

OMSORG 2020

Regjeringens plan
for omsorgsfeltet
2015-2020



 Helsedirektoratet

Rapport

IS-2691

Årsrapport 2016

Omsorg 2020

Publikasjonens tittel: Årsrapport 2016 for Omsorgsplan 2020
Utgitt: 12/2017
Publikasjonsnummer: IS-2691
 [fås av Trykksaksteamet, tlf. 24 16 33 68]

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

INNHold

INNHold	4
INNLEDNING	8
1. STATISTIKK	9
1.1 Demografiske endringer	9
1.2 Variasjon i tjenestetilbudet	9
1.3 Endringer i tjenestetilbudet	10
1.4 Tjenester og kjønn	11
1.5 Tjenester og alder	12
1.6 Utviklingstrekk for tjenester i hjemmet	13
1.7 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon	14
2. SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE	16
2.1 Brukere og pasienter – Mestring og mangfold	16
Evaluerer rettighetsfestingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	16
2.2 Pårørende – Støtte og synliggjøring	17
2.2.1 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk	17
2.2.2 Avklare behovet for arenaer eller møteplasser hvor pasienter, brukere og pårørende kan ta opp saker av felles interesse	18
2.3 Frivillige, ideelle og næringsliv	18

INNHOOLD

2.3.1	Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer	18
3.	EN FAGLIG STERK HELSE- OG OMSORGSTJENESTE / DEN NYE HJEMMETJENESTEN	19
3.1	Forebygging, kultur og aktiv omsorg	19
3.1.1	Aktivitet for seniorer og eldre	19
3.1.2	Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg	20
3.1.3	Fritidsaktivitet med assistanse	21
3.1.4	Veiledningsmateriell forebyggende hjemmebesøk	21
3.2	Mestring og hverdagsrehabilitering	22
3.2.1	Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019.	22
3.2.2	Opptappingsplan på Rusfeltet	23
3.3	Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	24
3.3.1	Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling generelt og kompetansen på lindrende behandling for barn spesielt.	24
3.3.2	Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livet slutt:	27
3.3.3	Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom	28
3.3.4	Senter for alders og sykehjemsmedisin	28
3.3.5	Frivillighetskoordinatorer	29
3.4	Styrking av helsetjenesten	30
3.4.1	Gjennomføring av Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver	30
3.4.2	Utvikle mer teambaserte arbeidsformer og metoder og styrke den kliniske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene	33
3.4.3	Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering	33
3.4.4	Veileder for kommunene for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov	34
3.5	Kompetanseløft 2020	35
3.5.1	Mitt Livs ABC – kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming	35

3.5.2	Videreutvikle satsingen på lederopplæring i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for et samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten	35
3.6	Utvikling gjennom kunnskap	37
3.6.1	Utrede innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren	37
3.6.2	Formidling av forskning og innovasjon	37
3.6.3	Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	37
3.6.4	Iverksette et kvalitetsutviklings-arbeid/ etablere trygghetsstandard i sykehjem.	39
4.	MODERNE LOKALER OG BOFORMER	40
4.1	Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger	40
4.1.1	Investeringsstøtte til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser	40
4.2	Velferdsteknologi	45
4.2.1	Gjennomføre nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene	45
4.2.2	Utprøving av teknologisk verktøy til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier	45
4.2.3	Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy	46
5.	FORNYELSE OG INNOVASJON	47
5.1	Innovasjon	47
5.1.1	Styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk.	47
5.1.2	Velferdsteknologiens ABC	48
5.2	Forenkling	49
5.2.1	Ta initiativ til en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, med sikte på å prøve ut nye grep for å sikre brukerne forsvarlige og gode tjenestetilbud	49
5.3	Innovativ planlegging	50
5.3.1	Helse- og omsorg i plan	50
5.3.2	Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommune	51
5.4	Bedre kvalitet	51
5.4.1	Noklus	51

INNHold

5.4.2	Livsglede for eldre og livsgledesertifisering	52
5.4.3	Innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren, bla. basert på bruker- og pårørendeerfaringer	53
5.4.4	Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenesten	54
5.4.5	Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet "I trygge hender". 54	
5.4.6	Etablere et kommunalt pasientregister.	55
6.	INTERNASJONALT SAMARBEID PÅ OMRÅDER RELATERT TIL OMSORG 2020	57
7.	ANALYSE AV EFFEKTER OG RESULTATER SETT I SAMMENHENG MED FORSKNING OM UTVIKLINGEN I SEKTOREN.	59
7.1	Sammen med bruker, pasient og pårørende	60
7.2	En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste	60
7.3	De nye hjemmetjenestene	60
7.4	Moderne lokaler og boformer	61
7.5	Fornyelse og innovasjon	62
7.6	Avslutning	62

INNLEDNING

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

Årsrapporten for Omsorg 2020 gir en oversikt over de tiltak som Helsedirektoratet og Husbanken har ansvar for i Omsorg 2020. Innledningsvis er det laget et kapittel som beskriver den generelle utviklingen innenfor omsorgstjenestene basert på statistikk fra IPLOS og KOSTRA. Deretter beskrives tiltakene inndelt etter de fem hovedsatsingsområdene i planen;

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

Rapporten er et svar på oppdrag i tildelingsbrevet: *«Innen 1. desember 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.»*

Årsrapporten avsluttes med kort analyse av effekter og resultater sett i sammenheng med forskning om utviklingen i sektoren. Denne baserer seg i hovedtrekk på rapporten «Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016» (Helsedirektoratet 2017¹)

¹ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/analyse-av-utviklingstrekk-i-omsorgssektoren-utviklingstrekk-og-endringer-som-skjer-i-sektoren>

1. STATISTIKK

1.1 Demografiske endringer

Dette kapitlet er en revidert utgave av fra statistikk-kapitlet i rapporten Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten. I kapitlet er det lagt til tallgrunnlag for 2016 og en ny tabell.

I perioden fra 2009 til 2016 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 8,6 prosent, men aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 32,2 prosent. Befolkningen som er 80 år og eldre har vært stabil i denne perioden.

De demografiske endringene varierer med hensyn til kommunestørrelse. I de største kommunene har det vært en befolkningsvekst på inntil 10 prosent, mens i kommunene med færre enn 10 000 innbyggere har befolkningsveksten ligget under fem prosent. Antallet eldre over 80 år har økt med tre til fire prosent i mellomstore kommuner, mens det i de minste og de største kommunene er færre innbyggere i denne aldersgruppen.

I de minste kommunene utgjør eldre over 67 år i underkant av 20 prosent av befolkningen, mens i de største kommunene utgjør denne aldersgruppen omlag 12 prosent.

Rapporten «Fremtidens eldre i by og bygd»² viser at enkelte geografiske områder av landet kan få en relativt beskjeden vekst av eldre fram mot 2040, mens andre deler av landet vil få en svært utfordrende situasjon med hensyn til andelen av befolkningen som er eldre. «De fylkene der vi forventer den sterkeste aldringen fremover, er samtidig de fylkene der de eldre har lavest utdanningsnivå og minst økonomiske ressurser, mens de mest ressurssterke eldre (når det gjelder utdanning og økonomiske forhold) bor i fylker der aldringen blir svakest.» (SSB, 2017, s. 208)

1.2 Variasjon i tjenestetilbudet

² Adrian Farnes Rogne og Astri Syse Framtidens eldre i by og bygd. Rapport 2017/32 SSB

Det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Variasjonene er særlig store for mottakere av dagtilbud. Flere kommuner rapporterer at de ikke har mottakere av dagtilbud som er 80 år eller eldre. Det er også betydelig variasjon i mottakere av korttid- og langtidsopphold på institusjon, og i eldre mottakere av trygghetsalarm.

Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester (alderssammensetning, dødelighet, antallet innbyggere med psykisk utviklingshemming). Om vi korrigerer for disse forholdene, er det få systematiske forskjeller knyttet til kommunestørrelse i nivået av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. For alle typer tjenester, finner vi imidlertid at det er større variasjon mellom de små kommunene enn mellom de store.

De største kommunene har et lavere nivå av helsetjenester i hjemmet for eldre innbyggere enn små og mellomstore kommuner, men et høyere nivå av langtidsopphold på institusjon.

Størst variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi for rehabilitering i og utenfor institusjon, tildeling av individuell plan og bruk av fysioterapeuter.

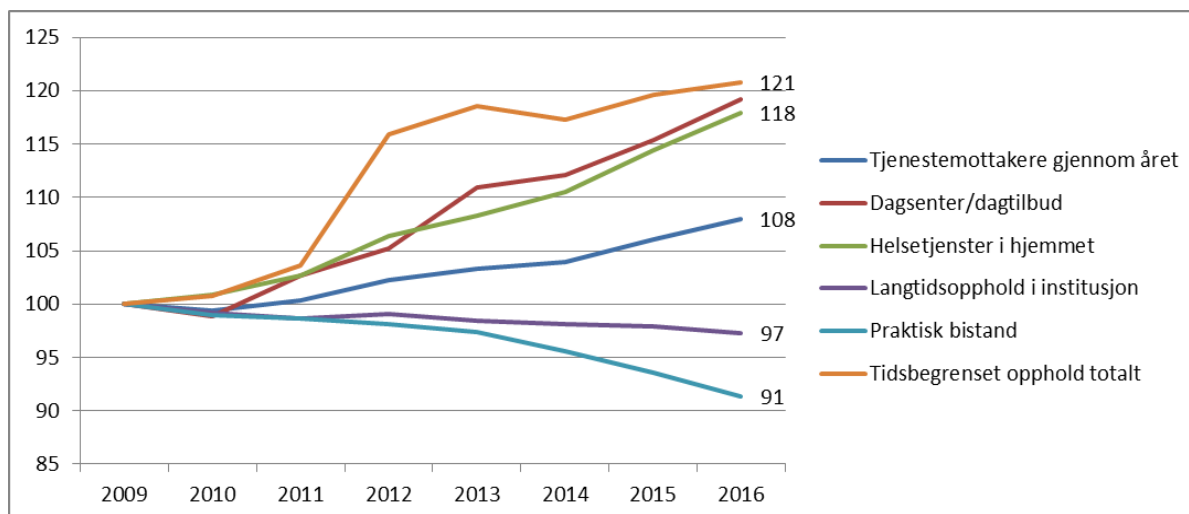
Variasjonen mellom kommuner i pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er lite endret fra 2010 til 2016, men vi finner at variasjonen har blitt noe mindre når det gjelder bruk av legevakt og korttidsopphold. Dette skyldes trolig at omfanget av korttidsopphold har økt i perioden.

Noen kommuner har et lavere nivå av kommunale helse- og omsorgstjenester enn andre. Kommuner som relativt sett har et lavt nivå av både helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester til eldre tenderer til å ha et høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter enn andre kommuner. Denne sammenheng gjelder befolkningen som er 80 år og eldre.

1.3 Endringer i tjenestetilbudet

Tjenestetilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon omfatter om lag 356 000 mottakere i 2016 og representerer en vekst på åtte prosent siden 2009. I figur 1 er endringene i antall mottakere presentert for tjenestegruppene.

Figur 1 Endring (prosent) i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon 2009-2016.



For tjenestene som tilbys til hjemmeboende mottakere ser vi en vekst for helsetjenester i hjemmet, mens antall mottakere av praktisk bistand ble redusert i perioden. Som det framgår at tabell 1 gjelder denne reduksjonen dagliglivets gjøremål. Når det gjelder praktisk bistand opplæring og BPA viser tallene at det er en økning i tilbudet på ca. 30 prosent. Praktisk bistand opplæring og BPA gis i hovedsak til de som har mer enn 10 timer tjeneste per uke. Dette er i hovedsak brukere under 67 år.

Tabell 1 Antall tjenester og endring i prosent praktisk bistand 2009 – 2016 delt inn etter: praktisk bistand – dagliglivets gjøremål, opplæring og BPA

	Prosentvis endring		
	2009	2016	2009 - 2016
Praktisk bistand - daglige gjøremål	124 407	107 335	86
Praktisk bistand - opplæring	18 917	24 496	129
Praktisk bistand - BPA	2 926	3 802	130

Kilde IPLOS registeret

Når det gjelder døgnbaserte tjenester ble flere mottakere tilbudt tidsbegrensede opphold i perioden, mens færre mottok langtidsopphold.

1.4 Tjenester og kjønn

Det er 59 prosent kvinner blant mottakerne i 2016. Andel menn som mottar tjenester er økende. Hovedårsaken til dette er den økte levealderen blant menn. Det er særlig blant de over 80 år at det er et stort flertall kvinner. I aldersgruppen fra 18 til 66 år er det omtrent like mange menn som kvinner. Som det framgår av tabell 2 står menn for nesten hele økningen i mottakere mellom 2009 og 2016.

Tabell 2. Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester fordelt på kjønn 2009-2016

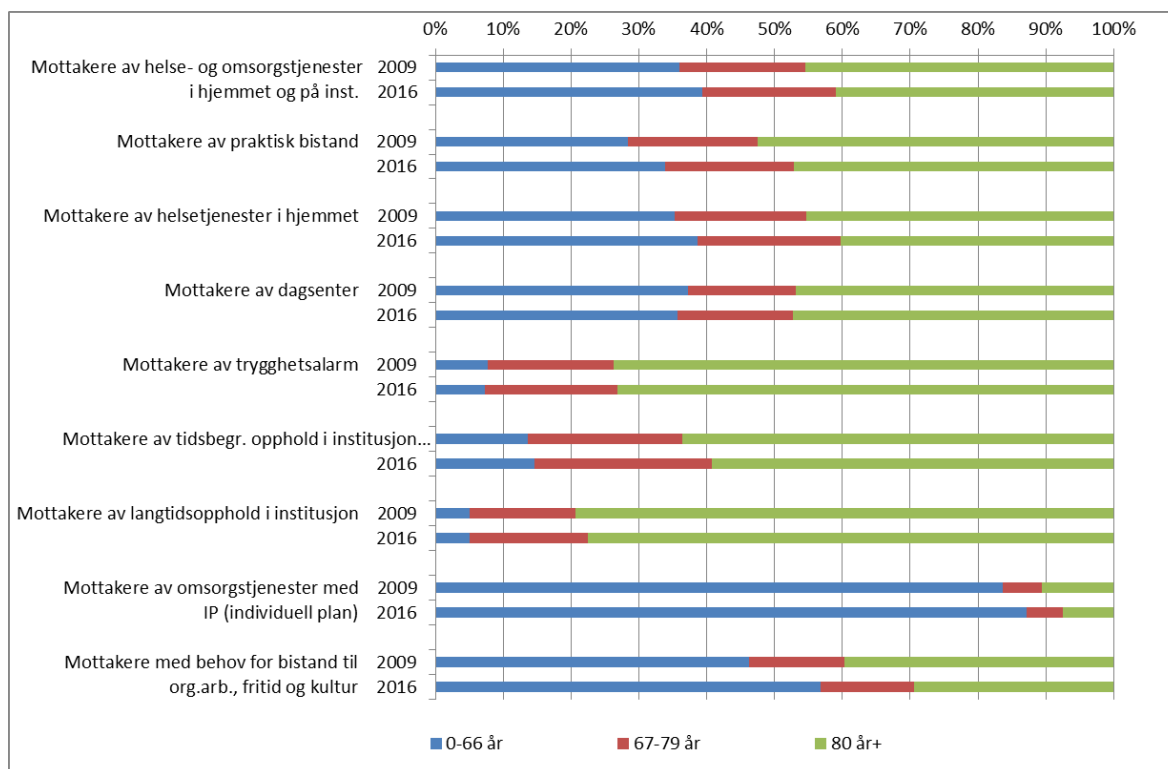
	Kvinner	Menn	Totalt antall mottakere
2 009	206 690	122 483	329 306
2 016	211 370	143 997	355 635
Økning i antall mottakere	4 680	21 514	26 329

1.5 Tjenester og alder

Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Fra 2009 til 2016 har andelen mottakere i aldersgruppen under 67 år økt. Bruk av tjenester øker med alder. I aldersgruppen 67-79 år er det kun 12,6 % som mottar tjenester. I aldersgruppen 80-89 er det mer enn 50 % som mottar tjenester og i aldersgruppen 90+ er det mer enn 90 % som mottar tjenester. Fem av seks tjenestemottakere får tjenester i hjemmet. Andel mottakere med opphold i institusjon øker med alder. Hjelp i hjemmet utgjør hoveddelen av tjenestetilbudet til mottakerne uansett alder. De aller fleste mottakerne bor i en vanlig bolig. Halvparten av hjemmeboende mottakere av helse- og omsorgstjenester bor alene.

De kommunale omsorgstjenestene er i ulik grad rettet inn mot ulike aldersgrupper. I figur 2. er andel mottakere fordelt på de tre aldersgruppene. Figuren viser at innbyggere som er 80 år og eldre står for en stadig mindre del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon.

Figur 2. Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon etter aldersgrupper i 2009 og 2016.



Vi ser at de ulike tjenestene har ulik relevans for de tre aldersgruppene. Mens døgntilbud i institusjon og trykghetsalarm er særlig knyttet til mottakere på 80 år og eldre er helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og bruk av dagsenter tilnærmet likt fordelt mellom mottakere yngre enn 67 og mottakere 80 år og eldre. Det er de yngre mottakerne som i størst grad har individuell plan og som har behov for bistand til organisasjonsarbeid, fritid og kultur.

1.6 Utviklingstrekk for tjenester i hjemmet

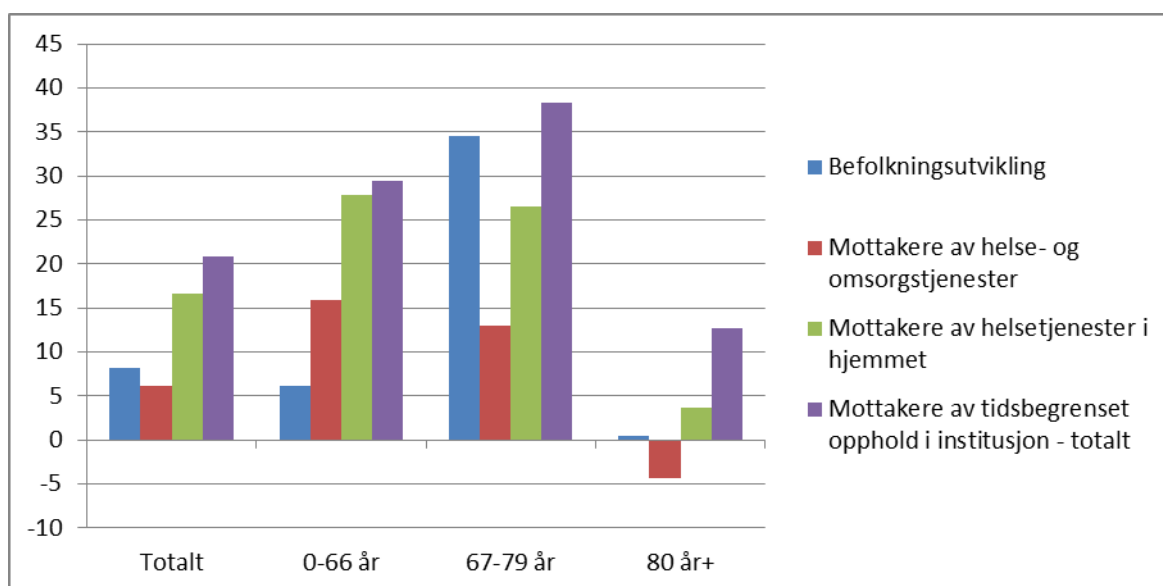
Hjemmetjenestens virksomhet fordeler seg i hovedsak på ambulerende hjemmetjenester og hjemmetjenester i boligbaser hvor tjenestene er knyttet til mottakere i boliger i nærområdet. Om lag to tredjedeler av virksomhetene var rettet mot boligbaser i 2016. Undersøkelsen viste også at hele 45 prosent av virksomhetene var helt eller delvis rettet mot personer med psykisk utviklingshemming. Personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er en annen målgruppe som mange av virksomhetene retter sine tjenester inn mot. Disse målgruppene vil medføre et større innslag av yngre mottakere inn i hjemmetjenestene.

Når vi ser på helsetjenester i hjemmet er 39 prosent av mottakerne yngre enn 67 år i 2016; en økning på fire prosentpoeng fra 2009.

Når det gjelder praktisk bistand er en tredjedel av mottakerne yngre enn 67 år; en fem prosents økning fra 2009.

Økningen i antall mottakere i aldersgruppen 0-66 år er større enn befolkningsveksten og dette betyr at det er flere som får dekket behovet for helsetjenester i hjemmet i 2015 sammenlignet med 2009

Figur 3. Befolkningsutvikling og prosentvis endring i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon fra 2009 til 2016.

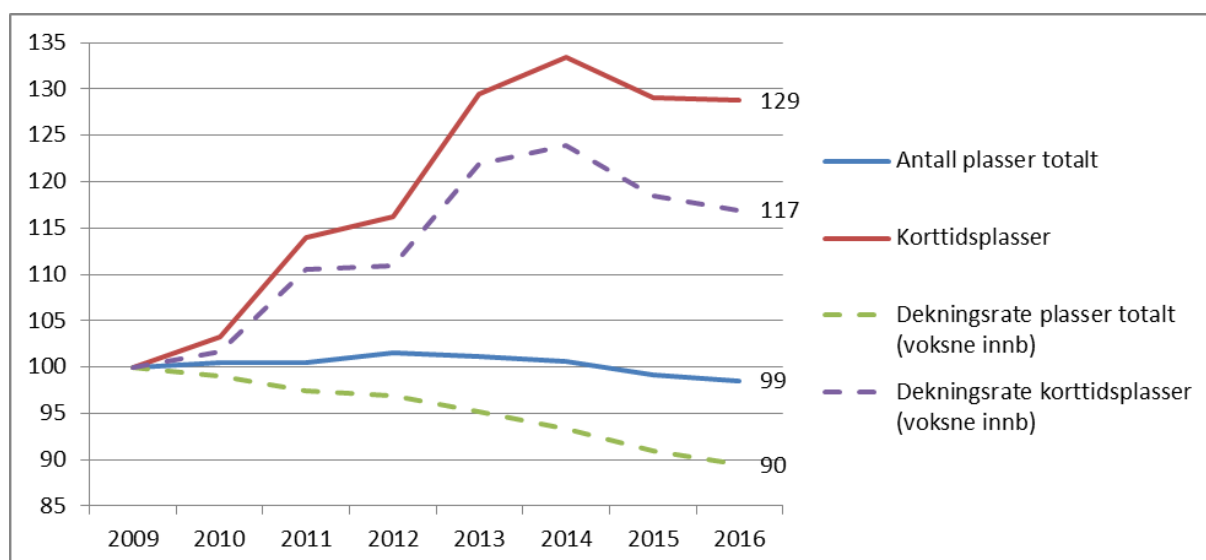


I 2015 mottok 220 152 personer helsetjenester i hjemmet og antallet mottakere økte med 15 prosent i perioden fra 2009 til 2015. For aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år var veksten i antall mottakere på 23 prosent, mens for aldersgruppen 80 år og eldre var veksten på 5 prosent.

1.7 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon

Med vekst i andel eldre vil vi også få en vekst i andel aldersrelaterte lidelser, deriblant demens. Demensplanen er basert på en erkjennelse av at dagens tilbud ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for denne gruppen, samt at gruppens forekomst øker i de kommende år. Det er nødvendig å utvikle tjenester som kan utsette institusjonsinnleggelse, men også samtidig tilpasse omsorgsboliger og institusjonsplasser i kommunene til denne pasientgruppen. Dette vil legge beslag på ressurser som ikke nødvendigvis vil bli synliggjort i form av flere institusjonsplasser, men gi ett bedre tilrettelagt døgntilbud for eldre med demenslidelser.

Figur 4. Endring (prosent) i antall døgnplasser og dekningsrate for døgnplasser 2009 -2016.



Figuren viser at antall korttidsplasser har økt med 29 prosent, mens institusjonsplasser totalt er redusert med 1 prosent i perioden 2009-2016. Dekningsratene viser at andelen institusjonsplasser er lavere enn befolkningsutviklingen, mens veksten i antall korttidsplasser har gitt en bedre dekning av tilbudet om korttidsopphold i 2016 sammenlignet med 2009. Korttidsplasser utgjorde 14 prosent av institusjonsplassene i 2009 mot 17 prosent i 2016.

Antallet institusjonsplasser totalt har vært stabilt på i overkant av 41 000 plasser i perioden 2009 til 2016. Veksten av korttidsplasser i de små kommunene har gått på bekostning av det øvrige tilbudet av institusjonsplasser i disse kommunene, mens det i de største kommunene har kommet i tillegg til det øvrige tilbudet av institusjonsplasser. Dette betyr at de små kommunene har omprioritert plasser og at dekningsgraden for langtidsplasser har gått ned for eldre innbyggere gjennom perioden.

Tidsbegrensede opphold deles inn i tre hovedkategorier: 1) utredning og behandling, 2) habilitering/rehabilitering og 3) andre korttidsopphold. Dette er sentrale tilbud for pasientgruppene som

defineres som utskrivningsklare i spesialisthelsetjenesten og hvor det er behov for kommunalt døgntilbud i det videre behandlingsforløpet. Det har vært en tydelig økning i bruken av tidsbegrensede opphold blant mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre i kommunene, særlig siden 2011. Veksten er størst for mindre kommuner og minst i de største kommunene.

Utviklingen i dekningsraten for mottakere av langtidsopphold har gått i motsatt retning, men endringene i perioden er små. For de minste kommunene har det vært en reduksjon i dekningsrate for langtidsopphold i perioden 2009 til 2015. De største kommunene har hatt en tilnærmet uendret dekningsrate når det gjelder langtidsopphold for aldersgruppen 80 år og eldre.

2. SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE

2.1 Brukere og pasienter – Mestring og mangfold

Evaluere rettighetsfestingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Formål og hovedprioriteringer

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 bokstav d har personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, på nærmere angitte vilkår rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. En følgeevaluering av rettighetsfestingen av startet opp i mai 2015, med en tidshorisont på 2 år. Formålet med evalueringen er å gi kunnskap om ulike utviklingstrekk i lys av rettighetsfestingen, bl.a. brukernes erfaringer, assistentrollen og økonomi og kostnader ved ordningen. Evalueringen skal også belyse om rettighetsfestingens hovedmål – likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse, samt å gi brukerne muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning, og et aktivt og selvstendig liv – oppnås. Rettighetsfestingen trådte i kraft 1.1.2015, og er en del av regjeringens arbeid med å følge opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Nytt rundskriv om BPA-ordningen ble ferdigstilt i desember 2015.

Resultatrapport 2016

Evalueringen har pågått gjennom 2016, med kartlegging, analyser og dybdestudier. Det har vært benyttet en referansegruppe bestående av brukerorganisasjoner, KS og kommuner, der Helsedirektoratet har hatt en observatørrolle. Det ble gjennomført en erfaringskonferanse med presentasjon av foreløpige funn i september 2016.

Vurdering

Sluttrapport ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i september 2017. Funnene i evalueringen, og de konklusjonene som kan trekkes på bakgrunn av disse, vurderes å være preget av at evalueringen er gjort kort tid etter at rettigheten trådte i kraft. Videre er vi kjent med at mange kommuner ventet på viktige avklaringer i det varslede rundskrivet om rettighetsfestingen, som ikke ble publisert før i desember 2015. Det er derfor vanskelig å vite hvilke konklusjoner som kan trekkes på lengre sikt.

Uni Research har fått et tilleggsoppdrag (utløst opsjon) der de vil gå i dybden på to tema. De vil innhente statistikk fra SSB basert på individdata som gir en mulighet for å følge bruken av BPA for enkeltbrukere gjennom årene og se på endringer i hvilke tjenester som er gitt og omfanget av disse. I tillegg vil de se nærmere på økonomi og ressursbruk i kommunene. Tilleggs-rapporten skal leveres i løpet av desember 2017.

2.2 Pårørende – Støtte og synliggjøring

2.2.1 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.

Et arbeid med å utarbeide en overordnet veileder om involvering av pårørende og støtte til pårørende i helse- og omsorgstjenesten ble startet i 2014. Målgruppen er helsepersonell, fagansvarlige og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak. Veilederen omfatter alle pårørendegrupper. Pårørende, helse- og omsorgspersonell, forskere og andre aktuelle aktører er involvert i arbeidet.

Resultatrapport 2016

I 2016 var utkast til Pårørendeveilederen på bred høring. Som følge av innspillene ble det gjort flere endringer. Det ble utbetalt 9 mill. i tilskudd til ulike prosjekter som omhandler tilbud til pårørende. Høsten 2016 ble det avholdt nettverkssamling for de kommunene som fikk tilskudd.

De fleste prosjektene konsentrerer seg om én pårørendegruppe, som pårørende til personer med demens, foreldre til barn med funksjonshemming, pårørende til personer med psykiske lidelser.

Prosjektene dreier seg om blant annet utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser.

Enkelte prosjekter omfatter flere pårørendegrupper, som etablering av en generell pårørendekoordinator/ pårørendesenter (Sandefjord, Larvik og Stavanger).

Vurdering

Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet. Det er behov for bedre dokumentasjon og formidling av prosjektene for at disse skal kunne deles med andre kommuner. Basert på kommunenes rapporteringer vurderer vi at over halvparten av prosjektene har hatt høy eller middels høy måloppnåelse, dvs. at de jobber i henhold til egen framdriftsplan.

En del av prosjektene har lav måloppnåelse, ofte pga. at det tar tid å ansette prosjektleder, mm.

Rekruttering av pårørende til utprøving av tilbud beskrives også som en utfordring i et par av prosjektene. Ferdigstillelse av pårørendeveilederen krevde noe mer tid enn planlagt, pga kvalitets sikring, korrektur, osv. Veilederen blir publisert i januar 2017.

2.2.2 Avklare behovet for arenaer eller møteplasser hvor pasienter, brukere og pårørende kan ta opp saker av felles interesse

Formål og hovedprioriteringer

Involvering og medvirkning er en plikt for kommunen og et sentralt tema for pårørende.

Resultatrapport 2016

Spørsmålet ble utredet gjennom prosessen med å utarbeide pårørendeveilederen. Anbefalinger er lagt inn i veilederens kapittel 1.

Vurdering

Helsedirektoratet har utarbeidet anbefalinger om møteplasser der pårørende kan ta opp saker. I 2017 vil Helsedirektoratet aktivt arbeide med å gjøre pårørendeveilederen kjent og tatt i bruk.

2.3 Frivillige, ideelle og næringsliv

2.3.1 Tilskudd til personer med neurologiske skader og sykdommer

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen ble opprettet i forbindelse med Nevroplan 2015, som var en delplan under Omsorgsplan 2015. Hensikten har vært å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med neurologiske lidelser. Nevroplan 2015 er nå utgått, men tilskuddsordningen er videreført. Målet med den er å styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for personer med neurologiske skader og sykdommer og derigjennom bidra til å styrke brukermedvirkning.

Resultatrapport 2016

Det er en økning i søknadsinngang fra 10 i 2015 til 26 i 2016. Søknadene gjelder seminarer, chatte-, telefon og e-postsvar-tjenester, brosjyrer og annet informasjonsmateriell, kurs; prosjektene er rettet mot helsepersonell, medlemmer, pårørende og frivillige; og dreier seg alle om informasjon, som gis av likepersoner og fagpersoner om neurologiske tilstander. De fleste som har fått tilskudd, har i 2016 fått delvis innvilgelse. Brukerorganisasjonene rapporterer at det er et stort behov for informasjon om en del neurologiske lidelser blant ny-diagnostiserte, brukere, pårørende og ikke minst blant helsepersonell. Samlet omsøkt beløp var tre ganger mer enn rammen for tilskuddsordningen.

Vurdering

Antall innkomne søknader økte med over 100 % fra et år til et annet, noe som tilsier at det fortsatt er stort behov for denne tilskuddsordningen. I 2016 kom det søknader også fra en god del nye organisasjoner, og vi ser det som et uttrykk for at ordningen er blitt noe bedre kjent. Mange av de nye søkerne hadde gode prosjekter og fikk tilskudd.

3. EN FAGLIG STERK HELSE- OG OMSORGSTJENESTE / DEN NYE HJEMMETJENESTEN

3.1 Forebygging, kultur og aktiv omsorg

3.1.1 Aktivitet for seniorer og eldre

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet, ble igangsatt i 2013 – da under navn 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 og ved å skape lavterskeltilbud og møteplasser for hjemmeboende eldre og å motvirke ensomhet og sosial tilbaketrekning.

Tilskuddsordningen har vært igjennom flere navneendringer og regelverksendringer. Den skiftet senere navn til Aktivitet for seniorer og eldre, slik at det også kunne gis tilskudd til aktiviteter for seniorer/eldre som ikke var knyttet til egne senior- og aktivitetsentre, men skal fortsatt ha eldre som hovedmålgruppe. Målet for ordningen er fortsatt å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt felleskap og møteplasser.

Resultatrapport 2016

Tilskuddsordningen har vist seg populær – på den måten at vi ved hver utlysning har fått inn svært mange søknader. I 2016 var det bevilget 18,8 mill. kroner til fordeling over statsbudsjettet. Helsedirektoratet mottok 212 søknader og søknadsbeløpet var på i overkant av 74 mill. kroner. I 2016 var det 58 store og små prosjekter rundt i hele landet som fikk tilskudd.

Målet må være at tilskuddsmidlene bidrar til at det etableres varige lavterskeltilbud rundt i hele landet, som det er enkelt å oppsøke og der det er lett å få nye venner og skape gode nettverk for derigjennom å motvirke ensomhet.

Vurdering

Tilskuddsordningen har bidratt til igangsetting og videreutvikling av mange forskjellige gode og noen innovative prosjekter. Mye handler om opprettelse av eller videreutvikling av møteplasser som aktivitetssentre og seniorsentre, men det er også gitt støtte til fysisk aktivitetsgrupper av ulike slag, møteplasser mer på tvers av generasjoner og kulturer og aktiviteter der de eldre stimuleres til å bidra med sine ressurser i frivillig arbeid. Noen få av prosjektene har blitt fulgt opp eller følges opp av forskning. I hvilken grad det overordnede samfunnspolitiske målet - å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning - er oppnådd, er vanskelig å si uten en større kvalitativ undersøkelse/evaluering. Selv om tilskuddsordningen utløser mye positiv aktivitet og engasjement – betyr det også at mange får avslag. I hvilken grad prosjektene blir gjennomført uten tilskuddsmidler, vet vi lite om. Aktivitetssentre/seniorsentre/eldresentre, i regi av kommune eller frivillige, har vært etablert i mange kommuner langt tilbake i tid og det kan derfor være vanskelig å trekke noen klare konklusjoner fra våre søknader og de prosjekter vi gir midler til, til hvordan dette fungerer rundt i landet. Vi imøteser derfor evalueringen som er planlagt i løpet av 2018. En evaluering bør kunne ut i en anbefaling om i hvilken grad tilskuddsordningen bør videreføres, videreutvikles eller integreres som en del av det øvrige folkehelsearbeidet i kommunene. Om man går inn for å videreføre tilskuddsordningen må det tas stilling til om tilskuddsordningen skal være mer åpen og tilpasses lokale behov eller spisses mer mot konkrete tiltak og aktiviteter.

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 forskningscenter, 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 og tilstandsvurdering 2016

Det er initiert og publisert flere studier om temakomplekset i kompetansesenterets nettverk, de fleste om små grupper.

Opplæringstilbudet Musikkbasert miljøbehandling (miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang): I 2016 er opplæringsmateriell og nettsted for kurstilbudet utviklet, og det er oppnådd god spredning. Kursaktivitet gjennomføres i alle landets helseregioner. Det er også utviklet et fagskoletilbud.

Målet for 2017 er god spredning geografisk og mellom ansatte med ansvar for ulike brukergrupper, for eksempel mennesker med funksjonshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer.

Vurdering

Studietilbudet om musikkbasert miljøbehandling er blitt en viktig del av kompetansesenterets virksomhet og bidrag til å løse senteret sitt samfunnsoppdrag.

Det er få studier om folkehelseeffekter. Behovet for flere studier om sammenheng mellom kulturell deltagelse, helse og bruk av tjenester er fremdeles stort.

3.1.3 Fritidsaktivitet med assistanse

Formål og hovedprioriteringer

Nettstedet *fritidforalle.no* skal bidra til spredning av resultater fra utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og avlastning.

I 2013 ble *fritidforalle.no* en integrert del av aktivitetene i Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Resultatrapport 2016

Symposiet Sammen med andre, kultur og fritid for alle ble gjennomført på konferansen til Norsk Nettverk for Forskning om Funksjonshemming (NNFF) i 2016. Kompetansetjenesten for barn og unge med funksjonsnedsettelse tok initiativ til arrangementet, hvor forskere fra HiB, NTNU, UiN, UiT og VID deltok. I løpet av 2016 ble et erfaringshefte fra forsknings- og utviklingsprosjektet «Aktive muligheter» sendt ut til alle landets kommuner, fylkeskommuner, fritidsorganisasjoner og relevante.

Øvrige utgivelser var bøkene Aktiv i eget liv og Muligheter på ulike livsarenaer for mennesker med utviklingshemming.

Vurdering

Kompetansesenterets virksomhet har gitt et løft for likeverdige muligheter til fritidsaktiviteter for barn og unge med bistandsbehov. Stadig flere kommuner blir oppmerksomme på problemstillinger knyttet til dette, og på mulige løsninger.

3.1.4 Veiledningsmaterieell forebyggende hjemmebesøk

Formål og hovedprioriteringer

Forebyggende og helsefremmende innsats overfor eldre. Målet er 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 2016

I 2016 har Helsedirektoratet utarbeidet et veiledningsmaterieell for forebyggende hjemmebesøk i samarbeid med Senter for omsorgsforskning øst. Veiledningsmateriellet beskriver hvordan kommunene kan etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk og beskriver aktuelle samtaletemaer i et forebyggende hjemmebesøk.

Veiledningsmateriellet beskriver hvordan forebyggende hjemmebesøk kan brukes til å involvere og hente tilbakemeldinger fra eldre i kommunen, og bruke dette til planlegging og utvikling av de kommunale tjenestene.

Sammen med tjenestedesignere er det laget en kort animasjonsfilm om forebyggende hjemmebesøk. Det er spilt inn et forslag om forebyggende hjemmebesøk som en kvalitetsindikator til arbeidsgruppen i Kostra.

Vurdering

Forebyggende hjemmebesøk er et av flere tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet rettet mot kommunens eldre. Den nasjonale kartleggingen i 2014 viste at 25% av landets kommuner hadde et tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Manglende veiledningsmaterieill ble oppgitt som en av grunnene til at tilbudet ikke var etablert av noen respondenter. Rundskrivet om forebyggende hjemmebesøk og veiledningsmateriellet antas å bidra til økt oppmerksomhet om betydningen av forebyggende hjemmebesøk, men direktoratet er også kjent med at eksisterende tilbud om forebyggende hjemmebesøk legges ned i enkelte kommuner. Statistikk om forebyggende hjemmebesøk i Kostra vil gjøre det mulig å få mer kunnskap om forebyggende hjemmebesøk er et satsningsområde i kommunene, og til å følge utviklingen over tid.

3.2 Mestring og hverdagsrehabilitering

3.2.1 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019.

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 er bevilget øremerket tilskudd til tjenesteutvikling i kommunene med mål om at feltet skal styrkes. Krav og anbefalinger i Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn for utviklingsarbeidet. I tilskudsregelverket stilles det krav om at kommunene innen utløpet av 2017 skal ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering.

Resultatrapport 2016

Det ble i 2016 arrangert en nasjonal konferanse for habilitering og rehabilitering. Her ble resultatene fra utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering presentert. Rapporten³ viser at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Selv om forskjellene blir mindre etter tolv måneder, har hverdagsrehabilitering fremdeles bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår for fysisk funksjon og personlig stell. De økonomiske analysene i et seks måneders perspektiv,

³ https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf

tyder på at hverdagsrehabilitering koster om lag like mye som standard tjenester. Men samtidig er det stor sannsynlighet for høyere helseeffekt målt ved kvalitetsjusterte leveår (QALY), i følge rapporten.

Vurdering

Det er fortsatt utfordringer med manglende registrering av habilitering og rehabilitering i kommunene gjennom IPLOS. Helsedirektoratet gjennomfører i 2017 en spørreundersøkelse til alle kommunene med mål om å synliggjøre en baseline for startpunktet for opptrappingsplanen. Her utfordres kommunene til å gi en egenvurdering av hvor de står i forhold til sentrale tiltak i opptrappingsplanen som eksempelvis kompetanse, brukermedvirkning, samhandling, kapasitet, tverrfaglig utredning av behov, individuell plan og koordinator, plan for habilitering og rehabilitering og koordinerende enhet.

3.2.2 Opptrappingsplan på Rusfeltet

Formål og hovedprioriteringer

Opptrappingsplanen for rusfeltet skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusmiddelproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende. Målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer.

Planen retter seg mot tre definerte innsatsområder:

- **Tidlig innsats.** Flere skal få hjelp før dem utvikler rusproblemer
- **Behandling.** Styrke kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet
- **Oppfølging.** Prioritere bolig, arbeid og aktivitet til rusavhengige

Planens overordnede mål og føringer er definert og oppsummert i følgende fem punkter:

1. Sikre reel brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
3. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
4. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
5. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

Bevilgningen til rusfeltet vil økes med 2,4 milliarder kroner gjennom planperioden. Dette skal hovedsakelig gjøres gjennom vekst i kommunenes frie inntekter. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal sikres gjennom «den gyldne regel». Med «den gyldne regel» skal det legges til rette for at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn i somatikken.

Resultatrapport 2016

Helsedirektoratet er tillagt et koordineringsansvar for oppfølgingen av opptrappingsplanen for rusfeltet, som innebærer å følge opp Helsedirektoratets tiltak, etablere et samarbeid med andre direktorater som har et oppfølgingsansvar for deler av planen, tilrettelegge for fylkesmennenes og de nasjonale- og regionale kompetansesentrenes deltakelse i arbeidet, samt etablere et evalueringsprogram for å følge

opp effektene av planen.

Helsedirektoratet organiserer oppfølgingen av arbeid med Opptappingsplanen for rusfeltet som prosjekt. Prosjektorganiseringen skal sikre en tverrgående og koordinert innsats fra Helsedirektoratet og en samordnet rapportering på opptappingsplanen.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Husbanken utarbeidet en oversikt over pågående tiltak som understøtter målene i OP-Rus for å gi et helhetlig bilde av oppfølgingsarbeidet pr. desember 2016. Målet har vært å få oversikt over relevante pågående tiltak i regi av de ulike direktoratene, identifisere behov for å spisse eller tilpasse eksisterende tiltak til rusfeltet, vurdere behovet for å iverksette nye tiltak, samt bidra til en samordnet og koordinert innsats fra direktoratene.

Helsedirektoratet vil i tilskuddsbrevene og i dialogen med kompetansesentrene på psykisk helse, rus, vold- og traumeområdet tilrettelegge for at kompetansesentrene etablerer samarbeid med fylkesmennenes rus- og psykisk helserådgivere om oppfølgingen av OP-Rus, herunder gjennomføring av regionale samlinger om OP-Rus med kommunene og bruker- og pårørendeorganisasjonene i regionen. Det vil oppfordres til å etablere eller benytte eksisterende regionale nettverk til å følge opp problemstillinger som drøftes i regionale samlingene eller problemstillinger i kjølvannet av samlingene. Helsedirektoratet vil også sikre god samordning opp mot spesialisthelsetjenesten.

For å kunne følge utviklingen i sektoren i planperioden vil det gjennomføres kartlegginger og evalueringer. Brukernes erfaringer med tjenestene skal følges gjennom brukerundersøkelser i planperioden. Helsedirektoratet har inngått kontrakt med Kompetansesenter Rus Midt-Norge om å gjennomføre en nasjonal representativ brukertilfredshetsundersøkelse blant mottakere av kommunale tjenester. SINTEFs årlige kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) og KORFORs BrukerPlan-kartlegging har i 2016 blitt tilpasset mål og føringene for OP-Rus gjennom etablering av nye spørsmål.

Vurdering

En helhetlig oversikt over relevante tiltak knyttet til opptappingsplanen er identifisert innenfor direktoratenes ulike ansvarsområder. Det vil rapporteres jevnlig på tiltakene gjennom planperioden i forhold til grad av måloppnåelse og eventuelle behov for korrigeringer for best mulig understøttelse av mål og delmål i opptappingsplanen. Arbeidet er i tråd med oppsatt gjennomføringsplan.

3.3 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

3.3.1 Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling generelt og kompetansen på lindrende behandling for barn spesielt.

1.1.1.1 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med ordningen er styrking av tiltak som skal gi økt kompetanse i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling ble fulgt opp med tiltak i 2015 og tiltakene ble videreført i 2016.

Tiltak for å oppnå økt kompetanse i barnepalliasjon for helsepersonell styrkes. Etablering av videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere er prioritert for å oppnå god basiskompetanse. Studiets mål er å kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for barnepalliative team.

Den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon ble publisert i 2016. For å sikre bred og god implementering av retningslinjen nasjonalt ble det bevilget midler til implementeringsarbeidet.

Resultatrapport 2016

Planlegging av implementeringen av den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon startet i siste kvartal 2015 og ble videreført i 2016. Det har vært gjennomført regionale møter om samhandling i barnepalliasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og informasjonsmøter med aktuelle grupper av helsepersonell. Videre har det vært implementeringsmøte med et regionsykehus.

Det har vært dialogkonferanse med høgskoler som var aktuelle for etablering av videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere. Høgskolen i Oslo og Akershus har fått oppdraget. Første kull starter januar 2017. Det arbeides for at denne videreutdanningen, som kan inngå i en master, skal breddes til andre helse- og sosialfagarbeidere som er involvert i barnepalliasjon.

Arbeidet med å utvikle faglige råd gjennom et veiledningsmaterieell for ivaretagelse av personer i livets slutfase ble igangsatt i årsskiftet 2015/16. Materiellet ferdigstilles i 2018. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg SINTEF ble publisert høsten 2016. Evalueringen har lagt særlig vekt på å vurdere innhold, kvalitet og tilgjengelighet til lindrende behandling fra tjenesteutøvernes perspektiv.

Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens ble igangsatt i 2016. Lindrende behandling til personer med demens inkluderes i Demensomsorgens ABC. Det utvikles også et e-læringsprogram for helsepersonell i møte med personer med demens.

Eldreomsorgens ABC ble styrket med to nye kapitler om palliasjon generelt og ett om kreft.

Opplæringspakke for helsefagarbeidere innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er utarbeidet og pilotering av opplæringspakken ble gjennomført i to fylker høsten 2016. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester har vært sentrale i arbeidet.

Vurdering

Det særskilt organiserte tilbudet innen palliasjon har hatt hovedfokus på pasienter med kreft. Rapporten «Tilbud til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt», IS-2278 trekker frem at pasienter uavhengig av diagnose skal ha et likeverdige tilbud om omsorg og lindrende behandling mot livets slutt.

Flere pasientgrupper har behov for lindrende behandling enn de som mottar dette tilbudet viser evalueringsrapporten utført av SINTEF. I evalueringsrapporten kommer det også frem at helsepersonell ønsker å tilrettelegge for hjemmedød dersom pasienten ønsker dette. Det pekes også på at mer hjemmetid, å være hjemme så lenge som mulig i livets siste fase, kan være en riktigere målsetning enn hjemmedød. Hva som oppleves trygt for den enkelte vil variere. Det ses ingen dreining de siste årene av at flere dør hjemme. Det er likevel viktig å følge med på utviklingen. Fra helsetjenesten beskrives at økende behandlingsmuligheter og lengre pasientforløp også gir større slitasje på pårørende. Dette vil også ha betydning for hvor mye ressurser den enkelte pårørende er i stand til å mobilisere i livets slutfase.

En styrking av palliasjon til rettet mot nye pasientgrupper med ulike diagnoser vil kreve behov for økt kompetanse for palliasjon for helsepersonell. Satsingen på palliasjon til barn og personer med demens er en start på dette arbeidet.

3.3.2 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. Prosjektene skal bidra til kvalitetsutvikling gjennom fagutvikling og kompetanseheving med overføringsverdi. Tiltakene skal sees i sammenheng med aktuelle førende dokumenter og aktiviteten i Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenestene. Målgruppen er pasienter som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt uavhengig av bakenforliggende diagnose, og deres pårørende.

Resultatrapport 2016

Fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vest- Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms har fra 2015 hatt ansvar for behandlingen av tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I alt fikk 85 prosjekter støtte til oppstart eller videreføring. Av totalt kr 16 mill. til tilskuddsordningen ble kun ca. kr 15, 2 mill. benyttet. Det ble søkt om ca. kr 46 mill. En del av det søkes om faller utenfor formålet med tilskuddet, og noen søknader er lite konkrete, det søkes om midler til drift, videre og etterutdanning etc. Søknadene fordeler seg jevnt utover i landet.

En del av Fylkesmannsembetene har gjennomført erfaringskonferanser med tilskuddsmottakere og kompetansesentrene i lindrende behandling for å styrke søknadene og gjennomføring av prosjektene. Mange av prosjektene er interkommunale og/eller i samarbeid med Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Det er bygget opp palliativ kompetanse gjennom et bredt spekter av tiltak. Flere av prosjektene har også omfattet arbeid med pårørendes behov. Oversikt over prosjektene publiseres på hjemmesidene de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Helsedirektoratet har et årlig planleggingsmøte med fylkesmannsembetene og kompetansesentrene for lindrende behandling om tilskuddet.

Vurdering

Rapporteringene fra fylkesmennene viser at de ulike tiltakene har bidratt til høy måloppnåelse på kvalitetsutvikling på tjenestetilbudet, samt fagutvikling og samhandling innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. Videre er tiltakene i prosjektene i samsvar med politiske strategier innen palliasjon og Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Det er noe ulik kvalitet på rapportering av prosjektoppnåelse fra enkelte kommuner. Disse følges spesielt opp av kompetansesentrene i lindrende behandling som samarbeider med Fylkesmannsembetene i søknadsbehandlingen.

En del av prosjektene vurderes å ha nasjonal overføringsverdi. Fylkesmannsembetene fremhever at mindre prosjekter også løfter frem palliative behov hos pasienter og pårørende gir gevinster som engasjement og økt kompetanse i arbeid med målgruppen.

Fylkesmannsembetene har vurdert at mange av søknadene er av for dårlig kvalitet og har derfor fått avslag på søknadene. Ca. kr 800 000 gjensto ved årsslutt i ubrukte midler. Fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling vil bistå søkere i søknadsprosessen for å fremme bedre kvalitet på fremtidige søknader.

3.3.3 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 gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet.

Resultatrapport 2016

Foreningen for barnepalliasjon fikk i 2016 et øremerket tilskudd på 1,5 mill og var eneste søker på tilskuddsordningen "Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom". Det ble utbetalt 2 mill kroner i tilskudd til utvikling av ulike kommunikasjonstiltak innen barnepalliasjon. Foreningen har utarbeidet informasjonsmateriell, webside, film, foredrag og informasjonsbok om ventesorg. I 2016 ble det for første gang arrangert en samling for pårørende, der temaet var ventesorg.

Vurdering

Tilskuddsordningen har bidratt til at det har blitt utviklet mye informasjonsmateriell og kunnskap på et viktig område. Det er dessverre få søkere på denne tilskuddsordningen, men det er vanskelig å vite om dette skyldes at ordningen er lite kjent, eller om andre brukerorganisasjoner som jobber med alvorlig syke barn ikke opplever denne som relevant.

3.3.4 Senter for alders og sykehjemsmedisin

Formål og hovedprioriteringer

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

Tilskuddsordningen skal bidra til god oppfølging av alvorlig syke pasienter som ønsker mest mulig hjemmetid eller som ønsker å dø hjemme.

Resultatrapport 2016

Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) gjennomfører undervisning og kursing i forbindelse med implementering av forskning i primærhelsetjenesten. I 2016 ble det gjennomført 32 undervisningsoppdrag med totalt nær 900 deltakere på ulike fagkonferanser og kurs. Det er avholdt 10 tverrfaglige seminargrupper hvor det er tatt opp 18 aktuelle tema innen alders- og sykehjemsmedisin. For å styrke samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og øke fokuset på forskning basert på den medisinske og kliniske hverdagen på sykehjem er det ansatt en avdelingsoverlege som har en 20 % stilling som forsker/førstemanuensis.

SEFAS har tatt initiativ til et Universitetsnettverk innen alders- og sykehjemsmedisin. Formålet med nettverket mellom universitetene i Tromsø (UiT), Trondheim (NTNU), Oslo (UiO) og Bergen (UiB) er å

styrke alders- og sykehjemsmedisin lokalt, nasjonalt og internasjonalt. En kartlegging av universitetenes undervisning innen palliativ omsorg og alders- og sykehjemsmedisin er i gang. UIB er i ferd med å gjøre endringer i undervisningsforløpet for medisinstudenter, og fra 2018 blir det lagt opp til en uke med undervisning innen alders- og sykehjemsmedisin.

I løpet av 2016 står SEFAS bak 13 vitenskapelige artikler i nasjonale og internasjonale fellesvurderte tidsskrifter og har formidlet forskning på 25 nasjonale/internasjonale konferanser i 7 land. SEFAS har fire pågående forskningsprosjekt med til sammen 43 deltagende sykehjem i 12 kommuner.

I løpet av 2016 har SEFAS knyttet til seg tre nye medarbeidere og per utgangen av januar -17 er 16 personer tilknyttet senteret.

Vurdering

Senter for alders- og sykehjemsmedisin har fokus på viktige områder som palliativ medisin, smertevurdering- og behandling, atferdsproblemer hos personer med demens og etikk og verdighet. Det bør i tiden fremover tilrettelegges for en systematisk spredning og implementering av denne forskningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom et samarbeid mellom SEFAS og aktuelle samarbeidspartnere.

3.3.5 Frivillighetskoordinatorer

Formål og hovedprioriteringer

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige gis det støtte til opplæring gjennom Verdighetssenteret i Bergen. Satsingsområdene er de nasjonale opplæringsprogrammene Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom og Frivillighetskoordinering – eldreomsorg. Målgruppene for de to programmene er henholdsvis ansatte som er eller skal bli frivillighetskoordinatorer i eldreomsorgen, og tverrfaglig helsepersonell og andre som arbeider med sårbare gamle, alvorlige syke og døende.

Resultatrapport 2016

Verdighetssenteret har i 2016 arbeidet innen eldreomsorg, demensomsorg, palliasjon og frivillighet og kombinasjon av disse. På disse feltene arbeides det bl.a. med å utvikle og implementere kunnskap og aktualisere utdanningsprogrammene og styrke samarbeidsrelasjoner om formidling og påvirkning. Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI) hadde tre fulltallige kurs, med blant annet deltagere fra åtte nye kommuner. Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom (OLS) hadde to fulltallige kurs, og siden dette startet har det vært deltagere fra 85 kommuner i 18 fylker. Begge programmene hadde fagutviklingsprosjekter på kursene.

Vurdering

Senteret har arbeidet i mange år og utviklet sin virksomhet over tid. Senteret offentliggjorde en egnevaluering i 2014. Siden er det ikke foretatt noen ekstern evaluering av virksomheten.

3.4 Styrking av helsetjenesten

3.4.1 Gjennomføring av Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver

Formål og hovedprioriteringer

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

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

Resultatrapport 2016

Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

Helsedirektoratet startet i 2016 arbeidet med å innhente et bedre kunnskapsgrunnlag om brukerbehov hos personer med demens og deres pårørende. Undersøkelsen vil omfatte personer med demens og deres pårørende, og om mulig også vurderinger fra tjenesteytere. Kunnskapsgrunnlaget vil kunne danne grunnlag for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens, og skal gi grunnlag for å utvikle verktøy for brukerinvolvering som gjør at personer med demens og deres pårørende kan involveres i beslutninger som angår dem.

Ulike former for «brukerskoler» for personer med demens vil testes ut i regi av det treårige utviklingsprosjektet om systematisk oppfølging etter diagnose som startet opp i 2016. Utprøvingen vil omfatte bruk av veiledningsmateriell innenfor ulike arenaer.

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

I 2016 er det etablert kontakt internt i Helsedirektoratet på områder som kan ha betydning for primær- og sekundærforebygging av demens, både når det gjelder oppfølging av primærhelsemeldingen, forebyggende hjemmebesøk og NCD-strategien.

Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Hoveddelen av Nasjonal faglig retningslinjen om demens ble sendt på ekstern høring høsten 2016 og ferdigstilles våren/sommeren 2017. Denne delen omfatter basisutredning for demens, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Retten til IP og koordinator er vektlagt. Det er i 2016 også gjort betydelig arbeid på en tilleggsdel til demensretningslinjen, som omfatter utvidet demensutredning og lindrende behandling, og som forventes ferdig ved utgangen av 2017.

Tilskudd til modellprogram for systematisk oppfølging etter diagnose ble utlyst høsten 2016, og det ble gitt tilskudd til 15 prosjekter. Deltagerkommunene vil få oppfølging underveis av prosjektgruppen som består av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Aktivitet, mestring og avlastning

Helsedirektoratet ga i 2016 tilskudd til 641 nye hele plasser til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er også gitt tilskudd til videreføring av 2343 plasser opprettet i perioden 2012-2015, slik at tilskuddsordningen i 2016 totalt har bidratt til drift av 2984 hele plasser med om lag 6360 brukere. Det er 322 kommuner/bydeler som har fått tilskudd til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Helsedirektoratet og Aldring og helse arbeider kontinuerlig med å gjøre tilskuddsordningen kjent og veilede kommuner i etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens, og temaet er omtalt i flere lokale og nasjonale fagkonferanser. I 2016 ble det utarbeidet en egen håndbok om Inn på tunet-tilbud for personer med demens, der både kommuner og tilbydere var målgruppe. Både Helsedirektoratet og Aldring og helse var involvert i arbeidet med håndboken.

Aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper på vegne av Helsedirektoratet. I 2016 ble det gjennomført 150 pårørendeskoler og 123 samtalegrupper med tilskudd fra Demensplan 2020. Av de totalt 273 tiltakene var 58 gjennomført som samarbeid mellom flere kommuner eller mellom kommuner/helseforetak. 112 søkerinstanser oppga samarbeid med 117 frivillige organisasjoner. Totalt 232 kommuner (54 %) har arrangert tilbud i 2016. I tillegg har 7 søkere fra helseforetak arrangert totalt 22 tilbud. Tilbudene i regi av spesialisthelsetjenesten retter seg mot pårørende til yngre personer med demens og/eller der det nylig er gitt en demensdiagnose.

Aldring og helse arrangerer nasjonale kurstilbud til pårørende til yngre personer med demens og forvaltet tilskudd på vegne av Helsedirektoratet. Status for gjennomføring av nasjonale pårørende-kurstilbud med tilskudd fra Demensplan 2020 for 2016 er:

Av «Møteplass for mestring», der en «yngre» person med demens deltar sammen med partner, er det gjennomført seks basiskurs og to oppfølgingskurs med totalt 139 deltagere

- Av «Tid til å være ung», som er kurs for unge voksne barn til personer med demens, er det arrangert 2 helgekurs med totalt 31 deltagere
- Det er arrangert én sommerleir «Hvem ser meg?», for mindreårige barn som har en forelder med demens, der barn deltar med frisk forelder. Leiren hadde 15 deltagere

Det ble i 2016 arrangert flere veiledningsseminar for ansatte om emnet pårørende, med totalt 230 deltakere. Dette omfatter veiledningsseminarer i etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper, der ett spesielt omhandlet kurs for pårørende til personer med utviklingshemning og demens. I tillegg ble det arrangert et inspirasjonsseminar om yngre personer med demens og deres familier.

Arbeidet med å lage opplysningsfilm om demens på samisk er godt i gang. Innspillingen av den nordsamiske filmen startet opp i september 2016 og planlegges ferdig i løpet av 2017.

Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Planleggingen av utviklingsprosjekt om nye modeller for tjenester til hjemmeboende personer med demens startet høsten 2016, og prosjektet startes opp våren 2017, med utlysning av tilskudd til kommuner som ønsker å delta i utviklingsprosjektet.

I 2016 startet arbeidet med å sikre at «generelle virkemidler» innenfor helse- og omsorgstjenestene tar spesielt hensyn til behovet for tilrettelegging for personer med demens og deres pårørende. Det er blant annet gjennomført møter med Husbanken om kravet om tilrettelegging for demens knyttet til investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger.

Det er også etablert kontakt og samarbeid om områder som oppfølging av primærhelsemeldingen, lindrende behandling, velferdsteknologiprogrammet, Kompetanseløft 2020, Pårørendeprogrammet, Trygghetsstandard i sykehjem, forebyggende hjemmebesøk og tvungen helsehjelp. Flere emner som lindrende behandling, IP og koordinator, tvungen helsehjelp og legemiddelbehandling/legemiddelgjennomgang bakes nå tydeligere inn i Demensomsorgens ABC og omtales i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Forskning, kunnskap og kompetanse

Gjennom ABC-modellen med Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC tilbys kommunene gratis studiemateriell beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Målet med ABC-opplæringen 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 og halvårslige fagseminar.

Opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC ble i planperioden for Demensplan 2015 tatt i bruk av 96 % av kommunene, og om lag 22 000 deltagere ble registrert. I 2016 ble 2460 nye deltagere registrert, slik at det totale antallet ved utgangen av 2016 var 24 469. I 2016 ble det registrert pågående ABC-opplæringen i 169 kommuner. Det ble gjennomført 216 fagseminar med til sammen 8 760 deltakere. Fordelingen av deltagere på ABC-seminarer i 2016 var som følger:

- Demensomsorgens ABC: 169 fagseminar (75,5 prosent) med 6.600 deltagere
- Eldreomsorgens ABC: 55 fagseminar (24,5 prosent) med nærmere 2.500 deltagere

En del av fagseminarene ble gjennomført felles for deltagere til ulike permer.

Det ble i 2016 gjennomført en anskaffelse/rammeavtale med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om drift/implementering av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i kommunene. Aldring og helse inngår skriftlige avtaler med fagmiljø som er leverandører av oppfølging og veiledning av kommunene i fylket, eventuelt tar Aldring og helse selv ansvaret for dette. Opplæringen er ment å omfatte både personer med og uten helsefaglig utdanning, og både høyskoleutdannede og personer med videregående opplæring er i målgruppen. Målet er å rekruttere om lag 2.500 nye deltagere per år. Aldring og helse har i 2016 etablert et digitalt registreringsystem over deltagere.

Opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC er utarbeidet i perioden 2008- 2013, og det er nå behov for å oppdatere opplæringsmateriellet. Revisjon av Demensomsorgens ABC inngår derfor som del av anskaffelsen med Aldring og helse fra 2016, og arbeidet vil blant annet omfatte tydeligere vektlegging av føringer i Demensplan 2020 og Nasjonal faglig retningslinje om demens, med personsentret omsorg og miljøbehandling, lindrende behandling for personer med demens, tvungen helsehjelp, systemperspektiv og internkontroll.

I tillegg til ABC-opplæringen er flere opplæringstiltak fra Demensplan 2015 er videreført i 2016 i regi av Aldring og helse, blant annet om utredning av demens og tjenester til personer med spesielle behov. I 2016 ble det gjennomført anskaffelse av undersøkelse av forekomsten av demens i Norge, der Aldring og helse har fått ansvar for gjennomføringen. Datainnsamlingen vil gjennomføres sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4). Denne delen har fått navnet Trønderhusk. Hvis det lar seg gjøre innenfor rammene til prosjektet, vil man også teste forekomsttallene i andre utvalg, fortrinnsvis i storbyutvalg. Forekomstundersøkelsen vil ha samarbeid

med de 23 kommunene i Nord-Trøndelag i gjennomføringen. Resultatene vil kunne gi et viktig grunnlag for kommunal planlegging.

Vurdering

Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 en helhetlig plan for gjennomføringen av Demensplan 2020, og arbeidet med å iverksette tiltakene i Demensplan 2020 er godt i gang – tråd med gjennomføringsplanen.

3.4.2 Utvikle mer teambaserte arbeidsformer og metoder og styrke den kliniske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet fikk i desember 2016 et nytt oppdrag for å legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for systematisk oppfølging av brukere med store og sammensatte behov: «Helsedirektoratet bes om å utrede innretning og gjennomføring av en pilot for oppfølgingsteam for pasienter/brukere med stor risiko for fremtidig sykehusinnleggelse.»

Vurdering

Arbeidet med dette oppdraget ble først igangsatt i 2017.

3.4.3 Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med forsøket er å få mer erfaring med effekten for brukere og tjenesteytere av å organisere tjenestetilbudet i et primærhelseteam.

Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning/kommunale tjenestetilbud:

- Bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov inkludert:
- Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- Brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse
- Brukere som i medisinen omtales som "skrøpelig eldre"
- Bedre oppfølging av brukere med kronisk sykdom
- Bedre oppfølging av "dårlig etterspørrere" av tjenester
- Bærekraft (riktigere bruk av personellressursene, færre henvisninger og innleggelse)
- Bedre samhandling mellom legetjenesten/teamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten

I oppdragsbrevet er det beskrevet at sykepleiere i en fastlegepraksis kan utføre et bredt sett av oppgaver, men at det i første omgang er mest å hente i oppfølgingen av brukere med store og sammensatte behov. En sykepleierressurs kan her bidra til å heve kvaliteten i oppfølgingen gjennom blant annet å holde oversikt over oppfølgingsbehov, bidra i opplæring av pasient og pårørende, legemiddelavstemning og gjennomføre sykebesøk, enten sammen med fastlegen eller alene.

Resultatrapport 2016

Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til mulig modell for et forsøk og et forslag til hvordan forsøket kan gjennomføres. Regelverket for forsøket skulle ta utgangspunkt i fastlegeforskriften.

Det ble utarbeidet utkast til to alternative modeller for finansiering av primærhelseteam.

- omfang av forsøket
- IKT-løsninger
- evaluering

En overordnet skisse for ulike modeller forelå for Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2016.

Vurdering

På bakgrunn av den fremlagte prosjektskissen fikk Helse- og omsorgsdepartementet grunnlag for å beslutte iverksetting av et pilotprosjekt med primærhelseteam. Dette ble gitt som nytt oppdrag til Helsedirektoratet i februar 2017. Oppstart av pilotprosjektet er berammet til 1. april 2018.

3.4.4 Veileder for kommunene for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å *utarbeide en veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov*. Det skal gis veiledning om mer strukturert og tverrfaglig oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester, og veilederen skal favne hele bredden av pasient- og brukergrupper på tvers av diagnoser og funksjonsnedsettelse. Veilederen retter seg først og fremst til ledere på alle nivåer i kommunene.

Veiledningen skal understøtte sentrale helsepolitiske mål. Å skape pasientens helsetjeneste er et sentralt mål. Tverrfaglig utredning og avklaring av pasientens behov for tjenester må ta utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

Samarbeidet med andre deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, andre sektorer og med spesialisthelsetjenesten skal beskrives, både i forbindelse med utskrivning og i den løpende oppfølgingen av brukerne. Fastlegenes rolle må tydelig fremgå.

Resultatrapport 2016

Utkast til veileder er utarbeidet på bakgrunn av workshops og dialog med representanter for hele bredden av brukergrupper. Det har deltatt representanter for pasienter og brukere, fag- og interesseorganisasjoner, høyskoler, forskningsmiljø, kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet leverte et første utkast til HOD desember 2016. Utkastet ble videre bearbeidet etter innspill fra departementet og intern høringsrunde. Veilederen klargjøres for ferdigstilling og publisering november 2017.

Vurdering

Veilederen vektlegger behovet for mer systematikk i identifisering av behov, og strukturert tverrfaglig oppfølging gjennom team. Den inneholder krav og anbefalinger om sterkere lederforankring for å sikre koordinerte tilbud til personer som trenger bistand fra flere aktører både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Den er særlig knyttet opp til krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og operasjonaliserer innholdet i denne opp mot brukergrupper med omfattende behov for tjenester. Veilederen utfordrer til tjenesteutvikling og sterkere bevissthet om at utvikling av

hjelpebehov kan påvirkes gjennom tidlig innsats og strukturert oppfølging. Veilederen formidler ingen nye lovkrav. Det er likevel grunn til å anta at implementeringsarbeidet vil være utfordrende med bred involvering fra hele tjenesteapparatet.

I 2018 iverksettes en pilot for implementering i et avgrenset antall kommuner. Hovedfokus i piloten er tverrfaglig oppfølgingsteam og utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging.

3.5 Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 leverer egen årsrapport, men vi har valg å ta med noen viktige områder som naturlig hører hjemme i denne rapporten, og som har stor betydning i arbeidet med helse- og omsorgstjenestene.

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

Formål

Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

Resultater i 2016

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse i oppdrag å utvikle opplæringsmaterieil og implementere det i kommunene. Materieilet skal utvikles både som hefte og elektronisk versjon og inneholde filmer til bruk i refleksjonsgrupper. Perm 1 inneholder 10 hefter og det er planlagt en fordypningsperm med ytterligere 10 hefter. Opplæring i kommunene startet opp høsten 2016 med kommunene i Vest – Agder, og vil implementeres fortløpende i kommuner i hele landet.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at Aldring og helse er i god gang med å løse oppdraget med utvikling av opplæringsmaterieilet og implementeringen i kommunene. Sammen med satsningen «med ABC til fagbrev» ser mitt livs ABC ut til å utgjøre et betydelig kompetanseløft i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

3.5.2 Videreutvikle satsingen på lederopplæring i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for et samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

Formål

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten skal bidra til å styrke ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene til å gjennomføre nødvendig

endringer og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling.

Resultatrapport 2016

Helsedirektoratet inngikk våren 2015 avtale med Handelshøyskolen BI om gjennomføring av lederutdanningen. To pilotklasser avsluttet våren 2016. Tilbudet er deretter videreført i ordinær drift. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og er forankret i den bilaterale avtalen mellom KS og regjeringen om utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rambøll Management Consulting har fra 2015 hatt i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av lederutdanningen.

Det er stor interesse for studiet og langt flere søkere enn studieplasser. Ved opptak høsten 2016 var det 420 søkere til 162 studieplasser mot 270 søkere til 106 plasser året før. Våren 2016 ble studenter fra det første kullet uteksaminert. Disse var fordelt på en klasse i Oslo og en i Stavanger, vekselvis Bergen. Studentene er ledere innen alle tjenesteområder, men den største deltakelsen er ledere fra omsorgstjenesten og psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Gjennomsnittsalderen for studentene er 47 år med over ti års ledererfaring i gjennomsnitt.

Fra høsten 2016 startet to nye klasser i Oslo og en klasse i Trondheim, vekselvis Bergen. De fleste studentene (35 %) er fra Østlandet, mens Midt-Norge og Vestlandet er godt representert med henholdsvis 27 % og 17 %.

Tabell: Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Søkertall og fullførte 2015 - 2017

	2015	2016	
Antall studieplasser	108	162	
Tall på søkere	270 til 2 klasser	420 til 3 klasser	
Fullførte	101	Avsluttes våren 2017	

Vurdering

Av studentkullet som startet høsten 2015 og avsluttet våren 2016 fullførte over 93,5 % av studentene. Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. Utdanningen har gitt stort læringsutbytte, særlig på innovasjon og utvikling, men har også styrket den enkeltes trygghet i lederrollen. Evalueringen peker på at andre suksesskriterier for utdanningen kan være at utdanningen er praksisnær, kortvarig, kan gjennomføres ved siden av en fulltidsstilling som leder og at studieavgiften er statlig finansiert.

Målet om økt kvalitet og pasientsikkerhet ved at ledere blir satt i stand til å utføre oppgaver og ta ansvar, bør fortsatt være et sentralt satsningsområde i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Sentrale tema for ledere framover er å utvikle kvalitetsforståelse basert på brukernes erfaringer og utvikling av en styrket brukerrolle. Likeledes vil fokus framover være rettet mot behovet for koordinerte tjenester, tverrfaglig teamorganisering og ny teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Lederfokus på innovasjon, ny teknologi, endringsledelse og entreprenørskap må styrkes.

3.6 Utvikling gjennom kunnskap

3.6.1 Utrede innføring av normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren

Behandles i kapitlet om trygghetsstandard for sykehjem

3.6.2 Formidling av forskning og innovasjon

Formål og hovedprioriteringer

Omsorgsforskningssenteret 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 formaliserte samarbeid med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Resultatrapport 2016

Senter for omsorgsforskning har utgitt en serie med forskningsrapporter og vitenskapelige artikler i 2016. Forskerne har bidratt ved en rekke regionale, nasjonale og internasjonale konferanser og Senter for omsorgsforskning arrangerte i 2016 Den 5. nasjonale konferansen for omsorgsforskning. Denne konferansen arrangeres annet hvert år.

Tidsskrift for omsorgsforskning har kommet i to ordinære utgaver og et temanummer som omhandler Samhandlingsreformen.

Senter for omsorgsforskning har faste innlegg hver fjerde til sjette uke i Dagens medisin. I tillegg produserer senterets forskere adskillige kronikker i ulike medier.

Det ble i november 2016 ansatt en prosjektleder som jobber full tid med Omsorgsbiblioteket.no. Senter for omsorgsforskning har en egen kommunikasjonsavdeling som har sørget for en rekke nyhets saker og videoer på senterets hjemmesider, facebook sider, twittersider og i nyhetsbrev. Kontakt med pressen har dessuten resultert i at mange av forskerne har fått uttale seg i riksdekkende kanaler.

Vurdering

Gjennom etablering av Omsorgsforskningbiblioteket og Tidsskriftet for omsorgsforskning har det blitt etablert plattformer for forskningsformidling som har økt tilgjengeligheten til forskningsbasert kunnskap innenfor temaer som er relevante for Omsorgsplan 2020. Det er ønskelig å styrke dialogen mellom de som arbeider med forskningsformidlingen i Omsorgsforskningssentrene og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

3.6.3 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Formål og hovedprioriteringer

Hovedmål:

Utviklingssentrene bidrar til å sikre kvaliteten i hjemmetjenestene og sykehjem gjennom fag- og tjenesteutvikling, kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap/nye løsninger ut fra nasjonale satsingsområder og lokale behov til kommunene i fylket.

Delmål:

- Utviklingssentrene er pådrivere for kunnskapsbasert praksis.
- Bruker- og pårørendemedvirkning har en sentral plass i utviklingssentrenes aktivitet
- Utviklingssentrene tilbyr ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene.

Resultatrapport 2016

På oppdrag fra HOD gjennomførte Helsedirektoratet i 2016 en reetablering av satsingen Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Hensikten var å gjøre USHT mer robust som virkemiddel innenfor Omsorg 2020, og bedre i stand til å ha en utadvendt rolle mot kommunene i fylket. Grunnlaget for endringene som ble gjort var en ekstern evaluering fra 2015, og en prosess der alle involverte aktører gav innspill. Prosessen ble avsluttet i 2017.

Resultatet av prosessen var et nytt tilskudsregelverk for USHT, et nytt samfunnsoppdrag og en reduksjon av antall USHT fra hovedregelen om to i hvert fylke til ett i hvert fylke. På landsbasis ble antallet endret fra 40 til 21.

Det nye tilskudsregelverket og samfunnsoppdraget tydeliggjør vertskommunens ansvar for USHT's måloppnåelse, ved krav om egenfinansiering og forankring i kommuneledelsen. Det er presisert at målgruppene til det enkelte USHT inkluderer *ledere* i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, i tillegg til andre ansatte, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Det fremheves at USHT skal være en ressurs for kommunene i fylket og bidra til fag- og tjenesteutvikling innenfor satsingsområdene i Omsorg 2020. Utviklingssenteret skal fremme samarbeid med alle kommunene og tilby deltakelse i ulike aktiviteter.

Rollen som vertskommune og midlene knyttet til fremtidige USHT ble utlyst og kunngjort for alle eksisterende USH og UHT. I de fylkene der eksisterende USH og UHT var plassert i hver sin kommune, ble det derfor en konkurranse mellom de to. I de fylkene der USH og UHT fra før var plassert i samme kommune, ble det krav om sammenslåing. Hdir behandlet søknadene og gav en innstilling. HOD tok den endelige beslutningen om hvilke kommuner som fikk vertskommunefunksjon for USHT.

Vurdering

Rapportering for 2016 viste at det var stor aktivitet i tråd med eksisterende målsetting for ordningen i de aller fleste fylker, til tross for at sentrene har vært i en søknadsprosess der man visste at noen ikke ville få videre drift. Det har vært stor aktivitet knyttet til læringsnettverk innen pasientsikkerhetsprogrammet, ulike ABC opplæringer, særlig knyttet til demens, og utviklingssentrene har drevet og deltatt i mange utviklingsprosjekt.

3.6.4 Iverksette et kvalitetsutviklings-arbeid/ 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 med arbeidet 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 piloteres i fire kommuner fram til sommeren 2018 og det gjennomføres en følge-/resultatevaluering. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering.

Resultatrapport 2016

Helsedirektoratet har utarbeidet et web-basert verktøy, som utgangspunkt for piloteringen. Innholdet er utviklet i samarbeid med en bredt sammensatt styringsgruppe bestående av fag-, interesse- og brukerorganisasjoner samt representanter fra forskningsmiljø. Verktøyet er strukturert innenfor fem hovedpilarer: Ledelse, struktur og prosesser, kunnskapsbasert praksis, pasientresultater og innovasjon. Videre er modell for kvalitetsforbedring innarbeidet i verktøyet og det er harmonisert mot den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom piloten skal det primært jobbes med å etablere og teste ut en basis for et godt sykehjemstilbud, basert på prinsippene og systematikken i verktøyet. I tillegg skal pilotkommunene se om man gjennom dette oppnår bedre resultater innen tre konkrete temaområder: Ernæring, aktivitet og omsorg ved livets slutt. Tromsø, Sortland, Kristiansund og Eidskog er pilotkommuner.

Senter for omsorgsforskning er engasjert til å gjennomføre følge-/resultatevaluering av piloten. Det er to hovedelementer som skal evalueres: Om selve systemet med struktur og tilgjengeliggjøring av informasjon gir merverdi for kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring, og om kommunene oppnår bedre resultater gjennom å følge trygghetsstandardens anbefalinger og metoder innenfor de tre temaområdene som er inkludert i piloten.

Vurdering

Pilotperioden startet formelt i desember 2016. Arbeidet er organisert slik at piloten er forankret i kommuneledelsen og gjennomføres innenfor ordinær drift, ikke prosjektorganisert. Dette er viktig forutsetninger for å få et godt grunnlag for å anbefale hvordan en trygghetsstandard kan implementeres for å ha relevans, nytte og varig effekt i den daglige driften.

4. MODERNE LOKALER OG BOFORMER

4.1 Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

4.1.1 Investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Mål for investeringstilskuddet

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskuddet skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015/2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming. Dette innebærer bl.a. små avdelinger og bofellesskap lokalisert som en del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, gjerne med sambruk av fellesarealer til hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud, kantine/kafeteria og lett tilgang til tilpasset uteareal, forretninger og transport.

For alle brukergrupper gjelder at ikke tallet på boenheter som lokaliseres sammen blir for stort, og at boligene plasseres i ordinære bomiljøer slik at prinsippene om normalisering og integrering oppfylles. Ulike brukergrupper skal heller ikke samlokaliseres på en uheldig måte. Ved tildeling av tilskudd fra Husbanken forutsettes det at et prosjekt har funksjonell og god standard, slik at det blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og sykehjem kan fungere som gode hjem, og gi rammen om et verdig og meningsfullt liv.

Investeringstilskuddets utforming

Ordringen er forvaltet av Husbanken slik som under Handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse. Husbanken innhenter uttalelse fra Fylkesmannen om søknadene. Husbanken oversender Fylkesmannen forespørselen fra kommunen der kommunen redegjør for behovet, om det er fattet politisk vedtak og om prosjektet er tatt inn i kommunens årsbudsjett eller 4-årige økonomiplan. Fylkesmannen inviteres også til å delta på oppstartsmøte med kommunen og Husbanken der prosjektutkastet diskuteres.

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

Tilskudd kan gis sykehjemsplasser, omsorgsboliger og fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger. For sykehjemsplasser var opprinnelig den maksimale tilskuddssatsen 30 prosent av godkjente kostnader, for omsorgsboliger 20 prosent og for fellesareal 30 prosent. Disse satsene ble alle

økt med 10 prosentpoeng fra og med 2011. I forbindelse med regjeringsskiftet ble satsene i 2014 igjen økt med 10 prosentpoeng.

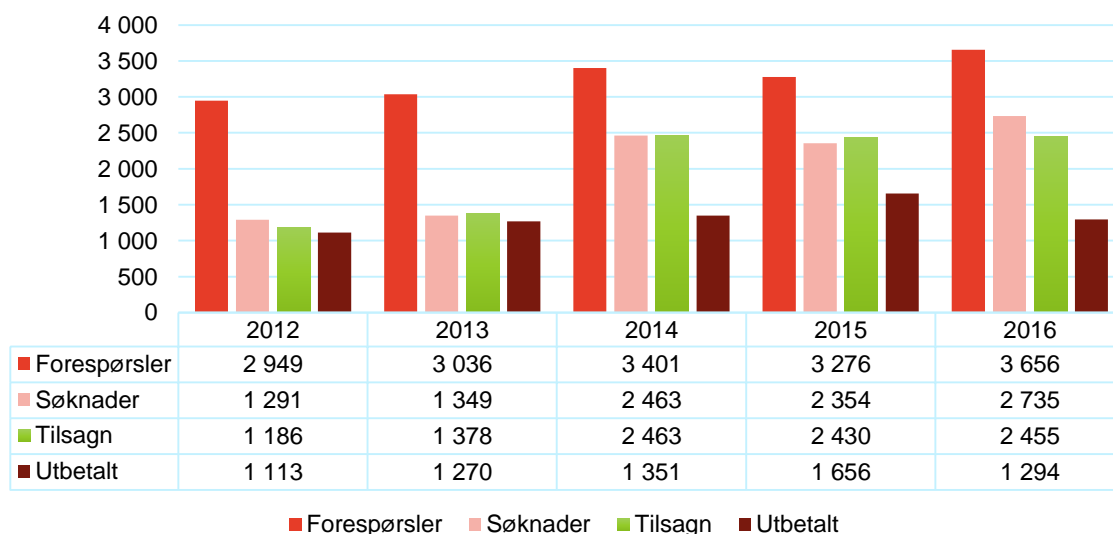
Godkjente kostnadsrammer og dermed maksimale tilskuddsbeløp blir hvert år justert i takt med utviklingen i anleggskostnadene. Man ønsker dermed å bidra til å holde kostnadene nede.

For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner.

Hvordan ordningen er brukt

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble som nevnt i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å heve kvaliteten og øke kapasiteten. I omsorgsplan 2015 var det et måltall på 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008 – 2015 (resultat: 12 292 plasser). I omsorgsplan 2020 er det ikke satt et totalt måltall, men det forutsettes en høy aktivitet i kommunene for å etablere nye omsorgsplasser. For å stimulere kommunene ytterligere til både fornyelse av tilbudet og økning i kapasiteten, ble det fastsatt et måltall på 2 500 heldøgns omsorgsplasser i 2016. Stortinget vedtok en tilsagnsramme på 4,1 mrd. kroner for å realisere dette måltallet.

Figur 5: Antall boenheter



Etterspørsel

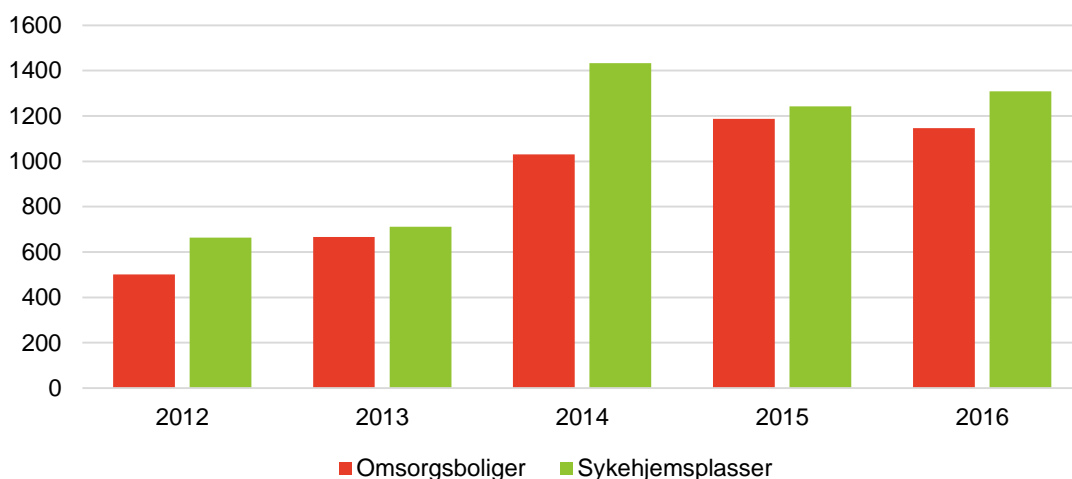
Etterspørselen, målt gjennom antall forespørsler, viser en årlig gjennomsnittlig vekst siden 2012 på 6 prosent med et betydelig hopp fra 2013 til 2014 på 12 prosent. Dette har sannsynligvis sammenheng med styrkingen av investeringsstilskuddet i 2014. I 2016 var etterspørselen på 230 saker som omfattet 3 656 boenheter til 5 000 mill.kr. i tilskudd.

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

Tilsagn

Målet i statsbudsjettet om 2 500 boenheter ble nesten nådd. I 2016 ble det gitt tilsagn til 175 saker med totalt 2 455 boenheter. Samlet tilskudd var om lag 4 090 mill. kr⁴. Antall boenheter (omsorgsplasser) var i 2016 10 prosent høyere enn i 2015 og var fordelt på 1 146 omsorgsboliger og 1 309 sykehjemsplasser. Ser vi på hele perioden 2012 – 2016 fikk vi en økning på 79 prosent fra 2013 til 2014 i antall boenheter noe som nok i stor grad skyldes økte tilskuddsandeler. Når det gjelder de to påfølgende årene har det imidlertid skjedd en stabilisering på rundt 2 450.

Figur 6: Fordeling av antall plasser fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2012 – 2016)



Veksten i antall omsorgsboliger har vært noe større enn antall sykehjemsplasser. Fra 2008 var det en vekst på 176 prosent av antall omsorgsboliger. Tilsvarende for sykehjemsplasser var 99 prosent. Ser vi bare på utviklingen 2014 – 2016 var det en økning i antall omsorgsboliger med 11 prosent, mens det var en nedgang på 9 prosent for antall sykehjemsplasser. Det rimer godt med NOVAs funn der analyse av kommunenes planer indikerer en prioritering av omsorgsboliger og hjemmetjenester⁵.

Utbetalinger

Antall boenheter som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/ sykehjemsplassene som er tatt i bruk. I 2016 gjaldt dette 1 294 boenheter. Av dette utgjorde omsorgsboliger 57 prosent. Tall fra KOSTRA viser at det i 2016 var 44 454 omsorgsboliger og 40 472 sykehjemsplasser. Fra 2014 har det vært en vekst i antall omsorgsboliger på 1 prosent og en reduksjon i antall sykehjemsplasser med 2 prosent. Dette kan tyde på at det skjer en betydelig fornyelse/oppgradering av sykehjemmene.

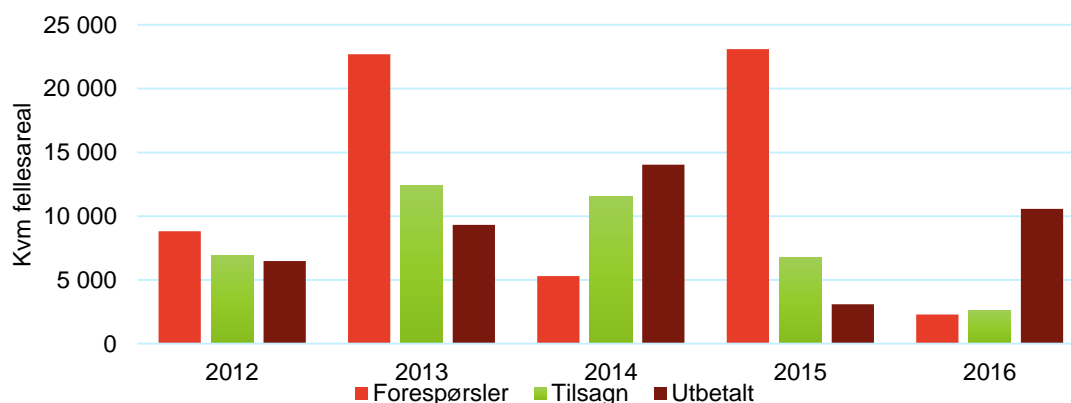
Fellesarealer

Det kan gis tilskudd til fellesarealer i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgns tjeneste og lokaler for dagaktivitetstilbud. Samlet er det gitt tilsagn på 2 614 kvm, og utbetalt til 10 569 kvm fellesareal i 2016. Det høye utbetalingstallet i 2016 skyldes blant annet stor etterspørsel i 2015. Som det går fram av tabellen er det betydelige variasjoner i etterspørselen fra år til år.

⁴ Se fotnote 2.

⁵ «Eldres boligsituasjon – Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring», Sørvoll m.fl., NOVA Rapport nr. 11/16 (s. 43).

Figur 7: Forespurt fellesareal, fellesareal med tilsagn og utbetalt fellesareal

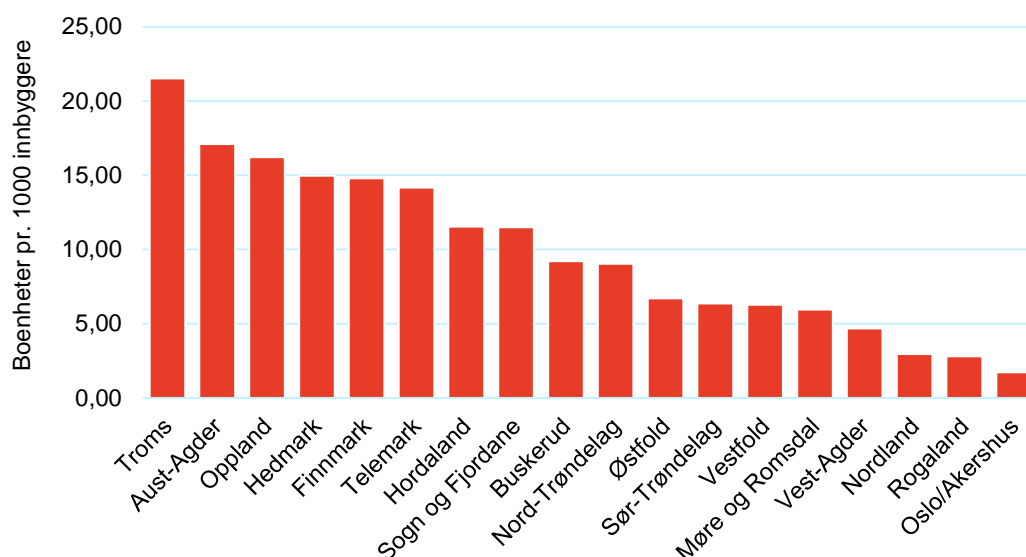


I det følgende refererer antall boenheter fordelt på ulike kjennetegn til gitte tilsagn hvis ikke annet er spesifisert.

Geografisk fordeling

Fylker med tilsagn om flest antall boenheter per 1 000 innbyggere var i 2016 Troms og Oppland. Fylker med minst antall boenheter per 1 000 innbyggere i 2016 var Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Sett over et noe lengre tidsperspektiv, fra 2012 til 2016, kommer Troms og Aust-Agder best ut med høyest antall boenheter per 1 000 innbyggere. Oslo/Akershus og Rogaland har de laveste tallene.

Figur 8: Antall boenheter summert over 2012-2016 per 1000 innbyggere i 2016.



Aldersgrupper

Den største aldersgruppen er de over 67 år. I 2016 var 78 prosent av boenhetene ment for denne gruppen, 8 prosent av boenhetene var ment for brukere under 25 og 14 prosent av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67. Antall boenheter ment for eldre har hatt en økende trend siden 2011.

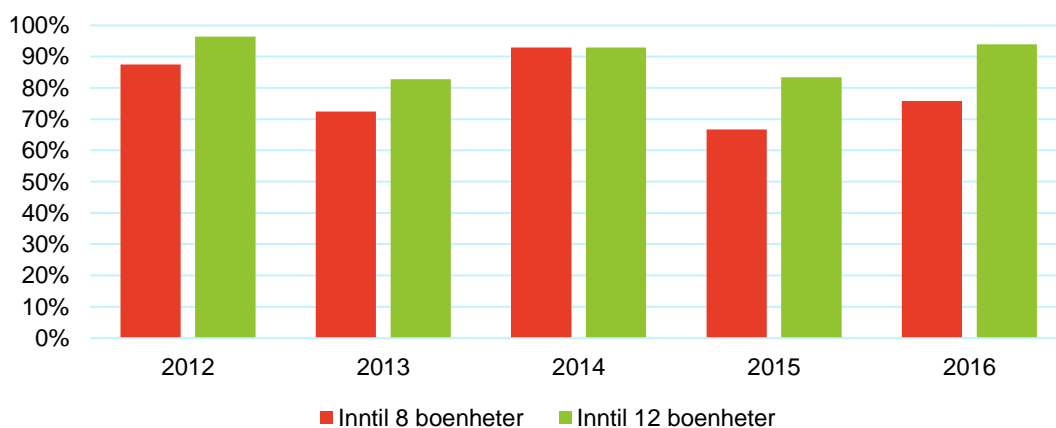
Målgrupper

Eldre med 1 040 boenheter er den største gruppen, men plasser spesialtilpasset for demente med 869 boenheter utgjør også en betydelig andel. Dette gjenspeiler ikke det samlede antall personer med demens som vil nyte godt av investeringene, men mer de plasser som er spesialdesignet for å møte de særskilte behovene til de med fremskreden demens. Den tredje største gruppen personer med utviklingshemming, med 266 boenheter. Andelen boenheter ment for denne gruppen har vært stabil fra 2012, med en liten nedgang fra 2015 til 2016.

Størrelse på bogrupperne

66 prosent av alle prosjektene hadde inntil 8 beboere. Et av prinsippene Bolig for Velferd bygger på, er at utleieboliger og omsorgsboliger skal fremme normalisering og integrering. I Investeringstilskuddet heter det at det skal tilstrebes små avdelinger. Dette er viktig for å gi et godt tilbud til demente, men problemstillingen har også vært aktuell for tilbud av omsorgsboliger for utviklingshemmede. Av tilsagn til målgruppen utviklingshemmede var 76 prosent av prosjektene med inntil 8 beboere. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette i 2016 94 prosent av prosjektene, noe som er en økning på over 10 prosentpoeng fra 2015. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe fluktuerende siden 2012, med gjennomsnitt på 79 prosent.

Figur 9: Andel prosjekter med inntil 8 og 12 boenheter ment for målgruppen utviklingshemmede



Privat eie

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

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 som fikk tilsagn i 2016.

4.2 Velferdsteknologi

4.2.1 Gjennomføre nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene

Formål og hovedprioriteringer

Oppdragets formål er utprøving av trygghetsskapende velferdsteknologiske løsninger som skal inngå som integrert del av helse- og omsorgstjenestene slik at mennesker kan gis økt trygghet for å kunne bo lengre hjemme. Oppdraget omfatter også løsninger i sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen er tjenestemottakere uavhengig av alder og diagnose. Det tas frem kunnskap, verktøy, kompetansepakker og erfaringer med ulike tjenestemodeller som er nødvendig i en spredningsfase. Tjenesteinnovasjon er et nødvendig virkemiddel ved innføring av velferdsteknologi.

Oppdraget omfatter også etablering av en arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi. Denne delen av oppdraget vil i status- og budsjett delen av dette innspillet beskrives for seg, da dette arbeidet skal støtte opp under gjennomføringen av alle oppdragene som inngår i programmet.

Resultatrapport 2016

Det ble i 2016 gitt tilskudd til utprøving av velferdsteknologi i 31 utviklingskommuner som del av Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Erfaringene fra utviklingskommunene viste at det kan være store gevinster å hente med bruk av velferdsteknologi mht. tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og ressurser, så lenge velferdsteknologien brukes på riktig måte. 2016 var det siste utprøvningsåret, med overgang til drift for de 31 utviklingskommunene.

Det er utarbeidet rapporter med anbefalinger om bruk av trygghets- og mestringsteknologi. Programmet vil fra 2017 gå over i en spredningsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til andre kommuner for å implementere velferdsteknologiske løsninger. Velferdsteknologiprogrammet vil tilby ulik form for metode- og kunnskapsstøtte til kommunene som mottar tilskudd. Tjenesteinnovasjonsmetodikk, prosessveiledning og Velferdsteknologiens ABC er eksempler på dette.

Vurdering

Spredningsfasen er iverksatt, og 28 prosjekter som utgjør om lag 210 kommuner samarbeider nå om implementering av trygghetsskapende teknologier. Nesten alle de store bykommunene i landet er med på dette, så antallet innbyggere som bor i en kommune hvor faktisk drift er målet, er høyt. Disse kommunene er en del av det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet og mottar tilskuddsstøtte og prosessveiledning i arbeidet. Det er varierende grad av modenhet, forankring i egen politisk og administrativ ledelse i kommunen, og i hvilken fase prosjektene har kommet.

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

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2016

Fem kommuner fikk tilskudd over ordningen i 2016. Disse var Drammen, Horten, Risør, Sandnes og Trondheim. Tre av disse prøver ut ulike velferdsteknologiske løsninger til barn og unge med nedsatt funksjonsevne (Horten, Drammen, Risør), én utvikler en selvorganiserende plattform for deltakelse i tilrettelagte aktiviteter (Trondheim) og én ser etter teknologiske løsninger for å gjøre kommunens avlastningsbolig til et mer attraktivt sted å være (Sandnes). Nasjonalt senter for e-helseforskning gjør en følgeevaluering/effektstudie av prosjektet. De har levert en kunnskapsoppsummering som viser at «[...] utprøving av velferdsteknologi til deltakelse og mestring av fritidsaktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse, fortsatt er et utforsket område. Det er derfor behov for videre kunnskapsutvikling basert på systematiserte, dokumenterte og evaluerte utprøvinger». De første resultatene fra utprøvingene kommer i mai 2017, men allerede gjennomførte intervjuer har avdekket gevinster for barna i form av mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller de fra andre barn.

Vurdering

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har følgeevaluering/effektstudie av prosjektet og levert rapport med resultat fra utprøvingene i Horten og Drammen 15. juni 2017. Intervjuer med foreldre har avdekket gevinster for barna i form av mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller de fra andre barn. Forskerne planlegger nå studiet for høsten 2017, hvor man ønsker å ta utgangspunkt i dagens prosjekter og se nærmere på organisatoriske forutsetninger og «ting å tenke på» for kommunen for å lykkes med velferdsteknologi som tjeneste for denne målgruppen.

4.2.3 Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tiltaket er å motvirke ensomhet blant eldre ved å utvikle og utprøve teknologiske verktøy som kan bidra til å vedlikeholde og styrke Eldres muligheter til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Tiltaket skal legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner f.eks. gjennom tilbud om datahjelp fra unge til eldre mennesker. Tiltaket har følgeforskning fra NSE.

Resultatrapport 2016

Fem landsdekkende frivillige organisasjoner fikk tilskudd over ordningen i 2016. Disse var Pensjonistforbundet, Røde Kors, Hørselshemmedes landsforbund, Seniorsaken og SeniorIKT.

Tilskuddsmottakerne driver med opplæring av eldre i bruk av nettbrett, smarttelefon og PC og søker å finne frem til gode modeller for opplæring innenfor sine organisasjoner. Seniorsaken og SeniorIKT har i tillegg prøvd ut/utviklet nye løsninger for økt sosial kontakt for eldre. Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har følgeevaluering/effektstudie av prosjektet. De har utarbeidet en kunnskapsoppsummering og gjennomfører en spørreundersøkelse/intervju blant kursdeltakerne. Kursene har hatt mange deltakere og ulik innretning, og det kan virke som om kurs med lengre varighet og oppfølging har best effekt på eldre sin videre bruk av teknologien.

Vurdering

Flere av organisasjonene utvider prosjektenes virkeområder til enten kursing i flere regioner, eller har lagt planer for spredning av løsningen sin (Seniorsaken). SeniorSmart lanserer i september 2017 sin nye app med aktivitetsoversikt og transportmuligheter rettet mot eldre i Midt-Norge. Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har følgeevaluering/effektstudie av prosjektet og leverte rapport med resultat fra første år med kurs i april, som indikerer at flere eldre mestrer mobiltelefon og nettbrett som følge av opplæringen og at de har tatt den aktuelle teknologien i bruk i sosiale relasjoner. Nå skal de, ved hjelp av kvalitativ analyse, gå i dybden på tema som ensomhet, sosial deltakelse og mestring.

5. FORNYELSE OG INNOVASJON

Forenkling, fornying og forbedring gjennom innovasjon

5.1 Innovasjon

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

Fra 2015 ble en rekke tilskuddsordninger samlet i et kompetanse- og innovasjonstilskudd, som forvaltes av fylkesmennene. I 2016 utgjorde tilskuddet samlet 239,6 mill. kr, der 106,0 mill. kr. er knyttet til innovasjonstilskudd. Dette omfatter ikke midler disponert av nasjonalt velferdsteknologiprogram. Samlet søkte kommunene om midler til 504 prosjekter, der 350 prosjekter mottok tilskudd. Fordelingen var slik:

	2015		2016	
	Antall søknader	Antall innvilget	Antall søknader	Antall innvilget
Antall prosjekter med tema forebygging tidlig innsats og egenmestring	69	28	79	51
Antall prosjekter med tema habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering	97	78	98	67
Antall prosjekter med	80	50	119	89

tema velferdsteknologiske løsninger				
Antall prosjekter med tema samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og demensomsorgen spesielt	29	21	46	33
Antall prosjekter med tema legemiddelhåndtering	14	13	14	9
Antall prosjekter med tema ernæring	3	3	14	9
Antall prosjekter med tema fritidsaktivitet med assistanse	9	3	9	2
Antall prosjekter med tema kulturopplevelser	9	5	10	4
Annet	91	49	115	86
TOTALT	401	250	504	350

Fylkesmennene melder at det er stor variasjon i kvaliteten på innovasjonsprosjektene. Mange av søknadene oppfatter ikke fylkesmennene å være reelle innovasjonsprosjekter, men generell kompetanseutvikling og rutineforbedring. Det varierer hvilke krav fylkesmennene stiller til innovasjonsprosjektene, noen melder at de synes det er viktig å stimulere kommunene på dette feltet selv om prosjektet kan være noe umodent.

Flere av innovasjonsprosjektene er samarbeidsprosjekter mellom flere kommuner, også på tvers av fylkesgrenser.

En del av prosjektene er registrert under kategorien «Annet». Fylkesmennene rapporterer at dette er i hovedsak prosjekter knyttet til tjenesteutvikling på ulike felt.

Det er spesielt mange prosjekter knyttet opp mot velferdsteknologi, habilitering og hverdagsrehabilitering, og forebygging tidlig innsats og egenmestring. Dette er viktige satsinger i Omsorg2020. Det er fremdeles for tidlig hvilken effekt prosjektene har ut i kommunene, men den økende aktiviteten tyder på økt fokus på innovasjon i kommunene.

5.1.2 Velferdsteknologiens ABC

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet inngikk i 2014 avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC.

Velferdsteknologiens ABC er en praktisk opplæringspakke til kommunene, som skal gi ansatte grunnleggende kompetanse i bruk av velferdsteknologi.

Resultatrapport 2016

Velferdsteknologiens ABC er blitt utviklet og prøvd ut i utvalgte kommuner med gode resultater. Opplæringspakken ble klar til å tas i bruk av alle landets kommuner høsten 2016. Tiltaket foreslås videreført på samme nivå i 2017.

Vurdering

Ansvar for spredning opplæringspakken er lagt til USHT for 2017. Velferdsteknologiområdet er i rask utvikling, og det er behov for oppdatering og videreutvikling av opplæringsmateriellet for å ivareta dette. Det er planlagt tilrettelegging for e-læring for at slik oppdatering skal bli enklere.

5.2 Forenkling

5.2.1 Ta initiativ til en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, med sikte på å prøve ut nye grep for å sikre brukerne forsvarlige og gode tjenestetilbud

Formål og hovedprioriteringer

Statlig styring og øremerket tilskudd til omsorgstjenesten skal bidra til likhet mellom kommuner og riktigere behovsdekning. Det skal gjennomføres et forsøk i utvalgte kommuner, hvor virkemidler som statlig oppfølging av kommunenes tildelingsenhet, felles tildelingskriterier og øremerket tilskudd til omsorgstjenester med aktivitetsbasert finansiering skal prøves ut (jfr. Prop. 1S for budsjettåret 2016-2017, kap. 761, post 21 Omsorg 2020). Forsøket har en varighet på 3 år fra 1.5.2016. Helsedirektoratet har ansvar for å gjennomføre forsøket. Forsøket skal evalueres.

Resultatrapport 2016

Kommunene Lillesand, Os (Hordaland), Hobøl, Stjørdal, Selbu og Spydeberg deltar i forsøket. Det ble inngått avtaler med kommunene Lillesand, Os, Stjørdal og Hobøl om deltagelse i modell A og Selbu og Spydeberg om deltagelse i forsøkets modell B. Det er utbetalt tilskudd til de deltagende kommuner i henhold til tilskuddsregelverk for ordningen. Kommunene har gjennomgått og tilpasset rutiner for tildeling av tjenester og alle vedtak om helse- og omsorgstjenester er gjennomgått for å sikre at de er i henhold til brukers behov og tjenester som tilbys. I den forbindelse er kodeverk for nytt finansieringssystem implementert og tatt i bruk i forsøkets modell A. Utbetalingen til kommunene for perioden 1.5.2016 – 31.12.2016 viste en overskridelse av rammen på 2,2 % og er knyttet til økt aktivitet i kommuner i modell A.

Vurdering

Det er igangsatt understøttende tiltak med utvikling av ny rapport i omsorgssystemene knyttet til finansiering av tjenestene, utvikling av funksjonalitet for vedlegg til elektroniske meldinger og utredning vedrørende mulig fremtidig bruk av IPLOS-data. Helsedirektoratet har erfart at innføring av ny

finansieringsmodell har vært krevende for kommunene i modell A, spesielt i forhold til gjennomgang av alle vedtak og rapportering hvert kvartal til Helsedirektoratet.

5.3 Innovativ planlegging

5.3.1 Helse- og omsorg i plan

Formål og hovedprioriteringer

Gjennom Prop. 1 S (2010–2011) ble det vedtatt å utvikle et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgsområdet. Hensikten var å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse om helhetlig planlegging, sikre tverrfaglig og tverrsektoriell planlegging og bidra til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå.

Målgruppen var medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommunesektoren og helseforetakene. Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet utarbeidet en kurspakke. Det skulle gis tilbud til 800–1000 studenter i løpet av planperioden fram til 2015 (senere utvidet til 2016). Prosjektet skulle også bidra til å utvikle felles planverktøy som kan støtte det lokale planarbeidet. Prosjektet er blitt forlenget med et halvt år for å avslutte siste kullet sommeren 2017.

Resultatrapport 2016

I studieåret 2016 – 2017 deltok 4 studiesteder og 93 studenter startet opp studiet i september 2016. Studiet inneholder de elementene som var tatt med i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet og avtalen mellom KS og Helsedirektoratet, samt endringer som er gjort på bakgrunn av innspill fra følgeevalueringen som NIBR har ansvar for. Hvis alle som er tatt opp i 2016 fullfører vil 645 studenter ha tatt master-temaet Helse og Omsorg i Plan.

Det er i tillegg til studiet avholdt workshops og dagskonferanser som gir deltakerne et teoretisk grunnlag for å forstå hva samfunns- og kommuneplanlegging er og grunnlaget for behovet for slik planlegging. Workshopene trekker fram gode eksempler og gir en praktisk tilnærming til statistikk, analyser, konsekvensvurderinger og prioriteringer i planlegging. Totalt deltok 950 personer i slike kurs i 2016.

Tre studiesteder som har hatt master-temaet Helse og Omsorg i Plan, har lagt inn dette temaet som en del av en full master når oppdragsstudiet fra KS ikke lenger er aktuelt. Dette er bl.a. gjort ved Høgskulen i Volda som en del av master i «Samfunnsplanlegging og ledelse» og på Høgskolen i Lillehammer som en del av master i «Innovasjon og ledelse» og Universitetet i Agder som en del av «Helseledelse».

KS og de fem studiestedene har utviklet en egen læringsportal i kommune- og samfunnsplanlegging hvor helse og omsorgsperspektivet har stått sentralt. Læringsportalen har vært brukt i forelesninger, i småkurs og ikke minst som ressursportal for alle som ønsker mer kunnskap om samfunnsplanlegging i et helse- og omsorgsperspektiv. Læringsportalen blir videreført av studiestedene etter at Helse- og omsorg i plan avsluttes, da en ser på dette tilbudet som nyttig i mange sammenhenger.

NIBR har gjennomføring av følgeevalueringen av Helse- og omsorg i plan. Delrapporten er presentert i styringsgruppe, kontaktmøte med Helsedirektoratet og i møte med fagansvarlige for studiet.

Vurdering

Tross betydelig markedsføring har prosjektet ikke greid å rekruttere tilstrekkelige antall studenter for å nå måltallet. Dette er imidlertid kompensert ved at man har hatt høy deltakelse på kurs av kortere varighet. Det er også etablert arenaer for e-læring som er tilgjengelig for alle uten kostnader som kan bidra til kunnskapsspredning om temaet strategisk planlegging også etter at Helse og omsorg i plan avsluttes i 2017.

5.3.2 Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommune

Formål og hovedprioriteringer

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag fikk i 2011 i fellesskap i oppdrag å utvikle og implementere verktøy for planlegging av helse- og omsorgstjenester i et langsiktig perspektiv. Arbeidet skulle bygge på erfaringer gjort gjennom utvikling av standardisert elektronisk analysemodell/planverktøy, samt arbeidet med framtidige omsorgsutfordringer og utarbeidelse av lokale veiledere for Omsorgsplan 2015 av Fylkesmennene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I statsbudsjettet for 2016, kap 769 post 21, er det bevilget 1 mill. kroner til Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Resultatrapport 2016

I tillegg til 1 millioner kroner over statsbudsjettet for 2016 ble det av Helsedirektoratet bevilget kr. 1,5 mill. til å styrke prosjektet i helse og omsorgsplanlegging i Trøndelag, med sikte på at det [Ressursportalen](#) Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har utviklet kan gjøres tilgjengelig for andre fylker som ønsker å ta det i bruk. Midlene ble benyttet til å styrke prosjektet i Trøndelag samt dekning av kostnader knyttet til opplæring av fylkesmenn som vil ta verktøyet i bruk. Det ble gjennomført møter med Fylkesmenn i Oslo og Akershus, Sør-Trøndelag, Hedmark, Oppland, Aust- og Vest Agder og Østfold. Prosjektleder har også gjennomført flere foredragsoppgaver ved etterspørsel.

I tillegg ble det av Nord universitet utviklet i 2016 et 15 studiepoengs studie der statistikkverktøyet skal være statistikkbasen for kommunal helse- og omsorgsplanlegging. Dette er et praktisk studie der sluttproduktet skal være en konkret plan. Studentene fikk gjennom kurset kunnskap og ferdigheter i analyse og samfunnsplanlegging spesielt rettet inn mot helse, omsorg, og velferdsområdet.

Vurdering

Fylkesmannen har gjennomført aktiviteter i henhold til planen. Verktøyet er nå utviklet og tas i bruk av fylkesmenn og kommuner. Det er ca. 7500 treff på nettsidene. Flest i fylkene Nord-Trøndelag med 2 311treff, Møre og Romsdal med 1 465 treff og Oslo med 865 treff.

5.4 Bedre kvalitet

5.4.1 Noklus

Formål og hovedprioriteringer

Noklus («Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus») arbeider for å bedre kvaliteten på laboratoriearbeid og analyser utenfor sykehus.

Resultatrapport 2016

Cirka 870 sykehjem deltok i Noklus ved utgangen av 2016 og i løpet av året fikk 577 av disse ett eller flere besøk. Det ble arrangert 299 kurs for 3343 sykehjems-ansatte, i tillegg til at mange gjennomførte e-læringskurs.

I 2016 startet prosjektet med å kvalitetssikre all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i de tre fylkene som var med i pilotprosjektet. Noklus blir godt tatt imot, og omtrent alle (98 %) har takket ja til å delta. I 2017 planlegges oppstart i to nye fylker som følge av økning i bevilgning. Målet med prosjektet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse, slik at all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetssikret

Hjemmetjenesten samarbeider med flere aktører (sykehjem, fastlegekontor, legevakt og andre hjemmetjenesteenheter), og det er ekstra viktig med rutiner/prosedyrer som sikrer god samhandling mellom helsepersonell i hjemmetjenesten og fastlegekontorene, og mellom helsepersonell i sykehjem og sykehjemslegen.

2016 var det ca. 3900 helsearbeidere, derav ca. 1600 leger, som svarte på kasuistikkutsendelsen på CRP, og 10 000 e-læringskurs ble gjennomført. Både i 2016 og 2017 har Noklus fokus på riktig bruk av CRP – analysen og diagnostikk av urinveisinfeksjon hos eldre. Riktig bruk av laboratorieanalyser vil føre til at unødvendig bruk av antibiotika reduseres.

Vurdering

Gjennom pilotprosjektet for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten og utrulling av prosjektet til alle kommunene i de tre prøvefylkene har det blitt tydelig at det foregår mye laboratoriearbeid i hjemmetjenesten og at det er behov for å kvalitetssikre denne. Kvalitetssikringen omfatter indikasjon for prøvetaking, tolkning av prøveresultater, oppbevaring og eventuell transport. Videre er bruk av hensiktsmessig laboratorieutstyr og kontroll av dette en del av kvalitetssikringen. Det er positivt at interessen for hjemmetjenesteprojektet er stor i pilotfylkene, og at de aller fleste sykehjem som deltok i sykehjemsprosjektet fortsatt er tilsluttet NOKLUS. Kvalitetssikring av laboratorietjenesten bidrar til at den helhetlige pasientoppfølgingen styrkes, blant annet gjennom økt pasientsikkerhet og riktigere legemiddelbruk.

5.4.2 Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Formål og hovedprioriteringer

Den nasjonale sertifiseringsordningen av livsgledesykehjem, som ble satt i gang i 2013 av stiftelsen Livsglede for eldre, skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Tilbudet skal spres gradvis, og stiftelsens mål er at den skal være inne på 50 % av sykehjemmene innen utgangen av 2020.

Resultatrapport 2016

24 nye sykehjem er blitt sertifisert som «Livsgledesykehjem» i 2016, og 26 ble re-sertifisert. I disse sykehjemmene er livsgledeskriterier omsatt til beboeraktiviteter, og aktiviteter som er rutiner i hverdagen. Ved ytterligere 28 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livegledesertifisering. I alt samarbeider stiftelsen pr. 31.12.16 med i 78 sykehjem. Stiftelsen driver utstrakt samarbeid bl.a. med barnehager, ungdomsskoler og videregående skoler for å bidra til spredning av konseptet.

Vurdering

Helsedirektoratet følger satsningen gjennom møter og senterets årsrapporter for tilskuddet. Måloppnåelse når det gjelder antall sykehjem sertifisert hittil er svak i forhold til stiftelsens egendefinerte mål om 50 % innen 2020. Stiftelsens vurdering er at det ikke kan oppnås mer pr. år enn hittil med de ressurser den nå har.

5.4.3 Innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren, bla. basert på bruker- og pårørendeerfaringer

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet mottok et tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr.8, som en følge av at regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren, med følgende oppdrag: Utvikle bruker- og pårørendeundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe og avholdt en erfaringskonferanse i 2016. Arbeidet går ut på å videreutvikle metoden, gjøre den mer forskningsbasert og forbedre temaene i bedrekommune.no som i dag benyttes av mange norske kommuner til bruker- og pårørendeundersøkelser.

Resultatrapport 2016

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS, Kommuneforlaget, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet jobber mot en pilot for en nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelse.

Vurdering

Piloten vil gi et godt grunnlag for en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse som kan tilbys alle kommunene. Data fra undersøkelsen vil kunne gi mulighet for utarbeidelse av flere nasjonale kvalitetsindikatorer.

5.4.4 Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenesten

Formål og hovedprioriteringer

Det er utviklet Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring (2009) som legger føringer for ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten.

For å følge opp de nasjonale retningslinjene har det blitt jobbet med å utvikle relevante nasjonale kvalitetsindikatorer.

Resultatrapport 2016

Utkast til nye kvalitetsindikatorer innen ernæringsmessig risiko (hjemmeboende og beboere på sykehjem) og legemiddelgjennomgang på sykehjem er ferdigstilt som ledd i gjennomføring av 3-årig handlingsplan for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (2014-2017).

Vurdering

Data fra kommunene samles inn for området ernæring gjennom IPLOS i 2016. Det planlegges publisering av kvalitetsindikatorer i 2017

5.4.5 Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet "I trygge hender".

Formål og hovedprioriteringer

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» har som målsetting å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i norsk helse- og omsorgstjeneste. Det var i 2016 totalt tolv innsatsområder i programmet, hvor syv var aktuelle for kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Ledelse av pasientsikkerhet

Arbeidet med spredning av innsatsområdene i kommunene skjer ved hjelp av læringsnettverk som metode, i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste i fylkene.

Pasientsikkerhetsprogrammet startet i 2015 opp et pilotprosjekt for «Pasient og brukersikre kommuner» i samarbeidet med Tønsberg kommune. Pilotprosjektet skal bidra til å forankre pasientsikkerhetsarbeidet i kommunen, både politisk, administrativt og faglig og til å styrke implementeringen av innsatsområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Resultatrapport 2016

Ved utgangen av 2016 var 64 % av landets kommuner involvert i pasientsikkerhetsprogrammet med ett eller flere innsatsområder. Innsatsområdene for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste er de områdene kommunene har kommet lengst med, men flere utviklingssentre har enten kommet i gang med eller har planer om læringsnettverk for øvrige innsatsområder. I 2016 startet det også opp flere fylkesvise læringsnettverk i regi av utviklingssentrene på innsatsområdet «Ledelse av pasientsikkerhet». To nye innsatsområder som er aktuelle for kommunal helse og omsorgstjeneste ble i 2016 utviklet: Forebygging og behandling av underernæring og Tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

Satsningen på «Pasient- og brukersikre kommuner» ble utvidet med fire nye kommuner; Karmøy, Lier, Vestvågøy og Smøla.

Vurdering

Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet vedtok i 2016 å øke innsatsen i kommunal helse- og omsorgstjeneste, med mål om at arbeidet med pasientsikkerhet skal forankres sterkere ut mot ledernivåene i kommunene, kurs- og opplæringsaktiviteter skal rettes enda mer mot kommunal helse og omsorgstjeneste og at konseptet «Pasient- og brukersikker kommune» videreutvikles. Arbeidet med å revidere programmets strategi startet opp i 2016 som en følge av disse vedtakene.

5.4.6 Etablere et kommunalt pasientregister.

Formål og hovedprioriteringer

Meld. St. 26 (2014– 2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* og Meld. St. 19 (2014– 2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*, peker begge på behovet for et bedre kunnskapsgrunnlag kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er særlig behov for kunnskap om helhetlige pasientforløp og sammenhengen i tjenestene som en pasient eller bruker tilbys. De ansvarlige må vite hvordan tjenestetilbudet fungerer etter hensikten, og om pasienter og brukere opplever tjenestene som gode. Videre trengs informasjon om forekomst og årsaker til sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer, slik at vi kan forebygge og bygge ut tjenester med riktig kapasitet. Det må foreligge kunnskap om hva som er effektiv forebygging, behandling, rehabilitering og gode måter å organisere og finansiere behandlingen og tjenestene på.

Resultatrapport 2016

Stortinget vedtok etablering av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) juni 2016, og utkast til forskrift for KPR ble sendt på høring 23.12.2016 med høringsfrist 23.3.2017.

Det nye registeret skal gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene vil også være en viktig datakilde for kvalitetsforbedringsarbeid, produksjon av statistikk, forebyggende arbeid, beredskap, analyser og forskning.

Vurdering

Det nye registeret skal utvikles trinnvis og en viktig del av det forberedende arbeidet i 2015 og 2016 har vært å utrede hvilke data som bør inngå og hva som eksisterer i tjenesten i strukturert form i dag.

Første trinn vil bygge på eksisterende rapporteringsløsninger. Det er i 2016 gjennomført analyser av eksisterende kilder, og det er påbegynt teknisk løsningsutvikling for innbyggertjenester og datafangst.

6. INTERNASJONALT SAMARBEID PÅ OMRÅDER RELATERT TIL OMSORG 2020

Helsedirektoratet deltar i flere internasjonale samarbeid om demens:

- **Nordisk demensnettverk:**

Nordisk ministerråd vedtok høsten 2014 å etablere et nordisk demensnettverk. Nettverket er organisert som en overordnet koordineringsgruppe, der myndigheter og nasjonale kompetansemiljø fra landene deltar. I tillegg finnes det to temanettverk; ett om innvandrere og demens, og ett om utviklingshemning og demens.

Formannskapet for den overordnede koordineringsgruppen går på omgang mellom landenes myndigheter. Nordens velferdssenter har sekretariatsfunksjon. Norge ved Helsedirektoratet hadde formannskapet det første året (2015).

Nettverket hadde ett møte i 2016, der Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse deltok.

- **Group of Governmental Experts on dementia i EU/EØS:**

EU sitt helsedepartement opprettet i 2014 en ekspertgruppe for demens, der representanter fra landenes myndigheter er invitert til å delta. Hensikten med nettverket er å spre og bidra til oppfølging og implementering av føringer om demens, både fra Joint Action on Dementia, samt fra WHO, OECD og lignende. Et tydeligere mandat for nettverket er under utarbeidelse. Helsedirektoratet deltok i 2016 på de to møtene som ble arrangert i ekspertgruppen.

- **Joint Action on Dementia i EU/EØS:**

Joint Action on Dementia startet formelt våren 2016 og går over tre år. Arbeidet er en del av EU sitt helseprogram og er forankret i EU sitt helsedepartement. Skottland leder Joint Action on Dementia, og det er fastsatt fire faglige arbeidspakker eller temaområder, som ledes av ulike land. Som hovedregel deltar hvert land i to arbeidspakker. Arbeidspakkene er:

- Utredning av demens og oppfølging etter diagnose
- Koordinator og forebygging av kriser
- Boformer med heldøgns omsorgstjenester
- Tilrettelegging av omgivelser og samfunn

På vegne av Norge deltar Helsedirektoratet sammen med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Norge deltar i arbeidspakkene Utredning av demens og oppfølging etter

diagnose, samt Boformer med heldøgns omsorgstjenester, som Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse leder på vegne av Norge.

I 2016 deltok Helsedirektoratet på felles oppstartsmøte for Joint Action on Dementia, og ett møte i hver av de to arbeidspakkene vi deltar i, i tillegg til arbeid med leveranser til arbeidspakkene.

7. ANALYSE AV EFFEKTER OG RESULTATER SETT I SAMMENHENG MED FORSKNING OM UTVIKLINGEN I SEKTOREN.

Årsrapporten for Omsorg 2020 beskriver en lang rekke tiltak som til sammen skal medvirke til en endring i sektoren. Som det framgår av rapporten er tiltakene gjennomført etter planen. Ut fra en slik betraktning er derfor arbeidet «i rute». Formålet med planen er å «bidra med langsiktighet i vårt felles arbeid med å styrke kapasitet, kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, og fungere som et viktig grunnlagsmateriale for kommunene i planlegging, utvikling og drift av helse- og omsorgssektoren.» Dette er operasjonalisert gjennom fem hovedsatsingsområder. I dette kapitlet forsøker Helsedirektoratet å vise noen utviklingstrekk basert på den kunnskapen vi har samlet inn om tjenestene.

Helsedirektoratet ønsker særlig å trekke fram tre utviklingstrekk.

Videreutvikling av kunnskapsbasert praksis som et meget sentralt virkemiddel for å videreutvikle de kommunale omsorgstjenestene i tråd med regjeringens intensjoner. Etter vår mening er vi i ferd med å utvikle en metode som fungerer, i aksen mellom Fylkesmannen, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Sentrene for omsorgsforskning. Denne arbeidsformen ut mot kommunene må videreutvikles og styrkes skal vi nå de målsettinger som er satt for Omsorg 2020.

Rapporten «Framtidens eldre i by og bygd» viser at «omsorgsbyrden» vil være til dels svært ulike i kommunene fram mot år 2040. Små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene. Samtidig ser Helsedirektoratet at tilskuddsordninger som fremmer innovasjon og nye teknologiske løsninger i mindre grad benyttes av små kommuner i utkantstrøk. Det er derfor grunn til å følge ekstra nøye med på om det oppstår uønskete ulikheter i utviklingen av helsetjenestetilbudet mellom små kommuner i innlandet og Nord-Norge, og store sentrale kommuner i årene som kommer.

Et godt samarbeid mellom kommunenes hjemmebaserte tjenester og fastlegene er helt avgjørende for at brukerne skal oppleve å være trygge i egne hjem. Økende kompleksitet i sykdomsbildet hos hjemmeboende utfordrer gamle organisatoriske strukturer. Svaret på denne utfordringen har vært styrking av samhandling gjennom prøveprosjekt med primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det vil være behov for å følge utviklingen i behov for fastleger og andre helsefaglige grupper nøye, for å se om de er dimensjonert for å ta på seg de nye oppgavene. Det er også helt sentralt at utvikling av IKT verktøy, som bidrar til god informasjonsutveksling mellom aktørene, blir prioritert.

7.1 Sammen med bruker, pasient og pårørende

I Analyserapporten for 2016⁶ viser vi at det ikke er noen tydelig endring i brukernes rapporterte opplevelse av kvalitet på tjenestene de siste årene. Det ser ut til at brukerinvolvering bare i noen grad er en realitet i praktisk utføring av helse- og omsorgstjenestene. Det arbeides imidlertid aktivt med temaet i mange kommuner og innenfor flere fagfelt. Slik Helsedirektoratet vurderer det er mange kommuner kommet i fasen med utprøving av nye metoder og arbeidsformer for å involvere brukerne og pårørende. Erfaringsmessig tar denne type holdningsskapende arbeid tid. Kunnskapsgrunnlaget for hvordan man kan arbeide med temaet synes å være økende. Det mangler imidlertid forskning som viser om brukerne og pårørende opplever å være involvert i hvordan tjenesten utføres/ytes.

7.2 En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste

God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, rehabilitering, habilitering, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Analyserapporten 2016 viser at det er en positiv trend i forhold til å etablere et kunnskapsgrunnlag for helse- og omsorgstjenestene. Det forskes mer på området og de strukturene som er etablert for å spre kunnskap ut til praksisfeltet er i en positiv utvikling. Det er imidlertid en lang vei å gå før kommunene er på et nivå tilsvarende spesialisthelsetjenesten. Kommunenes rolle og bidrag inn i forskningen er i mindre grad utviklet. Det er imidlertid en del av de større kommunene som er i ferd med å utvikle modeller for samhandling med forskningsmiljøene. Viktige kunnskapsaktører som Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, Sentre for Omsorgsforskning, Fylkesmannen, Universitets- og høyskolesektoren og Helsedirektoratet har etablert en felles arena mot kommunene gjennom avtaleplattformen som utviklingssentrene hviler på. Andre kunnskapsaktører som KS og kompetansesentrene i og utenfor spesialisthelsetjenesten har andre nettverk og systemer for samhandling med kommunene. Det er viktig at de ulike systemene underbygger og styrker hverandre i det videre arbeidet med å utvikle en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste.

7.3 De nye hjemmetjenestene

Tilbud om dagsenter viser stor variasjon mellom kommunene. Det har vært en sterk satsing, gjennom en egen tilskuddsordning, på dagaktivitetstilbud til personer med demens de senere årene. Det er fortsatt en del kommuner som ikke har opprettet dagaktivitetstilbud tilbud for personer med demens. Helsedirektoratet har liten kunnskap om de som bor hjemme likevel får et tilstrekkelig tilbud. Direktoratet vil arbeide med å utvikle indikatorer som bidrar til å følge med på om personer med demens som bor hjemme får et tilstrekkelig dagaktivitetstilbud i kommunen.

Trygge og sikre tjenester kjennetegnes av personell med tilstrekkelig kompetanse til å gi individuelt tilpassede tjenester. For ytterligere om kompetanse vises det til årsrapport for Kompetanseløft 2020.

Det er flere tegn som tyder på at hjemmetjenestene etter overføring av stadig nye oppgaver mangler kompetanse for å møte de nye utfordringene. Det er en betydelig økning av yngre brukere med

⁶ IS 2613 Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016 Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren Helsedirektoratet 2017

sammensatte behov. Samtidig har samhandlingsreformen medført at eldre skrives raskere ut fra sykehus, og rehabiliteringsoppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Flere av forskningsrapportene som denne analysen bygger på, konkluderer med at kommunene bare i noen grad er i stand til å møte de kravene til kompetanse som denne endringen krever. Dette til tross for at det både er en generell økning i antall ansatte og deres kompetanse, en økning i forskningsaktiviteten og etablering av utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester. Helsedirektoratet ønsker spesielt å trekke fram tjenester til utviklingshemmede samt habilitering- og rehabiliteringstjenestene som risikoområder. Et av de områdene som har hatt en positiv utvikling når det gjelder kompetanse er psykisk helse og rusfeltet. Her har det vært et langsiktig og planmessig arbeid i kommunene som ser ut til å gi positive resultater.

Statistikk fra KOSTRA viser at kommunene i noen grad har et økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er også positivt at kommunene i økende grad planlegger for morgendagens utfordringer og analyserer hvilke helseutfordringer kommunen har. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til bl.a. manglende forankring i ledelsen og i sektorer utenfor helse. Evaluering av samhandlingsreformen peker også på at kommunale tjenester har blitt mer preget av medisinsk behandlingfokus. Riksrevisjonen har også stilt spørsmål om hvorvidt arbeidet er tilstrekkelig kunnskapsbasert.

Både for habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon og for bruk av private fysioterapeuter er det også betydelig variasjon mellom kommuner. Det er en opptrappingsplan for dette feltet, men det er grunn til å følge utviklingen nøye.

Lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort, andelen av deltidsansatte er høy og tjenestene utføres 24 timer i døgnet. Samtidig øker kravene til lederne innenfor områder som kunnskapsledelse, samhandlingsledelse og oppbygging av gode styringssystemer. Mye tyder på at lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset disse «nye» oppgavene og tjenestens kompleksitet.

7.4 Moderne lokaler og boformer

Undersøkelse av kommunenes behov for utbygging av heldøgns omsorgsplasser i årene fremover anslår et samlet investeringsbehov på om lag 60 000 plasser mot 2030. Dette inkluderer både utskifting, renovering og kapasitetsvekst.

Målet i statsbudsjettet om 2 500 boenheter ble nesten nådd. I 2016 ble det gitt tilsagn til 175 saker med totalt 2 455 boenheter. Samlet tilskudd var om lag 4 090 mill. kr. Antall boenheter (omsorgsplasser) var i 2016 10 prosent høyere enn i 2015 og var fordelt på 1 146 omsorgsboliger og 1 309 sykehjemsplasser. Ser vi på hele perioden 2012 – 2016 fikk vi en økning på 79 prosent fra 2013 til 2014 i antall boenheter noe som nok i stor grad skyldes økte tilskuddsandeler. Når det gjelder de to påfølgende årene har det imidlertid skjedd en stabilisering på rundt 2 450.

Veksten i antall omsorgsboliger har vært noe større enn antall sykehjemsplasser. Fra 2008 var det en vekst på 176 prosent i antall omsorgsboliger. Tilsvarende for sykehjemsplasser var 99 prosent. Ser vi bare på utviklingen 2014 – 2016 var det en økning i antall omsorgsboliger med 11 prosent, mens det var en nedgang på 9 prosent for antall sykehjemsplasser. Det rimer godt med funn fra NOVA, der analyse av kommunenes planer indikerer en prioritering av omsorgsboliger og hjemmetjenester.

7.5 Fornyelse og innovasjon

God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle mottar et likeverdig tjenestetilbud. Oversikt over helsetilstanden og planlegging av tjenesten er et grunnlag for at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Selv om mange av kommunene har kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, er det fortsatt mange kommuner som ennå ikke har kommet i gang. Evaluering av Omsorgsplan 2015 viste at de store kommunene i større grad enn små kommuner bruker plan som et verktøy i sitt utviklingsarbeid.

Nye resultat viser at velferdsteknologi gir store gevinster både for tjenestemottaker og samfunn når den er tilpasset sluttbrukers behov og brukes riktig. Erfaringer fra utprøvinger i kommuner tilknyttet Nasjonalt program for velferdsteknologi viser at det er en høy grad av samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved å omstille helse- og omsorgstjenesten ved hjelp av velferdsteknologi, samtidig opplever brukere, pårørende og ansatte økt kvalitet på tjenesten.

7.6 Avslutning

Denne rapporten har analysert utviklingstrekk basert på data og forskning for Omsorg 2020. I april 2018 vil Helsedirektoratet publisere et analysenotat som vil identifisere og analysere utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren i 2017, blant annet knyttet til utvikling og bruk av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.

I notatet vil vi legge spesiell vekt på utvikling for to utsatte grupper. De som har syn og /eller hørselstap samt personer med utviklingshemming. Vi vil også analysere data om brukerne innenfor flere grupper enn mottaker av tjenester over og under 67 år. Spesielt vil vi belyse utvikling i behov og tjenester for de yngre brukerne. Med bakgrunn i det som er framkommet om framtidig «omsorgsbyrde» i kommunene i SSB sin rapport «Framtidens eldre i by og bygd», vil direktoratet også se nærmere på variasjoner mellom kommuner slik det framgår av dagens statistikk.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no