



Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020



Årsrapport 2017

Omsorg 2020

Publikasjonens tittel: Årsrapport 2017 for Omsorgsplan 2020

Utgitt: 05/2018

Publikasjonsnummer: IS-2722

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
SAMMENDRAG	10
1. STATISTIKK	12
1.1 Demografiske endringer	12
1.2 Variasjon i tjenestetilbudet	13
1.3 Endringer i tjenestetilbudet	13
1.4 Tjenester og alder	14
1.5 Utviklingstrekk for tjenester i hjemmet	15
1.6 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon	16
2. SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE	19
2.1 Brukere og pasienter – Mestring og mangfold	19
2.1.1 Evaluere rettighetsfestingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	19
2.2 Pårørende – Støtte og synliggjøring	20
2.2.1 Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk	20
2.3 Frivillige, ideelle og næringsliv	21
2.3.1 Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer	21

INNHold

3. EN FAGLIG STERK HELSE- OG OMSORGSTJENESTE / DEN NYE HJEMMETJENESTEN	22
3.1 Forebygging, kultur og aktiv omsorg	22
3.1.1 Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet (tidligere Aktivitet for seniorer og eldre)	22
3.1.1 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg	23
3.1.2 Fritidsaktivitet med assistanse	23
3.1.3 Veiledningsmateriell forebyggende hjemmebesøk	24
3.2 Mestring og hverdagsrehabilitering	24
3.2.1 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019.	24
3.2.2 Opptappingsplan på Rusfeltet	25
3.3 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	26
3.3.1 Styrke ansattes kompetanse innen lindrende behandling generelt og kompetansen på lindrende behandling for barn spesielt.	26
3.3.2 Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livet slutt	28
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	29
3.3.5 Frivillighetskoordinatorer	29
3.4 Styrking av helsetjenesten	30
3.4.1 Gjennomføring av Demensplan 2020 med tilhørende oppgaver	30
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	36
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.	38
4.	MODERNE LOKALER OG BOFORMER	40
4.1	Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger	40
4.1.1	Investeringsstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser	40
4.2	Velferdsteknologi	46
4.2.1	Gjennomføre nasjonalt program for spredning og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene	46
4.2.2	Utprøving av teknologisk verktøy til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier	46
4.2.3	Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke	47
5.	FORNYELSE OG INNOVASJON	49
5.1	Innovasjon	49
5.1.1	Styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk.	49
5.1.2	Velferdsteknologiens ABC	49
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	52
5.4.1	Noklus	52
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

INNHold

5.4.5 Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet, ”I trygge hender 24-7”. 54

6. UTVIKLINGSARBEID UTENOM OMSORG 2020	56
6.1 Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering	56
6.2 Utvikle mer teambaserte arbeidsformer og metoder og styrke den kliniske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene	57
6.3 Veileder for kommunene for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov	58
7. ANALYSE AV EFFEKTER OG RESULTATER SETT I SAMMENHENG MED FORSKNING OM UTVIKLINGEN I SEKTOREN.	59
7.1 Tilleggsanalysen for 2017	59
7.2 Analysen for 2016	60
7.2.1 Sammen med bruker, pasient og pårørende	60
7.2.2 En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste	60
7.2.3 De nye hjemmetjenestene	61

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. I tillegg er det lagt inn overordnet rapportering på opptrappingsplanen for habilitering om rehabilitering, samt opptrappingsplanen for rus, da disse planene bør sees i sammenheng med arbeidet for en faglig sterkere tjeneste denne planen. 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. mai påfølgende år skal Helsedirektoratet utarbeide årsrapport for Omsorg 2020 i samarbeid med Husbanken, som oppsummerer og analyserer effekter og resultater av planen sett i sammenheng med statistikk og forskning om utviklingen i sektoren.»*

Rapporteringstidspunktet for årsmeldingen er endret fra 1. november til 1. mai. Det medfører et kort intervall mellom årsrapport for 2016 og 2017. Det har i mellomtiden ikke kommet tilsynsrapporter eller sentral forskning som endrer hovedkonklusjonene fra forrige års rapport. En prosess som innebærer dialog med forskningsmiljøer og fylkesmenn er derfor ikke gjennomført for 2017 rapporten. Analysene fra fjorårets rapport gjelder også for årets rapport. Analysedelen vil derfor ta utgangspunkt i endringer vi ser i statistikkgrunnlaget og en samlet vurdering av de ulike tiltakene i planen.

Det er gjort noen endringer i framstillingen av statistikken for 2017. Aldersinndelingen er gjort mer findelt slik at befolkningen nå er delt inn i fem aldersgrupper mot tidligere tre. En finere aldersinndeling hadde vært ønskelig for å se nærmere på hvorfor tjenesteomfanget til de yngre brukerne øker. Dette tallgrunnlaget foreligger ikke pr. 15 mars, og videre analyser må vente til etter at årets leveranse av IPLOS data fra SSB.

INNLEDNING

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at årets analyse baserer seg på foreløpige tall pr. 15. mars fra SSB. Dette har sin bakgrunn i at SSB har vurdert kvaliteten på tallgrunnlaget i IPLOS på 15 mars til å være så bra at det ventes lite endringer i dette fram til endelige tall blir publisert pr. 15. juni.

Resultatdata fra fylkesmennene innenfor Kompetanseløft 2020 skal leveres per 1. juni. De behandles derfor ikke i denne analysen.

Helsedirektoratet har et pågående arbeid med å analysere data fra IPLOS om brukere av helse- og omsorgstjenester i kommunene med nedsatt syn og hørsel. Dette arbeidet vil bli presentert i et eget notat.

Helsedirektoratet ønsker særlig å trekke fram fire utviklingstrekk.

Videreutvikling av kunnskapsbasert praksis som et meget sentralt virkemiddel for å videreutvikle de kommunale omsorgstjenestene i tråd med regjeringens intensjoner. Etter Helsedirektoratet sin mening er den kommunale helse- og omsorgstjenesten 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, samt kompetanse i planlegging, 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.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gjennomgått store endringer som blant annet kjennetegnes av flere bruker med mer komplekse sykdomsbilder. Dette har medført økt grad av spesialisering og sterkere krav til samhandling og styring. Kunnskapsgrunnlaget for dette fremkommer av rapporteringen fra Kompetanseløft 2020. I tillegg har økt fokus på kvalitetsforbedring, innovasjon og brukertilpassede tjenester medført endrede krav til kompetanse hos ledere av tjenestene. Kunnskapsgrunnlaget for dette fremkommer av denne rapporten. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er et viktig bidrag for å styrke ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Helsedirektoratet mener at lederutdanningen er helt sentral i videreutviklingen av tjenestene. I dag er

SAMMENDRAG

trolig lederspennet for stort i deler av de kommunale tjenestene. Helsedirektoratet mener at satsingen på lederutdanning må fortsette i årene som kommer. Kommunene må også legge til rette for et lederspenn som gjør det mulig å utøve ledelse innenfor de kravene som framkommer av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring av helse- og omsorgstjenesten.

1. STATISTIKK

1.1 Demografiske endringer

I perioden fra 2009 til 2017 har det vært betydelige demografiske endringer. Befolkningen har totalt sett økt med 9,6 prosent, men aldersgruppen mellom 67 og 79 år har økt med 37 prosent. Befolkningen mellom 80 og 90 år er redusert, samtidig som det har vært en økning på nesten 29 prosent i antall innbyggere over 90 år. (Tabell 1)

Tabell 1: Befolkningsendring i prosent i perioden 2009 til 2017 fordelt på aldersgrupper.

	Befolkningsendring i prosent mellom 2009 og 2017
0-17 år	2,5
18-49 år	9,0
50-66 år	9,4
67-79 år	37,3
80-89 år	-4,6
90 år og eldre	28,7

Kilde SSB / Statistikkbanken

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»¹ viser at enkelte geografiske områder av landet kan få en relativt beskjedent 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

¹ Adrian Farnes Rogne og Astri Syse Framtidens eldre i by og bygd. Rapport 2017/32 SSB

ressurser, mens de mest ressurssterke eldre (når det gjelder utdanning og økonomiske forhold) bor i fylker der aldringen blir svakest.» (SSB, 2017, s. 208)

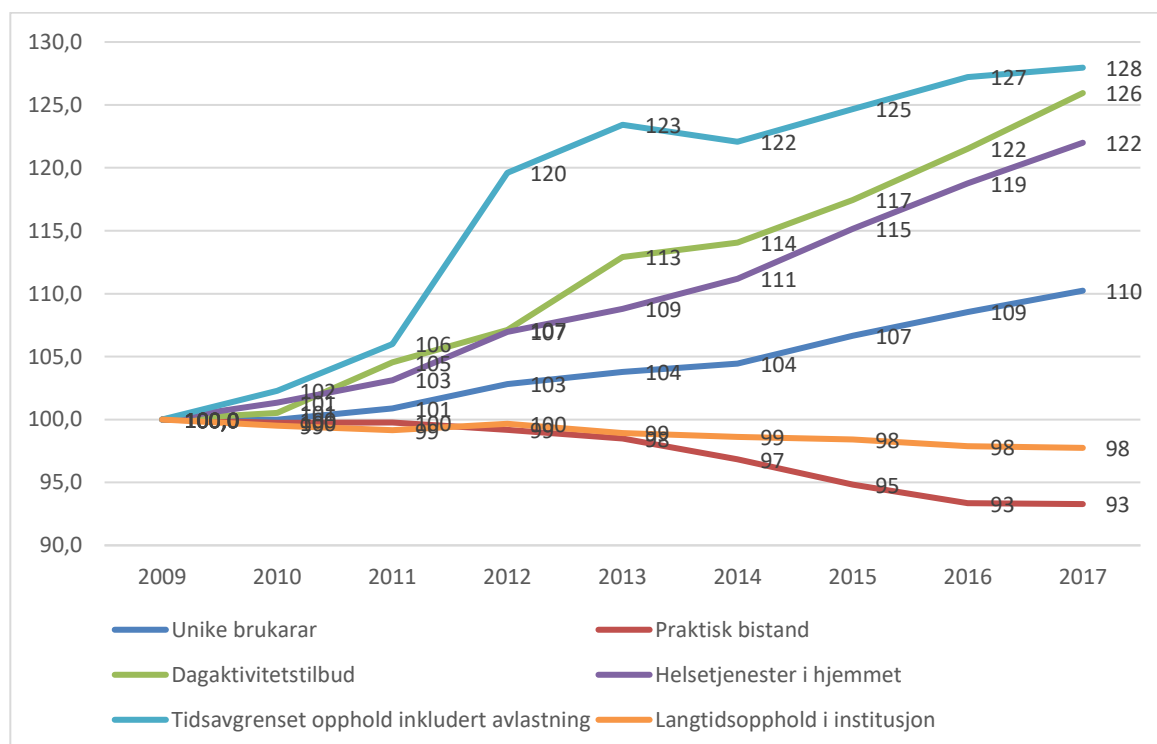
1.2 Variasjon i tjenestetilbudet

Det er betydelig variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon. Temaet er behandlet i Analyserapporten for 2016 og er et sentralt tema i Samdata kommune rapporten for 2016. Det foreligger ikke nye data som ytterligere belyser endringer mellom 2016 og 2017. Helsedirektoratet henviser derfor til tidligere rapporter for mer utfyllende informasjon om dette temaet.

1.3 Endringer i tjenestetilbudet

Tjenestetilbudet av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon omfatter om lag 360 000 mottakere i 2017 og representerer en vekst på ti prosent siden 2009. I figur 1 er endringene i antall mottakere presentert for tjenestegruppene.

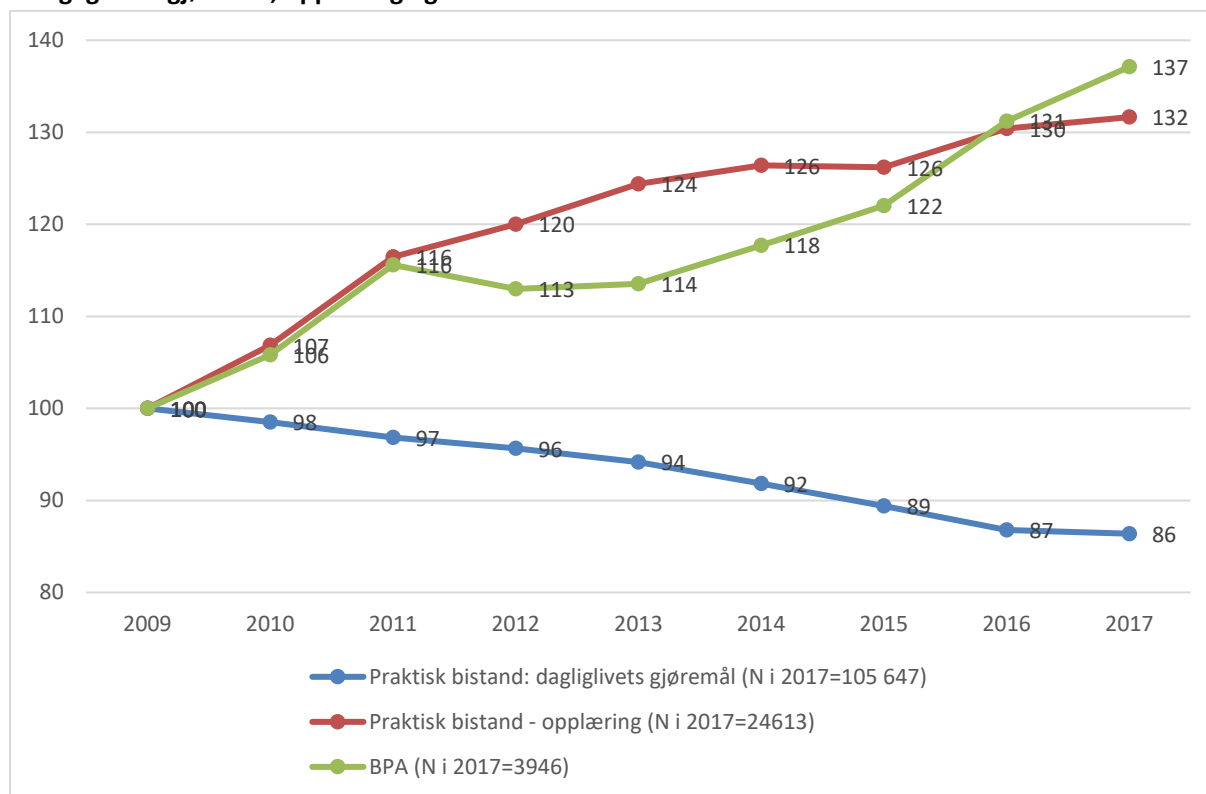
Figur 1 Endring (prosent) i antall mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon 2009-2017.



Kilde: SSB/IPLOS. (Tall for 2017 er foreløpige.)

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 figur 2 gjelder denne reduksjonen dagliglivets gjøremål. Når det gjelder praktisk bistand opplæring og BPA viser tallene at det er en økning i tilbudet på ca. 37 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.

Figur 2 Antall tjenester og endring i prosent praktisk bistand 2009 – 2017 delt inn etter: praktisk bistand – dagliglivets gjøremål, opplæring og BPA



Kilde SSB / Statistikkbanken (Tall for 2017 er foreløpige)

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

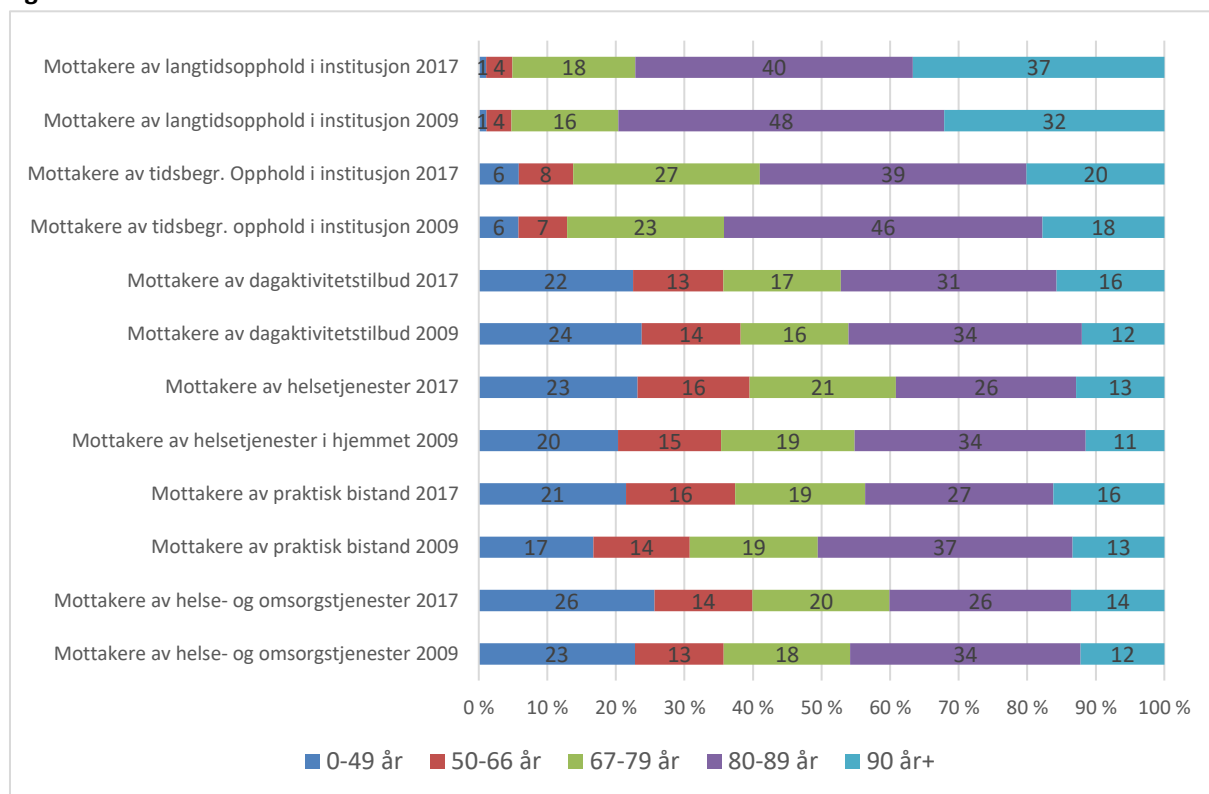
1.4 Tjenester og alder

Antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester øker. Fra 2009 til 2017 har andelen mottakere i aldersgruppen under 67 år økt. Bruk av tjenester øker med alder. I alders-gruppen 67-79 år er det ca. 12% 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 3 er andel mottakere fordelt på fem aldersgruppene. Figuren viser at innbyggere som er mellom 80 og 90 år står for

en stadig mindre del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon. Brukergruppen som er 90 år og eldre øker innenfor alle typer tjenester, men brukergruppen under 80 år øker mest innenfor tjenester som gis i hjemmet. De har imidlertid også en økning innenfor korttidsplasser.

Figur 3. Mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon etter aldersgrupper i 2009 og 2016.



Kilde: SSB / Statistikkbanken (Tall for 2017 er foreløpige)

Vi ser at de ulike tjenestene har ulik relevans for de fem aldersgruppene. Mens døgntilbud i institusjon og trygghetsalarm 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.

1.5 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 2017. Undersøkelsen² 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.

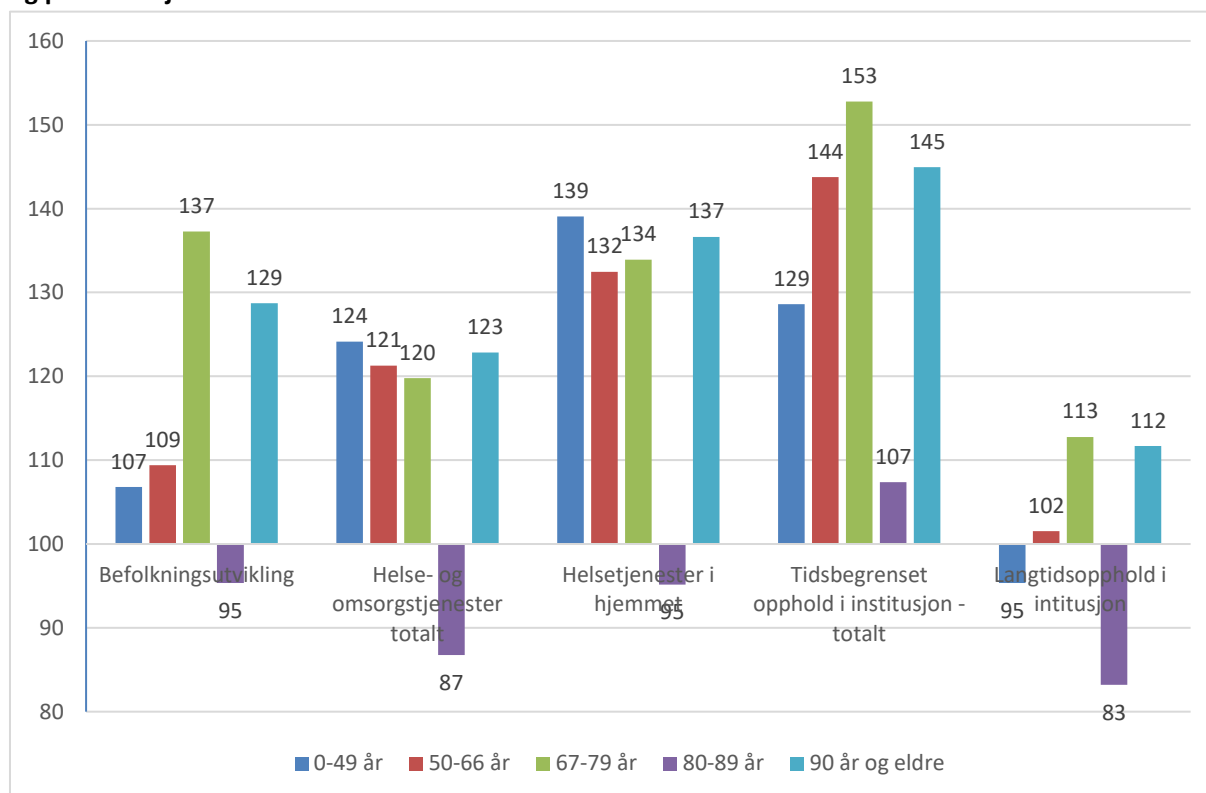
² Dag Abrahamsen, Linda Allertsen og Othilde Skjøstad Hjemmetjenestens målgrupper og organisering, SSB Rapport 2016/13

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 prosent 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 2017 sammenlignet med 2009

Figur 8. Befolkningsutvikling og prosentvis endring i mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon fra 2009 til 2017.



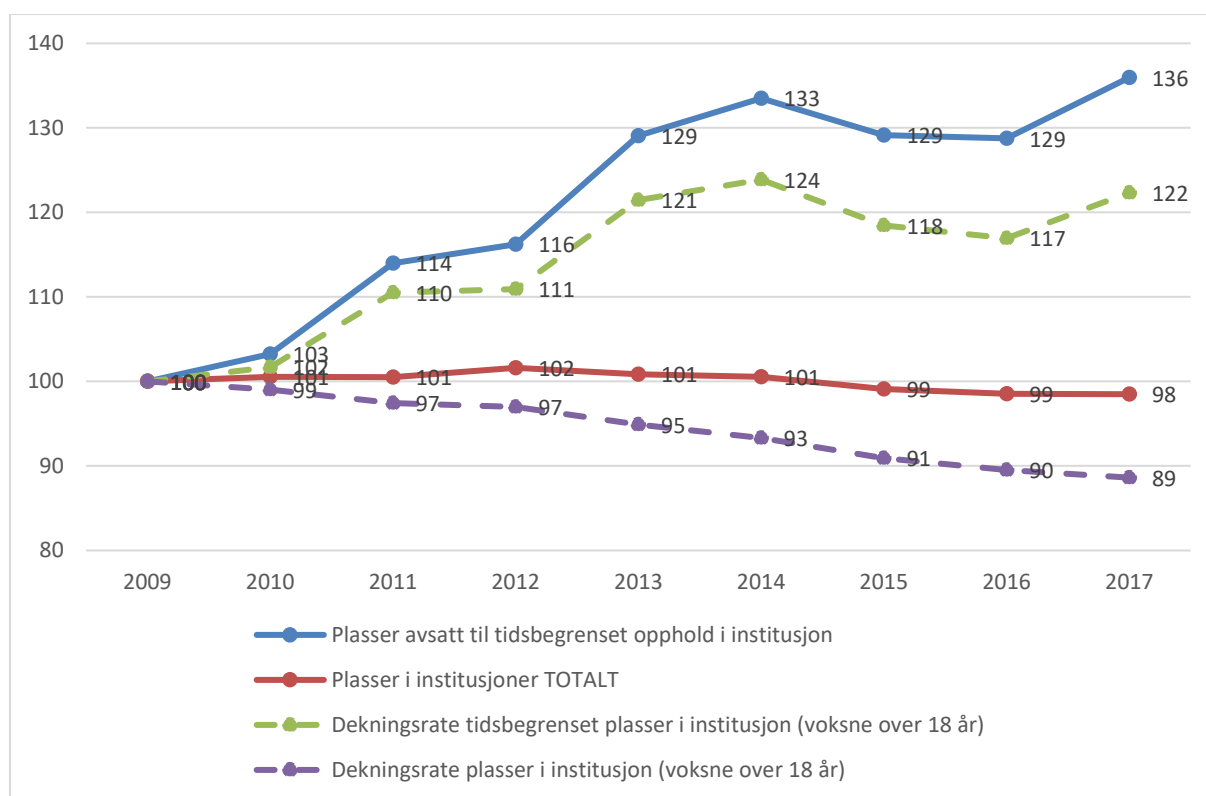
Kilde: SSB / Statistikkbanken (Tall for 2017 er foreløpige)

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.

1.6 Utviklingstrekk for tjenester i institusjon

Med vekst i andel eldre vil vi også få en vekst i andel aldersrelaterte sykdommer, 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 et bedre tilrettelagt døgntilbud for eldre personer med demens.

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



Kilde: SSB / Statistikkbanken (Tall for 2017 er foreløpige)

I 2017 mottok 47 207 innbyggere en langtidsplass på institusjon. I tillegg mottok 75 243 innbyggere en korttidsplass. Figur 4 viser at antall korttidsplasser har økt med 36 prosent, mens institusjonsplasser totalt er redusert med 2 prosent i perioden 2009-2017. Etter en svak reduksjon i antall korttidsplasser i 2015 og 2016 viser statistikken for 2017 at antallet igjen øker markant.

Dekningsratene viser at andelen institusjonsplasser er lavere enn befolkningsutviklingen, mens veksten i antall korttidsplasser har gitt en bedre dekning av tilbudet om korttidsopphold i 2017 sammenlignet med 2009.

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. De små kommunene har omprioritert plasser og dekningsgraden for langtidsplasser har gått ned for eldre innbyggere gjennom perioden.

Tidsbegrenset opphold er et sentralt tilbud for pasientgruppen 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 alle mottakere av helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid verd å merke seg at aldersgruppen mellom 80 og 90 år i mindre grad har tatt del i denne utviklingen. Blant de eldre er det først og fremst 90 åringene som har en økning i dette tilbudet. 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. De største kommunene har hatt en tilnærmet uendret dekningsrate når det gjelder

langtidsopphold for aldersgruppen 80 år og eldre. Imidlertid er det tydelig at tilbudet også her forskyver seg mot tjenestemottakere over 90 år.

2. SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE

2.1 Brukere og pasienter – Mestring og mangfold

2.1.1 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 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 2017

Evalueringen har pågått gjennom 2016 og 2017, med kartlegging, analyser og dybdestudier. Sluttrapport ble levert i september 2017.

Uni Research fikk i 2017 et tilleggsoppdrag (utløst opsjon) for å gå i dybden på spesielt to tema; Innhente data for å følge bruken av BPA for enkeltbrukere gjennom årene og se på endringer i hvilke tjenester som er gitt og omfanget av disse. I tillegg skulle de se nærmere på økonomi og ressursbruk i kommunene. Det er ikke levert noen egen rapport fra tilleggsstudien, men en oppsummering av hovedfunn fra hele evalueringen ble etter avtale levert i mars 2018.

Vurdering

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

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

En av hypotesene som ble fremmet ved innføring av rettighetsfestingen var at det ville bli en nedgang i antall eldre over 67 år som mottok tjenester organisert som BPA. Statistikk viser tvert imot at antall brukere innenfor denne aldersgruppen har økt fra 424 til 603 personer.³

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.

Resultatrapport 2017

I januar 2017 publiserte Helsedirektoratet «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten». Veilederen omfatter alle pårørendegrupper uavhengig av pasienten/brukerens diagnose. Både voksne og barn som pårørende omfattes.

Målgruppen er helsepersonell, fagansvarlige og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak. Pårørende, helsepersonell, forskere og andre aktuelle aktører har vært involvert i arbeidet med å utvikle veilederen. I 2017 har Helsedirektoratet samarbeidet med Fylkesmannen og andre aktører om å gjøre veilederen kjent og tatt i bruk.

I 2017 ble det utbetalt 9 millioner i tilskudd til ulike prosjekter som omhandler tilbud til pårørende. Høsten 2017 ble det arrangert en nettverkssamling for de kommunene som fikk tilskudd. Prosjektene handler om pårørende til personer med demens, foreldre til barn med funksjonshemming, pårørende til personer med psykiske lidelser. De handler om utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser for pårørende. Enkelte prosjekter omfatter flere pårørendegrupper, som etablering av en generell pårørendekoordinator/ pårørendesenter.

³SSB / Statistikkbanker Tabell 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetypa (K) 2009 - 2017

2.3 Frivillige, ideelle og næringsliv

2.3.1 Tilskudd til personer med nevrologiske 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 nevrologiske lidelser. Nevroplan 2015 er nå utgått, men tilskuddsordningen er videreført. Målet med den er å styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for personer med nevrologiske skader og sykdommer og derigjennom bidra til å styrke brukermedvirkning.

Resultatrapport 2017

Det er en nedgang i antall omsøkte prosjekter fra 26 i 2016 til 12 i 2017. Søknadene gjelder seminarer, telefon og e-postsvar-tjenester, brosjyrer og annet informasjonsmateriell, kurs; prosjektene er rettet mot helsepersonell, medlemmer, pårørende og frivillige. Vi har ikke observert noen stor endring i prosjektenes innhold, og en del av dem fortsetter fra året før. Alle som har fått tilskudd, har i 2017 fått delvis innvilgelse. Brukerorganisasjonene rapporterer at det er et stort behov for informasjon om en del nevrologiske lidelser blant ny-diagnostiserte, brukere, pårørende og ikke minst blant helsepersonell. Samlet omsøkt beløp var litt over det dobbelte av rammen for tilskuddsordningen.

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

3.1 Forebygging, kultur og aktiv omsorg

3.1.1 Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet (tidligere Aktivitet for seniorer og eldre)

Formål og hovedprioriteringer

Tilskuddsordningen Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet, ble igangsatt i 2013 – da under navnet Aktivitet eldre- og seniorsentra. Ordningen var knyttet til etablering og utvikling av aktivitets- og seniorsentre rundt i landet. Målet med tilskuddsordningen var å få til en venstrevridning i omsorgstjenesten, med mer vekt på helsefremming og forebygging 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. I forbindelse med et anmodningsvedtak i Stortinget ble det bestemt at tilskuddsordningen fra 2017 skulle åpne opp for en utvidet målgruppe slik at ikke bare seniorer og eldre – men også andre grupper som sto i fare for ensomhet og passivitet skulle inkluderes i målgruppen. Navnet ble endret til Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet.

Resultatrapport 2017

Tilskuddsordningen har vist seg populær med mange søknader. I 2017 var det bevilget 18,8 mill. kroner til fordeling over statsbudsjettet. Helsedirektoratet mottok 240 søknader til de utlyste midlene og et samlet søknadsbeløp på 96 mill. kroner. I 2017 var det 57 store og små prosjekter rundt i hele landet som fikk tilskudd. Mottakerne var kommuner og bydeler, frivillige organisasjoner, stiftelser og en fylkeskommune.

Målet er at tilskuddsmidlene skal bidra til at det etableres 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, passivitet og sosial tilbaketrekning. Inntrykket er at ordningen har bidratt til igangsetting og videreutvikling av mange 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 på tvers av generasjoner og kulturer og aktiviteter der de eldre stimuleres til å bidra med sine ressurser i frivillig arbeid. I 2017 ble bl.a. prosjekter som la vekt på generasjonssamarbeid og prosjekter som hadde målgrupper som er særlig utsatt for ensomhet prioritert. Noen få av prosjektene har blitt fulgt opp eller følges opp av forskning.

3.1.1 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2017

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

Opplæringstilbudet MMB eller musikkbasert miljøbehandling (miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang): I 2017 er opplæringsmateriell og nettsted for kurstilbudet utviklet, og det er oppnådd god spredning. Kursaktivitet gjennomføres i alle landets helseregioner. Det har vært diskutert å innlede et samarbeid med Aldring og Helse for å få utviklet en ABC Musikkbasert miljøbehandling som tilleggs-perm til Mitt livs ABC tilpasset personer som jobber med utviklingshemming.

Målet for 2018 er god spredning geografisk og mellom ansatte med ansvar for ulike brukergrupper, for eksempel mennesker med funksjonshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer.

3.1.2 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 2017

Satsningen har styrket og videreutviklet arbeidet med å tilrettelegge fritidstilbud overfor andre. Målet er å gi kunnskapen systematisk tilbake til praksisfeltet gjennom videreutdanningen Kultur, fritid og aktiv omsorg innenfor opplæringsprogrammet «Helt innafor og sammen med andre». Dette gjennomføres som et samarbeidsprosjekt i samarbeid med Senter for omsorgsforskning, sør og HSN. KS Nordland, Helse Nord og Frivillighet Norge har vært samarbeidspartnere under utviklingen av programmet.

Gjennom forsknings- og utviklingsprosjektet «Aktive seniornettverk» ble det utviklet en ny metode som synliggjør hvordan kommuner i samarbeid med frivillige kan støtte opprettholdelse av sosiale nettverk overfor voksne. Presenteres på nettsiden www.aktivesammen.no

Øvrige utgivelser var bøkene Aktiv omsorg, Samspill mellom kultur, aktiviteter, helse og trivsel og Fritid sammen med andre og Tilrettelagte fritidstjenester I endring.

3.1.3 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

I 2017 publiserte Helsedirektoratet veiledningsmateriellet for forebyggende hjemmebesøk. Veiledningsmateriellet beskriver hvordan kommunene kan etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk. Veiledningsmateriellet beskriver de mest aktuelle samtaletemaene i et forebyggende hjemmebesøk, og knytter dette opp mot praktiske råd og verktøy. Senter for omsorgsforskning vest har i 2017 gjort en oppsummering av kunnskap om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre som her publisert på helsebiblioteket.no

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 tilskuddsregelverket stilles det krav om at kommunene innen utløpet av 2017 skal ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering.

Resultatrapport 2017

Helsedirektoratet koordinerer oppfølgingen av Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019. Det er god kontakt med fylkesmennene som forvalter tilskuddet til kommunene. I 2017 ble det i samarbeid med fylkesmennene gjennomført en spørreundersøkelse til landets kommuner. Her ble kommunene bedt om å vurdere og angi status i egen kommune knyttet til sentrale tiltak i

opptrappingsplanen som kompetanse, brukermedvirkning, samhandling, kapasitet, tverrfaglig utredning av behov, individuell plan og koordinator, plan for habilitering og rehabilitering og koordinerende enhet. Av de 364 kommunene som svarte på undersøkelsen oppgir 41 % at de har en plan for habilitering og rehabilitering. Kommuner som mottar tilskudd skal i løpet av første tilskuddsår utvikle eller oppdatere sin plan for habilitering og rehabilitering. Undersøkelsen gir en baseline for oppstart av opptrappingsplanen. Flere beskriver tiltak som er på gang for å styrke feltet. Samme undersøkelse blir gjentatt ved utgangen av 2018 slik at vi kan følge med på utviklingen.

3.2.2 Opptrappingsplan på Rusfeltet

Formål og hovedprioriteringer

Opptrappingsplanen for rusfeltet⁴ (2016-2020) skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor personer som er ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusmiddelproblem, samt deres pårørende . Det er primært tjenestene til brukerne som skal utvikles gjennom planperioden. Hovedinnsatsen er rettet mot kommunene med den begrunnelse at det er der utfordringene er størst.

Opptrappingsplanen har tre innsatsområder og fem hovedmål. I tillegg er det 77 «Regjeringen vil»-punkter som ønskes oppnådd i planperioden. Planen har konkrete mål, tiltak og virkemidler innen sentrale levekårsområder. I hovedsak bygger planen på videreføring av eksisterende tiltak.

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

Hovedmål:

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 gylne regel». Med «den gylne 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.

⁴ [Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 15 S \(2015-2016\) Opptrappingsplanen for rusfeltet \(2016-2020\)](#)

Resultatrapport 2017

Statusrapport 2017 for Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) vil først foreligge i juni 2018. Planen består i all hovedsak av videreføring av eksisterende tiltak i planen. Fylkesmennene og kompetansesentre innen rus, psykisk helse, vold- og traumefeltet samarbeider om en rekke tiltak og aktiviteter i det regionale arbeidet med gjennomføring av opptappingsplanen.

For å kunne følge utviklingen i sektoren i planperioden blir det gjennomført kartlegginger og evalueringer. Brukernes erfaringer med tjenestene følges gjennom brukerundersøkelser og kvalitative intervjuer i planperioden, og første nasjonale representative brukerundersøkelse ble gjennomført høsten 2017. SINTEFs årlige kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) inneholdt i 2017 en egen modul knyttet til utvikling i kommunene i forhold til sentrale målsettinger i opptappingsplanen. Resultatene viser at opptappingsplanen har hatt innvirkning på kommunenes/bydelenes tjenestetilbud overfor personer med rusmiddelproblemer. Av kommunene/bydelene som oppga at planen hadde hatt innvirkning på tjenestetilbudet deres, var det 74 % som oppga at planen hadde ført til flere årsverk, 57 % at det hadde ført til økte ressurser til oppfølgingstilbud, og 51 % at det hadde ført til økt brukermedvirkning i tjenestene.

I 2017 ble FAFO, i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og IPSOS, tildelt oppdraget med å prosess- og resultat-evaluere opptappingsplanen. Første statusrapport publiseres i april 2018.

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.

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 og 2017.

Tiltak for å oppnå økt kompetanse i barnepalliasjon for helsepersonell styrkes. Etablering av videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå for sykepleiere er prioritert for å oppnå god basiskompetanse. Studiets mål er å kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon.

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 2017

Planlegging av implementeringen av den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon startet i 2015 og ble videreført i 2016 og 2017. Det har vært gjennomført regionale møter om samhandling i barnepalliasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i tillegg til informasjonsmøter med aktuelle grupper av helsepersonell. Videre har det vært implementeringsmøter med alle regionsykehusenes barneavdelinger og deres samarbeidspartnere.

OsloMet (tidligere HiOA) gjennomfører en følgeevaluering av implementeringen av retningslinjen som ferdigstilles i 2018.

I 2016 ble det gjennomført dialogkonferanse med høgschooler som var aktuelle for etablering av videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere. Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) fikk oppdraget. Første kull startet januar 2017 og 10 studenter ble uteksaminert desember 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 veiledningsmaterieil for ivaretagelse av personer i livets slutfase ble igangsatt i årsskiftet 2015/16. Materieillet ferdigstilles i 2018.

Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg, SINTEF, 2016 og fagrapporten *Tilbud til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt, IS-2278* har vært en del av grunnlaget for arbeidet med *NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*.

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-læringskurs for helsepersonell i møte med personer med demens. Kurset har en del for sykepleiere og helsefagarbeidere og en for leger. De er planlagt ferdigstilt i 2018.

Nasjonal faglig retningslinje om demens ble publisert i 2017 og tre anbefalinger omhandler lindrende behandling til personer med demens.

Opplæringspakke for helsefagarbeidere innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er utarbeidet, pilotert og er spredd til åtte fylker gjennom utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Implementering i de resterende fylker er planlagt i 2018.

Det arbeides godt med videreutdanningen i Barnepalliasjon ved OsloMet (tidligere HiOA) der Helsedirektoratet deltar i diskusjoner om videreutvikling og forbedringer i utdanningstilbudet. Første kull i videreutdanningen avsluttet denne i desember 2017. Flere av deltakerne ønsket å gå inn i sentrale stillinger for å kunne starte etablering av barnepalliative team i regionssykehusene. I forbindelse med implementeringsmøter i alle sykehusregioner oppgis at trang økonomi hovedårsak til at man foreløpig ikke har kunnet starte etablering av barnepalliative team. Det er stor interesse og sterke ønsker om etablering av et team i hver sykehusregion.

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 hjemmetjenester. Målgruppen er pasienter som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt uavhengig av bakenforliggende diagnose, og deres pårørende.

Resultatrapport 2017

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 2017 fikk 72 prosjekter støtte til oppstart eller videreføring. Av totalt kr 16 mill. til tilskuddsordningen ble kun ca. kr 15, 5 mill. benyttet. Det ble søkt om ca. kr 41,7 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.

Fylkesmannsembetene har sammen med kompetansesentrene i lindrende behandling gjennomført erfaringskonferanser med tilskuddsmottakere 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.

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

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 2017

Foreningen for barnepalliasjon var eneste søker på denne tilskuddsordningen i 2017 og foreningen fikk utbetalt et tilskudd på 2 mill i tillegg til det øremerkede tilskuddet på 1,5 mill. Tilskuddet har blitt benyttet til å veilede og støtte pasient, pårørende og helsepersonell, sende ut nyhetsbrev og oppdatere og utvikle hjemmesiden for kunnskap og informasjon om barnepalliasjon. Det er gjennomført weekendsamlinger for pårørende og utarbeidet en bok og en brosjyre om ventesorg. Foreningen har laget informasjonsfilmer og holdt foredrag og undervisning om ventesorg.

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.

Resultatrapport

Forskningsbasert kunnskap og praksis må i størst mulig grad komme pasientene til gode, derfor er undervisning og implementering på sykehjem og i hjemmebasert tjeneste en viktig del av arbeidet ved SEFAS. Senteret driver utstrakt undervisning og kursing i forbindelse med implementering av forskning i primærhelsetjenesten.

Senteret underviser også helsefagstudenter ved universitet, høyskole og fagskole og har gjennomført åtte tverrfaglige seminargrupper med aktuelle temaer innen alders- og sykehjemsmedisin. Temaene omhandlet personer med demens, lindring, omsorg og behandling i livets slutt, eldre og søvn, smertevurdering og -behandling, verdighet, forskningsdesign og metode.

SEFAS har åtte pågående forskningsprosjekt og syv av disse har kommuner/sykehjem/avdelinger/ leger, som deltar.

I 2015 tok SEFAS initiativ til å samle universitetene i Bergen (UiB), Oslo (UiO), Trondheim (NTNU) og Tromsø (UiT) i et nasjonalt nettverk. Formålet med Eldre-BOTT nettverket er å styrke samarbeidet lokalt, nasjonalt og internasjonalt innen alders- og sykehjemsmedisin. Nettverket, som er etter nederlandsk modell, skal stimulere til økt forskningsaktivitet og tettere samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og primærhelsetjenesten i kommunene.

Nyhetsbrev sendes ut til ansatte i primærhelsetjenesten, kommuner, samarbeidspartnere, media og beslutningstakere. Nyhetsbrevet har som mål å spre informasjon om senteret, invitere til arrangement, tipse om aktuelle konferanser og kurs, informasjon om våre forskningsprosjekter og alders- og sykehjemsmedisin generelt. I løpet av 2017 står SEFAS bak 18 vitenskapelige publikasjoner i nasjonale og internasjonale fellesvurderte tidsskrifter.

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 2017

Den tverrfaglige utdanningen Frivillighetskoordinering – eldreomsorg hadde tre fulltallige kull i 2017 i Oslo og Bergen. Så langt har 315 personer, fra 99 kommuner og 18 fylker, tatt utdanningen. En del av utdanningen er å utvikle et frivillighetsprosjekt på eget arbeidssted.

Verdighetssenteret har en rekke fagutviklingsprosjekter. I 2017 ble det utviklet en modell for godt samarbeid mellom kommunens helse-, sosial- og omsorgstjeneste og frivillig sektor.

Utdanningen Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom hadde i 2017 to fulltallige kull (40 personer). Siden utdanningen startet har ca. 400 deltagere fra 96 kommuner i 19 fylker gjennomført programmet. En del av utdanningen er å utvikle et utviklingsprosjekt på eget arbeidssted. Utdanningssted: Bergen

Verdighetssenterets nye satsing, Akuttmedisinsk eldreomsorg, ble startet som en pilot høsten 2016 og hadde offisiell oppstart i januar 2017. Dette er en samlingsbasert etterutdanning, skreddersydd for å heve nøkkelkompetansen hos helsepersonell ved sykehjem og i hjemmetjenesten.

Fokus i undervisningen er å gjenkjenne sykdomsforverring, sette i gang riktige tiltak til rett tid og mestre avanserte prosedyrer og håndtering av medisinsk teknisk utstyr. Etisk refleksjon står sentralt under hele utdanningen.

I 2017 deltok 126 personer fra 67 kommuner (samt Svalbard) i 17 fylker. I tillegg ble det utført et eksternt oppdrag i Bømlo kommune med 50 deltagere. Utdanningssted: Bergen

I tillegg har Verdighetssenteret arrangert flere fagdager og holdt foredrag rundt om i landet, med totalt flere hundre deltagere.

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

Brukerbehov og brukerinvolvering

Helsedirektoratet startet i 2016 arbeidet med å innhente et bedre kunnskapsgrunnlag om behovene til personer med demens og deres pårørende. Kunnskapsgrunnlaget skal gi grunnlag for å utvikle verktøy for brukerinvolvering som gjør at personer med demens og deres pårørende kan involveres i beslutninger som angår dem. Det vil også kunne gi grunnlag for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens og deres pårørende. Kunnskapsinnhenting vil skje i form av en systematisk litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med personen med demens og pårørende, samt spørreundersøkelse. Undersøkelsen omfattet personer med demens, pårørende og tjenesteytere.

Brukerskoler for personer med demens

«Brukerskoler» for personer med demens testes ut i regi av det treårige utviklingsprosjektet om systematisk oppfølging etter demensdiagnose, som startet opp i 2016. Ni kommuner fra prosjektet har i 2017 startet opp utprøving av et felles veiledningsmaterieell innenfor ulike arenaer i kommunene, eller de har forberedt slik utprøving i 2018. Materiellet er utarbeidet av Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (Sesam), som også veileder kommunene i gjennomføring av «brukerskolene».

I tillegg til den uttestingen av «brukerskoler» som Helsedirektoratet er involvert i, tester Sesam ut materiellet for «brukerskoler» i flere andre kommuner, samt i noen helseforetak. Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen tester også ut et mindre omfattende opplegg for «brukerskoler» for personer med demens.

Kvalitetsindikatorer

Dagaktivitetstilbud for personer med demens og personer med kognitiv svikt, ble i 2017 lansert som kvalitetsindikator.

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

I 2017 er det etablert kontakt internt i Helsedirektoratet knyttet til NCD-strategien. Demensplan 2020 inngår nå i handlingsplanen for NCD-strategien. Det er også etablert tett kontakt med andre områder som kan ha betydning for primær- og sekundærforebygging av demens, så som arbeidet med Primærhelseteam og Oppfølgingsteam - som del av oppfølgingen av Primærhelsetjenestemeldingen.

Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Nasjonal faglig retningslinjen om demens

Nasjonal faglig retningslinjen om demens ble publisert i to omganger høsten 2017, og ble formelt lansert på Demensdagene i desember 2017, med om lag 1000 deltagere. Retningslinjen omfatter utredning av demens – både basisutredning og utvidet utredning, medisinsk behandling og annen oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Gjennom hele året har det vært gjennomført tiltak for å gjøre demensretningslinjen og føringer i denne kjent i ulike fagmiljø. Arbeid med veiledningsmaterieell knyttet til demensretningslinjen startet også opp. Dette omfatter blant annet en håndbok om utvidet demensutredning.

Systematisk oppfølging etter demensdiagnose

Høsten 2016 ble det gitt tilskudd til kommuner som ønsket å delta i utviklingsprosjekt om systematisk oppfølging etter demensdiagnose. I 2017 er 14 prosjekter etablert, og kommunene er i gang med å utforme og prøve ut nye modeller som innebærer at personer med demens fanges opp når de får en demensdiagnose, og at både personene selv og pårørende følges opp jevnlig og systematisk - med informasjon og tilbud om «rett» tiltak eller tjeneste til «rett tid». Deltagerkommunene får oppfølging underveis - av prosjektgruppen som består av Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det er i 2017 arrangert tre samlinger for kommunene, og prosjektene har i tillegg fått individuell veiledning. Prosjektene skal levere sluttrapporter ved utgangen av 2018, og det skal også gjennomføres en ekstern evaluering av prosjektene.

Aktivitet, mestring og avlastning

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Helsedirektoratet ga i 2017 tilskudd til 628 nye hele plasser til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er også gitt tilskudd til videreføring av 2 878 hele plasser opprettet i perioden 2012-2016, slik at tilskuddsordningen i 2017 totalt har bidratt til drift av 3 505 hele plasser med om lag 7700 brukere. Det var ved utgangen av 2017 etablert tilbud i 77 % av kommunene (339 kommuner/bydeler). Det er imidlertid stor variasjon mellom fylkene. I Oslo har alle bydeler etablert tilbud, mens 44 % av kommunene i Telemark har fått tilskudd til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Til sammen har det i 2017 vært brukt kr. 254 079 934 av det totale budsjettet for tilskuddsordningen på kr. 267 652 000. Det vil si at 5 % av budsjettet for 2017 var ubrukt.

Pårørendeskoler og andre tiltak rettet mot pårørende til personer med demens

Aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens, på vegne av Helsedirektoratet. I 2017 ble det gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 299 tilbud, herunder 96 pårørendeskoler i én kommune, 51 interkommunale pårørendeskoler og 152 samtalegrupper. Tilbudene fordeler seg på 258 kommuner, dvs. 60 prosent av kommunene. Det ble registrert 3076 deltagere på pårørendeskolene og 1268 deltakere i samtalegruppene. I 2017 var det 103 søkerinstanser som oppga at de samarbeidet med til sammen 108 frivillige organisasjoner, herav 82 instanser i Nasjonalforening for folkehelsen.

På vegne av Helsedirektoratet arrangerer også Aldring og helse nasjonale kurstilbud rettet mot pårørende til yngre personer med demens, og forvaltet tilskudd knyttet til tilbudene. Status for gjennomføring av nasjonale pårørende-kurstilbud med tilskudd fra Demensplan 2020 for 2017 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 66 «par».
- Av «Tid til å være ung», som er kurs for unge voksne barn til personer med demens, er det arrangert 2 helgekurs med totalt 25 deltagere.
- Det er arrangert én sommerleir «Hvem ser meg?» Leiren arrangeres for mindreårige barn som har en forelder med demens, der barn deltar med frisk forelder. Leiren hadde 19 deltagere. Tiltaket har også nettsiden «Hvem ser meg?», med informasjon rettet mot samme målgruppe.

Som del av oppdraget fra Helsedirektoratet på Demensplan 2020 er det også arrangert kurs for andre grupper av pårørende til personer med demens:

- I samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) arrangerte Aldring og helse ett kurs om demens for pårørende til eldre personer med tyrkisk bakgrunn.
- I samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen arrangerte Aldring og helse temadagen «En pårørende forteller» med 25 deltakere. Målgruppen er pårørende som ønsker å formidle sine erfaringer på pårørendeskolene.
- Det ble arrangert ett veilednings- og inspirasjonsseminar i Oslo, om etablering av tilbud for pårørende til yngre personer med demens.
- Det ble arrangert ett seminar i Trondheim, om tilbud for pårørende til personer med utviklingshemning og demens.

I tillegg er det i 2017 utarbeidet diverse veilednings- og opplysningsmateriell på området:

- E-læringskurset «Etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper» ble ferdigstilt i desember 2017 og lanseres i januar 2018.
- E-heftet «Kurs for pårørende til eldre innvandrere med demens». Inspirasjonsheftet vil også trykkes og bli en del av «pårørendekofferten».

- Fakta-arkene «Rettigheter og tjenester» og «Vergemål, legalfullmakt og fremtidsfullmakt» er utarbeidet og publisert på Aldring og helses «pårørendesider» på norsk, nordsamisk og sørsamisk. Oversettelse på lulesamisk vil bli ferdige på nyåret 2018.
- Arbeidet med å lage en opplysningsfilm om demens på nordsamisk har pågått i hele 2017. Planen er at filmen skal ferdigstilles våren 2018.

Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Tjenester til hjemmeboende personer med demens

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

Samarbeid med andre satsingsområder og aktører

Det er tett kontakt og samarbeid mellom Demensplan 2020 om oppfølging av viktige satsingsområder i Primærhelsetjenestemeldingen, som Primærhelseteam og Oppfølgingsteam. Det er også tett kontakt med områder som Trygghetsstandard i sykehjem, lindrende behandling, Velferdsteknologiprogrammet, Kompetanseløft 2020, Pårørendeprogrammet, 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 de er også omtalt i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

I 2017 er det gjennomført flere samarbeidsmøter med Husbanken, blant annet om kravet om tilrettelegging for demens knyttet til investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger. I 2017 startet også planleggingen med å arrangere en konferanse om boliger for eldre, som skal avholdes våren 2018 i samarbeid mellom Husbanken, KS og Helsedirektoratet.

Forskning, kunnskap og kompetanse

ABC-opplæring i kommunene

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.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Ved årsslutt 2017 var det registrert 6.201 aktive

deltakere for Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. I alt 27 725 unike individer har deltatt i Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC siden oppstart i 2005 og til utgangen av 2017.

Gjennom 2017 er det arbeidet med revidering av opplæringsmateriellet for Demensomsorgens ABC, og perm 1 blir klar til bruk høsten 2018. Det nye opplæringsmateriellet vil ha større vekt på lindrende behandling, og det suppleres med et digitalt opplæringsprogram på dette området.

Opplæringsmateriellet vil også ha tydeligere vektlegging av føringer i Demensplan 2020 og Nasjonal faglig retningslinje om demens, og områder som personsentret omsorg og miljøbehandling, tvungen helsehjelp, systemperspektiv og internkontroll.

Undersøkelse av forekomsten av demens i Norge

Helsedirektoratet har gitt Aldring og helse i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse av forekomsten av demens i Norge (prevalens). Datainnsamlingen gjennomføres sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4), men det planlegges å supplere med storbydata fra Trondheim. Datasamling startet opp i de første kommunene i september 2017. Sluttrapport skal foreligge i 2020. Resultatene vil kunne gi et viktig grunnlag for kommunal planlegging.

Videreføring av prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)

Helsedirektoratet har gitt Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet i oppdrag å videreføre sykehjemskohorten fra Redic-prosjektet i 2016-2017, for å framskaffe ytterligere kunnskap blant annet om forløp av demenssykdom, kostnader knyttet til dette, og om forekomst av demenssykdom i sykehjem. Sluttrapporten, som skal foreligge innen mars 2018, vil også inneholde opplysninger om hvor stor andel av pasientene som på innleggelsestidspunktet i sykehjem hadde en dokumentert demensdiagnose i sin journal, av de pasientene som reelt sett hadde demenssykdom.

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens

Hvert fjerde år skal det gjennomføres nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Den siste kartleggingen ble gjennomført høsten 2014. Arbeidet med å planlegge og forberede den neste nasjonale kartleggingen høsten 2018, startet opp i 2017.

Kunnskap og utvikling gjennom internasjonalt samarbeid om demens

Joint Action on Dementia er et myndighetssamarbeid under EUs Helseprogram.

Helsedirektoratet, ved Avdeling omsorgstjenester, og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet som «associated partnere» i Joint Action on Dementia, som varer i perioden mars 2016 – mars 2019. Norge deltar i to arbeidspakker; én om utredning av demens og oppfølging etter diagnose - som ledes av Frankrike, og én om heldøgns omsorgstjenester - som ledes av Norge ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Group of Governmental experts on Dementia (EU(EØS):

Helsedirektoratet, ved Avdeling omsorgstjenester, deltok i 2017 på ett møte i ekspertgruppen, som arrangeres av EUs helsedepartement. Målet med gruppen er å spre informasjon og føringer fra EU, WHO og OECD, og å være et forum for diskusjon og samarbeid.

Nordisk demensnettverk

Nettverket startet opp i 2015 med midler fra Nordisk ministerråd. Nordens velferdssenter har sekretariats- og driftsansvar for nettverket, mens formannskapet går på omgang mellom de nordiske landene. Nettverket organiseres med en overordnet koordineringsgruppe og underliggende temanettverk. Direktorat/styrelser og ett nasjonalt kompetansemiljø fra hvert land eller selvstyrt område er invitert til å delta i koordineringsgruppen. Fra Norge deltar Helsedirektoratet, ved Avdeling omsorgstjenester, og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det ble avholdt to møter i nettverket i 2017.

Samarbeid om demens i regi av WHO

I mai 2017 vedtok WHO "Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025". Mål nummer ett i planen er at 75 % av alle land skal ha en plan for demensområdet innen 2025. Arbeidet i de ulike landene skal følges gjennom Global Dementia Observatory (GDO). Helsedirektoratet ved Avdeling omsorgstjenester var til stede på møte i WHO i desember 2017, der de første dataene fra Global Dementia Observatory ble presentert og arbeidet med å implementere Global Action Plan ble diskutert. Det vil kreve betydelig samarbeid og tiltak framover for å levere norske data til Global Dementia Observatory hvert andre år.

Norsk-svensk samarbeid om nasjonale demensretningslinjer

Helsedirektoratet i Norge og Socialstyrelsen i Sverige har samarbeidet om å framskaffe det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for landenes nasjonale faglige retningslinjer om demens. Den norske demensretningslinjen ble publisert høsten 2017. Helsedirektoratet ved Avdeling omsorgstjenester presenterte erfaringer med dette samarbeidet på Global Evidence Summit, Cape Town, Sør-Afrika, i september 2017.

3.5 Kompetanseløft 2020

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

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2017

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse oppdrag om å utvikle det nasjonale kompetansetiltaket mitt livs ABC og implementere det i landets kommuner. I løpet av 2017 ble det også utarbeidet en felles nettside for alle ABC opplæringene som skjer i regi av Aldring og helse (abc.aldringoghelse.no) som blant annet skal bidra til å gjøre det enklere for kommunene å komme i gang med opplæringen.

Mitt livs ABC består av 2 permer med 10 hefter hver. Hvert hefte er tilgjengelig på papir og i en elektronisk versjon. På nettsiden er det også tilhørende videofilmer og lydfiler av heftene. Perm 1

var, med unntak av noen elektroniske ressurser, ferdigstilt og tatt i bruk i 2017. Arbeidet med perm 2 er planlagt ferdigstilt innen 1. oktober 2018. Ved utgangen av 2017 har 1555 personer i 69 kommuner startet med mitt livs ABC. Av disse er det 112 personer så langt som har fullført perm 1.

Implementeringen av mitt livs ABC skjer i samarbeid med ett eller flere fagmiljøer i hvert fylke, som regel et utviklingssenter. Ved utgangen av 2017 har Aldring og helse inngått underleverandøravtale med 15 fagmiljøer i 14 fylker. Aldring og helse har ansvar for veiledning og oppfølging innen kompetanseområdene for satsingen samt direkte kontakt med kommuner som ikke er tilknyttet lokal underleverandør.

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 og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2017

Helsedirektoratet inngikk våren 2015 avtale med Handelshøyskolen BI om gjennomføring av lederutdanningen. 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 AS 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 2017 for studieåret 2017/2018 var det 444 søkere til 162 studieplasser (mot 420 til kull 2016/2017). Totalt har 257 ledere fullført nasjonal lederutdanning per. 31.12.2017. Når kull 2017/2018 avsluttes våren 2018 vil totalt 421 ledere ha fullført utdanningen.

Fra høsten 2017 ble det gitt tilbud om tre klasser der to klasser ble lokalisert i Oslo og en klasse i vekselvis Lakselv/Tromsø. Disse avslutter utdanningen i juni 2018. Utdanningen i Nord-Norge gjennomføres i samarbeid med Fylkesmannen i Finnmark og Fylkesmannen i Troms og vertskommunene Porsanger og Tromsø. Utdanningen er en utprøving av å lokalisere tilbudet også utenfor BIs campusområder. Tilbakemeldingene så langt viser stor grad av tilfredshet med tilbudet.

Studentene er ledere innen ulike tjenesteområder. Ledere fra institusjon (sykehjem)/ hjemmebaserte tjenester og psykisk helse- og rustjenester i kommunene utgjør den største ledergruppen med henholdsvis 53 % (37,6% i kull 2016/2017) og 14,6 % (19% i kull 2016/2017) av samlet studentmasse. Ledere fra tannhelsetjenesten utgjør i kull 2017/2018 om lag 7 % mot 9 % i kullet før. Sett i forhold til den totale målgruppen på om lag 12 000 ledere utgjør ledere i tannhelsetjenesten om lag 100 ledere. I overkant av 20 % av lederne i kull 2017/2018 er menn. De fleste deltakerne har tidligere utdanningsbakgrunn som sykepleiere. Dette utgjør 47% i kull 2017/2018 (36% i kull 2016/2017).

Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyd 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 knyttet tett til ledernes arbeidshverdag, er kortvarig, kan gjennomføres ved siden av en fulltidsstilling som leder og at studieavgiften er statlig finansiert. Det påpekes også i evalueringen at BI evner å endre og utvikle innholdet i utdanningen i tråd med tilbakemeldinger fra studenter og oppdragsgivere.

3.6 Utvikling gjennom kunnskap

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

Behandles i kapittelet 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 2017

Gjennom etablering av Omsorgsforskningsbiblioteket 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. Første nummer av Tidsskriftet ble utgitt i 2015. Det har vært utgitt to numre årlig pluss temanummer i 2016 og i 2017(samhandlingsreformen og velferdsteknologi). Tidsskriftet er godkjent som nivå 1-tidsskriftet. Det har i 2017 vært brukt mye tid på å forberede Tidsskriftet til åpen tilgangstidsskrift fra og med 2018.

Omsorgsbiblioteket er under kontinuerlig utvikling slik at nye emner og delemner tilkommer jevnlig. Det har vært et økt samarbeid mellom biblioteket og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

3.6.3 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Formål og hovedprioriteringer

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er et av virkemidlene for å realisere målene i Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens

primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det overordnede samfunnsoppdraget til USHT er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer.

Resultatrapport 2017

I 2017 ble prosessen med reetablering av USHT avsluttet, med utforming av nytt samfunnsoppdrag. Helsedirektoratet har arrangert to samlinger. USHT har også vært involvert i departementets arbeid med kvalitetsreformen Leve hele livet.

Rapportering for 2017 viste stor aktivitet i tråd med eksisterende målsetting for ordningen i de fleste fylkene, selv om sammenslåing av kommuner, Fylkesmenn og høyskoler har krevd mye tid og ressurser. De fleste USHT rapporterte høy måloppnåelse for 2017, men 4 USHT rapporterer om middels måloppnåelse. Årsaken er utskiftning av personell og tidkrevende rekrutteringsprosesser. Nye ledere og ansatte kom på plass i løpet av 2017. Prosessen med å reetablere USHT for den samiske befolkningen i Finnmark ble utsatt til 2018 grunnet behov for avklaringer mellom Sametinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringen viser at utviklingssentrene jevnt over har:

- bedre lokal forankring/eierskap hos vertskommunene
- tydeligere og bedre strukturer for spredning og samarbeid med kommunene i fylket
- større faglig bredde, dvs. aktiviteter også mot tjenester til personer med utviklingshemming og til en viss grad også mot psykisk helse og rus
- godt samarbeid med Fylkesmannen og Senter for omsorgsforskning

Utviklingssentrene rapporterer at nasjonale tiltak som for eksempel ABC-opplæringene, pasientsikkerhetsprogrammet og velferdsteknologiprogrammet fungerer som gode "døråpnere" til kommunene i fylket.

Flere USHT har i 2017 startet et samarbeid om Observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten – verktøy og opplæringsopplegg. USHT rapporterer unisont at dette er svært etterspurt i kommunene og at det er behov for å utvikle felles verktøy og metoder for observasjonskompetanse tilpasset kommunen.

USHT melder ellers om et finansierings og rekrutteringsutfordring fordi USHT lever av tilskuddsmidler. Folk slutter etter midlertidige stillinger. De rapporterer behov for en langvarig forutsigbar finansiering.

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 pilotes i fire kommuner fram til sommeren 2018 og det gjennomføres en følge-/resultatevaluering. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering.

Resultatrapport 2017

Pilotkommunene har i løpet av våren 2017 utarbeidet gjennomføringsplaner. Planene konkretiserer hvordan trygghetsstandardens innhold skal implementeres i kommunens rutiner, prosedyrer og arbeidsverktøy. Fra høsten 2017 har kommunene for alvor startet med å implementere planene i sin daglige drift. Kommunene har gjort seg litt ulike erfaringer med hva som er et forsvarlig tempo på endringsarbeidet og hva som er hensiktsmessige prioriteringer. Dette i seg selv er verdifull kunnskap med tanke på hva som hemmer og hva som fremmer en god og varig implementering av endringer i kommunene.

Pilotkommunene har fått tilbud om prosessveiledning for å gi støtte til ledere i nødvendig endringsarbeid og kompetanse i bruk av modell for kvalitetsforbedring. Høgskolen i Sørøst-Norge er engasjert for å bistå med dette. Denne muligheten har kommunene benyttet seg av i stor utstrekning og tilbakemeldingene er at det oppleves å ha stor nytteverdi.

Senter for omsorgsforskning er engasjert til å gjennomføre følge-/resultatevaluering av piloten. Sluttrapport skal leveres innen 1. juni 2018.

4. MODERNE LOKALER OG BOFORMER

4.1 Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

4.1.1 Investeringsstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser

Mål for investeringsstilskuddet

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

Omsorgsplasser som får innvilget investeringsstilskuddet skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 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 tallet på boenheter som lokaliseres sammen ikke blir for stort, og at boligene så langt mulig 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.

Stortinget vedtok å endre investeringsstilskuddet slik at det fra 2021 bare skal gis tilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av omsorgsplasser. Bakgrunnen for endringen er det store antallet i brukere som vil komme fram mot 2030. Nyordningen skal gradvis innføres slik at det for 2017 forbeholdes 20 pst. av tilsagnsrammen til prosjekter med netto tilvekst. De påfølgende årene øker dette med 20 prosentpoeng årlig inntil i 2021 der det utelukkende skal gis tilskudd til prosjekter med netto tilvekst.

Investeringsstilskuddets utforming

Ordningen 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 til finansiering av 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.

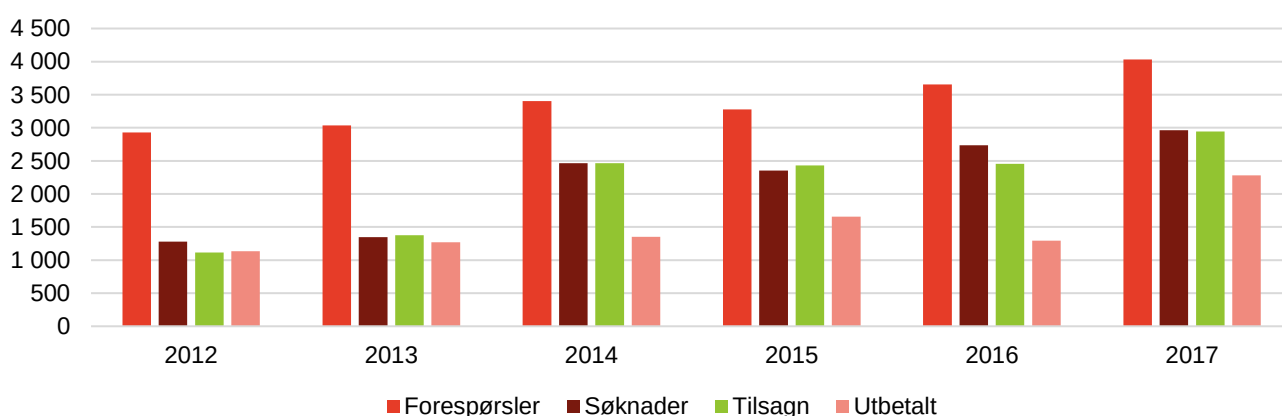
Godkjente kostnadsrammer og dermed maksimale tilskuddsbeløp blir hvert år justert i takt med utviklingen i anleggskostnadene. Man ønsker dermed å bidra til å holde kostnadene nede.

For å ta hensyn til den sterke kostnadsutviklingen i presskommuner, ble det i 2014 fastlagt høyere kostnadsrammer for et utvalg kommuner. Kostnadsrammen var i 2017 på 3 596 000 kr. i presskommuner og 3 144 000 kr. i resten av landet.

Hvordan ordningen er brukt

Investeringstilskuddet 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 i statsbudsjettet for 2017 fastsatt et måltall på 1 800 heldøgns omsorgsplasser. Stortinget vedtok en tilsagnsramme på 2 972 mill. kroner for å realisere dette måltallet. Det viste seg raskt at etterspørselen langt oversteg disponibel ramme for 2017. I revidert nasjonalbudsjett ble derfor tilsagnsrammen økt med 2 152 mill. kroner til 5 124 mill. kroner. Dette tilsvarer om lag 3 100 omsorgsplasser.

Figur 5: Antall boenheter fordelt på forespørsler, søknader, tilsagn og utbetalinger (2012 – 2017)



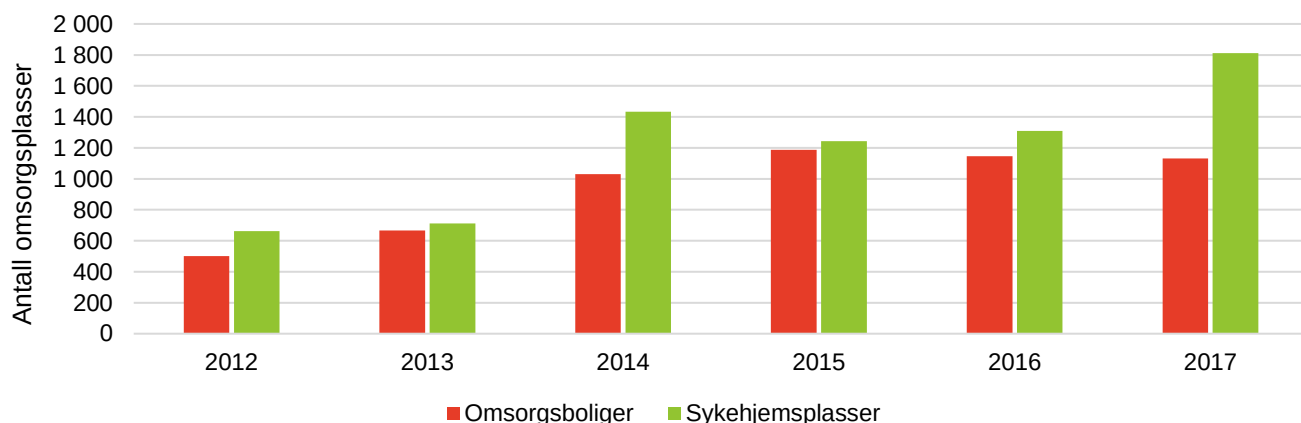
Etterspørsel

Etterspørselen, målt gjennom antall forespørsler, viser en årlig gjennomsnittlig vekst siden 2012 på 7 pst. med et betydelig hopp fra 2013 til 2014 på 12 pst. Dette har sannsynligvis sammenheng med styrkingen av investeringstilskuddet i 2014. Fra 2016 har det vært en vekst på 10 pst. I 2017 var etterspørselen på 225 saker som omfattet 4 030 boenheter til 5,9 mrd. kroner i tilskudd.

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

Tilsagn

Figur 6: Antall omsorgsplasser med tilsagn fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser (2013 – 2017)



Veksten i antall omsorgsboliger for hele perioden 2008 – 2017 har vært noe større enn antall sykehjemsplasser. Fra 2008 var det en vekst på 176 pst. mens tilsvarende for sykehjemsplasser var 99 pst. Etter 2015 har veksten i antall omsorgsboliger stoppet opp, mens det har vært en økning for sykehjemsplasser, særlig fra 2016 til 2017 (38 pst). Det er totalt 487 flere plasser med tilsagn i 2017 enn i 2016, noe som utgjør en økning på 20 pst.

Siden starten av ordningen med investeringstilskudd har tilskuddet finansiert 17 600 boenheter fordelt med 7 900 omsorgsboliger og 9 700 sykehjemsplasser. Investeringstilskuddet har Dette har bidratt til en helt nødvendig oppgradering av mange eldre, umoderne og tungt drevne omsorgsplasser, avvikling av en rekke dobbeltrom og til en økt nettokapasitet.

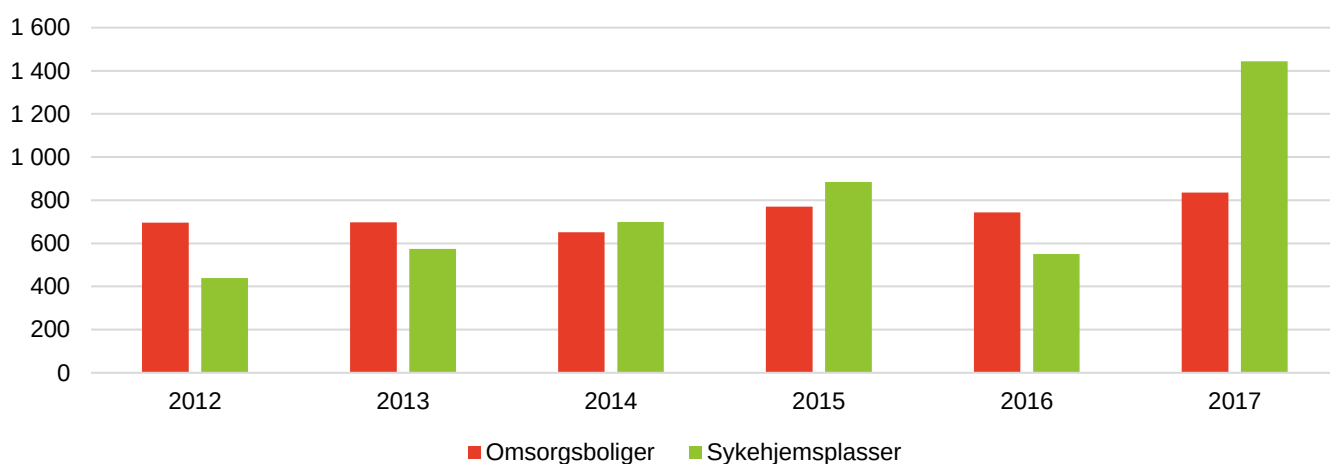
Tabell 2: Totalt antall boenheter og fellesareal (m2) som har fått tilsagn om investeringstilskudd i perioden 2008-2017

Antall boenheter i alt	Antall omsorgsboliger	Antall sykehjemsplasser	Fellesareal	Beløp tilsagn
17 606	7 863	9 743	82 491	kr 22 396 146 000

Utbetalinger

Antall boenheter som har fått utbetalt tilskudd viser de omsorgsboligene/sykehjemsplassene som er tatt i bruk. I 2017 gjaldt dette 2 280 boenheter. Av dette utgjorde sykehjemsplasser 63 pst. Mens veksten i antall omsorgsboliger de siste åra ser ut til å flate ut, har det vært en jevn vekst i antall sykehjemsplasser med unntak i 2016.

Figur 7: Antall omsorgsplasser utbetalt 2012-2017 fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser



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

Tall fra KOSTRA viser at det i 2016⁵ var 44 454 omsorgsboliger og 40 472 sykehjemsplasser. De nærmere 2.300 omsorgsplassene som ble tatt i bruk i 2017 utgjorde rundt 3 pst. av totalt antall omsorgsplasser. Noen av disse vil bidra til netto tilvekst (jf. nedenfor), men det utbetales også til plasser som gjelder renovering og utskifting av eksisterende plasser.

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 2 363 kvm, og utbetalt til 3 760 kvm fellesareal i 2017. 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.

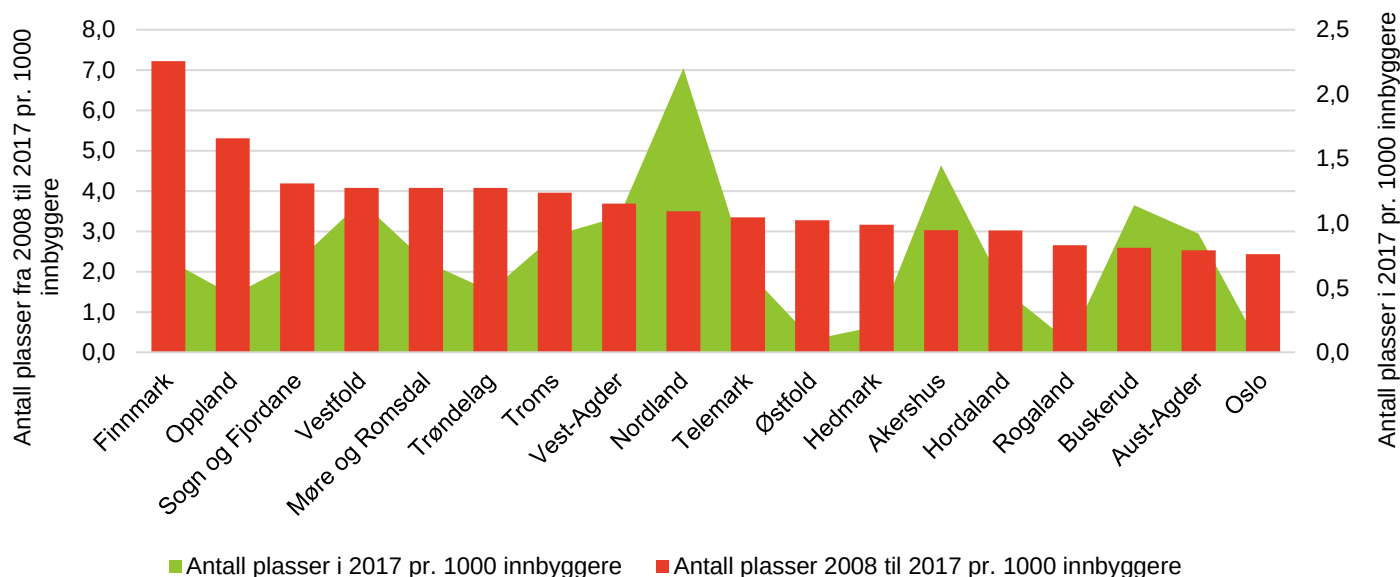
I det følgende refererer antall boenheter fordelt på ulike kjennetegn til gitte tilsagn hvis ikke annet er spesifisert.

Geografisk fordeling

Den geografiske fordelingen av tilskudd vil kunne variere betydelig fra år til år. De enkelte kommunenes investeringer skjer ikke jevnt fra år. Vi har derfor i tillegg til fylkesvis fordeling i 2017 lagt inn fordelingen over hele perioden og relatert volumet til befolkningen i fylket. Vi ser da en atskillig jevnere fordeling. Finnmark og Oppland skiller seg imidlertid ut som to fylker som har hatt behov for en forholdsvis større utbygging/fornyelse av omsorgsplasser.

Figur 8: Antall omsorgsplasser 2008-2017 og i 2017 per 1000 innbyggere i 2017

⁵ KOSTRA-tall for 2017 foreligger først i juni 2018.



Aldersgrupper

Den største aldersgruppen er de over 67 år. I 2017 var 61 pst. av boenhetene ment for denne gruppen, 7 pst. av boenhetene var ment for brukere under 25 og 32 pst. av boenhetene for aldersgruppen 25 til 67.

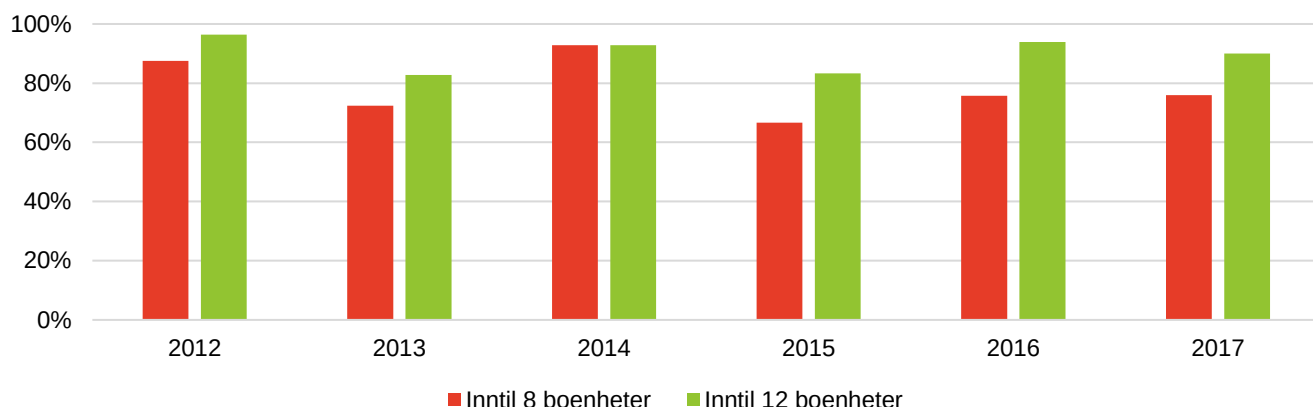
Målgrupper

Andelen plasser ment for funksjonshemmede er var noe mindre i 2017 enn i 2016. For de andre målgruppene er det ingen store endringer i andel plasser fra 2016 til 2017. Plasser spesialtilpasset for demente med 1 031 boenheter i 2017 utgjør en betydelig andel. Dette gjenspeiler imidlertid 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.

Størrelse på bogrupperne

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 bl.a. utviklingshemmede. Av tilsagn til målgruppen utviklingshemmede var 76 pst. av prosjektene med inntil 8 beboere. Utvides grensen til inntil 12 beboere omfattet dette i 2017 90 pst. av prosjektene. Andelen prosjekter med inntil 8 beboere har vært noe fluktuerende siden 2012, med gjennomsnitt på 79 pst.

Figur 9: Andel prosjekter med inntil 8 og 12 boenheter ment for målgruppen utviklingshemmede (2012 – 2017)

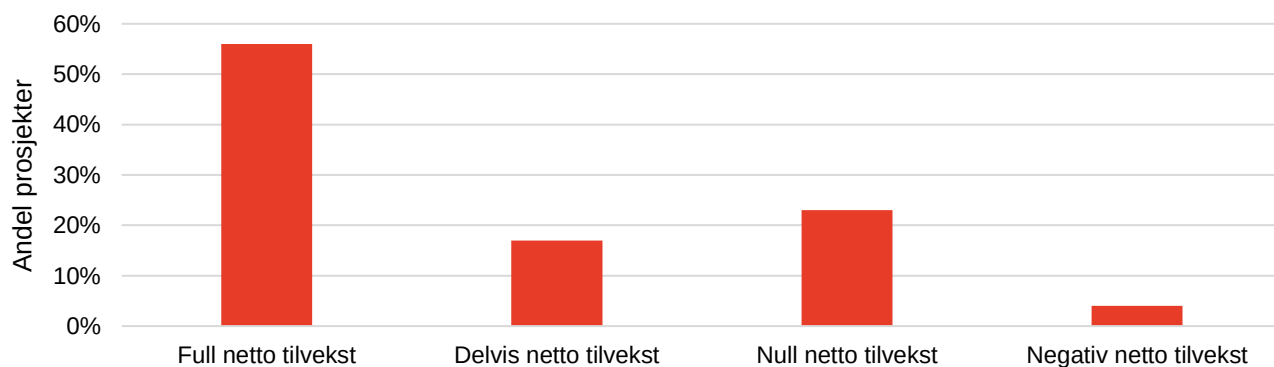


Netto tilvekst

Som nevnt foran er det fra 2017 etablert et system med en gradvis innfasing av netto tilvekst som eneste kriterium for å få investeringstilskudd. For 2017 skal dette utgjøre minst 20 pst. av alle omsorgsplasser det gis tilsagn til. Det viste seg imidlertid at det ble søkt om tilskudd til atskillig flere omsorgsplasser med nettotilvekst enn måltallet på 20 pst. Hele 41 pst. av samlet antall omsorgsplasser som fikk tilsagn om investeringstilskudd i 2017 innebar netto tilvekst.

I prosjektene det søkes om investeringstilskudd til vil det ofte være slik at samtidig som det bygges nytt, kan et annet umoderne og tungdrevet tilbud bli lagt ned. Likeledes kan man f.eks. ved fornyelse/ombygging av et sykehjem komme ut med delvis netto tilvekst, ingen netto tilvekst eller negativ netto tilvekst. Men som figuren viser har andelen prosjekter med bare netto tilvekst vært størst.

Figur 10: Andel prosjekter med full, delvis, null og negativ netto tilvekst (2017)



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.

I 2017 fikk 8 prosjekter tilsagn, og omfattet 102 omsorgsplasser.

4.2 Velferdsteknologi

4.2.1 Gjennomføre nasjonalt program for spredning 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.

Resultatrapport 2017

Velferdsteknologiprogrammets spredningsfase av trygghetsskapende teknologier er godt i gang, og følger planen. Til sammen 28 prosjekter som omfatter 218 kommuner ble tatt opp i spredningsfase 1 i programmet. Programmet har en rammeavtale med ekstern konsulent, som omfatter prosessveiledning til kommunene i spredningsfasen. Veikart for tjenesteinnovasjon (www.ks.no/veikart) ligger til grunn for prosessveiledningen. Veiledning gis på organisering og styring av prosjekt, behovsanalyse, utarbeidelse av tjenestebeskrivelser, anskaffelser og risikostyring. Veiledningen foregår delvis i direkte dialog med prosjektleder, men mest i form av workshops med alle deltakerkommuner, hvor de ulike temaene blir tatt opp. På den måten sikrer man læring og spredning av tjenesteinnovasjonskompetanse. Kommunene jobber med oppgaver mellom samlingene, eksempelvis innhente styringsdata, intervju brukere (pasienter og ansatte), interessentanalyse og kommunikasjonsplan

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 Norsk senter for e-helseforskning (NSE).

Resultatrapport 2017

Fire kommuner fikk tilskudd over ordningen i 2017. Disse var Drammen, Horten, Risør, Sandnes. I tillegg fikk Valnesfjord sportssenter midler for å komme i gang med et prosjekt sammen med Horten, hvor de ser på nærmere bruk av elektronisk kommunikasjon mellom aktørene i helsevesenet og målgruppen.

Drammen, Horten, Risør har fortsatt utprøvingen av ulike velferdsteknologiske løsninger til barn og unge med nedsatt funksjonsevne i 2017, og Sandnes med sitt prosjekt rette mot avlastningsboliger. Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte høsten 2016 og våren 2017 et kvalitativt studie av utprøvingen, hvor de intervjuet 19 foreldre i Drammen og Horten om familienes erfaringer med bruk av velferdsteknologi for sitt barn. Resultatene avdekket mange gevinster for barna, blant annet i form av økt mestring, mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller de fra andre barn. Den understreket samtidig at teknologi som kan avhjelpe og møte ett barns behov, ikke nødvendigvis er det riktige for et annet barn.

Høsten 2017 fulgte NSE opp med intervjuer med ansatte i alle deltagende kommuner (Drammen, Horten, Risør, Sandnes). Målet var 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. Dette resulterte i rapporten "Innføring av velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse". https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/NSE-rapport_2018-01_Innforing_av_velferdsteknologi.pdf

Denne peker på fokus, tid og ressurser til å ivareta brukernes interesser som en viktig side av implementeringsprosessen, og løfter særlig frem samarbeid på tvers av sektorer i kommunen som en suksessfaktor for å lykkes med tjenester til denne målgruppen.

4.2.3 Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tiltaket er utprøving av velferdsteknologiske løsninger for avstandsoppfølging av personer med kroniske somatiske sykdommer, for å fremskaffe kunnskap om effekter og oppfølging på avstand for personer med kols, diabetes, og hjertesvikt. Prosjektet skal gi anbefalinger om gevinstrealiseringspotensialet og innretning for skalering. Målet er økt trygghet og egenmestring slik at den enkelte kan bo lenger hjemme og at tiltaket skal bidra til redusert forbruk av helsetjenester. Prosjektet startet høsten 2015 og avsluttes 1. juli 2018, og det skulle etableres aktivitet i minst fire fylker med anslagsvis 400-500 brukere. Sintef har oppdrag som tjenesteutviklingspartner for prosjektet. Prosjektet følges av følgeforskning ved Intro International. Den første effektrapporten ble levert høsten 2017.

Resultatrapport 2017

Det er etablert prosjekter i fire bydeler i Oslo, Trondheim i samarbeid med omkringliggende kommuner, Sarpsborg og Stavanger. Det har vært høy aktivitet i alle prosjektene i 2017. Prosjektene har ulike målgruppe og innretning, og har også valgt ulike responstjenesteløsninger. Sarpsborg har etablert en privat responstjeneste i tråd med oppdrag.

Alle prosjektene jobber med å utvikle gode tjenesteforløpet og se på hvordan egenbehandlingsplaner kan hjelpe brukerne til å mestre egen sykdom bedre, kunne oppdage tegn til forverring og iverksette tiltak for å avhjelpe dette på et tidlig stadium. Prosjektene har hatt ulike måltall for hvor mange brukere de skulle rekruttere i "sine" kategorier. Inklisjon av nye brukere ble avsluttet 1. desember og 822 bruker har deltatt i avstandsoppfølging i kortere eller lengre tid.

Foreløpige resultater viser at brukere gir positiv tilbakemelding, de opplever at de er tryggere, at de i større grad mestrer egen hverdag og har fått økt innsikt i egen sykdom. Flere brukere rapporterer at de har langt færre sykehusbesøk enn tidligere. Utprøvingen så langt viser at brukerne behersker å gjøre målinger hjemme og at disse er pålitelige. Det er imidlertid for tidlig å se effekter på forbruk av helsetjenester og i hvilken grad valg av organisering har betydning for kost/nytte ut fra første evalueringsrapport som ble levert i slutten av september 2017⁶. Neste rapport blir offentliggjort første etter påske 2018.

⁶ Første delrapport fra Intro International; <https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Avstandsoppfølging%20-Delrapport%201%20-%20Intro%20International%20AS.pdf>

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.

Det apporteres særskilt på dette temaet, som derfor ikke tas med i denne rapporten.

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 2017

Velferdsteknologiens ABC er blitt utviklet og prøvd ut i utvalgte kommuner med gode resultater. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har velferdsteknologi som et av sine satsingsområdet og fikk i 2017 i oppgave for å bistå kommunene med gjennomføring av Velferdsteknologiens ABC. I 2017 rapporterer 14 av 19 USHT' er at de har bistått kommuner med gjennomføring av ABC-opplæringen.

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 2017

Kommunene Lillesand, Os (Hordaland), Hobøl, Stjørdal deltar i forsøkets modell A. Kommunenes Selbu og Spydeberg deltar i forsøkets modell B. Forsøksordningen evalueres. I evalueringsrapporten av januar 2018 fremkommer at det ikke på dette tidspunktet har vært mulig å få et klart bilde av hvordan forsøket har påvirket kommunens tjenestetilbud, selv om kommunene i modell A melder at forsøket har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse i kommunen. Utbetalingen til kommunene i 2017 viste en overskridelse av rammen på 9,7% (ekskl. justering i omgrupperingsprp.), 1,4% (inkl. justeringer i omgrupperingsprp.)

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.

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 2017

Deltidstudiet Helse og Omsorg i Plan

I studieåret 2016 – 2017 deltok 4 studiesteder og 93 studenter startet opp studiet i september 2016. Totalt har 645 studenter tatt mastertemaet Helse og Omsorg i Plan. Tre studiesteder som har lagt inn dette temaet som den del av en full master når oppdragsstudiet fra KS ikke lenger er aktuelt. Målgruppene kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn er godt representert blant studentene, hvor kommuner har den største deltakermengden.

Dagskonferanser og workshops

Det har vært avholdt dagskonferanser og workshops også i 2017 i et nært samarbeid med KS regioner, fylkeskommuner og fylkesmenn. Dagskonferansene 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 har det deltatt over 1500 personer på dagskonferansene og workshops.

Utvikling av «Læringsportal»

Fra 2014 har KS og de fem studiestedene arbeidet med utvikling av en egen læringsportal i kommune- og samfunnsplanlegging hvor helse og omsorgsperspektivet har stått sentralt. Høgskolen i Lillehammer har det praktiske ansvaret for dette delprosjektet. Siden 2014 har en arbeidet med å legge inn videoforelesninger, prosjektoppgaver samt annet fagstoff på nettsiden.

Fra sommeren 2015 har læringsportalen vært brukt i forelesninger, i småkurs og ikke minst som ressursportal for alle som ønsker mer kunnskap om samfunnsplanlegging i et helse- og omsorgsperspektiv.

Det er bestemt å videreføre Læringsportalen uavhengig av om prosjekt Helse og Omsorg i plan videreføres, da en ser på dette tilbudet som nyttig i mange sammenhenger.

Læringsportalen skal i alle fall være operativ fram til 2023 i et samarbeid mellom KS og de utdanningsstedene som har bidratt til opprettelsen av den.

Delprosjekt «Helseoversikter i kommuneplanen»

I 2017 er det gjennomført nettverk med 6 kommuner i Indre Østfold hvor Helseoversikten i kommunens plan har vært tema.

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 2017, kap 769 post 21, er det bevilget 1 mill. kroner til Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Resultatrapport 2017

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har gjennom året videreutviklet verktøyet «ressursportal.no». I tillegg ble siste modul av studiet Nord universitet utviklet i 2016 gjennomført. 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. Evalueringen viser at studiet ble godt mottatt og studentene opplevde som nyttig.

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 2017

God kvalitet på laboratorievirksomheten i primærhelsetjenesten er viktig for å kunne gi pasientene riktig behandling og oppfølging, samt forhindre unødvendige innleggelser på sykehus/ sykehjem.

I 2016 startet prosjektet med å kvalitetsforbedre all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker, og dette ble utvidet til to nye fylker i 2017. Noklus blir godt tatt imot, og 97% av alle enhetene i fem fylker har takket ja til å delta. I 2017 ble det overfor hjemmetjenesten gjennomført 45 innledende møter, besøkt 93 enheter, og arrangert 89 kurs med 1072 deltakere.

Hjemmetjenesten samarbeider med mange 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 syke-hjem og sykehjemslegen.

I 2017 ble det gjennomført 21 500 e-læringskurs, og dette er en dobling i antall gjennomførte kurs siden 2016. Disse kursene er et viktig bidrag for å bevisstgjøre helsepersonell på å bruke og tolke urinprøver riktig for å redusere unødig antibiotikabruk. I 2017 omhandlet Noklus sin preanalytiske utsendelse pasientidentifikasjon, merking av prøver og registrering av prøvesvar. 60 % av 1040 sykehjem, rehabiliteringsenheter og hjemmetjenester svarte på spørreskjemaet. Resultatene viser at deltakerne er blitt bedre på korrekt pasientidentifikasjon. I 2013 svarte 31 % at de spør etter navn eller fødselsdato/fødselsnummer hvis de kjenner pasienten, mens i 2017 var dette økt til 85 %.

Det ble i 2017 etablert et samarbeid med Antibiotikasenteret for primærmedisin og Folkehelseinstituttet. Via hyppig kontakt med deltakerne kan Noklus både bidra med og implementere faglige retningslinjer for bruk av antibiotika, og følge opp at retningslinjene brukes.

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. Siden oppstarten er tilbudet nå også utvidet til å gjelde omsorgsboliger.

Resultatrapport 2017

17 nye sykehjem ble sertifisert som «Livsgledehjem» i 2017, og 55 re-sertifisert. Ved ytterligere 33 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livegledesertifisering. I alt samarbeider stiftelsen pr. 31.12.17 med i 111 sykehjem og omsorgsboliger. Stiftelsen driver utstrakt samarbeid bl.a. med barnehager, ungdomsskoler og videregående skoler for å bidra til spredning av konseptet.

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

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

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet fikk den 1. januar 2012, en lovpålagt oppgave om å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer» i tråd med ny lov kommunale helse og omsorgstjenester. De nasjonale kvalitetsindikatorene skal være et «hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, og et grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter».

Nasjonale kvalitetsindikatorer for skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får, samt benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring.

Helsedirektoratet mottok 30.03.2015 et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr.8, der regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren (Tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr. 8 (14-10188-26)). Helsedirektoratet leverte rapporten «Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Kommunale helse- og omsorgstjenester» i juni 2016. Rapporten ga anbefalinger for hvordan bruker- og pårørendeundersøkelser for kommunale helse- og omsorgstjenester kan gjennomføres. I 2017 startet bearbeiding av eksisterende undersøkelse som benyttes av en rekke kommuner gjennom bedrekomune.no i samarbeid med KS. Kommuneforlaget AS og FHI. Pilot av en ny undersøkelse skal gjennomføres i 2018. Resultatet skal føre til en nasjonal og mer forskningsbasert brukerundersøkelse for kommunene.

Nasjonale kvalitetsindikatorer.

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

Brukerundersøkelser

En nasjonal undersøkelse kan bidra til det politiske ønske om brukers helsetjeneste gjennom økt åpenhet om tjenesteutvikling, om kvalitet og om brukertilfredshet i kommunen hvis undersøkelsen følges opp med forbedringstiltak i den enkelte kommune.

Piloten vil gi et godt grunnlag for en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse som kan tilbys alle kommunene som et verktøy som kan brukes til kvalitetsforbedring, sammenligning kommuner imellom og til nasjonale tall. 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 er det utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer.

Resultatrapport 2017

Kvalitetsindikatorer innen ernæringsmessig risiko (hjemmeboende og beboere på sykehjem) er publisert (<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>) som ledd i gjennomføring av 3-årig handlingsplan for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (2014-2017).

5.4.5 Gjennomføre det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet, "I trygge hender 24-7".

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 2017 totalt 16 innsatsområder i programmet, hvor 10 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
- Forebygging og behandling av underernæring
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Trygg utskriving med brukeren som likeverdig part
- Ledelse av pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammets strategi ble i 2017 revidert med mål om økt innsats i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Arbeidet med spredning av innsatsområdene i kommunene skjer hovedsakelig gjennom læringsnettverk arrangert av Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) i fylkene, med forankring i sentrenes tildelingsbrev. I tillegg gjennomføres pilotprosjektet «Pasient- og brukersikre kommuner» som en del av programmets arbeid. Deltakende kommuner i prosjektet er Tønsberg, Karmøy, Lier, Vestvågøy og Smøla. Satsningen skal bidra til læring om hvilke varige strukturer som må på plass for at kommunene skal lykkes med å redusere pasientskader.

Resultatrapport 2017

Ved utgangen av 2017 var 67 prosent 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. Tre nye innsatsområder ble lansert i 2017; forebygging og behandling av underernæring, tidlig oppdagelse av forverret tilstand og trygg utskriving med brukeren som likeverdig part. Flere USHT startet i 2017 opp læringsnettverk på områdene ernæring og tidlig oppdagelse. Utviklingssentrene og de pasient- og brukersikre kommunene deltok i 2017 på flere aktiviteter for å sikre gjennomføring, blant annet nettverkssamlinger og ulike kurs i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Det ble i 2017 publisert tall for nasjonale kvalitetsindikatorer på legemiddelgjennomgang og ernæring som er relevante for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Fra 1. januar 2017 trådte Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i kraft. Arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å operasjonalisere krav i forskriften.

6. UTVIKLINGSARBEID UTENOM OMSORG 2020

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

6.1 Foreslå modell for primærhelseteam og alternativer for finansiering

Formål og hovedprioriteringer

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

Sykepleierne i Primærhelseteam skal 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 2017

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å tilrettelegge for oppstart av pilot Primærhelseteam fra og med 01.04.2018. Helsedirektoratet har utarbeidet to finansieringsmodeller, faglig innhold og modell for gjennomføring av pilot med Primærhelseteam. Alle kommuner har fått informasjon om muligheter for å delta. Piloten ble kunngjort med søknadsfrist i januar 2018. Pilot Primærhelseteam skal følgeevalueres. Kravspesifikasjon for evalueringen ble kunngjort høsten 2017 med søknadsfrist i januar 2018.

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

Formål og hovedprioriteringer

Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre en pilot for innføring av strukturert tverrfaglig oppfølging (oppfølgingsteam) for personer med store og sammensatte behov. Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut et verktøy for risikokartlegging. Verktøyet for risikokartlegging skal brukes til tidlig identifisering av personer med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og risiko for økt behov for kommunale helse – og omsorgstjenester, slik at disse kan vurderes for strukturert tverrfaglig oppfølging.

Formålet med piloten er

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

Som en følge av arbeidet i piloten skal kommunene som deltar få bedre samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer og aktiv brukerinvolvering i alle faser og resultatmålene for piloten er at:

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

Resultatrapport 2017

Våren 2017 utarbeidet Helsedirektoratet en skisse om gjennomføring av en pilot for oppfølgingsteam. NTNU utarbeidet en rapport om verktøy for forebyggende risikokartlegging til bruk i samband med oppfølgingsteam. Skisse og rapport ble overlevert HOD 1. mai. På bakgrunn av dette fikk Helsedirektoratet i oppdrag å gå videre med planlegging og gjennomføring av en pilot.

En bredt sammensatt ressursgruppe med representanter fra kommuner, brukere, sykehus, KS, fagmiljø og direktorat har bidratt i planleggingen. Det ble gjort avtale med NTNU om bistand til anskaffelse av et verktøy for risikokartlegging. Det har vært et tett samarbeid med Dir. for e-helse og i desember 2017 ble det kunngjort en felles anskaffelse for verktøy for risikokartlegging (pilotprosjektet) og praksisprofiler (prosjekt i EPJ – løftet). Verktøyet skal i første omgang prøves ut hos fastleger i pilotkommunene og senere i perioden også i sykehus.

Piloten planlegges å gjennomføres i inntil 7 kommuner og med inntil 80 fastleger som skal prøve ut et nytt verktøy. Kommunene må involvere og samarbeide tett med Helseforetak samt andre sektorer som NAV, skole, barnevern m.fl. Piloten er planlagt å starte opp 1. september 2018. Det gis støtte til

tjenesteutvikling i pilotkommunene i form av økonomisk tilskudd til kommunene og fastlegene samt at det planlegges for nettverkssamlinger, opplæringstiltak og prosessveiledning. Piloten skal følgeevalueres.

6.3 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.

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.» Som nevnt i innledningen endrer ikke Helsedirektoratet på analysen som ble utarbeidet på slutten av 2017 for årsrapporten 2016. I dette kapitlet tar vi for oss noen tilleggsfunn som vi ønsker å trekke fram. Analysen for i fjor følger etter dette for de som ønsker å lese denne.

7.1 Tilleggsanalysen for 2017

Utbygging av heldøgns omsorgstilbud

Omsorg 2020 legger vekt på å utvikle de nye hjemmetjenestene og har et forebyggende og rehabiliterende hovedperspektiv. Det er likevel viktig å skape trygghet for at innbyggerne kan få et adekvat heldøgns tilbud når det er behov for dette. Investeringsstilskuddet har bidratt til en kapasitetsøkning og en nødvendig oppgradering av mange eldre og umoderne omsorgsplasser. I 2017 ble det innført et system for gradvis innfasing av netto tilvekst. Fra 2020 gis det bare tilskudd til prosjekter som innebærer netto tilvekst. Den lenge varslede økningen i aldersgruppen over 80 år er nå begynt etter en tiårsperiode der antall eldre i hovedsak har holdt seg stabilt. Fram til 2020 øker antall eldre mellom 80 og 90 år med ca. 8 000 innbyggere mens veksten blant de over 90 år vil bli på ca. 3 000 personer. I aldersgruppen over 90 år er behovet for heldøgns omsorgstjenester spesielt stort. Det er derfor et viktig og positivt tegn at kommunene i økende grad har søkt om støtte til et betydelig antall prosjekter som vil gi en netto tilvekst av nye plasser for å møte morgendagens utfordringer i omsorgstjenestene.

Vurdering av kvaliteten på tjenesten

Bruk av styringsdata er sentralt for at kommunene kan planlegge fremtidens omsorgstjenester. Data fra IPLOS registeret er tenkt å være viktige kunnskapskilde i vurdering av både kvaliteten på tjenestene og omfanget av disse. Helsedirektoratet har de senere årene lagt ned et betydelig arbeid i å utvikle kvalitetsindikatorer gjennom det nasjonale kvalitetsindikatorprosjektet, samt bidra til forbedring av det generelle statistikkgrunnlaget gjennom KOSTRA samarbeidet. Slik datakvaliteten er i dag i IPLOS kan data likevel bare i begrenset grad brukes til å vurdere kvaliteten på tjenestene.

Kommunene har i varierende grad tatt i bruk de nye indikatorene. Skal indikatorene fungere lokalt er det en forutsetning at de er av god kvalitet og lett tilgjengelige. Gjennom publisering av statistikk fra KPR kan kommunene neste år i langt større grad hente ut data til bruk i eget forbedringsarbeid. Da er det av vesentlig betydning at flere kommuner tar oppgaven med å legge inn korrekte data på alvor. Helsedirektoratet ønsker å bidra til dette gjennom de samlingene som avholdes fylkesvis om IPLOS registreringer samt revidering av nåværende indikatorer.

Det er imidlertid gjennom bruk av data at kommunene kan se at registeret har en nytte for dem. Opplæring i bruk av styringsdata til planlegging og bruk av indikatorer til forbedringsarbeid er derfor en viktig arbeidsoppgave som bør prioriteres i årene som kommer. Erfaringer fra blant annet pilotering av trygghetsstandard i sykehjem viser at det er behov for å støtte kommunene i arbeidet med å bygge opp kompetanse på bruk av indikatorer til styring, planlegging og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet foreslår å lage en veileder for bruk av kvalitetsdata og styringsdata til bruk i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

7.2 Analysen for 2016

7.2.1 Sammen med bruker, pasient og pårørende

I Analyserapporten for 2016 ⁷viser 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.

7.2.2 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

⁷ IS 2613 Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016 Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren Helsedirektoratet 2017

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.

7.2.3 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 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 utviklingssentre 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 behandlingsfokus. 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.