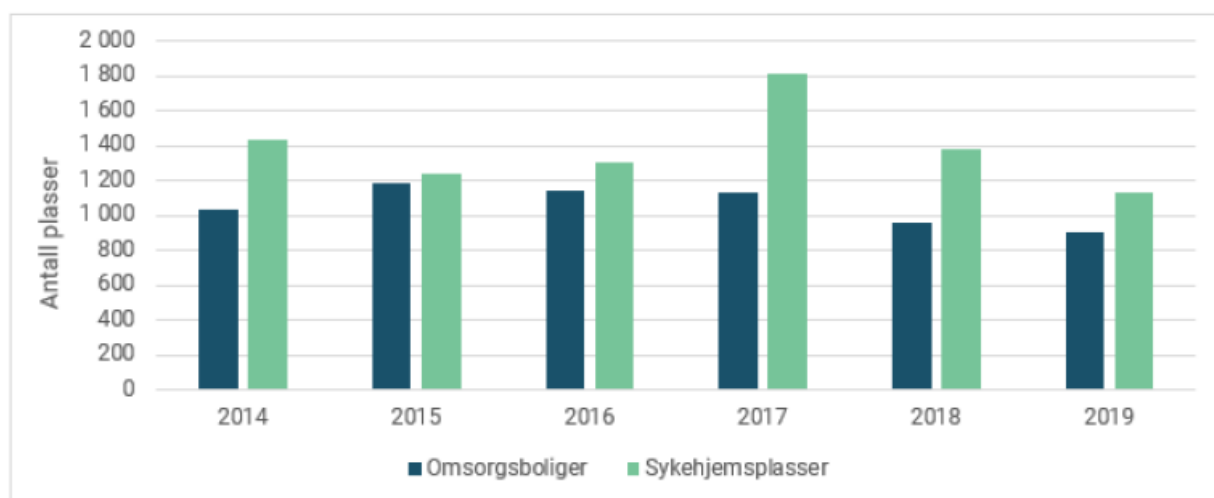
Tallene for forespørsler og søknader viser det totale antallet forespørsler og søknader Husbanken har mottatt i 2019, ikke nødvendigvis hvilken status disse sakene har i dag. En innsendt søknad som har fått tilsagn vil dermed kunne være registrert både som en søknad og som tilsagn i figur 6.

Figur 5. Etterspørsel målt i antall plasser forespurt, fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2014-2019)



Tilsagn

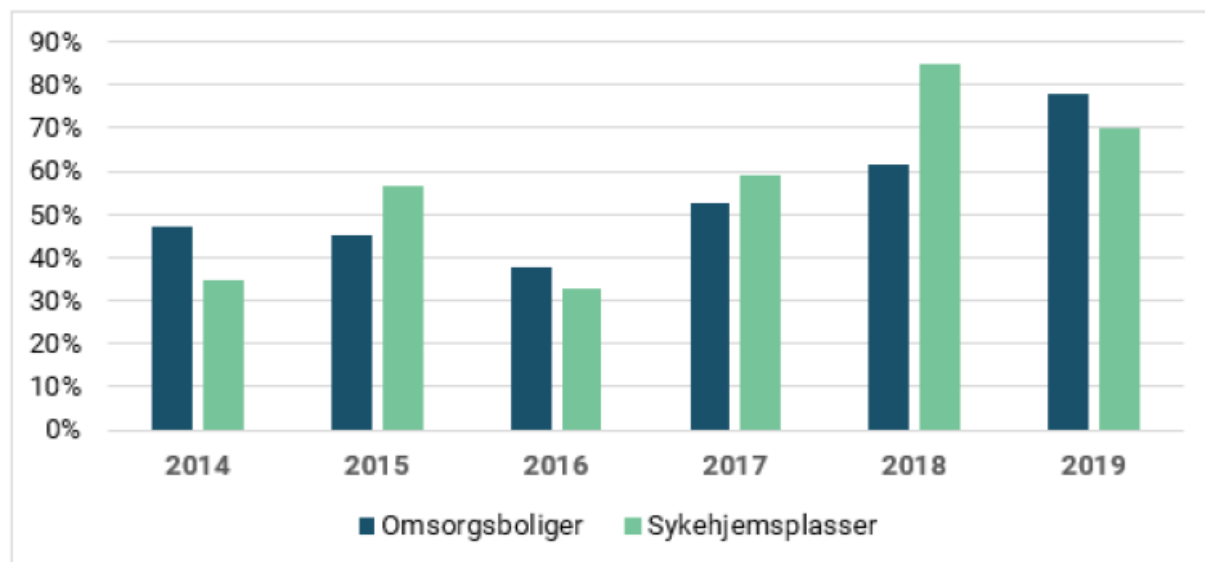
Figur 6. Antall omsorgsplasser med tilsagn (2014-2019) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser



Antall omsorgsplasser som fikk tilsagn har i perioden 2014 – 2018 ligget årlig på rundt 2 400 bortsett fra 2017 der antallet var like under 3 000 plasser. I 2019 ser vi en liten nedgang til 2 036 omsorgsplasser, det vil si noe under måltallet på 2 400 plasser. Andelen sykehjemsplasser lå i 2019 på 56 prosent. Det har vært nedgang i antall omsorgsboliger fra 2015 med 24 prosent og en nedgang i antall sykehjemsplasser fra 2017 på 37 prosent.

Over tid har tilsagn av omsorgsplasser som andel av forespørsler økt.

Figur 7. Tilsagn av omsorgsplasser som andel av forespørsler



Av de 2 036 omsorgsplassene som har fått tilsagn om tilskudd er det gitt tilsagn fra post 69 Tilskudd til netto tilvekst til 998 plasser, mens det er gitt tilsagn om tilskudd fra post 63 Tilskudd til rehabilitering/utskifting til 1 038 plasser.

Siden starten av ordningen med investeringstilskudd har tilskuddet finansiert 22 326 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 55 prosent. Dette har bidratt til en helt nødvendig oppgradering av mange eldre, umoderne og tungt drevne omsorgsplasser, avvikling av en rekke dobbeltrom og til økt kapasitet.

Tabell 5. Totalt antall omsorgsplasser og fellesareal (kvm) som har fått tilsagn om investeringstilskudd i perioden 2008-2019

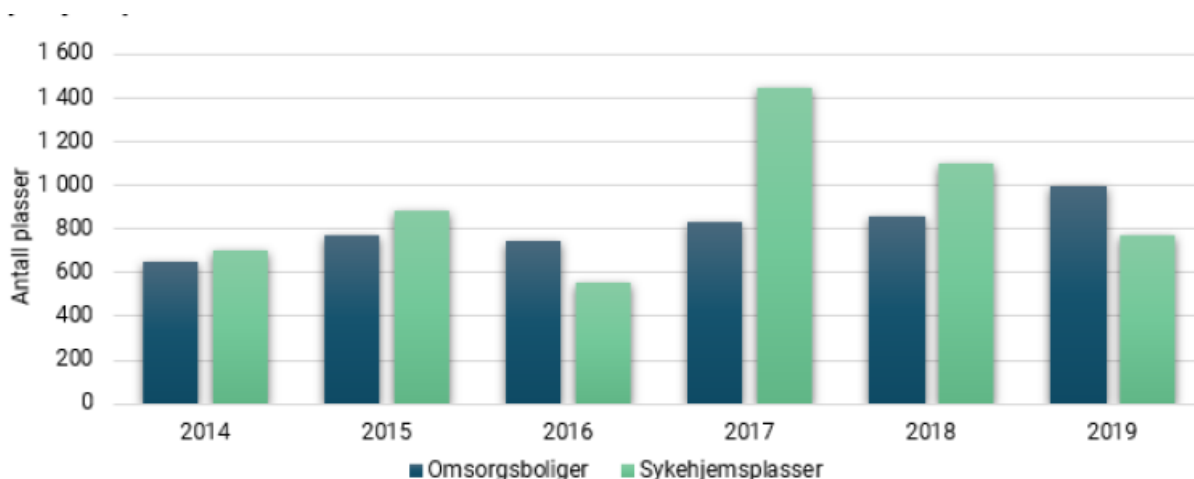
Tilsagn	Omsorgsplasser i alt	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Beløp tilsagn
1 599	22 326	10 006	12 320	87 141	kr 29 772 205 200

Tabell 6. Tilsagn i 2019, fordelt på kun netto tilvekst, rehabilitering eller en kombinasjon av begge.
Antall

	Saker	Omsorgsplasser	Omsorgsboliger	Sykehjemsplasser	Fellesareal	Til
Prosjekter - kun netto tilvekst	48	730	415	315	125	1 2
Prosjekter - kun rehabilitering	86	801	214	587	3 290	1 3
Prosjekter – kombinasjon	22	505	275	230	144	87
Tilsagn	156	2 036	904	1 132	3 559	3 4

Utbetalinger

Figur 8. Antall omsorgsplasser med utbetalt tilskudd (2014-2019) fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser



Antall omsorgsplasser som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgs-boligene/sykehjems-plassene som er tatt i bruk. I 2019 gjaldt dette 1 768 omsorgsplasser. Av dette utgjorde sykehjemsplasser 43 prosent. Det har vært nedgang i antall sykehjemsplasser siden 2017, men det har vært en vekst i antall omsorgsboliger siden 2016.

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 15 019 omsorgsplasser. Andel sykehjemsplasser utgjør 53 prosent. Tall fra KOSTRA viser at det i 2018[3] var 43 961 omsorgsboliger[4] og 40 126 sykehjemsplasser [5]. De siste årene har det bare vært små endringer i totalt antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

De nærmere 1 768 omsorgsplassene som ble tatt i bruk i 2019 utgjorde rundt 2 prosent av totalt antall omsorgsplasser. Disse plassene representerer både netto tilvekst og rehabilitering og utskifting av eksisterende plasser. Nettoeffekten på den totale kapasiteten av de omsorgsplassene som tas i bruk gjennom investeringstilskuddet er imidlertid usikker, blant annet på grunn av avgang i øvrige plasser som del av en helhetlig helse- og omsorgspolitik i kommunen eller fordi de er blitt uhensiktsmessige pga. alder og slitasje.

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 til 3 559 kvm, og utbetalt til 915 kvm fellesareal i 2019. Til sammenligning ble det i 2018 gitt tilsagn til 517 kvm og utbetalt til 4 015 kvm. Beløpsmessig omfatter denne posten også tilskudd til velferdsteknologi og tekniske anlegg. Antall kvm fellesareal det gis tilsagn eller utbetales til, varierer betydelig fra år til år.

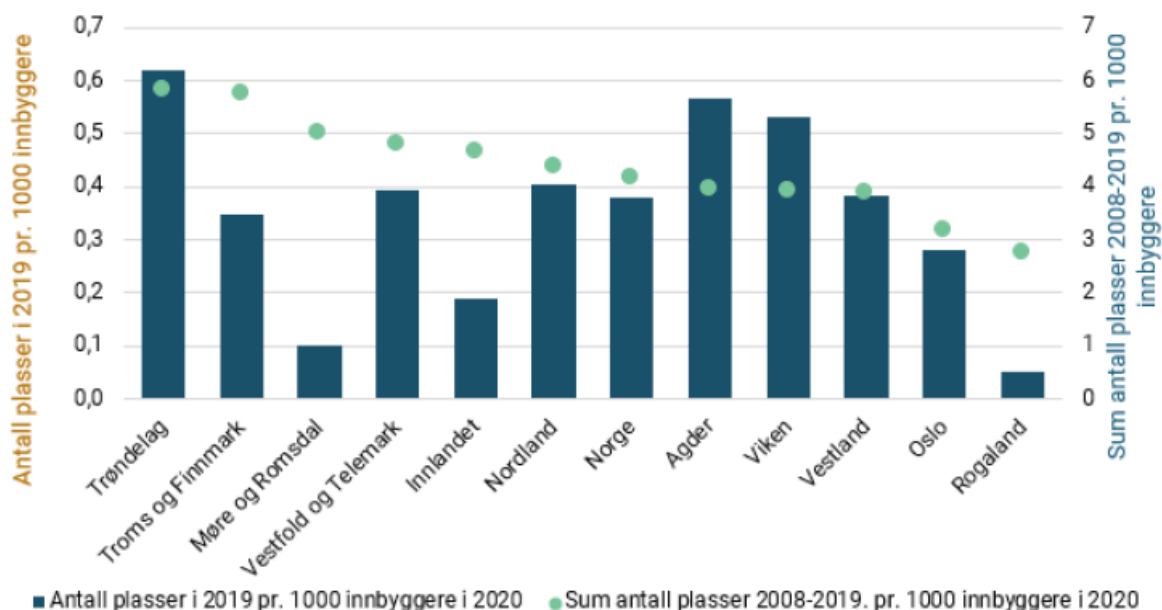
Tilskudd til lokalkjøkken

I 2019 ble hele tilsagnsrammen på 12,5 mill. kroner for etablering og gjenetablering av lokale produksjonskjøkken benyttet. Dette ga ett lokalt kjøkkentilbud til 137 personer med heldøgns omsorgstjenester. Ut over dette mottok Husbanken en annen søknad i tillegg til flere forespørsler og henvendelser om tilskuddet. Tilskuddet er i en oppstartsfase og det er fremdeles tidlig å si hvor stor tilskuddsaktiviteten vil bli. Det er imidlertid ikke unaturlig at kommunene må bruke litt tid på å kartlegge og vurdere sine behov og muligheter.

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 2019 lagt inn fordelingen over hele perioden og relatert volumet til befolkningen i fylket. Vi ser da en atskillig jevnere fordeling. Trøndelag og Troms og Finnmark ser ut til å være de fylkene som har hatt behov for en forholdsvis større utbygging/fornyelse av omsorgsplasser.

Figur 9. Antall omsorgsplasser med tilsagn om investeringstilskudd i 2008-2019 per 1 000 innbyggere i 2020, og totalt antall plasser i 2019 fordelt på fylker gjeldende fra 2020



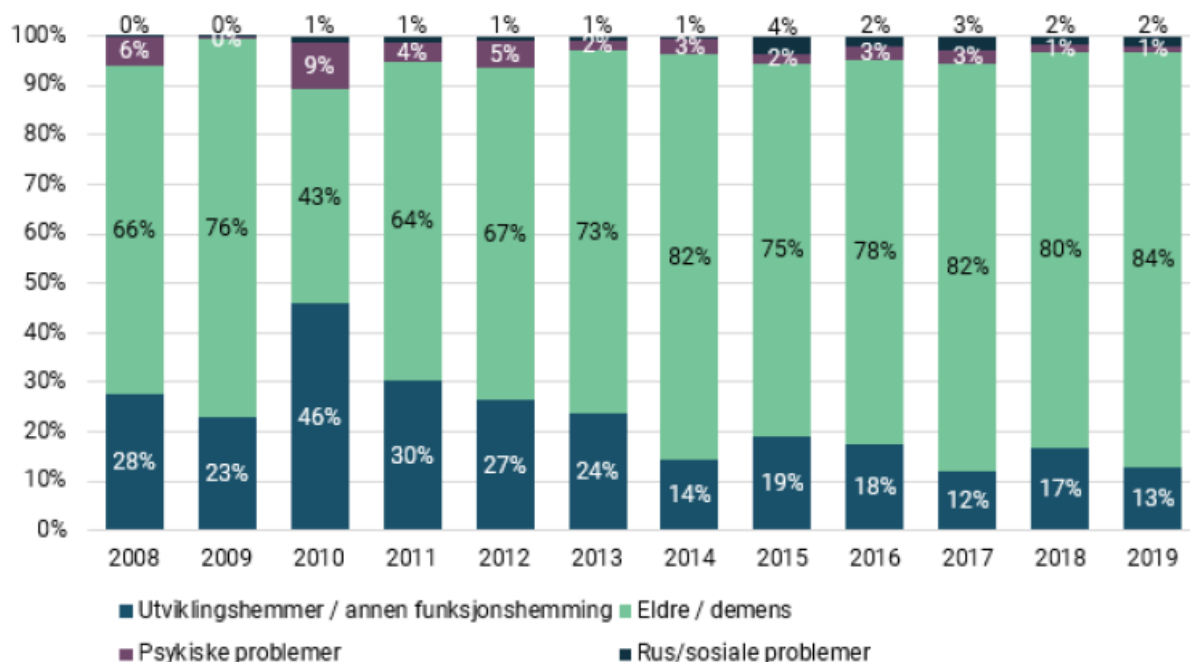
Målgrupper

Den største andelen av plassene er gått til eldre eller personer med demens. De siste tre årene har andelen ligget på 80 prosent eller over (84 prosent i 2019).

Gruppen personer med utviklingshemming har de siste seks årene hatt en andel på mellom 12 og 19 prosent (13 prosent i 2019). Antall plasser er imidlertid det laveste som er registrert i denne perioden. Fra å ligge mellom rundt 350 og 450 de foregående år, var antall omsorgsplasser i 2019 262.

Fra 2017 til 2018 og 2019 har det vært omtrent en halvering av antall og andel omsorgsboliger for gruppen med rus- og/eller psykiske problemer (til 68 plasser eller 3 prosent i 2019). [6] Samtidig er ventelistene for kommunale boliger for målgruppen om lag halvert siden 2015, og en del kommuner har etablert nye småhus og økt bruk av ambulante team for gruppen, samt «Housing First» som bidrar til at flere kan bo i en ordinær bolig. Flere ting kan tyde på at tilbudet er bedre og at etterspørselen har gått noe ned.

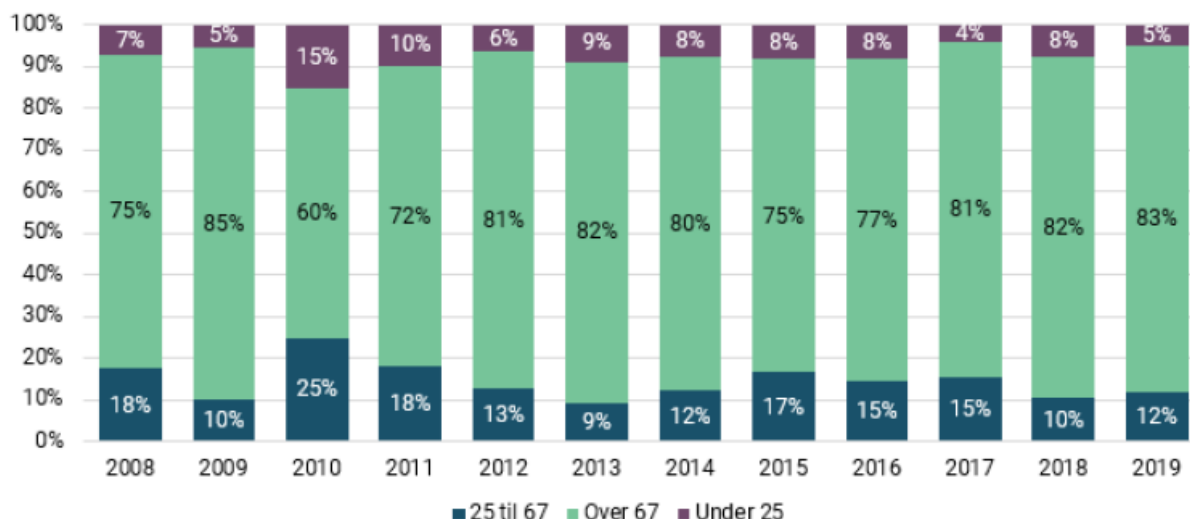
Figur 10. Andel omsorgsplasser ment til de ulike målgruppene (2008-2019) Tilsagn



Aldersgrupper

Den største brukergruppen er i aldersgruppen over 67 år. I 2019 var 83 prosent av boenhetene ment for denne gruppen, 5 prosent av boenhetene var tiltenkt brukere under 25 år og 12 prosent av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67 år. Fra 2014 har det vært en økning av andelen til de eldste (fra 77 prosent i 2014 til 83 prosent 2019).

Figur 11. Andel omsorgsplasser ment til yngre og eldre aldersgrupper (2008-2019) Tilsagn



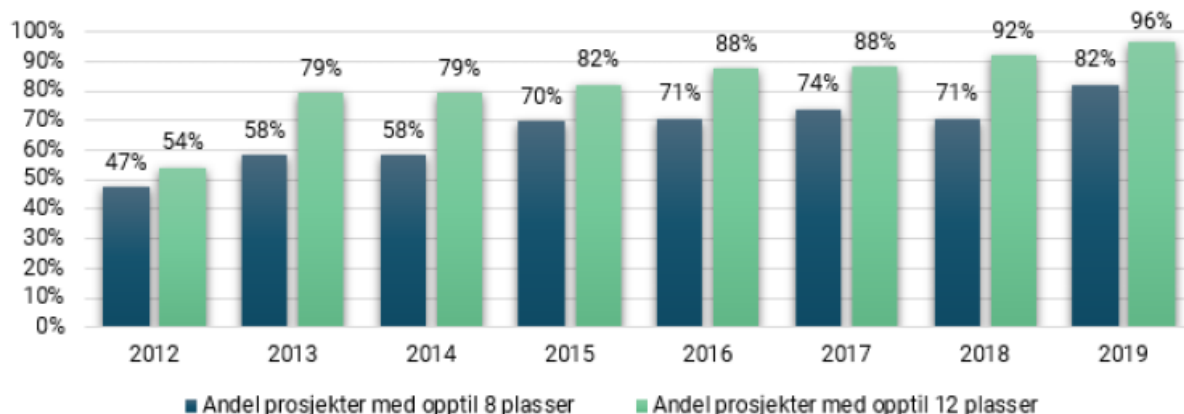
Størrelse på bogrupperne

Et mål er at utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem skal fremme normalisering og integrering. Investeringsstilskuddet skal tilstrebe små bogrupper. Dette er viktig for å gi et godt og tilpasset tilbud til personer med demens og kognitiv svikt, men problemstillingen er 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[7].

I målgruppen for personer med utviklingshemming utgjorde prosjektene med inntil 8 beboere 82 prosent av alle prosjektene til denne målgruppen. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette 96 prosent av prosjektene i 2019. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe fluktuerende siden 2012, men med en tydelig vekst fra 2018 til 2019. De siste årene har det også vært vekst i andel prosjekter med opptil 12 plasser.

Figur 12. Omsorgsplasser med tilsagn til målgruppen utviklingshemmede, andel av prosjektene med opptil 8 og 12 plasser (2012-2019)



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

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

Privat eie

I 2011 ble muligheten for videretildeling av tilskuddet til ikke-kommersielle aktører som kunne eie og drifte omsorgsplassene avviklet. Tilskuddet skal kun gå til kommunen, men kommunene står fritt til å inngå avtale med private om leie av sykehjemsplassene/omsorgsboligene. Kommunen kan også kjøpe borettslagsandeler i nye byggeprosjekter og selge videre til aktuelle beboere.

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 2018 og 2019 utgjorde 4 prosent av plassene hvert år.

Fotnoter

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

[2] Kommunen skal disponere og har plikt til å tildele omsorgsboligene og/eller sykehjemsplassene i en periode på minst 30 år til personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

[3] KOSTRA-tall for 2019 foreligger først i juni 2020. Tallene måler antall beboere, så her ligger det en antakelse til grunn at det bor en person per bolig/plass.

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

[5] KOSTRA.

[6] Kommunene bruker også Husbankens tilskudd til utleieboliger for å fremskaffe boliger til denne gruppen. I 2019 ble det gitt tilsagn til 75 boliger til gruppen rus/psykiatri fra denne tilskuddsordningen, det tilsvarer økning på 39 prosent fra 2019.

[7] Husbanken, [«Dialogverktøy: Sjekkliste for prinsippene om normalisering og integrering i bofellesskap og samlokaliserte boliger»](#) [dokument].

4.2

Velferdsteknologi

4.2.1 Gjennomføre nasjonalt program for velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene

Mål og strategi

Hovedmålet med satsingen på teknologier for trygghet og mestring er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenesten innen 2020. Formålet med den nasjonale innsatsen er at alle kommuner har integrert rutiner for å kartlegge behov for velferdsteknologi i egen kommune.

Med integrert forstår velferdsteknologiprogrammet at kommunen har etablert rutiner/metoder for å kartlegge om brukeren har behov for velferdsteknologi ved tilbud om helse- og omsorgstjenester, og kommunen har nødvendig velferdsteknologi tilgjengelig.

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

4.2.2 Trygghet og mestring

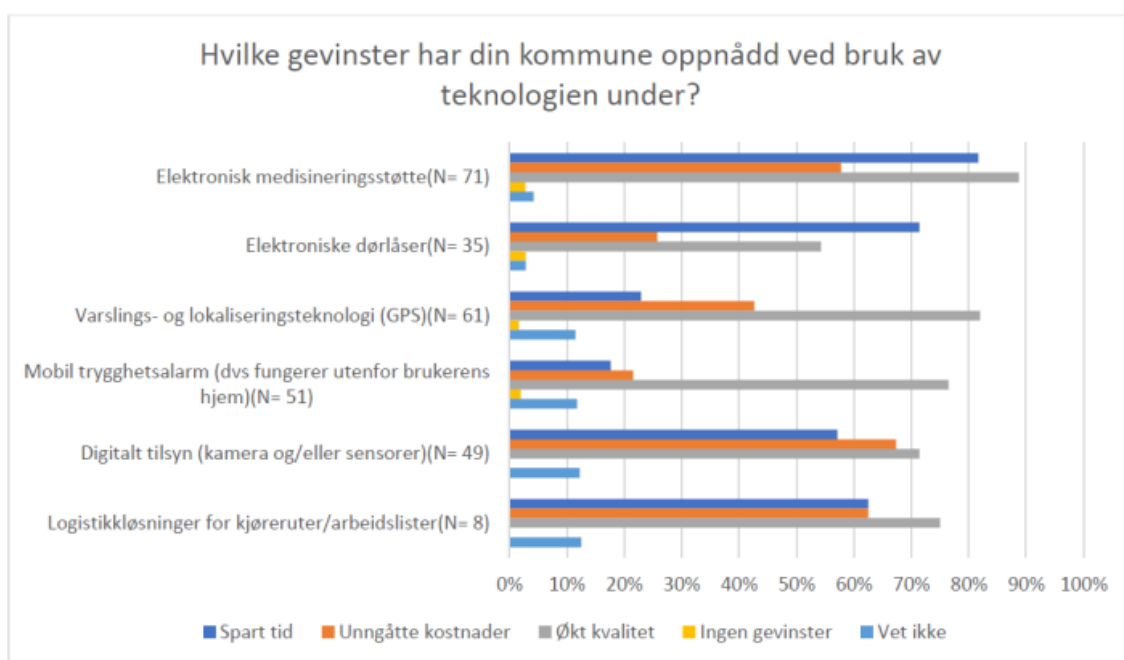
Resultatrapport 2019

For trygghet og mestringsområdet er status at prosjektet er i sprednings- og implementeringsfasen. Ved inngangen til 2020 hadde 137 av 328 av kommunene i programmet (i overkant av 40 prosent) implementert velferdsteknologi på minst ett av de anbefalte områdene og tilbyr dette på lik linje med andre tjenester. De fleste kommuner kan nå tilby medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn på lik linje med andre tjenester. I KPR er det registrert 1328 brukere med lokaliseringsteknologi (GPS). Medisineringsstøtte og digitalt tilsyn skal registreres fra 2020. Innen

utgangen av 2020 er prognosen at minimum 200 kommuner vil tilby velferdsteknologi på linje med andre tjenester. Legger vi til de største kommunene[1] som var med i utviklingsfasen av program-perioden og som også har implementert velferdsteknologi, tilsier prognosen at i overkant av 70 prosent av befolkningen bor i en kommune hvor velferdsteknologi tilbys på minst ett av de anbefalte områdene.

Kommunene i programmet svarer i en undersøkelse[2] om oppnådde gevinster i form av bedre kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader ved alle de anbefalte teknologiområdene. Elektronisk medisinerings-støtte peker seg ut som den teknologien størst andel av kommunene rapporterer gevinster av. Unngåtte kostnader er den gevinsten størst andel av kommunene rapportere om når det gjelder digitalt tilsyn.

Figur 13: Gevinster ved bruk av teknologi. Rapportering fra deltakerkommuner i velferdsteknologiprogrammet.



Kilde: Nasjonalt senter for e-helseforskning

Eksempler på kvalitet som oppgis er muligheten for brukeren til å bo lengre hjemme og å oppleve større grad av egenmestring. Som eksempler på spart tid oppgis eksempler på reduserte antall besøk av hjemmetjeneste. Unngått kostnad er knyttet til sparte kostnader til institusjonsplass. Under-søkelsen viser at de fleste kommunene i liten grad følger opp realisering av gevinster knyttet til velferdsteknologi. Resultatene fra undersøkelsen kan tyde på at det er enklere å rapportere om forbedret kvalitet for brukeren enn å dokumentere unngåtte kostnader og vurdere det opp imot investeringskostnaden for bruk av velferdsteknologi. Det oppleves også krevende å omgjøre den sparte tiden som frigjøres i små deler av en arbeidsprosess til økt omsorgskapasitet. Realisering av gevinst fra spart tid ved reduserte antall hjemmebesøk krever planlegging for hvordan den frigitte tiden skal brukes, for på sikt unngå å bemanne opp eller sette inn vikarer. Dette dreier seg om er endringsledelse og kontinuerlig forbedring.

Styrket innovasjonskraft – varig endring

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

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

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

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

Formål og hovedprioriteringer

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

Tiltaket har følgeforskning fra Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

Resultatrapport 2019

Seks kommuner fikk tilskudd over ordningen i 2019. Disse var Bodø, Drammen, Risør, Steinkjer 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 i 2019 har hatt mål om etablere tildeling og oppfølging av teknologi i drift, og de har utarbeidet tjenestemodeller for hvordan velferdsteknologiske løsninger skal tilbys og følges opp på tvers av tjenestene i kommunen. På den måten kan barn og unge med nedsatt funksjonsevne ta disse i bruk både hjemme, på skolen, sammen med støttekontakt og i avlastning. Dette prosjektet er fortsatt et utviklingsprosjekt, men følger nå metodikken i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og kommunene har mottatt prosessveiledning fra Velferdsteknologi-programmets partner knyttet til disse prosessene lokalt. Slik det er beskrevet over, dreier dette seg om radikal innovasjon, og komplekse prosesser med mange involverte aktører. Forankring både på tvers av fag og sektorer, og både hos tjenesteytere og ledelsen i kommunen er krevende. Det er heller ikke de samme personene som jobber med målgruppen barn og unge i kommunen som med eldre, og samhandlingsmodellene er gjerne mer komplekse. Det er også her et udekket kompetansebehov knyttet til gevinstarbeid, endringsledelse og kontinuerlig kompetanseutvikling.

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) bidrar med forskning og utredning knyttet til satsningen innenfor en femårig tidsramme (2016-2020). I 2019 undersøkte de langtidsbruk og erfaringer med teknologien, ved å intervju halvparten av foreldrene fra 2017-rapporten på nytt. Rapporten viser at nytteverdien som foreldrene pekte på i en tidlig fase av utprøvingen fortsatt var gjeldende. Velferdsteknologi til målgruppen gir mange gevinster for barna, særlig knyttet til å fremme barnas selvstendighet og mestring av daglige gjøremål, sosial deltakelse og språklige ferdigheter. Over tid ble også terskelen lavere for å ta i bruk ny velferdsteknologi og utvide teknologiens bruksområder.

NSE også levert en ny kunnskapsoppsummering på feltet hvor de har oppsummert andre studier om bruk av teknologi til målgruppen barn og unge med funksjonsnedsettelse. Funnene er sammenfallende med resultatene fra denne utprøvingen.

2020 er Velferdsteknologiprogrammets siste år i nåværende form. Kommunene leverer sluttrapporter med erfaringer til Velferdsteknologiprogrammet, som sammen med forskningen, vil oppsummeres i en sluttrapport til HOD per juni 2020. Kommunene har også laget en rekke verktøy for kartlegging, opplæring, oppfølging og gevinstrealisering, som er tilgjengelig for andre kommuner å gjenbruke. Målet er at flere kommuner kommer i gang med dette viktige arbeidet slik at flere barn og unge med funksjonsnedsettelse kan dra nytte av teknologien.

4.2.4 Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap og erfaring som grunnlag for nasjonale råd og anbefalinger om videre bruk av medisinsk avstandsoppfølging.

Målgruppen for utprøving av velferdsteknologiske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging er personer med en eller flere kroniske sykdommer som står i fare for reinnleggelse eller økt behov for oppfølging fra helsetjenesten. Det kan være på grunn av kols, diabetes, hjertesykdom, kreft eller psykiske problemer. Målet er økt trygghet og egenmestring slik at den enkelte kan bo lenger hjemme og at tiltaket skal bidra til redusert forbruk av helsetjenester. Første utprøving startet høsten 2015 og ble avsluttet 1. juli 2018. For å få svar på spørsmål som ikke blir besvart etter første utprøving, er det satt i gang ny utprøving for perioden 2018-2021.

Resultatmålene for utprøvingen er å få

- mer kunnskap om effekter; for pasient, fastlege, helse- og omsorgstjenesten, spesialist-helsetjenesten
- få fram anbefalte tjenesteforløp for avstandsoppfølging både i kommuner med ordinær fastlege-tjeneste og i kommuner som deltar i Helsedirektoratets pilotprosjekt for primærhelseteam.
- etablere en helhetlig oppfølging av pasienter i målgruppen

Utprøvingen omfatter samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten i 6 prosjekt i ulike deler av landet. Universitetet i Oslo har i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ansvaret for følgeforskning av 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 pasientene randomiseres i både tiltak- og kontrollgrupper. I 2019 har målet vært å etablere tjenesten og inkludere 400 pasienter innen 31.12.2019.

Resultatrapport 2019

Deltakere i andre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging er Bodø, Stad (Eid og Selje), Ullensaker/Gjerdrum, Larvik og Kristiansand i samarbeid med Arendal og Farsund kommuner. I tillegg deltar Oslo videre med 4 bydeler fra første utprøving. Tre av kommunene deltar også i Helsedirektoratets pilot for primærhelseteam. Andre utprøving bygger på erfaring fra den første. PA Consulting er engasjert som prosessveiledere og har bistått prosjektene i utvikling og etablering av tjenesten, forankringsarbeid, utarbeiding av gevinstplaner med mer. Alle aktører har vært involvert i utvikling av tjenesteforløp og oppstart lokalt. Ca. 90 fastleger har inngått avtaler om å delta i prosjektet. Det er gjennomført to større fellessamlinger med alle aktører fra de lokale prosjektene.

Prosjektene ble noe forsinket med anskaffelser, slik at kun to prosjekt startet inklusjon som planlagt 1. kvartal. De øvrige startet inklusjon av pasienter i 3 kvartal. Målet om 400 pasienter innen 31.12.19 ble likevel nådd.

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

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet blant eldre ved å utvikle og 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.

Resultatrapport 2019

I 2019 mottok fire landsdekkende frivillige organisasjoner 6 millioner kroner i tilskudd. Tilskudds-mottakerne lærer blant annet opp eldre i bruk av nettbrett og smarttelefon, og søker å finne fram til gode modeller for opplæring innenfor sine organisasjoner.

I 2019 leverte Nasjonalt senter for e-helseforskning endelig evaluering for perioden 2016-2018 hvor de har sett på hvordan opplæring i bruk av teknologi kan bidra til å styrke eldres muligheter til å opprettholde sosiale nettverk. Oppsummert påpeker evalueringen at opplæring i bruk av teknologi kan gjøre eldre mer sosiale og mindre ensomme. Forutsetningen er at de kan få oppfølging, nødvendig utstyr og tilgang til ressurspersoner med faglig og pedagogiske kompetanse. Evalueringen trekker frem betydningen av å inkludere alle i fremtidige kurs for å forebygge at de som ikke lærer å bruke teknologiske verktøy, ikke faller utenfor.

Fotnoter

[1] Bergen, Bærum, Drammen, Stavanger, Tromsø, Trondheim.

[2] Nasjonalt senter for e-helseforskning (2019) [Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologi-program. Spredning og implementering 2016-2019](#)[rapport].

Fornyelse og innovasjon

7.1

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 Utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er fornyelse og innovasjon^[1].

Utviklings-sentrene er i mange regioner en ressurs for kommunene i gjennomføring av tjenesteutviklingsprosjekter og veileder kommunene i samveis-metodikk^[2] og andre tilnærminger som bidrar til innovasjon og fornyelse.

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

^[1]For mer informasjon se [hjemmesiden til USHT](#).

^[2]Samveis er utviklet gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund, og anses som en relevant metode i arbeidet med tjenesteinnovasjon i kommunesektoren.

7.2

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 tildeling av omsorgstjenester, felles tildelingskriterier og øremerket tilskudd til omsorgstjenester med aktivitetsbasert finansiering er prøvd ut i 4 kommuner (modell A) og en modell med kun øremerket tilskudd til omsorgstjenesten i 2 kommuner (modell B). (jfr. Prop.1S for budsjettåret 2016-2017, kap. 761, post 21 Omsorg 2020) Forsøket har hatt en varighet på 3 år fra 1.5.2016 til 01.05.2019, men er nå forlenget ut 2022. Alle kommuner som tidligere har deltatt i forsøket samt de kommunene som disse skal slå seg sammen med har fått tilbud om å delta videre. Forsøket innebærer nå en felles modell for alle kommuner som deltar, med statlige tildelingskriterier og aktivitetsbasert finansiering. I tillegg er det bebudet at 6 nye kommuner skal inviteres med fra og med 2020. Helse-direktoratet har ansvar for å gjennomføre forsøket. Forsøket evalueres.

Resultatrapport 2019

Kommunene Lillesand, Os (Hordaland), Hobøl og Stjørdal deltok i forsøkets modell A i 2019. Kommunenes Selbu og Spydeberg deltok i forsøkets modell B, der midlene gis som et øremerket rundsum-tilskudd. Forsøksordningen evalueres. I evalueringsrapporten av desember 2019 fremkommer det 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. Alle kommunene som deltok i første forsøksperiode deltar videre sammen med de kommunene som disse har slått seg sammen med fra 01.01.2020. Selbu kommune og Bjørnafjorden kommune (tidligere Os og Fusa) gikk over til ny finansieringsmodell fra og med 01.01.2020. Indre Østfold kommune (tidligere, Hobøl, Askim, Trøgstad, Eidsberg og Spydeberg) forbereder ny finansieringsmodell fra og med 01.07.2020. Utbetalingen til kommunene i 2019 viste en økning på 18 prosent pga. demografisk utvikling og aktivitetsøkning.

7.3

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2019

Fylkesmannen i Trøndelag har gjennom året videreutviklet Ressursportalen^[1]. Ny versjon ble lansert 3. juni med formål å samle og tilgjengeliggjøre relevant styringsinformasjon til kartlegging og planlegging av kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet.

Gjennom statsbudsjettet for 2019 fikk Fylkesmannen i Trøndelag i oppdrag å tilgjengeliggjøre og spre Ressursportal.no til resten av landet, som en del av arbeidet med Leve hele livet.

[1] Ressursportalen er et offentlig finansiert nettsted som gir planleggere en samlet tilgang til kunnskapskilder helt kostnadsfritt. Portalen inneholder statistikk og annen informasjon om kvalitetsreformen for eldre sine innsatsområder. For mer informasjon se hjemmesiden: ressursportal.no.

7.4

Bedre kvalitet

5.4.1 Noklus

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2019

Ved utgangen av 2019 deltok 907 sykehjem i Noklus, og i løpet av året fikk 506 av disse ett eller flere besøk. Det ble arrangert 326 kurs for 3412 sykehjemsansatte.

Noklus startet i 2016 et prosjekt for å kvalitetsforbedre all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker, og dette er blitt utvidet til åtte nye fylker i løpet av årene 2017–2019. Målet for prosjektet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse i Noklus, slik at all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetsforbedret. I 2019 ble det gjennomført 46 innledende møter og 69 besøk. Det ble arrangert 166 lokale kurs med til sammen 2114 deltakere hos deltakende enheter i prosjektet.

5.4.2 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 inkludere 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 har vært at minst 50 prosent av landets kommuner skal ha tilbud om livsgledesertifisering ved sine sykehjem innen 2020. I forbindelse med rapporteringen for 2018 signaliserte stiftelsen at det med dagens ressursituasjon ikke ville være mulig å nå målet om 50 prosent. Ved utgangen av 2020 er det forventet at kun 17 prosent av landets sykehjem er sertifiserte.

Resultatrapport 2019

Tilskuddsordningen ble eksternt evaluert i 2019. Evalueringen støtter opp under at sertifiseringsordningen bidrar til økt livsglede, men uten å kunne påvise en direkte årsakssammenheng.

Videre viser evalueringen at sertifiserte og usertifiserte sykehjem jobber noe ulikt med livsglede. Individuelle aktiviteter gjennomføres i gjennomsnitt oftere på sertifiserte sykehjem og trim-aktiviteter gjennomføres i gjennomsnitt oftere på usertifiserte sykehjem. Sertifiserte sykehjem rapporterer om relativt størst forbedring i fokus på og tilpasning til enkeltindivider, samarbeid med aktører i lokalsamfunnet og bedre systemer og rutiner. Usertifiserte sykehjem rapporterer om størst forbedring i medisinbruk, bruk av tvang og sykefravær. Sertifiserte sykehjem oppgir at deltagelse i ordningen har ført til positive effekter, men også andre årsaker vektlegges. Prioriteringer på sykehjemmet ser ut til å være mer avgjørende for endringer og effekter enn deltagelse i ordningen.

25 nye sykehjem ble sertifiserte som livsgledehem i 2019 og 96 ble re-sertifisert. Ved ytterligere 16 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livsgledesertifisering. Ved utgangen av året var totalt antall sertifiserte sykehjem 116.

5.4.3 Bruker- og pårørendeerfaringer

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet ble fra 2012 lovpålagt å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitets-indikatorer» i tråd med ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. De nasjonale kvalitets-indikatorene skal være et «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter». Nasjonale kvalitetsindikatorer skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får, samt benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring.

Helsedirektoratet 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 2019

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.^[1] 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 ble gjort tilgjengelig for KF slik at de kunne gjøre forbedringer i undersøkelsesbatteriet sitt og 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 veiledningsmaterieell skisserer gode måter å gjøre det på, så er det ulikt hvordan kommunene løser det.

Resultater og erfaringer fra piloten er beskrevet i en rapport.^[2] Pilotkommunene har fått sine egne resultater tilsendt. Resultatene gir en indikasjon på nasjonalt nivå.

5.4.4 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^[3] som i hovedtrekk har sitt datamateriale hentet fra IPLOS og KOSTRA. Ny indikatorer i 2019 er bruk av antibiotika i sykehjem. tillegg omtales her kvalitetsindikatorerne for sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell og kartlegging av ernæringsstatus for tjenestemottakere.

Resultatrapport 2019

Bruk av antibiotika i sykehjem

I 2019 ble resultater for bruk av antibiotika i sykehjem lansert. Andel sykehjemsbeboere som fikk minst ett antibiotikum på måletidspunktet (mai 2019), varierte fra 2,9 prosent i Troms til 7,3 prosent i Nordland.

Infeksjonsrisikoen er høy hos sykehjemspasienter sammenlignet med hjemmeboende eldre, samtidig som konsekvensene av infeksjoner ofte er mer alvorlig. Dette skyldes både sykehjemspasientenes høyere alder og sykелighet, samt risiko forbundet med institusjonalisering. Dette ligger derfor til grunn for Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.^[4]

Rettighetsfestet tannhelsetilbud

Brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester og beboere på institusjoner har rett til regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Beboere på sykehjem i mer enn 3 måneder har rett til vederlagsfri nødvendig tannhelsehjelp på offentlig tannklinikk. Denne rettigheten blir i varierende grad ivaretatt, og tall fra SSB/KOSTRA viser stor variasjon mellom fylkene. Tallene er særlig lave for pasienter i hjemmesykepleien. For eksempel har bare 14,2 prosent av brukerne i Østfold mot 42,5 prosent i av brukerne i Hordaland fått dette tilbudet.

En nasjonal kvalitetsindikator^[5] viser andelen sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. Også her ser vi store variasjoner mellom fylkene. I 2018 hadde Oslo høyest andel, med 72,7 prosent. Finnmark hadde den laveste andelen med 32,3 prosent.

Årsakene til at så mange brukere med rettighetsfestede tannhelsetilbud ikke får dette tilbudet, skyldes dels liten kjennskap til rettigheten blant beboere og pårørende. Det kan også skyldes at brukeren takker nei til tilbudet, eller fortsetter hos egen tannlege. For å styrke tilbudet ble det i Hamar kommune ansatte en tannpleier for brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester. Dette prosjektet førte til endrede rutiner i kommunen, samtidig som det ga økt kompetanse og et bedre tilbud til tjenestemottakerne.

Ernæring i omsorgstjenesten

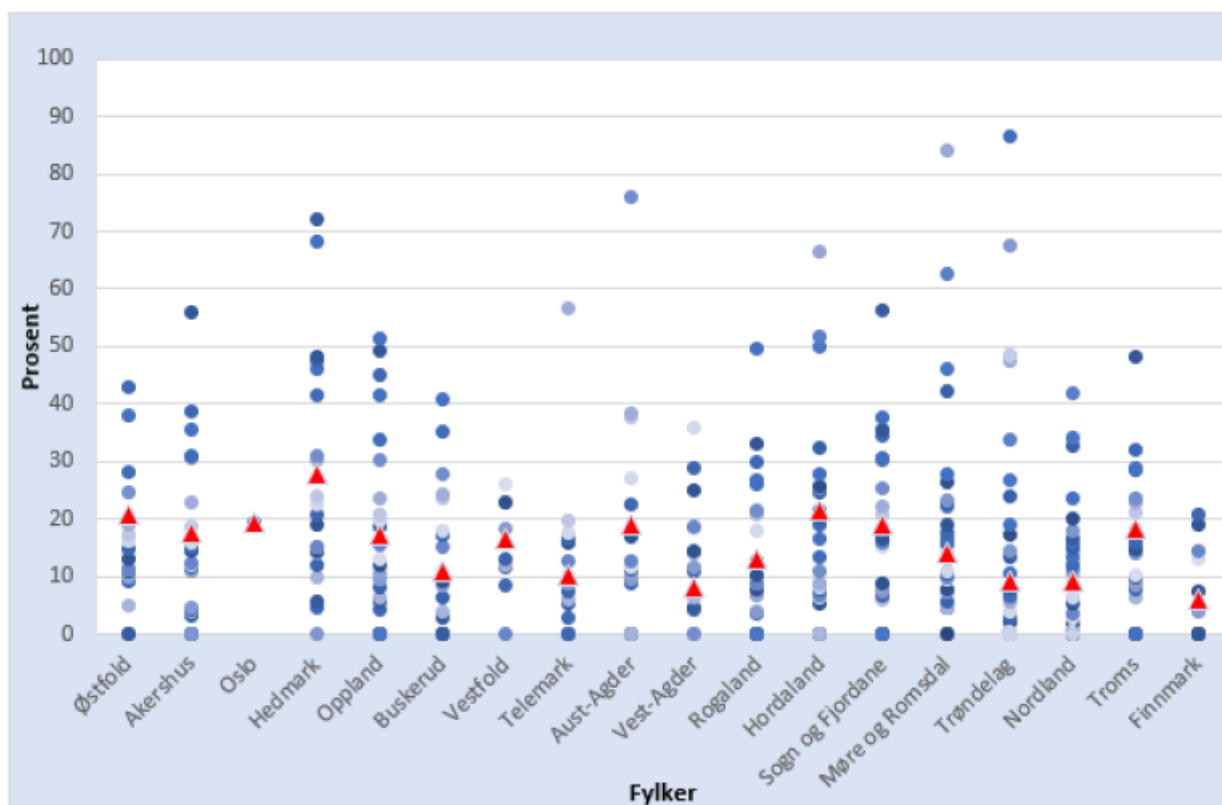
Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring (2009) legger føringer for ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. En pasientgruppe som er sårbar for underernæring er eldre. I de nasjonale retningslinjene fremkommer det at alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien, skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig. Alternativt kan et annet faglig begrunnet individuelt opplegg følges. For å kontrollere om de nasjonale retningslinjene blir fulgt, er det utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer som måler kartleggingen av ernæringsstatus hos eldre.

I eldreforhøvet Leve hele livet er et av innsatsområdene «Mat og måltider». Som ledd i å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i kommunene ga Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2019 oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide et utkast til en nasjonal strategi for ernæring hos eldre som mottar tjenester i hjem og sykehjem.

Fra og med 2017 er det publisert to nasjonale kvalitetsindikatorer for oppfølging av ernæring for mottakere av helsetjenester som er 67 år eller eldre. En målsetning er at alle som mottar helsetjenester i hjemmet eller bor på sykehjem, skal få kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av ett år. Resultatene for 2018 ble publisert i juni 2019.

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.

Figur 14. Andel av mottakere av helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i 2018. Kommuner etter fylke.

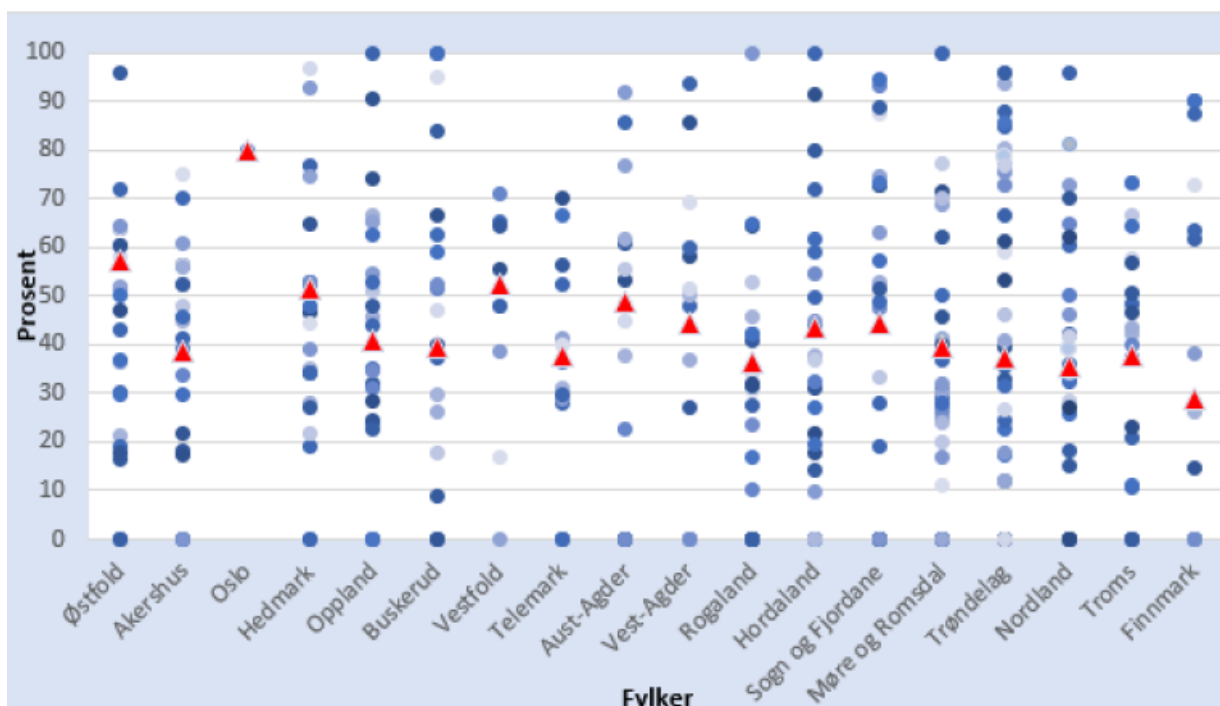


Forklaring: Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyanse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.

Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende viser at 15,7 prosent har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av 2018. Dette er en økning på omtrent ett prosentpoeng fra året før. Det er stor variasjon på fylkesnivå. Hedmark hadde høyest andel med 27,9 prosent, mens Finnmark hadde lavest andel på 5,8 prosent.

Resultatene viser også at 40,6 prosent av de hjemmeboende ikke hadde fått kartlagt egen ernæringsstatus, og for 17,7 prosent av beboerne var dette oppgitt å ikke være relevant. For 26,2 prosent manglet det rapportering på om ernæringsstatus var kartlagt. Dette er omtrent uendret fra året før. På fylkesnivå varierer andelen manglende rapportering fra 16,0 prosent i Sogn og Fjordane til 45,9 prosent i Vest-Agder.

Figur 15. Andel beboere på sykehjem som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i 2018. Kommuner etter fylke.



Forklaring: Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyanse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.

Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem viser at 46,1 prosent har fått sin ernæringsstatus kartlagt i løpet av 2018. Dette er en økning på 3 prosentpoeng fra 2017. Også her er variasjonen mellom fylkene stor. 79,9 prosent av beboere på sykehjem i Oslo hadde for eksempel blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av 2018, mens andelen i Finnmark var på kun 28,9 prosent.

Resultatene viser også at 18,7 prosent av beboerne ikke hadde fått kartlagt egen ernæringsstatus, og for 5,0 prosent av beboerne var dette oppgitt å ikke være relevant. For 30,2 prosent av beboere manglet rapportering om ernæringsmessig oppfølging. Dette er en nedgang på omtrent ett prosentpoeng fra året før. På fylkesnivå varierer andelen manglende rapportering fra 14,6 prosent i Oslo til 42,1 prosent i Troms.

Nasjonal ernæringsstrategi for eldre

Utkast til Nasjonal ernæringsstrategi for eldre ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2019. Foreslåtte innsatsområder og tilhørende mål og tiltak i strategien er basert på innspill fra intern workshop i Helsedirektoratet og to halvdags innspills-møter med eksterne interessenter. Ernæringsstrategien er tenkt som et felles utgangspunkt for å utvikle lokale ernæringsstrategier eller handlingsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Strategien skal legge grunnlag for en god og trygg ernæringspraksis i kommunale helse- og omsorgstjenester som bidrar til redusert risiko og forekomst av feil- og underernæring hos eldre og et individuelt tilpasset mattilbud og gode måltidsopplevelser for den enkelte. Målet med strategien er gjennom god ernæringspraksis å styrke eldres helse, forebygge sykdom og funksjonsfall og fremme egenmestring og livskvalitet samt redusere behov for helsetjenester.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring er under revisjon og var planlagt publisert i 2019. Ferdigstillelse vil imidlertid skje først i 2020. Arbeidet med retningslinjen ble utsatt på grunn av ernæringsstrategi-oppgaven.

Fotnoter

[1] Informasjon om piloten finnes her: [Bedrekommune.no](https://bedrekommune.no) [hjemmeside].

[2] Helsedirektoratet [«Pilot for en nasjonal brukerundersøkelse for de kommunale helse- og omsorgstjenestene»](#).

- [Gjennomføring, erfaringer og resultater»](#) [rapport] IS-2871.

[3] Helsedirektoratet [«Nasjonale kvalitetsindikatorer: Kommunale helse- og omsorgstjenester»](#) [nettside].

[4] Antibiotikasenteret for primærmedisin [«Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten»](#) [nettside].

[5] Helsedirektoratet, Kvalitetsindikator [«Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder»](#).

Utviklingsarbeid utenom Omsorg 2020

6.1

Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering

Formål og hovedprioriteringer

Primærhelseteam består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Fastlege leder teamet. Formålet med forsøket er å få erfaring med hvilke effekter tverrfaglig teamorganisering har for kvalitet i pasientbehandling, samarbeid med andre tjenester og samfunnsøkonomi. Primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning og det kommunale tjenestetilbudet ved å gi bedre oppfølging og mer medisinske tjenester til de brukerne som trenger det mest:

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

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

Resultatrapport 2019

Helsedirektoratet leder pilotprosjektet som startet 1. april 2018 og var beregnet å pågå i 3 år. Det ble i 2019 besluttet å utvide prosjektet innenfor den økonomiske rammen med to år, tom. 31.03.23 og inkludere fire nye fastlegesenter med ca. 20 fastleger i deltakerkommunene f.o.m. våren 2020. Disse kommer da i tillegg til 87 fastleger i 13 fastlegepraksiser i 9 kommuner. Ved 8 av praksisene piloteres honorarmodellen og ved 5 driftstilskuddsmodellen.

Åtte av lederne i pilotpraksisene har gjennomført den nasjonale lederutdanningen for kommune-helsetjenesten ved BI. Pilotprosjektet evalueres i et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Andre delrapport ble presentert i desember 2019 og beskriver utviklingen i fastlegepraksisene det første året. Det fremkommer av denne at det tar tid å etablere en ny organisasjonsmodell, men at ved å få tilført sykepleier inn i fastlegepraksisene har det blitt mer struktur og systematikk i oppfølgingen av pasientene, spesielt av pasienter med kroniske sykdommer.

Pilot for oppfølgingsteam

Formål og hovedprioriteringer

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam startet opp 1.september 2018 og har en varighet på tre år. Deltakende kommuner er Asker, Suldal, Kinn, Steinkjer, Bø i Vesterålen og Senja. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut et verktøy for forebyggende risikokartlegging hos fastlegene og også i lokalsykehus etter avtale.

Formålet med piloten er:

- bedre resultat for pasient og bruker, gitt personens egne mål
- bedre funksjon for pasient og bruker (mål 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.

Sintef i samarbeid med NTNU og St.Olavs hospital følgeevaluerer piloten.

Resultatrapport 2019

Det er et stort utviklingsarbeid som er satt i gang i kommunene og det har tatt tid for kommunene å forankre arbeidet i alle virksomheter og på alle nivå. Fire av kommunene har hatt kommunesammenslåing i 2019, noe som også har hatt konsekvenser for framdrift og forankring av piloten.

Kommunene får oppfølging i form av prosessveiledning, nettverkssamlinger, webinar og faste statusmøter. Verktøy for risikokartlegging er installert hos 79 fastleger og det er gjort avtale om ytterligere 15, men er så langt tatt i bruk i noe ulik grad. Flere kommuner har slitt med en del tekniske utfordringer i tillegg til stor turnover av fastleger. Direktoratet for e-helse har ansvaret for avtalen med Medrave og det er et tett samarbeid med Helsedirektoratet om oppfølging og utprøving av verktøyet i pilot. Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) starter opp utprøving av verktøyet tidlig i 2020.

Sintef har levert en statusrapport (nullpunktsmåling) våren 2019 og har hatt ny runde med innhenting av informasjon høsten 2019. Utgangspunktet og framdriften i arbeidet varierer i de seks kommunene. Det vil ta tid før man kan registrere målbare endringer av oppfølgingsteam slik som effekter på helseutfall og tjenesteomfang.

6.3

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Formål og hovedprioriteringer

Opptrappingsplanen 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 har i perioden 2017–2019 vært bevilget øremerket tilskudd til tjenesteutvikling i kommunene med mål om at feltet skal styrkes. Det er i tillegg gitt en økning i kommunerammen med samme formål. Krav og anbefalinger i Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn for utviklingsarbeidet. I tilskuddsregelverket ble det stilt krav om at kommunene innen utløpet av tilskudds- året skulle ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering.

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

Resultatrapport 2019

Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingen av Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019. Det øremerkede tilskuddet til kommunene har vært forvaltet av fylkesmennene. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført i alle landets kommuner ved utgangen av 2017, ble gjentatt i 2019. Her ble kommunene bedt om å vurdere og angi status i egen kommune knyttet til sentrale tiltak i opptrappingsplanen. En ser en markant økning i andel kommuner med plan for habilitering og rehabilitering. Mer enn halvparten av landets kommuner har mottatt tilskudd i løpet av opptrappingsperioden 2017–2019.

Statistikken for 2018 (KPR og NPR) kan så langt ikke vise en styrking i tråd med målene i opptrappingsplanen. Det er en nedgang av pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I kommunene er det en økning i rehabilitering utenfor institusjon fra 2017 til 2018, men det ligger lavere enn nivået for 2016. Det er imidlertid en positiv årsverksutvikling for ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunene (SSB, KOSTRA). Antall logopeder som utløser refusjon har også gått noe opp fra 2017 til 2018 (KUHR).

Fylkesmennene erfarer fortsatt store variasjoner 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 midtveisoppsummering av opptrappingsplanen som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november 2018 og årsrapport for statistikkåret 2018 og prosjektår 2019, oversendt i brev av 19.12.2019 med nærmere detaljer om status og utvikling.

Helsedirektoratet har utviklet e-læringsprogram, brukerbrosjyre og informasjonsfilm om individuell plan og koordinator.

Helsedirektoratet har startet arbeidet med evaluering av opptrappingsplanen i tråd med oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2020.

6.4

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, jf. 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. Reformperioden er 2019–2023.

Det er i 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 2019

Det er etablert 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.

Det nasjonale støtteapparatet består av Helsedirektoratet, KS og Senter for omsorgsforskning som nasjonalt fagmiljø. Helsedirektoratet har i 2019 inngått avtale med Senter for omsorgsforskning for å utvikle og gjøre tilgjengelig faglig veiledningsmateriell og gi faglig bistand på reformens områder.

Oppgavene til det nasjonale støtteapparatet er:

- Informasjonsarbeid
- Tilgjengeliggjøre og spre faglig kunnskap
- Lage veiledningsmateriell
- 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

Sommeren 2019 ble Ressursportalen lansert.^[1] Portalen vil være et viktig verktøy for det regionale støtteapparatet i gjennomføringen av dialogmøter med kommunene og et viktig grunnlag for kommunenes egen planlegging og beslutninger. Portalen evalueres og revideres løpende. Et viktig mål i denne prosessen er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og bidra til å øke den analysefaglige kompetansen i kommuner. På oppdrag fra Helsedirektoratet har KS-Konsulent utviklet metode og veiledningsmateriell til dette formålet.

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.

Det ble jobbet mye med informasjons- og kommunikasjonsarbeid i 2019, blant annet ved å etablere en egen nettside for kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet^[2], kvartalsvise nyhetsbrev, inspirasjons- og fagfilmer om reformen og annet informasjonsmateriell.

Oslo Met fikk i 2019 i oppdrag å evaluere reformen. De skal levere en midtveisrapport innen 1. juni 2021. Midtveisrapporten skal være et grunnlag for å vurdere ev. endret virkemiddelbruk i reformen.

Fotnoter

[1] Se hjemmeside for portalen: www.ressursportal.no.

[2] Se [hjemmeside for «Leve hele livet»-reformen](#) for mer informasjon.

6.5

Samordnet innsats for bedre pasient- og brukersikkerhet

Formål og hovedprioriteringer

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 ble avsluttet ved utgangen av 2018. I mars 2019 la Helsedirektoratet frem «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring». 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 fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres i planen. Tiltaksområdene i planen bygger opp under behovet for bedre ledelse og kultur, kompetanse, systemer og strukturer og nasjonale satsinger for å redusere pasientskader.

Figur 16: De fire hovedområdene i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og tilhørende tiltak er illustrert i et driverdiagram.



Flere satsinger og prosjekter på nasjonalt nivå, for eksempel Leve hele livet og Gode pasientforløp, inkluderer pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Sammen med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er disse satsingene viktige i arbeidet med bedre pasient- og brukersikkerhet.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (heretter utviklingssentrene) i fylkene har vært sentrale i arbeidet med spredning av kompetanse og veiledning i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Sentrene fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å gjennomføre læringsnettverk i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Fylkesmennene fikk oppdrag om å støtte utviklingssentrene i dette arbeidet, samt være en pådriver for at kommuner og helseforetak følger opp kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Resultatrapport 2019

Helsedirektoratet har i 2019 arbeidet med å sikre en god oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet etter pasientsikkerhetsprogrammets avslutning. Oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet skjer nå i den ordinære styringsdialogen og på relevante dialogarenaer. Et nytt fagråd for pasientsikkerhet er under etablering.

Nettsiden for pasientsikkerhetsprogrammet^[1] og merkevaren I trygge hender 24–7 videreføres, men er under videreutvikling. På pasientsikkerhetskonferansen, et viktig nasjonalt møtepunkt, var det rekordhøy deltakelse med 1500 personer i 2019.

Satsning på kompetanse

Den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gir føringer for etablering av et nasjonalt kompetansemiljø for disse fagområdene. Helsedirektoratet startet i 2019 et kartleggingsarbeid for å få bedre oversikt over pågående og planlagte kompetanseaktiviteter, samt kommunenes vurdering av utfordringsbildet knyttet til egen kompetansebeholdning og -kapasitet, og behov for nasjonal støtte. Resultatet av kartleggingen vil foreligge første kvartal 2020 og vil danne grunnlag for utvikling av relevante tiltak for å bistå kommunene i nødvendig kompetanseutvikling innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fremover.

I samarbeid med blant annet USHT Agder ble det i 2019 startet opp et arbeid med å utvikle en spillbasert, digital læringsressurs innenfor grunnleggende forbedringskompetanse. Målgruppen er alt helsepersonell i både spesialist- og kommunehelsetjeneste som ikke har den grunnleggende kompetansen som er nødvendig for å kunne delta i et forbedringsarbeid på egen arbeidsplass. Læringsressursen vil bli lansert våren 2020.

Det er et stort behovet for å styrke observasjonskompetansen til de ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet har gitt fire utviklingssentre tilskudd til å utvikle et nasjonalt kompetanseprogram som skal bidra til dette. Kompetanseprogrammet KlinOBS kommune vil ferdigstilles våren 2020 og vil bidra til å sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand.^[2]

Tiltakspakker blir til nasjonale faglige råd

I 2019 startet et omfattende arbeid med å omarbeide tiltakspakkene på innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet til nasjonale faglige råd og på den måten integrere de i Helsedirektoratets portefølje av normerende produkter.

Snakk om forbedring

Helsedirektoratet lanserte i 2019 Snakk om forbedring som er et digitalt dialogverktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Verktøyet kan brukes på ulike organisatoriske nivå og i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det har i 2019 vært stor interesse fra kommuner for å ta i bruk verktøyet og få veiledning til oppstart og støtte i implementeringsprosessen.

Læringsnettverkene fortsetter

Utviklingssentrene har også i 2019 hatt høy aktivitet når det gjelder gjennomføring av læringsnettverk innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Det er særlig områdene ledelse av pasientsikkerhet og tidlig oppdagelse av forverret tilstand som har vært faglig fokus på læringsnettverkene.

Vurdering

Helsedirektoratet har en særlig viktig oppgave i å bidra til koordinert og samordnet innsats på pasientsikkerhetsområdet. Aktiviteten i 2019 tyder på at oppmerksomhet og innsats i tjenestene opprettholdes etter avslutning av pasientsikkerhetsprogrammet. Videreføring av merkevaren **I trygge hender 24–7**, nettsiden, opplæringstiltak og støtte og veiledningsfunksjoner, har trolig ført til at endringen fra program til drift ikke har vært så stor for helse- og omsorgstjenesten.

Mange nasjonale satsninger er rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette stiller krav til god samordning, men kan også gi synergieffekter og bidra til å utvikle pasientsikkerhetsarbeidet.

En fortsatt oppmerksomhet og forsterket innsats krever at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring prioriteres både av ledere i hele helse- og omsorgstjenesten og nasjonalt. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må synliggjøres i etablerte styringslinjer og i dialogen med aktuelle fagområder. Det må dessuten legges bedre til rette for deling av kunnskap og erfaring for å lære av hverandre på tvers av tjenestene, tjenestenivå og fagmiljøer.

Det vil fortsatt være behov for tiltak som sikrer tydelig ledelse innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for å understøtte kultur for åpenhet og læring, som kan bidra til at det gjennomføres forbedringer og systematisk styrking av forbedringskompetansen hos alle ansatte.

Generelt trengs det mer kunnskap om hvor effektive ulike pasientsikkerhetstiltak er, og i hvilken grad myndighetenes råd etterleves. Det er særlig behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Fotnoter

[1] Se [«I trygge hender 24-7»](#) [hjemmeside].

[2] Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester [«KlinObsKommune»](#) [hjemmeside].

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

7.1

Analyse – Hovedtrekk

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 kapittelet tar vi for oss noen tilleggsfunn som vi ønsker å trekke fram.

Årsrapporten Omsorg 2020 oppsummerer status for tiltakene som samlet skal medvirke til endringer i tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020.^[1] 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 å «oppfordre kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden».^[2]

Dette kapittelet inngår som rapportering på følgende styringsparametere i tildelingsbrevet for 2019 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.

Helsedirektoratet viser til analysene i de foregående årsrapportene. Utfordringsbildet var i hovedsak uendret. Gitt dagens organisering vil det ikke bli tilstrekkelig med kompetent helsepersonell til å ivareta oppgavene i helse- og omsorgstjenestene framover. Det er derfor viktig at kommunene omstiller seg til nye måter å løse oppgavene på. Koronaepidemien har satt kommunene på nye prøver. Det gjenstår å konkludere hvordan ulike kommunetyper klarer å håndtere krisen, både når det gjelder valg av organisering av omsorgstjenesten, satsing på hjemmebaserte tjenester vs. institusjon mv. Krisen aktualiserer både helsetjenestens prioriteringer og samfunnets økonomiske prioriteringer og handlekraft.

Helsedirektoratet vil fremheve følgende forhold:

- Det er fortsatt mangler og uønsket variasjon i kommunenes ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet.
- Det er begrenset informasjon om kvalitet i de kommunal helse- og omsorgstjenestene.

- Statistikk og indikatorer om tjenestene må utvikles og tilrettelegges for lokal planlegging, styring og kvalitets- og forbedringsarbeid.
- Personellressursene må utnyttes bedre i nye arbeids- og organisasjonsformer med endringer i kultur for samordning mellom profesjoner og tjenester.
- Utfordringene krever vesentlig omstilling og innovasjon i samarbeid mellom flere aktører.
- Kommunene må bedre sin analyse- og plankompetanse for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Fotnoter

[1] Helse- og omsorgsdepartementet (2015) [«Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020»](#)

[2] Se side 5 i planen.

7.2

Kompetanseløft

Det er stor variasjon mellom kommuner knyttet til kompetanse. Det å rekruttere, beholde og utdanne personell med rett kompetanse er avgjørende for å ivareta tilstrekkelig kvalitet i omsorgstjenestene.

KS sin framskriving av behov for arbeidskraft i kommunene fram mot 2028 viser et behov for nesten 40.000 flere årsverk, hvorav de aller fleste vil være innen helse- og omsorgssektoren.[1] I denne sammenheng er det bekymringsfullt at en fjerdedel av årsverk i brukerrettet omsorgstjeneste er ansatt uten helse- og sosialfaglig bakgrunn og over 42 prosent av disse har utdanningsnivå på ungdomsskole eller lavere.

I evaluering av Kompetanseløft 2020[2] påpekes det at ansatte i mindre kommuner med stor geografisk avstand til utdanningsinstitusjoner har større problemer med å delta i utdanning og kompetanseutvikling enn ansatte som jobber i kommuner nær høyskoler og universitet. Statlige tilskuddsordninger dekker kun en liten del av kostnadene for reise, opphold og vikarutgifter. I tillegg har mindre kommuner så få ansatte at de har vansker med å ta ut ansatte fra tjenestene for en periode, da de samtidig har store problemer med å rekruttere vikarer av både kortere og lengre varighet. I den siste devaluering fremkommer det at færre små kommuner har utarbeidet en strategisk kompetanseplan, færre samarbeider med forsknings- og utdanningsinstitusjoner om innovasjonsprosjekt og har færre ansatte med master- eller forskningskompetanse. Det er derimot ikke særlig forskjell på små og store kommuner når det gjelder hvorvidt de har kartlagt behovet for kompetanse i tjenestene. [3]

Helsedirektoratet har i innspill til nytt kompetanseløft foreslått å utvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunene som arena for utdanning og kompetansebygging slik at utdanningene i større grad enn nå benytter kommunen som praksisplass for studenter og elever. Helsedirektoratet har videre foreslått å styrke tilbudet av desentraliserte og deltidsbaserte utdanninger som et målrettet tiltak for rekruttering av personell til distriktskommuner, og å gjøre videre analyser av tiltak for å styrke tilgangen på kvalifisert personell i enkelte kommuner.

Rambølls rapport **Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene**,[4] etter oppdrag fra Helsedirektoratet, viser at kommuner som lykkes med strategisk arbeid for rekruttering og kompetanseheving er preget av en gjennomgående holdning blant ledere og ansatte om nødvendigheten av sammen å vurdere kompetansebehov i forhold til behovene til pasientgruppen. Dette gjøres gjennom

systematiske kompetansekartlegginger. Ledere har en avgjørende rolle som kulturskapere. Kommunene gjør flere ulike grep. Blant annet har økt fokus på oppgaver og mindre på profesjoner, ført til omgjøring av stillingshjemler og rekruttering av annet høyskoleutdannet personell enn bare sykepleiere.

Fotnoter

[1] KS (2019) «[Stort behov for nye medarbeidere fremover](#)»[notat].

[2] L. Grut m.fl. (2019) «[Evalueringsrapport 2020, delrapport II](#)» [rapport].

[3] ibid.

[4] Rambøll (2018) «[Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene](#)» [rapport].

7.3

Hvordan skape heltidskultur?

Andelen som jobber deltid er høy blant helsefagarbeidere og sykepleiere, men enda mer utbredt blant de mange ansatte uten formell helse- eller sosialfaglig utdanningsbakgrunn og som arbeider i omsorgstjenestene.[1] Tidligere analyser har vist at deltidbruken påvirker kvaliteten i tjenesten, og hindrer kontinuitet i arbeid med sårbare brukere. Dette vil i neste omgang også bidra til å redusere de ansattes opplevelse av tilfredshet med egen arbeidssituasjon.[2] Det må satses sterkere på endringer og å styrke bemanning, kompetanseutvikling, organisasjon og ledelse for å skape en heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene.

Mange som jobber i helsetjenesten kombinerer flere deltidsstillinger i flere forskjellige institusjoner og hjemmetjeneste. Epidemien i 2020 har aktualisert smitterisikoen og krav til smittevern i tjenestene. Vi har i arbeidet med korona-krisen sett at høy bruk av deltid kan gi økt sårbarhet for smitte i helse- og omsorgssektoren.

[1] Helsedirektoratet (2018) «Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017: Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020» [rapport] IS-2755.

[2] Kari Ingstad (red) (2016) «Turnus som fremmer heltidskultur» Gyldendal.

7.4

Personell som felles ressurs

I flere kommuner ser vi gode eksempler på bedre utnyttelse av personell gjennom økt fleksibilitet og helhetlig bruk av kompetanse, turnusplaner og samarbeid mellom tjenester. Felles eierskap til pasientforløp og deling av kompetanse krever omstilling og kulturendring. Nye modeller for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten står sentralt i nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) for perioden 2020–2023. Der inngår også utvikling av helsefelleskap for hvert av helseforetakene med omliggende kommuner. Helsedirektoratet skal, i samråd med tjenestene, utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefelleskapene.

7.5

Kvalitet – ledelse og kultur

Endring og forbedring er krevende å få til i praksis, og fordrer tett lederoppfølging og konstant oppmerksomhet for å skape og opprettholde resultater. Det forutsetter en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til læring og forbedring, og hvor erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tatt i bruk.

Flere tiltak er igangsatt for å styrke ledelse og kultur i kommunene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir et godt grunnlag for kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene, men mer kan gjøres for å styrke etterlevelse av forskriftens krav i kommunene.

Ledelse og kultur er ett av fire tiltaksområder i [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#). Det er tidligere utviklet en egen tiltakspakke for ledelse av pasientsikkerhet, med praktiske ledelsesverktøy for å forbedre pasientsikkerhetskulturen.

I 2019 ble verktøyet [Snakk om forbedring!](#) ferdigstilt. Dette er et verktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som tas i bruk i alle deler av helsetjenesten, også kommunehelsetjenesten.

Det skal utvikles veiledningsmateriale til kommunene for å forbedre kvaliteten på tjenestene innenfor de områdene den enkelte kommune selv har valgt. Senter for omsorgsforskning har gjennom kvalitetsreformen **Leve hele livet** fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å fremskaffe kunnskapsgrunnlag for utvikling av veiledningsmateriale/verktøy/metoder innenfor reformens fem temaområder. De regionale støtteapparatene vil bidra med veiledning ut mot kommunene.

7.6

Kunnskap om variasjon

En utredning fra Telemarksforskning om små kommuner^[1], viser en utvikling der små kommuner (under 3000 innbyggere) har blitt mindre og større kommuner har blitt større. Dette vil utfordre prinsippet om generalistkommuner, med økt behov for å utvikle interkommunalt samarbeid for å håndtere det vesentligste av de kommunale oppgavene som generalistkommuner. Demografi og sentralitet er vesentlige faktorer når det gjelder utfordringer og muligheter for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet i tjenestene.

De nasjonale kvalitetsindikatorne er en viktig kilde til å analysere uønsket variasjon, og flere kvalitetsindikatorer ønskes utviklet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi viser til kapittel 5.4.4 der resultatene for noen av kvalitetsindikatorne er omtalt.

Dagaktivitetstilbud

Helsedirektoratet har analysert kommunenes **dagaktivitetstilbud for personer med demens og personer med psykisk utviklingshemming**.^[2] Hensikten var å undersøke tilgang på dagaktivitetstilbud, og hva som kan forklare forskjeller mellom fylker og kommuner. I analysen presenteres sentralitet, økonomi, befolkningsstørrelse og alderssammensetning som faktorer som påvirker hvor godt kommunen klarer å tilby tjenestene. Det vises også til at kommunene som har bedre dekning for dagaktivitetstilbudet

for disse gruppene bruker litt flere midler på tjenestene, har litt flere utdannede arbeidstakere i sektoren, og at de bruker en litt større andel av totalbudsjettet på disse tjenestene.

Fastlegers oppfølging

Det er den enkelte fastlege som skal ta kontakt med personer på sin liste med behov for helsehjelp, dersom vedkommende selv ikke tar kontakt. Helsedirektoratet har analysert data fra Kommunalt pasient- og brukerregister for fastlegenes oppfølging overfor to grupper som antas å ha behov for en eller annen form for oppfølging: hjemmeboende personer med demens og hjemmeboende personer med utviklingshemming.[3]

- Av hjemmeboende med psykisk utviklings-hemming ble 85 prosent fulgt opp av fastlegen i 2018. Samlet sett viser analysen mindre forskjeller mellom kommuner i hvor stor andel som blir fulgt opp. Den største forskjellen viste seg i andelen fastleger som deltar i tverrfaglig samarbeid. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere deltok fastlegen på tverrfaglige samarbeidsmøter for 27 prosent av sine hjemmeboende pasienter med utviklingshemming. I kommuner med 20 000 innbyggere eller flere, var andelen 17 prosent.
- For hjemmeboende pasienter med registret demensdiagnose ble 94 prosent fulgt opp av fastlegen i 2018. Det er stor variasjon mellom kommunene i hvilken grad fastlegen følger opp denne pasientgruppa. Årsakene til variasjon kan være ulik koding, ulik sykелighet og forskjeller i bruk av institusjonsplasser. Andelen hvor fastlegen har gjennomført en legemiddelgjennomgang og har hatt samtale med pårørende, ser ut til å øke med økende kommunestørrelse. Når det gjelder andel sykebesøk og andel tverrfaglige samarbeidsmøter, er andelen høyest i gruppen med små kommuner.

Analysen som viser årsakene til variasjon er vesentlig for at kommunene kan iverksette tiltak. Her trengs både nasjonale analyser og oppfølging av indikatorene i kommunal planlegging.

Fotnoter

[1] Telemarksforskning (2019) [«Utredning om små kommuner»](#) [rapport], TF-rapport nr. 473.

[2] Helsedirektoratet (2020) [«Dagaktivitetstilbud i kommunen: For personer med demens og personer med utviklingshemming»](#) [rapport], IS-2885.

[3] Helsedirektoratet (2020) [«Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens»](#) [rapport], IS-2882; Helsedirektoratet (2020) [«Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med utviklingshemming»](#) [rapport], IS-2883.

7.7

Mer kunnskap om velferdsteknologi

Å sikre bærekraftige tjenester framover, krever nye arbeidsmetoder der breddekompetanse, tverrfaglig teamarbeid, koordinering og bruk av velferdsteknologi blir viktig. Det nasjonale velferds-teknologi-programmet har som mål å bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftige helsetjenester i kommunene.

Velferdsteknologi innebærer et bredt spekter av løsninger, der ulike brukergrupper og ansatte blir berørt. Nye løsninger som medisineringsstøtte, lokasjonsteknologi og digitalt tilsyn er tatt i bruk av nærmere 150

kommuner gjennom programmet. Dette må utvikles videre. Vi har kunnskap som viser at teknologi bidrar til økt trygghet og mestring for brukerne, men vet mindre om effekten av velferdsteknologiske løsninger for kommunal tjenesteyting.

I regi av Forskningsrådet er det gjort en kunnskapsoppsummering om digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene [1]. Rapporten peker blant annet på at det er lite forskning om negative konsekvenser og langtidseffekter av digitale tjenester og om årsaker til effekt for ulike brukergrupper. Andre aspekter som anbefales for videre studier er: «mer kunnskap om økonomiske effekter, samt mer kunnskap om hvorfor og hvordan de digitale tjenestene fører til positive effekter – slik at løsningene kan optimaliseres både med tanke på brukernes behov og helsevesenet behov for bærekraftige tjenester» (ibid. s30). Det vises også til litteratur som påpeker betydningen av at det i implementeringen trengs større forståelse for hva slags kompetanse som trengs blant ledere og personell for å jobbe med løsningene.

Velferdsteknologiske løsninger har vært gjennom utprøving og spres nå i kommunene som ledd i arbeidet med nasjonalt velferdsteknologiprogram. Vi trenger mer kunnskap om effekten av tiltakene som løsning på utfordringene i kommunene. Forskning innenfor velferdsteknologiprogrammet indikerer positive effekter. Nye målinger om utbredelse og brukereffekt er under utvikling, og vil bli sentralt i den videre oppfølgingen av programmet.

[1] Forskningsrådet (2019) «Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene» [kunnskapsnotat].

7.8

Hvordan styrke kommunal planlegging?

Tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene, herunder behov, profil på tjenestene og alter-nativer når det gjelder omsorgsplasser, hjemme-tjenester og bemanning

Riksrevisjonen undersøkelser av fylkesmennenes årsrapporter finner at det fortsatt er kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Det varierer også om eksisterende planer er politisk forankret eller ikke. Devalueringer av Kompetanseløft 2020[1], og Rambølls rapport **Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene** [2] peker på at det foregår mye kompetanseplanlegging på ulike nivå i helse- og omsorgstjenesten, men at få planer er politisk forankret, slik at utfordringsbildet trolig ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere.

I arbeidet med **Leve hele livet** – En kvalitetsreform for eldre, vektlegges analyse- og planleggingsarbeid. Fylkesmannen i Trøndelag har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet et nasjonalt planleggingsverktøy; Ressursportalen[3]. I ressursportalen finnes informasjon som vil være av relevans for kommuner og fylkesmenn for analyse og planlegging av **Leve hele livet**, og et mer aldersvennlig Norge. Et viktig mål er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og bidra til økt analysefaglige kompetanse i kommunene. På oppdrag fra Fylkesmannen i Trøndelag og Helsedirektoratet har KS Konsulent utviklet metode og veiledningsmaterieill til dette formålet[4]. Veilederen er publisert via nettsiden til Helsedirektoratet og på Ressursportalen.

Kommunestyrene oppfordres til å sette reformen **Leve hele livet** på dagsorden. I utgangspunktet er det lagt opp til at kommunestyrene i 2020 behandler og vedtar hvordan løsningene i **Leve hele livet** kan utformes i planverk og gjennomføres lokalt, basert på analyse av egne utfordringer og behov.

Fylkesmannen blir i oppdragsbrevet bedt om å aktivt tilby bistand til kommunene i arbeidet med langsiktig og helhetlig planlegging knyttet til den eldre befolkningen. Det skal særlig gis oppmerksomhet til helsefremmende og forebyggende tiltak og tjenester, samt kapasitet, kompetanse og kvalitet i tjenestene.

Et viktig utgangspunkt for å få til vesentlige endringer er å styrke analyse- og plankompetansen i kommunene. KS viser til **samskapingskommunen** som en metode for innovasjon og omstilling der ansatte, politikere, innbyggere, frivillige og næringsliv sammen finner ut hvordan utfordringer skal løses^[5]. For å sikre kommunale helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er det nødvendig med et samlet kommunalt omstillingsarbeid, der det satses på investering i helsefremmende og forebyggende tiltak, utvikling av teknologi, styrking av ledelse og personell og brukerinvolvering for nye arbeids- og organisasjonsformer.

Det er for tidlig å si i hvilken grad koronaepidemien vil få innvirkning på kommunenes planlegging og oppfølging av pågående tiltak. Epidemien kan bidra til større oppmerksomhet rundt planlegging og kommunenes bruk av ressurser til å ivareta den eldre befolkningen. For andre kommuner kan epidemien innebære et vendepunkt som snur om på tidligere planlagte tiltak. Kommunene må prioritere å gi de syke pasientene adekvat pleie og omsorg og å drive smittebegrensning, framfor planlegging av nye og innovative tiltak.

Fylkesmennene har nylig vurdert kommunenes arbeidet med **Leve hele livet** i forbindelse med koronakrisen. De merker seg at kommunene har tilegnet seg nyttig erfaring som de kan ta med seg i etterkant av krisen. Det har vært stor aktivitet på kartlegging og analyser og det vises til nye måter å samarbeid på. Frivilligheten har fått stor oppmerksomhet og det er gjennomført mange innovative tiltak for å bedre situasjonen til innbyggerne i krisetiden. Et eksempel er tiltak rettet mot eldre og ensomhetsproblematikk hvor de har laget digital rom for at de eldre kan «treffe» sine nærmeste.

Fylkesmennene viser til at det synes som om kommunene har lært å jobbe på andre måter, det er gjort digitale fremskritt og det er mulig kommunene vil sitte igjen med nyttige erfaringer som bidrar til flere gode løsninger også innenfor reformens innsatsområder.

Fotnoter

[1] L. Grut m.fl. (2019). «[Evaluering av Kompetanseløft 2020, delrapport I, del II](#)» [rapport].

[2] Rambøll (2018) «[Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene](#)» [rapport].

[3] Se hjemmeside for portalen: www.ressursportal.no.

[4] Helsedirektoratet «[Leve hele livet - kvalitetsreformen for eldre: Informasjons- og inspirasjonsmaterie](#)ll» [nettside].

[5] KS «[Framtidas kommune](#)» [nettside].

7.9

Videre arbeid – bærekraft og prioritering

Omtale i fjorårets analyserapport om bærekraft og prioritering er minst like viktige områder i dag. Koronapandemien har aktualisert prioritering som et høyst aktuelt tema som utfordrer den kommunale helse- og omsorgssektoren i langt sterkere grad enn det vi har vært vant til. Behovet for bærekraftige

helse- og omsorgstjenester som ivaretar både et globalt og lokalt perspektiv og som tar hensyn til både den økonomiske, sosiale og økologiske bærekraften har nå blitt aktualisert på en ny måte. Pandemien har synliggjort vår sårbarhet og vår avhengighet av andre både lokalt, nasjonalt og globalt.

Koronaepidemien utfordrer også samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialist-helsetjenesten. Erfaringene kan bli nyttige som grunnlag for helsefellesskapene som nå er under etablering. Epidemien legger også store begrensninger på aktivitetstiltak som innebærer sosiale treff og samlinger. Flere eldre vil oppleve at partner og/eller nære venner dør. Dette kan medføre at mange vil føle seg isolerte og ensomme som igjen kan skape behov for psykososial oppfølging fra kommunen og frivillige.

Vi har pekt på noen utfordringer i helse- og omsorgstjenesten knyttet til at mange jobber deltid og kan ha flere arbeidsplasser. Dette er utfordrende for pasientsikkerhet og smitteberedskap, noe som er blitt tydeliggjort gjennom koronaepidemien. I nærmeste framtid vil vi gjøre oss mange erfaringer og nyttige læringspunkter som kommunene og helsefellesskapene bør kunne bygge videre på. Det vi med sikkerhet kan se blir viktig, er betydningen av å satse på kompetansebygging og ledelse lokalt.

Helsedirektoratet anbefaler at det satses på desentrale utdanningstilbud, muligheter for deltidsstudier og kommunene som læringsarena. Sentrale myndigheter må bidra ved å utvikle tilstrekkelige styringsdata i KPR og nasjonale kvalitetsindikatorer som grunnlag for lokal planlegging og forbedrings-arbeid. Samarbeid mellom tjenestenivåene og kompetansebygging bør utvikles gjennom å styrke lokale og regionale strukturer. Helsedirektoratet vil følge opp dette i nært samarbeid med kommunesektoren.

PDF-versjon av rapporten

Last ned: [Omsorg 2020 - Årsrapport 2019 \(PDF\)](#)

