

RAPPORT

EVALUERING AV TILSKUDDSORDNING TIL KOMPETANSEHEVENDE TILTAK FOR LINDRENDE BEHANDLING OG OMSORG VED LIVETS SLUTT

FOR HELSEDIREKTORATET

1. NOVEMBER 2020

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.



INNHold

1	SAMMENDRAG	4
2	GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET	5
2.1	BAKGRUNN FOR OPPDRAGET	5
2.1	METODE	5
2.1.1	Nærmere om kartlegging av tilgjengelig dokumentasjon	6
2.1.2	Nærmere om intervju med forvalterne	6
2.1.3	Nærmere om spørreundersøkelse	7
2.1.4	Nærmere om intervju med kommunene (case-studie)	7
2.1.5	Vurderingsgrunnlag	8
2.1.6	Avgrensinger og forbehold	9
3	LINDRENDE BEHANDLING OG OMSORG VED LIVETS SLUTT	9
4	TILSKUDDSORDNINGENS INNRETNING OG FORVALTNING	11
4.1	FAKTABESKRIVELSE OG FUNN	11
4.1.1	Tilskuddsordningens innretning	11
4.1.2	Tilskuddsordningens forvaltning	13
4.2	VURDERINGER	15
4.2.1	Tilskuddsordningens innretning er i all hovedsak hensiktsmessig	15
4.2.2	Forvaltningssamarbeidet mellom fylkesmenn og regionale kompetansesentre fungerer godt	16
4.2.3	En nasjonal oversikt over tidligere prosjekter anbefales	16
5	TILSKUDDSMOTTAKERE OG PROSJEKTER	16
5.1	TILSKUDDSMOTTAKERE FRA 2017 TIL 2019	16
5.2	TILSKUDDSMOTTAKERE I UTVALGET	18
6	HVILKE FAKTORER PÅVIRKER MÅLOPPNÅELSE I PROSJEKTENE?	19
6.1	FAKTABESKRIVELSE OG FUNN	20
6.1.1	Egenrapportering av måloppnåelse i prosjektene	20
6.1.2	Analyse av faktorer som kan ha påvirket måloppnåelse	20
6.1.1	Hvordan forklares eventuell manglende måloppnåelse i prosjektene?	29
6.2	VURDERINGER	32
6.2.1	Tilskuddsmottakerne rapporterer generelt om høy grad av måloppnåelse ...	32

6.2.2	Til tross for god måloppnåelse møter de fleste prosjektene på utfordringer underveis	32
6.2.3	Ledelsesforankring er avgjørende for gjennomføring av og måloppnåelse i prosjektene	33
6.2.4	Kommunestørrelse kan påvirke hvilke kommuner som søker og tildeles midler	33
6.2.5	Utfordringer med lange avstander kan påvirke hvilke prosjekter som lar seg gjennomføre	34
6.2.6	Tette samarbeid oppleves generelt som positivt for måloppnåelse	34
6.2.7	Flere intervjupersoner opplever at kreftkoordinatorrollen er avgjørende	34
7	HVILKE EFFEKTER KAN TILSKRIVES DE AKTIVITETER SOM TILSKUDDSMIDLENE GIR OPPHAV TIL?.....	35
7.1	FAKTABESKRIVELSE OG FUNN	35
7.1.1	Egenrapportering av opplevde effekter	35
7.1.2	Informasjonsdeling før, under og etter prosjektgjennomføring	42
7.1.3	Sluttbrukernes opplevelse av effekter.....	43
7.2	VURDERINGER.....	45
7.2.1	Prosjektene har ført til kompetanseheving og økt kvalitet på tjenestene i kommunene	45
7.2.2	Faglig samhandling er forbedret i noen tilfeller, andre ikke	45
7.2.3	Kommunene lærer av hverandre og ønsker å bidra til andres prosjekter	45

1 SAMMENDRAG

Tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt ble opprettet i 2002. Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter og deres pårørende ved å bidra til at helsepersonell utvikler kompetanse til å mestre behandling og omsorg i møte med mennesker i livets slutfase og deres pårørende.

Helsedirektoratet har engasjert BDO AS og Senter for omsorgsforskning for å gjennomføre en evaluering av tilskuddsordningen. Formålet med evalueringen er å belyse om man faktisk oppnår de målene som tilskuddet er ment å realisere, og har undersøkt følgende tema:

- Tilskuddsordningens innretning og forvaltning
- Tilskuddsmottakere og prosjekter
- Faktorer som kan ha påvirket måloppnåelse i prosjektene
- Effekter som følge av prosjektene

På bakgrunn av kvalitative og kvantitative analyser er det vår vurdering at tilskuddsordningens innretning og forvaltning i all hovedsak er hensiktsmessig, samt at prosjektene som støttes av tilskuddsordningen har god måloppnåelse og bidrar til å forbedre det palliative tjenestetilbudet i kommunene. Dette begrunner vi med hovedsakelig tre forhold.

For det første viser våre analyser at samarbeidet mellom forvalterne (Fylkesmennene og kompetansesentrene for lindrende behandling) fungerer godt. Forvalterne legger vekt på blant annet gode samarbeidsprosesser med oppgavefordeling basert på komplementerende kompetanse.

For det andre rapporterer tilskuddsmottakerne om god måloppnåelse og om en rekke positive effekter som følge av tilskuddet. I intervju fremhever prosjektdeltagerne viktigheten av ledelsesforankring, ildsjeler som driver prosjektene fremover og gode samarbeid. De forteller videre om økt kvalitet i kommunens tilbud, økt fagutvikling, økt kompetanse og i noen tilfeller økt samhandling internt og på tvers av tjenester i kommunen.

For det tredje erfarer vi at tilskuddsmottakere i stor grad deler sine erfaringer med andre kommuner, og slik lærer og inspireres kommunene av hverandres prosjekter. Dette tyder på at virkningene av tilskuddsmidlene ikke er begrenset til de enkelte tilskuddsmottakerne.

Til tross for det ovennevnte, har våre analyser vist at mange prosjekter som støttes av tilskuddsordningen opplever utfordringer som påvirker måloppnåelse og effekter. Særlig utskiftninger i personalgruppen, mangel på ressurser, for kort prosjektperiode og ulike prioriteringer av fagfeltet ble trukket frem av informantene. I tillegg nevner flere at fremdriften i prosjektet har blitt påvirket av kommunesammenslåing eller Covid-19. Samlet sett erfarer vi at utfordringer nderveis har ført til endringer i målene for og innholdet i flere prosjekter, men at prosjektdeltagerne likevel vurderer utbyttet av tilskuddsmidlene som svært godt.

Avslutningsvis vil vi påpeke at evalueringen ikke har undersøkt sluttbrukere eller pårørendes erfaringer eller opplevelser knyttet til tjenester og utvikling i kommunene. Basert på intervjuer med prosjektdeltagere, mener vi likevel å ha grunnlag for å konkludere med at tilskuddsordningen med stor sannsynlighet har medført kompetanseheving for ansatte innenfor palliativ omsorg, som igjen medfører bedre tjenester for palliative pasienter og deres pårørende i kommunene.

2 GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET

2.1 BAKGRUNN FOR OPPDRAGET

Tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt ble opprettet i 2002, på bakgrunn av Nasjonal kreftplan (1999-2003). Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter og deres pårørende ved å bidra til at helsepersonell utvikler kompetanse til å mestre behandling og omsorg i møte med mennesker i livets slutfase og deres pårørende. Ordningen inngår i Kompetanseløft 2020, som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten frem mot 2020, og er øremerket i statsbudsjettet under kapittel 761 post 67.

Tilskuddsordningen forvaltes av fem fylkesmenn, på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir): Fylkesmannen i Oslo og Viken, Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, Fylkesmannen i Vestland, Fylkesmannen i Trøndelag og Fylkesmannen i Troms og Finnmark. I forvaltningsprosessen samarbeider fylkesmennene med regionale kompetansesentre for lindrende behandling fra helseregionene Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest.

Hdir har engasjert BDO AS (BDO) og Senter for omsorgsforskning (SOF) for å gjennomføre en evaluering av tilskuddsordningen til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Evalueringen har følgende hovedproblemstillinger:

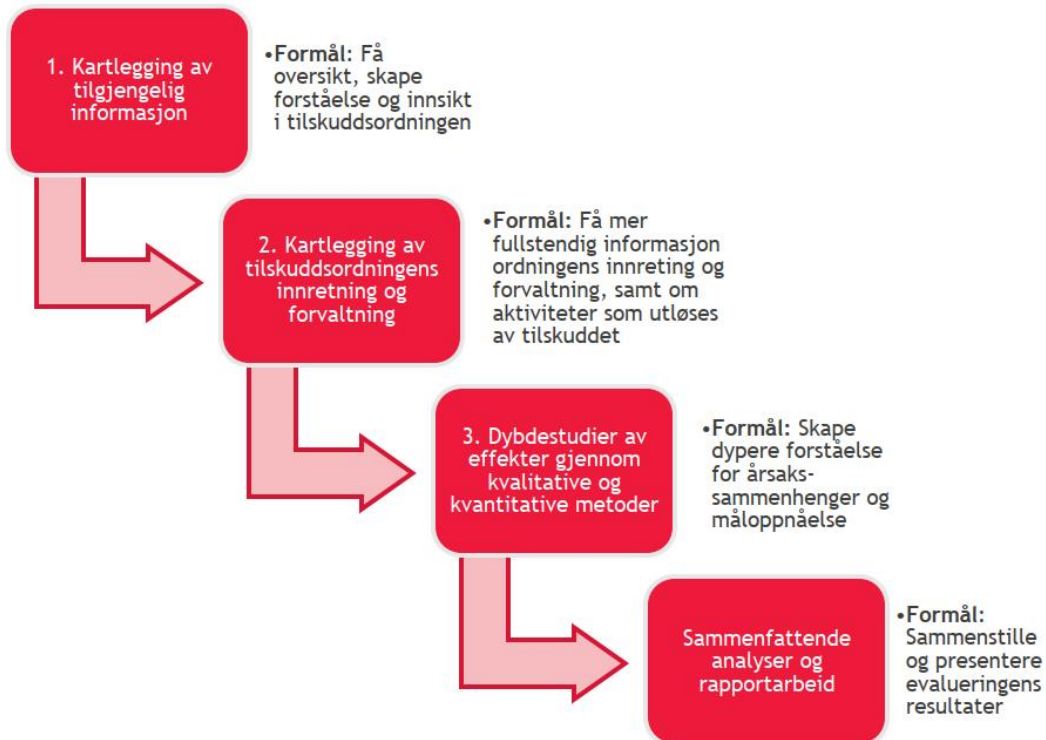
- Hvilke effekter kan tilskrives de aktivitetene som tilskuddet gir opphav til?
- I hvilken grad kan disse effektene sies å oppfylle målene for tilskuddsordningen?
- Hvordan har innretning på og forvaltning av tilskuddsordningen påvirket grad av måloppnåelse?

Dette gjøres ved å belyse følgende tema:

- Tilskuddsordningens innretning og forvaltning (kapittel 4)
- Tilskuddsmottakere og prosjekter (kapittel 5)
- Faktorer som kan ha påvirket måloppnåelse i prosjektene (kapittel 6)
- Effekter som følge av prosjektene (kapittel 7)

2.1 METODE

Evalueringen er gjennomført ved bruk av både kvalitative og kvantitative metoder. Figuren nedenfor oppsummerer vår metode gjennom fire analysesteg, som samlet gir et godt grunnlag for å evaluere tilskuddsordningen.



Figur 1: BDO og SOFs fire steg for å evaluere tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Kilde: BDO og SOF

Som gjengitt i figuren over har vi først kartlagt tilgjengelig informasjon. Dette innebærer at vi har gjennomgått relevante dokumenter oversendt fra Hdir, fylkesmennene og kompetansesentrene samt offentlig tilgjengelig dokumentasjon, herunder rapporter og nyere forskning innenfor fagfeltet. I fase to har vi gjennomført intervjuer med de fem ansvarlige fylkesmennene, og kompetansesentrene de samarbeider med for å forvalte tilskuddsordningen. I fase tre har vi gjennomført en spørreundersøkelse for 52 prosjekter som har mottatt støtte i 2017 og 2018. Av disse 52 har vi valgt ut seks prosjekter for case-intervjuer. Videre har vi intervjuet to prosjektledere med særlig fokus på hvordan tilskuddsordningen når frem til sluttbrukere. Avslutningsvis har vi analysert og sammenstilt informasjonen i denne rapporten.

2.1.1 Nærmere om kartlegging av tilgjengelig dokumentasjon

Dokumenter oversendt fra forvalterne

Innledningsvis ba vi de ulike forvalterne om å sende oss en oversikt over hvilke kommuner som hadde mottatt tilskudd for perioden 2012 til 2019, og kommunenes søknader og rapporteringer. I samråd med Hdir ble det bestemt at evalueringen skulle fokusere særlig på perioden fra 2017 til 2019. Dette skyldes utfordringer knyttet til innhenting og sammenligning av informasjon fra flere fylkesmenn for tidligere år. Informasjonen er oppsummert i kapittel 5.

Litteraturgjennomgang

I evalueringens første fase ble det gjort en gjennomgang av offentlige dokumenter, rapporter og nyere forskningsartikler innen fagfeltet. Det ble tatt utgangspunkt i offentlige styringsdokumenter for å se på føringer og beskrivelser. Deretter ble det søkt etter fagartikler og forskning ved hjelp av Google Scholar, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) sine hjemmesider samt gjennom kompetansebroen.no og Omsorgsbiblioteket. Litteraturgjennomgangen er grunnlaget for informasjonen i kapittel 3.

2.1.2 Nærmere om intervju med forvalterne

Tilskuddsordningen forvaltes av fylkesmannsembetene Fylkesmannen i Oslo og Viken, Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, Fylkesmannen i Vestland, Fylkesmannen i Trøndelag og

Fylkesmannen i Troms og Finnmark. Fylkesmannsembetene samarbeider med Regionale Kompetansesenter for lindrende behandling (KLB) i hver enkelt region. Vi gjennomførte intervjuer med alle fylkesmannsembetene og de KLBene i regionene. Hovedfokuset for intervjuene var å få mer kunnskap om tilskuddsordningens innretning og forvaltning, samt å få kunnskap og informasjon om forvalternes opplevelse av ordningens måloppnåelse og effekt.

Informasjonen fra intervjuene er gjengitt hovedsakelig i kapittel 4, og er videre benyttet for å supplere spørreundersøkelsen og case-intervjuene i kapittel 6 og 7.

2.1.3 Nærmere om spørreundersøkelse

I etterkant av dokumentstudiene og intervju med forvaltere, ble det sendt ut en spørreundersøkelse til 99 prosjekter som hadde fått innvilget «friske» tilskuddsmidler i 2017 og 2018,¹ hvorav 52 svarte. Temaene i undersøkelsen var hovedsakelig om forankring og samarbeid, måloppnåelse, effekter, samhandling og utviklingsarbeid. Det ble også stilt bakgrunnsspørsmål om prosjektet og kommunen. Spørsmålene var i hovedsak flervalgsspørsmål, men det var også mulighet til å skrive mer utdypende svar på enkelte spørsmål. Avslutningsvis kunne respondentene skrive i fritekst om det var noe de ønsket å legge til.

79 prosent av respondentene var prosjektledere, og kjente prosjektene svært godt. 1 person var ikke deltagende i prosjektet, og har brukt svaralternativet «vet ikke» i større grad enn andre.

En mulig feilkilde i utvalget er at flere kommuner har slått seg sammen siden prosjektene ble oppstartet. Dette kan ha ført til at noen kommuner har svart på vegne av sin «gamle» kommune, mens andre har svart på vegne av den «nye» kommunen.

2.1.4 Nærmere om intervju med kommunene (case-studie)

I utvalget av kommuner til case-studien har vi lagt vekt på å synliggjøre bredde og variasjon blant tilskuddsmottakere som besvarte spørreundersøkelsen. Vi har inkludert minst en kommune fra hver region og tatt hensyn til ulike kommunestørrelser, prosjektaktiviteter og samarbeidsmodeller. Vi inkluderte også kommuner som har blitt slått sammen i løpet av de senere årene, siden flere nevnte kommunesammenslåing som en utfordring i spørreundersøkelsen. Utvalget ble drøftet med, og godkjent av Hdir i forkant av intervjuene.

Noen av kommunene vi har intervjuet har mottatt støtte til prosjekter over flere år, mens andre har fått tildelt midler for første gang i 2017 eller 2018. Prosjektene har hatt forskjellige målsettinger og ambisjoner; alt fra beskjedne mål der alle ansatte i kommunen skal få en økt forståelse av palliasjon og lindrende behandling gjennom en halv dag med undervisning, til større prosjekter med ambisjoner om å bygge opp samarbeidsrelasjoner med flere aktører på tvers av kommuner og med spissing av dybdekompetanse hos ansatte med særskilt ansvar for personer i denne brukergruppen.

I case-utvalget inngikk seks kommuner, og i tabellen nedenfor har vi presentert en oversikt over de ulike kommunene i anonymisert format fordelt på noen ulike kategorier.

Case	Region	kommunestørrelse	Type prosjekt	Særskilt interesse
1	Nord	0-4999	Implementering av Livets siste dager	Utfordringer med avstand
2	Midt	5.000-19.999	Iverksetting av palliativ plan	Stor grad av måloppnåelse og spredning av resultater
3	Vest	20.000 +	Sammensatt prosjekt: kurs, fagdager,	Inkludering av frivillige

¹ Utvelgelsen av 2017 og 2018 ble gjort basert på sannsynlighet for at sentrale ansatte fremdeles er ansatt i kommunen, samtidig som at flest mulig prosjekter er ferdigstilt.

Case	Region	kommunestørrelse	Type prosjekt	Særskilt interesse
			hospitering og nettverksbygging mellom kommuner	
4	Sør	5.000-19.999	Implementering av behandlingsplan	Utfordringer knyttet til sykdom, forsinkelser
5	Øst	5.000-19.999	Forhåndsamtaler om palliasjon/lindring	Originalitet, kobling til demens
6	Øst	20.000 +	Styrke resurssykepleie-nettverk	Kommunesammenlåing

Tabell 1: Anonymisert oversikt over casekommunene. Kilde: BDO og SOF

Det er søkt om midler til mange ulike tiltak innen kompetanseheving med undervisning og opplæring samt for implementering av planer og samhandling mellom ulike nivåer. I case-studien har vi valgt å speile dette ved å inkludere tre prosjekter som har hatt som mål å iverksette planer via kompetanseheving (palliativ plan, livets siste dager, behandlingsplan), to prosjekter som har jobbet spesifikt med samhandling og nettverksbygging innad i egen kommune og sammen med andre kommuner, samt ett prosjekt som har jobbet med å introdusere palliasjon og lindring til en ny gruppe av pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I intervjuene har vi satt søkelys på gangen i et prosjekt fra erfaringer i søknadsprosessen, videre til gjennomføringen av prosjektet, egenvurdert måloppnåelse samt nyttige erfaringer som kommunen gjerne deler med andre som har liten eller ingen erfaringer med å benytte tilskuddsordningen.

Vi gjennomførte i tillegg ett fokusgruppeintervju med kreftkoordinator og kreftsykepleier i to kommuner som spesielt ble bedt om å svare for hvordan og i hvilken grad sluttbrukere (det vil si personer med behov for palliasjon og lindrende behandling) nås med endret tjenestetilbud som en følge av tilskuddsordningen. Kreftforeningen hjalp oss å finne fire fagpersoner som kunne være behjelpelig med å svare, hvorav to hadde anledning til å stille i intervju. Disse to kommunene er ikke listet opp i tabellen over.

2.1.5 Vurderingsgrunnlag

I vurderingen av hvorvidt tilskuddsordningen er hensiktsmessig forvaltet legger vi sjekkliste for utvalgte prosesser i tilskuddsforvaltningen, utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring (DFØ), til grunn.² Vi vil vurdere hvorvidt hovedprosesser i forvaltningen, som kunngjøring, søknadsbehandling og innhenting av informasjon om måloppnåelse, gjennomføres på en hensiktsmessig og effektiv måte som sikrer at tilskuddet når riktig målgruppe og at tilskuddet anvendes i samsvar med formålet.

På grunn av blant annet sammenslåingsprosesser og nye systemer hos forvaltere samt noe ulike formuleringer og registrering av informasjon om tilskuddsmottakere er det stor usikkerhet knyttet til dokumentkartleggingen som skulle synliggjøre antall tilskuddsmottakere over tid. Vi har derfor valgt å ikke legge vekt på denne dokumentgjennomgangen i rapporten, ut over å kort presentere tilskuddsmottakere i kapittel 5.

Prosjektene som faller inn under tilskuddsordningen og som inngår i spørreundersøkelsen er ulike, og kan ikke sammenlignes direkte. Det vil eksempelvis være stor forskjell på kommuner som har fått et lite beløp for å holde enkelte fagdager for deler av bemanningen i helse og omsorgssektoren, og større kommuner som har jobbet målrettet med å implementere palliative planer eller modeller for samarbeid og samhandling omkring palliasjon med flere involverte

² <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Tilskudd/Sjekkliste-tilskuddsforvaltningen.pdf>

aktører. Kommuner har søkt om og iverksatt ulike kompetansehevningsordninger som inkluderer alt fra nye verktøy, nye rutiner, nye samarbeid, fagdager, seminarer, refleksjonergrupper og hospiteringsordninger. Dette fører til variasjon i svarene deres knyttet til blant annet effekt. Selv om svarene ikke bør sammenlignes direkte, gir de likevel en god indikasjon på tilskuddsmidlenes samlede effekter.

2.1.6 Avgrensinger og forbehold

BDO finner det riktig å presisere at vi ikke kan påta oss ansvar for fullstendigheten eller riktigheten i det grunnlagsmaterialet som har vært utgangspunkt for våre vurderinger. Dersom vi har mottatt uriktig eller ufullstendige opplysninger, har vi ikke hatt anledning til å avdekke dette ut over overordnede rimelighetsvurderinger.

3 LINDRENDE BEHANDLING OG OMSORG VED LIVETS SLUTT

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er stadig i utvikling. Nye innretninger og tilbud tilrettelegges og andre fases ut. Over det siste tiåret har de kommunale helse- og omsorgstjenestene fått flere oppgaver og det jobbes med kontinuerlig utvikling på flere områder. Utviklingen av tjenestetilbudet innen palliasjon og lindrende behandling ved livets slutt er ett slikt område. Lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke og døende ble satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan (1999-2003). I planperioden ble det etablert kompetansesentre for lindrende behandling i landets helseregioner.

Det har siden 2002 vært en egen tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Senter for omsorgsforskning øst evaluerte ordningen for perioden 2009-2011 med en spørreskjemaundersøkelse, dokumentanalyse og casebesøk til fire kommuner. I evalueringsrapporten beskrives det at kommunene er godt i gang med å utvikle tilbudet. Prosjektene som hadde søkt om tilskudd i evalueringsperioden var i stor grad ledelsesforankret. Kommunene vurderte sin egen måloppnåelse som god/nokså god og tre fjerdedeler av respondentene mente at prosjektene har bidratt til god fagutvikling. Halvparten av kommunene svarte at prosjektene har gitt varige resultater (definert som: bedre tjenestetilbud, etablerte nettverk, velfungerende samarbeid mellom kommune/fastlege/sykehus), mens den andre halvparten av respondentene svarte «i noen grad». Samlet sett viste evalueringen fra 2012 at mange kommuner hadde oppnådd gode resultater ved hjelp av tilskuddsmidlene, men at det tar tid å bygge gode systemer, og at dette kommer i små trinn om gangen.³

Palliasjon og lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er omhandlet i flere sentrale dokumenter som gir føringer på hvordan omsorgen bør ivaretas. I St.meld.25 «Mestring, muligheter og mening» er fokuset satt på samhandling og medisinsk oppfølging. I denne meldingen ble det lagt vekt på kompetanseheving gjennom fag- og kvalitetsutvikling til prosjekter som har nasjonal overføringsverdi.⁴ Meld.st 29 «Morgendagens omsorg» omtaler viktigheten av å tilrettelegge for individuelle behov i en terminal fase.⁵ Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen⁶ har vært det førende dokumentet for

³ Tingvold, Laila og Sogstad, Maren Kristine Raknes (2012). Lindrende behandling. Erfaringsoppsummering - tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr 9/2012.

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006.html?id=200879>

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=72325274> // Referanser

⁶ Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2101. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-medretningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-forpalliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

organisering og utvikling av lindrende behandling i Norge. Handlingsprogrammet danner et grunnlag for videre organisering av tilbud i lindrende behandling innenfor ulike sykdommer og pasienter i alle aldre.

Andre sentrale dokumenter som informerer utviklingen av tjenesteområdet innen palliasjon og lindrende behandling er Nasjonal kreftstrategi⁷, Handlingsprogrammet for forebygging og behandling av kroniske nyresykdommer⁸, Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av KOLS⁹, Nasjonal veileder «Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende»¹⁰. Kompetanseheving står også sentralt i Meld. St. 10 «God kvalitet og trygge tjenester»¹¹.

I fagrapporten «Å skape liv til dagene» beskrives det en mangel på kunnskap om kvaliteten på lindrende behandling og omsorg som gis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også på de lindrende enhetene. Rapporten viser også at det mangler samlet kunnskap om hva som hemmer kommunene i å satse på styrking av faget og oppbygging av tilbud om lindrende behandling.¹²

NOU 2017:16 «På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende»¹³ beskriver at fagområdet ikke bare dreier seg om omsorg for døende, men også omfatter oppfølging fra diagnosetidspunktet til døden. Dette innebærer også omsorg for pasientens pårørende. Utredningen peker videre på behovet for kompetanse og organisering i helsetjenesten. Utfordringene som skisseres handler i stor grad om kompetanse og organisering på ulike nivåer til ulike grupper av pasienter. Mye av oppmerksomheten innen det palliative feltet vært knyttet til kreftpasienter. Det er nå understreket at andre grupper ønskes inkludert. Dette gjelder for eksempel pasienter med progredierende nevrologiske lidelser, pasienter med kroniske hjerte-, lunge- og nyresykdommer og eldre med ulike former for demenstilstander. Den senere tiden har også barnepalliasjon fått økt oppmerksomhet, og flere kommuner jobber aktuelt med å til rette legge et tilbud innen dette området. Det utvikles også tilbud på fagområdet for personer med psykisk utviklingshemming, personer med demenstilstander og grupper med ulike etniske og kulturelle/religiøse bakgrunner.

I NOU 2017:16 ble noen utfordringer knyttet til den kommunale delen av tjenesten innen palliativ omsorg løftet frem. Det påpekes blant annet at kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet innen palliativ omsorg er svært varierende, og at det mangler kunnskap om kvaliteten på tilbudet generelt. Det er lite kunnskap om hvilke muligheter som finnes for å påvirke tilbudet gjennom egne valg. NOU 2017:16 påpeker at det er et vedvarende stort kompetansebehov og at det mangler nødvendig tverrfaglig kompetanse og at samhandling mellom tjenestenivåene og på tvers av sektorer er utfordrende.

⁷ Sammen - mot kreft: nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/nb/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/

⁸ Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015). Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1884. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-og-behandling-av-kronisk-nyresykdom-2011-2015/Publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-og-behandling-av-kronisk-nyresykdom-2011-2015.pdf>

⁹ Kols: nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2029. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-avpersoner-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf>

¹⁰ Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2091. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Publikasjoner/IS-2091.pdf>

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

¹² Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt-å skape liv til dagene. IS-2278. Oslo: Helsedirektoratet, 2015

¹³ Norges Offentlige Utredninger. NOU 2017: 16: På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 24 «Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve»¹⁴ omhandler forslag til hvordan lindrende behandling og omsorg kan utvikles til å møte fremtidens utfordringer. Meldingen ønsker å bidra til mer åpenhet om døden og til at mennesker med behov for lindrende behandling ivaretas på en helhetlig måte og sikre god livskvalitet og valgfrihet ved livets slutt. Det åpnes for at flere skal kunne velge å være lengre hjemme og også å dø i egne hjem.

Omsorgsbiblioteket publiserte i 2020 en oppsummering av kunnskap om palliativ omsorg i kommunene. I denne beskrives det at palliasjon og lindrende behandling og omsorg grenser til flere andre fagfelt. Det er ofte mange samarbeidspartnere og tverrfaglig kompetanse involvert for personer som lever livets siste dager. Fagområdet ligger nært opp til geriatri, demensomsorg, onkologi, hjerte- og karsykdommer samt nevrologiske lidelser. I tillegg kommer fagkompetanse som dekker åndelige, sosiale og juridiske behov, samt økonomiske og praktiske vurderinger. Pasientgruppen har mange og sammensatte utfordringer som krever helsetjenester på ulike nivåer, og som involverer mange ulike tjenester. Det som kjennetegner pasientene i denne situasjonen, er at helsetilstanden og funksjonsnivået reduseres samtidig som hjelpebehovet øker. Dette stiller krav til at tjenestetilbudet har nødvendig kvalitet for å trygge pasienten og pårørende i deres hverdag.¹⁵

For å trygge pasientene og deres pårørende, viser litteraturgjennomgangen at det er avgjørende at tjenestetilbudet har nødvendig kvalitet, er tilgjengelige hele døgnet og tilbys uavhengig av hvilken kommune pasienten bor i.

4 TILSKUDDSORDNINGENS INNRETNING OG FORVALTNING

I dette kapittelet vil vi først presentere tilskuddsordningens utforming, herunder formål med ordningen, kriterier for tildeling, kriterier for måloppnåelse med mer. Deretter gjennomgår vi forvaltningen av tilskuddsordningen, herunder blant annet hvordan arbeidet er organisert og hvordan prosessen foregår. I gjennomgangen har vi blant annet benyttet oss av tilskuddsordningens regelverk og andre relevante dokumenter, gjennomførte intervjuer med samtlige regioner med tilhørende kompetansesentre og informasjon fra spørreundersøkelse.

4.1 FAKTABESKRIVELSE OG FUNN

4.1.1 Tilskuddsordningens innretning

Regelverket for ordningen er utformet av Hdir og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Av regelverket for tilskuddsordningen fremkommer mål for ordningen, målgruppe og kriterier for måloppnåelse samt krav til søknad og rapportering. Det er kommunene som søker på tilskuddsordningen, og de kan samarbeide med andre kommuner og/eller frivillige organisasjoner.

Målet med tilskuddsordningen er som nevnt «å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg uavhengig av diagnose, samt bidra til kompetanseoppbygging i kommunene.»¹⁶ Målgruppen er personer som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt samt deres pårørende.

Tildeling gjøres basert på skjønnsmessige kriterier og tar utgangspunkt i søknadenes forventede måloppnåelse i forhold til målene for tilskuddsordningen. Andel av regnskapsførte utgifter er

¹⁴ Meld. St. 24 «Lindrende behandling og omsorg (2019-2020). Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve».

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>

¹⁵ Rønsen, Astrid: En oppsummering av kunnskap. Palliativ omsorg i kommunene. Omsorgsbiblioteket. NTNU Gjøvik 2020)

¹⁶ Prop. 1 S (2019-2019). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613564/> Helsedirektoratet (2017) Regelverk for tilskuddsordning - Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene.

også et tildelingskriterium. Videre presiseres det i tildelingskriteriene at følgende forhold blir vurdert:

- Hvordan prosjektet vurderes å være i tråd med målet for ordningen, og hvordan det sannsynliggjør at tiltakene bidrar til å nå målet
- Hvordan prosjektet sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med overføringsverdi til andre kommuner
- Hvordan prosjektet er forankret i kommunen
- Hvordan tiltakene sees i sammenheng med «Sammen - mot kreft», Nasjonal kreftstrategi 2013-2017, Meld. St. 26(2014-2015) Fremtidens primærhelse nærhet og helhet, Omsorg2020 og Demensplan2020
- Hvordan prosjektet bidrar til å utvikle kompetanse på å følge opp pasienter i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten
- Hvordan prosjektet sees i sammenheng med aktiviteten i Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
- Hvordan tiltaket skal implementeres i ordinær drift etter at prosjektperioden er over

Det oppgis at prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har god nasjonal overføringsverdi skal prioriteres. I regelverket oppgis videre to kriterier for måloppnåelse;

1. Omfang av og beskrivelse av gjennomførte tiltak
2. Tilskuddsmottakers vurdering av tiltakenes effekt på kvalitetsutvikling i lindrende behandling og deres nasjonale overføringsverdi

Tilskuddsmottaker må levere sluttrapport/årsrapport per 31. desember innen 1. mars påfølgende år, regnskap innen 1. april påfølgende år samt revisorkontroll og attestasjon. Tilskuddet utbetales når bekreftelsen vedlagt tilskuddsbrevet er returnert utfylt og signert av tilskuddsmottaker, samtidig som mottaker oppfyller alle stilte krav.

Fylkesmennene som forvalter tilskuddet rapporterer årlig til Hdir, som har adgang til å iverksette nødvendige og hensiktsmessige kontroller av tilskuddsordningen.

Fra intervju med forvalterne fremgår det at de fleste fylkesmenn og regionale kompetansesentre mener at ordningen er utformet hensiktsmessig. Det oppgis som en fordel at tilskuddsordningen har eksistert i flere år og har «blitt kjent» i kommunene. Det har ikke vært særskilte endringer på dette området de siste årene. Endringer som nevnes i intervjuene går hovedsakelig på hva slags «profil» ordningen skal ha, herunder hvilke prosjekttypen som skal prioriteres. Det nevnes for eksempel at «nasjonal overføringsverdi» (som også er beskrevet i ordningens regelverk) i større grad ble prioritert for noen år siden. En forvalter forteller at dette fokuset gjorde at enkelte kommuner ikke søkte, fordi de ikke hadde «så store prosjekter.» Behovet for nasjonal overføringsverdi har vært omdiskutert tidligere, men i dag opplever ikke forvalterne dette som avgjørende for å motta tilskudd. Fra intervju med forvalterne får vi også informasjon om at det tidligere har vært også andre føringer fra Hdir og/eller departementet rundt type prosjekter som skal prioriteres. Enkelte år har det eksempelvis vært ønskelig å prioritere tilskudd til opplæringsprosjekt for helsesykepleiere.

Flere forvaltere trekker frem at informasjon fra Hdir kommer sent,¹⁷ noe som gjør at utbetaling av tilskudd til kommunene blir for sent med tanke på at perioden prosjektene mottar støtte for er inneværende år. Flere respondenter i spørreundersøkelsen trekker frem dette som utfordrende, og ønsker at det skal være mulig å få tildelt midler over flere år når prosjektene godkjennes. Hdir opplyser at de har forståelse for dette, og at det gjelder for alle tilskudd, men at det ikke lar seg gjøre siden statsbudsjettet kun legges for ett år om gangen.

Flere forvaltere nevner at Hdir tidligere kom med føringer på typer prosjekter som burde prioriteres, eksempelvis hvilke målgrupper som skal prioriteres, hvilke verktøy som skal prioriteres, hvilke prosjektformer som skal prioriteres eller lignende. Forvalterne forteller i intervju at det var blitt mindre slike føringer de siste årene. Noen forvaltere opplever at flere føringer er positivt, andre foretrekker færre føringer. I spørreundersøkelsen trekker en respondent frem at det er mange lokale, relativt like prosjekter som det burde samarbeides om. Respondenten peker på at man kunne hatt et årlig «tema» for tildeling av midler, med

¹⁷ Dette skyldes budsjettprosessen, Hdirs tildelingsbrev fra HOD kommer i begynnelsen av året.

tilhørende felles veiledning, undervisning og utvikling av verktøy. Da kunne søkerne i større grad får utvekslet erfaringer og kunnskap.

De fleste fylkesmennene forteller at de må purre og etterspørre dokumentasjon i forbindelse med rapporteringer, og flere understreker at det kan gå med relativt mye tid til forvaltning sett ut ifra størrelsen på tilskuddsordningen.

Flere av fylkesmennene mener at tilskuddsordningen til en viss grad overlapper med Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd.¹⁸ Enkelte mente at det kunne være hensiktsmessig å slå sammen disse tilskuddene for å redusere forvaltningskostnadene. I etterkant av intervjuene spurte vi alle forvalterne på e-post om de ønsket å gi innspill knyttet til en eventuell sammenslåing av tilskuddsordningene.

Fylkesmennene svarte noe ulikt. Noen mener det er noe overlapp mellom ordningene, og at en sammenslåing kan være hensiktsmessig for å bruke mindre tid på forvaltning. Andre mener at kompetanse- og innovasjonstilskuddet supplerer og komplementerer tilskuddsordningen, og at det sånn sett ikke er overlapp mellom ordningene. En peker på at ordningen i dag dekker områder som ikke nødvendigvis faller under Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, for eksempel arbeid med rutiner og prosedyrer og tverrfaglig samarbeid. Alle forvalterne trekker frem at fagfeltet er svært viktig, og at de har stor nytte av å samarbeide med kompetansesentrene om forvaltningsprosessen.

De regionale kompetansesentrene uttrykker forståelse for at det forvaltningsmessig kunne vært en fordel for fylkesmennene å inkludere tilskuddet i en annen ordning, men samtlige påpeker at det da vil være en fare for at fagområdet palliasjon og lindrende behandling og omsorg nedprioriteres blant andre fagområder i kommunen. En informant viser til at det forventes mye av kommunen når det gjelder palliasjon, og at de derfor bør få økonomisk støtte til å jobbe med det. En annen informant presiserer at det er viktig for fagutvikling at det er en egen tilskuddsordning. Både Fylkesmenn og kompetansesentre presiserer at dersom ordningen eventuelt skulle blitt innlemmet i en annen tilskuddsordning, må palliasjon og lindrende behandling inn som eget satsningsområde under dette tilskuddet slik at fagfeltet ikke nedprioriteres.

4.1.2 Tilskuddsordningens forvaltning

Tilskuddsordningen forvaltes av fem fylkesmenn på vegne av regionene og i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling, samt øvrige fylkesmenn ved behov. Ansvarsdelingen er som følger:

1. Fylkesmannen i Oslo og Viken i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Helse Sør-Øst), på vegne av
 - a) Oslo
 - b) Viken
 - c) Innlandet
2. Fylkesmannen i Vestfold og Telemark i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Helse Sør-Øst), på vegne av
 - a) Vestfold
 - b) Telemark
 - c) Agder
3. Fylkesmannen i Vestland i samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling (Helse Vest), på vegne av
 - a) Vestland
 - b) Rogaland
4. Fylkesmannen i Trøndelag i samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling (Helse Midt-Norge), på vegne av
 - a) Trøndelag

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>

- b) Møre og Romsdal
5. Fylkesmannen i Troms og Finnmark i samarbeid med Regionalt kompetanse- og ressurscenter for lindrende behandling (Helse Nord), på vegne av
- a) Troms og Finnmark
 - b) Nordland

Samtlige fylkesmenn og regionale kompetansesentre forteller i intervju at de samarbeider og utfyller hverandre godt. Det oppgis som en klar fordel at partene stiller med ulik kompetanse; Fylkesmennene har forvaltningskompetanse og lokalkompetanse samtidig som kompetansesentrene har fagkompetanse på området. Fylkesmennene påpeker at forvaltningen av tilskuddene utgjør en liten del av deres portefølje, noe som innebærer at detaljkunnskapen som KLB besitter om fagfeltet er avgjørende for å vurdere søknadene mot hverandre.

I forkant av søknadsprosessen, kunngjøres ordningen på Hdir sine nettsider. I tillegg kunngjøres ordningen på de aktuelle fylkesmennenes nettsider. Kompetansesentrene forteller i intervju at de iblant bistår kommuner som tar kontakt med veiledning til søknader. En region forteller at de også kan bistå med å skrive søknader. I noen regioner arrangerer de seminarer, fagdager og kurs for å promotere ordningen og fagfeltet. Også fylkesmenn veileder dersom kommuner tar kontakt i forbindelse med søknader, da hovedsakelig på formalia.

Fylkesmennene mottar søknadene og videresender søknadene til kompetansesentrene. Partene gjennomgår først søknadene hver for seg, før de setter seg sammen og vurderer søknadene opp mot tilskuddsordningens regelverk. Dersom kommunene har mottatt støtte tidligere år, vurderes også deres leverte rapporteringer som beskriver tidligere måloppnåelse. De pleier også å innhente informasjon om eventuelle andre tilskudd kommunen har søkt på. En forvalter nevnte i intervju at de regionale kompetansesentrene fokuserer på faglig innhold, mens fylkesmann vurderer utforming, forankring, langsiktighet og lignende opp mot kriteriene i regelverket. En forvalter i en region forteller at de krever prosjektbeskrivelser som tillegg til søknad, andre krever ikke dette. Flere forvaltere nevner i intervjuene at det er svært ulik kvalitet i søknadene som mottas. Noen kommuner er svært gode på å skrive søknader. Noen har en svært god idé, men klarer ikke formidle det i en god søknad.

En positiv endring som nevnes i intervju med forvalterne, er at det nå er enklere å fordele midler mellom regionene. Dersom en region ikke bruker opp sine tildelte midler, kan ubrukte midler fordeles til andre regioner som har kvalifiserte søkere. Regionene gir delte tilbakemeldinger rundt omfanget av tilskuddspotten, hvor noen mener at de ikke har tilstrekkelig midler å dele ut, og at de ofte må avvise kvalifiserte søkere. Andre forteller at de kan oppleve det motsatte: å ikke tildele alle midlene fordi kvaliteten på mottatte søknader er for lav.

Hvilket beløp som tildeles hvert prosjekt er en skjønnsmessig vurdering. Prosjekter fullfinansieres sjeldent. En forvalter i en region sier at de foretrekker å gi større beløp til enkelte prosjekter heller enn små beløp til mange prosjekter. I en annen region påpeker forvalterne at flere kommuner har gitt tilbakemelding på at de opplever at det er mye jobb for dem å søke sett opp mot størrelsen på tilskuddsbeløpet. Forvaltere i flere regioner forteller at de gir «stimuleringsmidler» til nye kommuner som setter i gang prosjekter, og at dette er en god tilnærming for å få mindre kommuner i gang. Det er fylkesmennene som fatter innstilling og beslutning om tilskudd samt foretar utbetaling av tilskuddet. Tilskuddet betales ut når bekreftelse på tilskuddsbrev er returnert utfylt og signert av tilskuddsmottaker, samtidig som mottaker oppfyller alle stilte krav. I intervju forteller en fylkesmann at de ofte må purre på kommunene for å motta bekreftelsesbrevet, noe som forsinker prosessen med utbetaling av tilskudd.

Fylkesmennenes oppfølging av prosjektene underveis er hovedsakelig knyttet til rapportering og purringer. De regionale kompetansesentrene følger opp mer, for eksempel gjennom ringerunder, videokonferanser og referansegrupper. I enkelte større prosjekter er kompetansesentrene mer involvert, og har for eksempel vært med i prosjektets styringsgruppe. Fylkesmennene følger ikke kommunene videre etter prosjektet er avsluttet og endelig sluttrapport er mottatt. Det gjør heller ikke de regionale kompetansesentrene i utstrakt grad, men de opplyser at de har kontakt med noen kommuner som deltar på konferanser eller holder foredrag om prosjektene. I en region trekker forvalterne frem at det kunne vært fornuftig å ha ytterligere systematisert oppfølging av prosjektene i etterkant, for å kunne si noe om langsiktige endringer.

Noen respondenter i spørreundersøkelsen peker på at søknad, rapportering og revisjoner er tidkrevende, og at det går mye tid på dette. Andre de opplever informasjonsflyten og søknadsprosessen som god. To informanter poengterer at det er forståelig at prosessen er krevende. En av disse forklarer at prosessen gjør dem i bedre stand til å gå i gang og gjennomføre prosjektet.

Fylkesmennene har en årlig rapportering til Hdir, og det er også lagt opp til årlige møter med Hdir. Alle forvalterne synes samarbeidet med Hdir i hovedsak fungerer godt. Samtlige forvaltere påpeker imidlertid frem at det har vært mindre dialog med Hdir de siste årene, blant annet ved at det ikke er avholdt årlige møter. Forvalterne har forståelse for at dette har sammenheng med utskiftninger av ansvar i Hdir, og poengterer at de allikevel får svar på spørsmål dersom de har det. Fylkesmennene opplevde de årlige møtene som nyttige, blant annet fordi de der fikk møtt hverandre og delt kunnskap. Flere trekker frem at de nå savner en slik arena. En forvalter foreslår i tillegg at det hadde vært nyttig med en samlet nasjonal oversikt over hva tilskuddene har gått til, slik at de som vurderer å søke kan gå inn og få informasjon og kunnskap. Også en av respondentene i spørreundersøkelsen trekker frem at de savner en database med informasjon om alle tidligere prosjekter hos Hdir som ville gitt kommuner inspirasjon til fremtidige prosjekter.¹⁹

I forbindelse med informasjonsinnhenting så vi at registrering og oversikt over informasjon om tilskuddsmottakerne, særlig tilbake i tid, var noe forskjellig i de ulike regionene. Dette gjorde det vanskelig å få en total oversikt over prosjektene i de ulike regionene siden oppstarten av tilskuddsordningen.

4.2 VURDERINGER

4.2.1 Tilskuddsordningens innretning er i all hovedsak hensiktsmessig

Basert på innsamlede data og intervjuer, virker tilskuddsordningen i all hovedsak hensiktsmessig og godt innrettet. Målgruppen, tildelingskriterier og rapporteringskravene underbygger tilskuddsordningens formål, og forvalterne oppgir i stor grad at de er fornøyde med forvaltningsprosessen.

Det er videre vår vurdering at det er hensiktsmessig at midler som ikke benyttes av en region fordeles til andre regioner som har prosjekter de ønsker å tildele midler til. De ulike regionene oppgir ulik kvalitet i søknader, noen mener de har mange gode, mens andre får inn mange av dårlig kvalitet. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om kommuner i noen regioner faktisk har flere gode prosjekter enn andre, eller om kravene som stilles til søknadene varierer ut fra hvilke forvaltere som vurderer søknadene. Vi presiserer i denne forbindelse at de årlige møtene som forvalterne etterlyser kan være en god arena for å sikre at praksisen holdes noenlunde lik på tvers av regionene.

Når det gjelder tilbakemeldinger om at tilskudd kommer for sent, skyldes dette i stor grad budsjettprosessen i Stortinget, som medfører at Hdir ikke kan tildele midler på et mye tidligere tidspunkt, og heller ikke kan fordele midler over flere år. Dette er det derfor ikke mulig å gjøre mye med. Samtidig forteller flere av fylkesmennene at de har arbeidet med å gjøre egen tildelingsprosess mer effektiv for å få utbetalt midler tidligere. I situasjoner hvor enkelte forvaltere utvikler forbedrede prosesser bør læringsmomenter og eventuelle systemforbedringer deles på tvers av regionene i den grad det ikke allerede er gjort.

Det fremstår som at fylkesmennene bruker relativt mye tid på denne tilskuddsordningen, samtidig som at summene som tildeles oppleves som relativt små sammenlignet med andre tilskuddsordninger de er ansvarlige for. Samtidig er det kommunisert fra både fylkesmennene og kompetansesentrene at en målrettet ordning er nødvendig for at kommunene skal få bistand til å heve kompetanse innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Begge parter presiserer også at samarbeidet mellom fylkesmenn og kompetansesentre er veldig godt, og bør fortsette. Dersom ordningen eventuelt skulle innlemmes i kompetanse- og innovasjonstilskuddet fremstår det som kritisk at fagfeltet nevnes spesifikt eller gis en form for prioritet. Basert på dette har vi ikke grunnlag for å anbefale endringer i ordningens innretning, og presiserer at

¹⁹ Så vidt oss bekjent finnes det informasjon om tidligere prosjekter for noen regioner, organisert enten av fylkesmennene, kompetansesentrene eller andre organisasjoner, men ikke en samlet nasjonal database over alle tidligere prosjekter.

fordeler og ulemper med en potensiell sammenslåing bør undersøkes nærmere dersom dette blir aktuelt i fremtiden.

For å få ytterligere informasjon om tilskuddsordningen har effekt, kan være interessant å gjennomføre noe oppfølging i etterkant av prosjektavslutning. For eksempel kan det sendes ut en spørreundersøkelse når det har gått en stund, for eksempel etter ett og fem år. Dette vil gi kunnskap om i hvilken grad tilskuddet har effekt over tid, og hvilken type prosjekter som gir størst verdi for kommunene. Dette kan videre benyttes til å anbefale videreføring av vellykkede prosjekter til andre kommuner.

4.2.2 Forvaltningssamarbeidet mellom fylkesmenn og regionale kompetansesentre fungerer godt

Overordnet fremstår forvaltningen av tilskuddet i stor grad som hensiktsmessig. Vi ser at de ulike regionene har valgt å organisere seg relativt likt, med en ansvarsfordeling mellom Fylkesmannen og kompetansesentrene. Selv om detaljene rundt gjennomføring kan variere, ser vi at de ulike forvalterne vurderer hver enkelt søknad både hver for seg og samlet, og at eventuelle uenigheter eller usikkerheter diskuteres. Dersom noe fremdeles er usikkert innhentes mer informasjon. Samtlige regioner fortalte at de opplever samarbeidet mellom fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene som veldig godt, og at de utfylte hverandres kompetanse. Dette taler for at organisering med ansvarsfordeling mellom de to fungerer godt og etter hensikten.

Skjønnsmessige tildelingskriterier fører nødvendigvis til at det finnes risiko for at søknader vurderes ulikt. Denne risikoen reduseres her ved at hver søknad blir vurdert av flere personer, både en fra fylkesmannen og en fra kompetansesenteret i regionen søkeren tilhører. Det er også en fordel at disse møtes for å diskutere søknader og prioriteringer mellom disse. Vi vurderer at dette trolig ikke er den mest «kostnadseffektive» måten å forvalte tilskuddsordningen på, men at det er en svært god metode for å sikre at tilskuddsordningen tildeles prosjekter som både har et godt faglig innhold og god utforming.

Forvalterne fremhevet stor nytteverdi av de tidligere årlige samlingsmøtene med Hdir, og at en slik felles arena for utveksling av erfaring mellom forvalterne savnes.

4.2.3 En nasjonal oversikt over tidligere prosjekter anbefales

Flere forvaltere og kommuner etterspør en felles nasjonal oversikt over hvilke prosjekter som har fått støtte og innholdet i disse. Dette kan være til hjelp og inspirasjon for både fylkesmenn og kompetansesentre samtidig som den kan være til hjelp for kommuner som vurderer å søke eller som ønsker innspill til områder de kan jobbe videre med. Vi er informert om at flere forvaltere allerede har publisert informasjon om prosjekter i sin region. Dersom det allerede finnes en nasjonal oversikt over dette kan denne med fordel linkes til på nettsidene til Hdir sammen med informasjon om tilskuddsordningen og søknadsprosessen.

5 TILSKUDDSMOTTAKERE OG PROSJEKTER

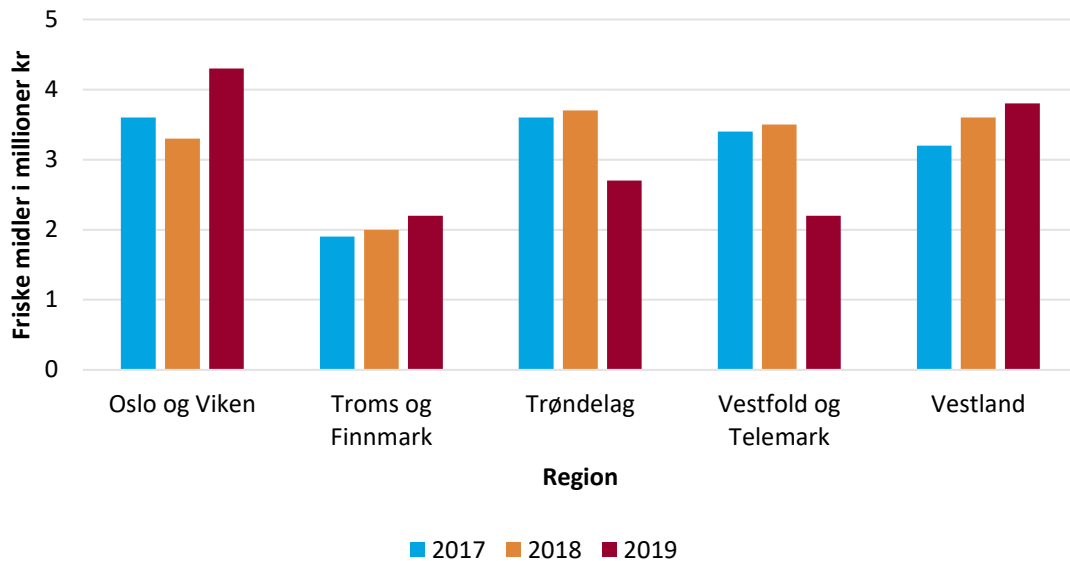
I det følgende kapittelet presenterer vi resultater fra dokumentgjennomgangen og fra spørreundersøkelsen, for å synliggjøre relevante forhold knyttet til populasjonen av tilskuddsmottakere og utvalget som ligger til grunn for rapporten.

Vi bemerker at det er noe usikkerhet knyttet til tallene som presenteres i kapittel 5.1. Dette begrunnes ved at dokumentasjonen fra forvalterne ikke er entydig på hva som er nye prosjekter, hva som er overført fra tidligere år og hva som tildeles som friske midler og hva som tildeles som overføringer. I noen tilfeller er det også registrert endringer i tildelinger i etterkant av original beslutning. Dette medfører at antall kommuner og tilskuddsbeløp må regnes som estimater heller enn nøyaktig informasjon.

5.1 TILSKUDDSMOTTAKERE FRA 2017 TIL 2019

I 2019 tildelte forvalterne samlet cirka 15,2 millioner kroner gjennom tilskuddsordningen til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I 2018 var totalsummen ca. 16,1 millioner kroner og i 2017 cirka 15,7 millioner kroner.

Figuren under viser summene av friske midler²⁰ som er tildelt i perioden fra 2017 til 2019, fordelt på region i henhold til forvalter.



Figur 2: Oversikt over tildelte tilskuddsmidler for perioden 2017 til 2019, fordelt på forvalter. Kilde: Dokumentasjon fra forvalterne, analysert av BDO og SOF

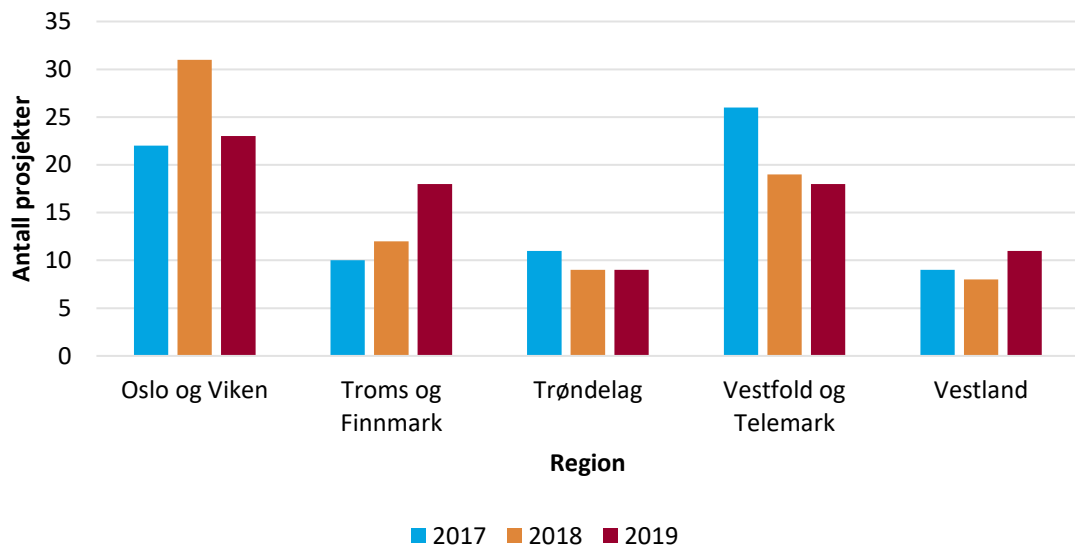
Figuren over viser at Oslo og Viken delte ut høyest tilskuddsbeløp i 2019, etterfulgt av Vestland og Trøndelag. I 2018 tildelte Trøndelag høyest samlet tilskuddsbeløp, etterfulgt av Vestland og Vestfold og Telemark. I 2017 tildelte Oslo og Viken tilnærmet likt beløp som Trøndelag, etterfulgt av Vestland og Telemark. Troms og Finnmark har tildelt lavest samlet tilskuddsbeløp alle tre årene.

Beløpene som tildeles er svært varierte. Eksempelvis er 68 000 kroner det laveste tilskuddsbeløpet til ett nytt enkeltprosjekt i 2017, og 1 044 000 kroner det høyeste beløpet samme år. Gjennomsnittsbeløpet per prosjekt var cirka 220 000 kroner.

Figuren under viser antall prosjekter som har mottatt tilskudd fra de ulike forvalterne i perioden 2017 til 2019. Dette inkluderer både nye prosjekter og prosjekter som er videreført fra tidligere år.²¹ Dersom en kommune har fått støtte til flere prosjekter regnes dette som ulike prosjekter.

²⁰ Med friske midler menes «ny» tildeling for det enkelte året. Overføring av ubrukte midler fra tidligere år medregnes ikke, men økt eller ny tildeling til eksisterende prosjekt regnes som friske midler.

²¹ Prosjektene inngår bare i figuren dersom de har søkt om overføring eller tildeling av friske midler. Det kan tenkes at noen prosjekter har hatt opphold ett år uten å søke om overføring eller friske midler, i slike tilfeller telles prosjektene ikke med for det gjeldende året.



Figur 3: Oversikt over antall prosjekter som har mottatt tilskuddsmidler for perioden 2017 til 2019, fordelt på forvalter.

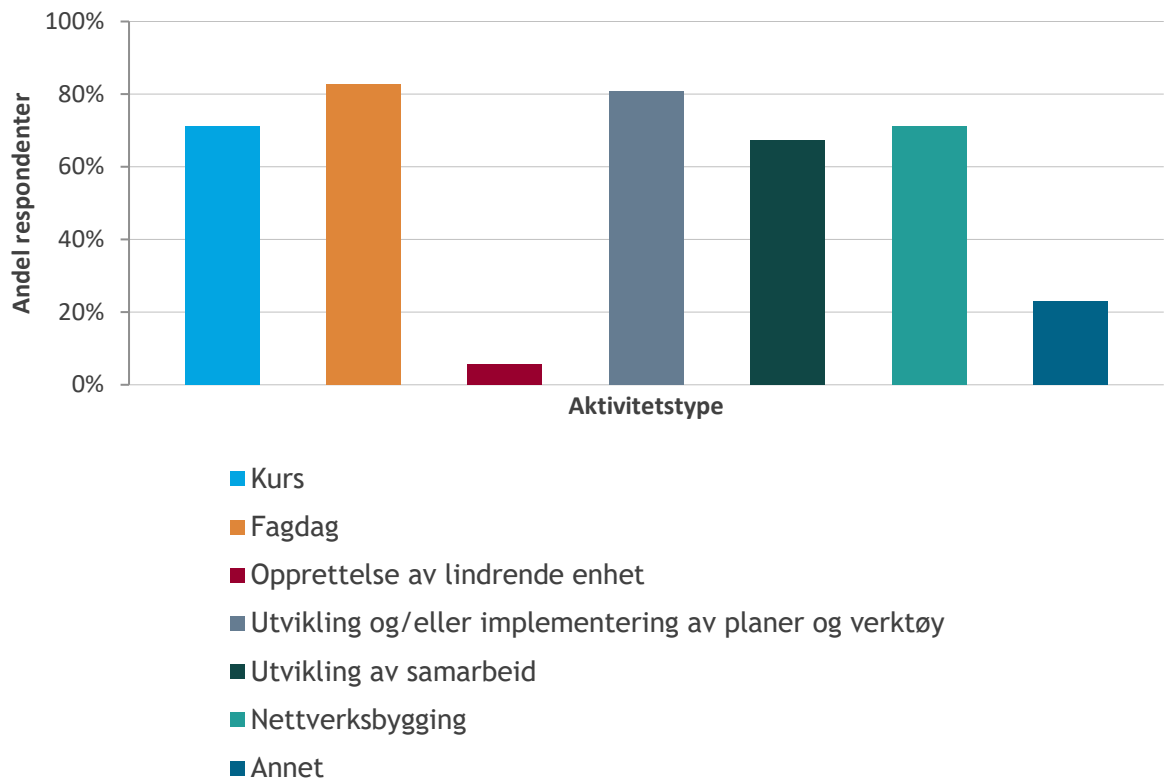
Kilde: Dokumentasjon fra forvalterne, analysert av BDO og SOF

Figuren over viser at Oslo og Viken samt Vestfold og Telemark har tildelt midler til flest prosjekter de siste tre årene. Troms og Finnmark har tildelt midler til et økende antall prosjekter siden 2017. Trøndelag og Vestland har i gjennomsnitt tildelt midler til færre prosjekter enn resterende forvaltere. Samlet antall nye og videreførte prosjekter var 78 i 2017 og 79 i 2018 og 2019.

5.2 TILSKUDDSMOTTAKERE I UTVALGET

Alle respondentene har svart på vegne av en kommune eller organisasjon som har mottatt støtte gjennom tilskuddsordningen i 2017 og/eller 2018. Det er store variasjoner på prosjektenes innhold, varighet og tildelt støttebeløp. Det er også store forskjeller mellom kommunene som mottar støtte, også med tanke på hvilke og hvor store behov de har for kompetanseheving innenfor lindrende behandling. Noen av prosjektene gikk over ett år, noen flere år og noen pågår fremdeles.

Figuren under viser en oversikt over hvilke aktiviteter som har inngått i prosjektene.



Figur 4: Svar på spørsmålet «Hvilke aktiviteter inngikk i prosjektet?» fra spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Av figuren over ser vi at de fleste prosjektene er sammensatt av flere ulike aktivitetstyper. Med unntak av opprettelse av lindrende enhet, er resterende aktiviteter inkludert i over 50 prosent av respondentenes prosjekter.

I case-studien hadde vi intervjuer med seks prosjektledere for prosjekter som alle hadde flere typer aktiviteter. Alle hadde tilbudt sine ansatte en eller annen form for kurs, men dette varierte fra kortere undervisning av en halvdags varighet, til omfattende repeterende kurs- og fagdager samt ulike typer hospiteringsordninger. De fleste av prosjektene var rettet inn mot alle målgrupper innenfor lindrende behandling, uavhengig av eksempelvis alder og diagnose. Noen prosjekter var rettet mot imot særskilte pasientgrupper, eksempelvis personer med psykisk utviklingshemming, barn eller personer med demens. I noen kommuner var det et mål at alle ansatte i hjemmetjenestene og sykehjem skulle få undervisning og et felles kompetanseløft, i andre kommuner ble undervisning kun tilbudt de som jobbet i sykehjem med korttidsplasser og/eller øremerkede plasser til palliasjon eller kun til ansatte i hjemmetjenestene.

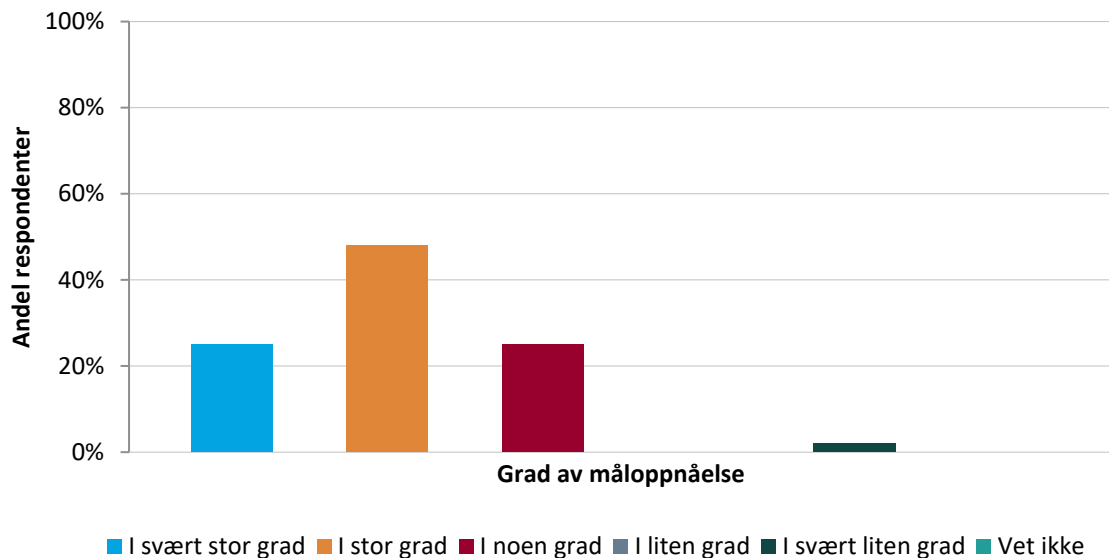
6 HVILKE FAKTORER PÅVIRKER MÅLOPPNÅELSE I PROSJEKTENE?

I det følgende kapittelet analyserer vi hvordan ulike faktorer kan ha påvirket måloppnåelse i prosjektene. Analysen av måloppnåelse er basert på respondentenes svar på spørsmålet «I hvilken grad vil du si at din kommune har oppnådd målene beskrevet i prosjektbeskrivelsen?». Først gjengis rapportert måloppnåelse for prosjektene totalt sett, deretter analyserer vi ulike variabler fra spørreundersøkelsen opp mot denne. Avslutningsvis gjengis kommunenes egne forklaringer på eventuell manglende måloppnåelse gjennom spørreundersøkelse og case-intervju.

6.1 FAKTABESKRIVELSE OG FUNN

6.1.1 Egenrapportering av måloppnåelse i prosjektene

13 respondenter har oppgitt at de «I svært stor grad» har nådd målene i prosjektbeskrivelsen, 25 oppgir at de «I stor grad» har nådd målene og 13 respondenter har oppgitt at de «I noen grad» har nådd målene. En respondent har svart «I svært liten grad». Figuren under viser respondentenes fordeling i prosent.



Figur 5: Svar på spørsmålet «I hvilken grad vil du si at din kommune har oppnådd målene som beskrevet i prosjektbeskrivelsen?» fra spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Figuren over viser at tilnærmet halvparten av respondentene oppgir «stor grad» av måloppnåelse. En fjerdedel oppgir «svært stor grad» av måloppnåelse og en fjerdedel oppgir «noen grad» av måloppnåelse. En respondent oppgir at prosjektet i «svært liten grad» har nådd målene beskrevet i prosjektbeskrivelsen.

I case studien fortalte alle intervjupersonene om gjennomgående god måloppnåelse. Flere fortalte likevel at de hadde måttet endre prosjektet og målene underveis, av ulike årsaker. Eksempelvis kunne størrelsen på prosjektet bli redusert dersom søker fikk tildelt mindre midler enn de hadde planlagt for på søknadstidspunktet eller sykefravær kunne forsinke fremdrift underveis. Uavhengig av type prosjekt fortalte intervjupersonene om positive resultater og en klar kompetanseheving som følge av prosjektene.

6.1.2 Analyse av faktorer som kan ha påvirket måloppnåelse

I de videre analysene er tekstsvarene på spørsmålet om måloppnåelse tildelt score som følger:

- 5: «I svært stor grad»
- 4: «I stor grad»
- 3: «I noen grad»
- 2: «I liten grad»
- 1: «I svært liten grad»

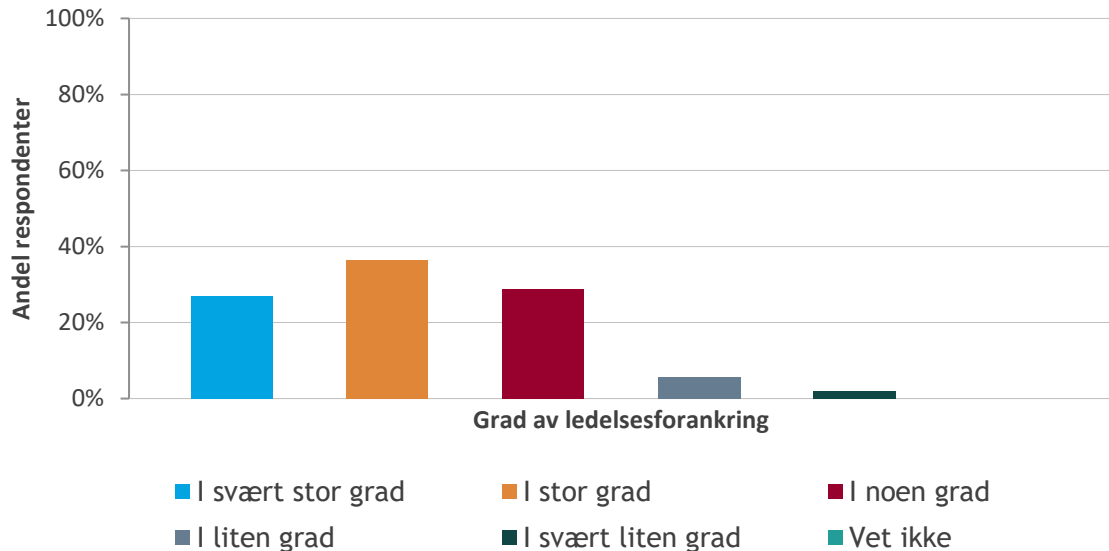
Utvalget som helhet oppgir en gjennomsnittlig score på 3,94. I tabellene i påfølgende avsnitt presenteres gjennomsnittsverdier, laveste og høyeste verdi oppgitt samt antall respondenter som har svart de ulike alternativene. Vi presiserer at måloppnåelsen, med ett unntak, er vurdert mellom 3 og 5 av alle respondentene. Dette medfører at de ulike variablene ikke gir veldig store tallmessige utslag, og dermed gir lite grunnlag for å påvise konkrete effekter. I tillegg påpeker vi at den ene kommunen som har oppgitt å ha hatt svært lav grad av måloppnåelse i stor grad påvirker gjennomsnittverdiene i de ulike analysene. Vi har derfor oppgitt laveste og høyeste

verdi for hver gruppe, samt antall respondenter i hver gruppe, slik at resultatene kan sammenlignes.

Figurene i kapittelet er gjengitt som besvart i spørreundersøkelsen.

Forankring i kommuneledelsen

I figuren under vises resultatene for i hvilken grad prosjektet var forankret i kommuneledelsen.



Figur 6: Svar på spørsmålet «I hvilken grad var prosjektet forankret i kommuneledelsen?» fra spørreundersøkelsen.

Kilde: BDO og SOF

Av figuren ser vi at litt over 60 prosent av respondentene sier at prosjektet i «svært stor grad» eller «i stor grad» var forankret i kommuneledelsen.

I intervjuene med forvalterne fortalte informantene at de var spesielt oppmerksomme på å sjekke at prosjektene var ledelsesforankret, som er et krav for å få tildelt støtte gjennom ordningen. En forvalter påpekte imidlertid at det ikke alltid var like lett å undersøke grad av ledelsesforankring. Dette gjaldt særlig der flere kommuner gikk sammen om å søke tilskudd. Forvalterne fortalte også at selv om søknadene er underskrevet av ledelsen er det ikke alltid like klart hvor involverte eller investerte de er i prosjektet. I noen tilfeller tok forvalterne kontakt med vertskommunen for søknaden for å undersøke ledelsesforankring både til vertskommunen og de andre kommunene som skulle delta i prosjektet.

I case studiene kom det frem at noen kommuner hadde gått flere runder med ledelsen for å få aksept for å søke. Ledelsen i noen kommuner kunne være tilbakeholdne med å gi sin tilslutning til søknad om tilskuddsmidler, fordi kommunen allerede var involvert i andre prosjekter. I kommunene finnes det ofte parallelle satsninger på å styrke andre fagfelt innen helse og omsorg som for eksempel innen demensomsorgen, hverdagsrehabilitering samt å videreutvikle tilbudet til personer med rus og psykiatriutfordringer. Det at flere fagfelt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var i sterk utvikling førte til at noen av kommunene var engstelige for å starte opp for mange ting på en gang. Noen resurssykepleiere og kreftkoordinatorer fortalte at de hadde fremlagt ønske om å søke tilskuddsmidler gjentatte ganger, og fått avslag fra ledelsen om å søke først, for deretter å få aksept ett eller to år senere. Disse opplevde at de å måtte «jobbe inn» en forståelse for palliasjon og lindrende behandling i kommunen. De fortalte at det ofte var de selv, eller andre «ildsjeler», som var årsaken til at prosjektet fikk aksept.

En informant påpekte at det hadde vært viktig å involvere de ansatte, og ta fatt på utfordringer slik som de ble opplevd i praksis. Denne kommunen hadde prøvd å inkludere pårørendeperspektivet i søknaden og opplevde at det har blitt veldig positivt mottatt i kommunen. Det hadde vært stor forståelse for og ønske om at det skulle jobbes med palliasjon

og opplevde det som lett å få ledelsesforankring. Ledelsen hadde deltatt i alle faser, og forankring opptil kommunalsjefnivå trekkes frem som en stor fordel.

På spørsmål om hvilke råd informantene vil bringe videre til andre kommuner som ikke har kommet så langt i arbeidet med palliasjon og lindring, nevner flere viktigheten av å ha med kommunal ledelse. En informant fortalte:

For eksempel når vi skulle ha undervisning på personalmøter så måtte alle [ansatte] møte opp. Personalledelsen sa at de skulle. Det er mer tyngde bak når ledelsen er med! Vi hadde en del mostand mot å delta på kurs for de som er ansatt i rustjenesten for eksempel. De ansatte der så ikke nytten og nødvendigheten av å være med på kurs om lindrende behandling. Da gikk jeg til ledelsen, som ga beskjed at de skulle delta på undervisningen.

Tabellen under viser respondentenes måloppnåelse, fordelt på deres svar på spørsmålet «Var prosjektet forankret i kommuneledelsen?»

	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
I svært liten grad	5,00	5	5	1
I liten grad	3,00	1	5	3
I noen grad	3,73	3	5	15
I stor grad	4,05	3	5	19
I svært stor grad	4,14	3	5	14

Tabell 2: Kommunenes måloppnåelse, fordelt på i hvilken grad prosjektet var forankret i kommuneledelsen. Kilde: BDO

Tabellen viser en trend hvor rapportert måloppnåelse øker i takt med grad av forankring i kommuneledelsen. Unntaket er den ene kommunen som har oppgitt at prosjektet i svært liten grad var ledelsesforankret, og samtidig har rapportert om svært stor grad av måloppnåelse. Tabellen viser også at kommunen med dårligst rapportert måloppnåelse rapporterer om liten grad av forankring i kommuneledelsen.

I intervjuene fortalte tilnærmet alle kommunene at forankring i ledelsen var sentralt for å gjennomføre prosjektet, og at dette var en klar forutsetning for måloppnåelse. Flere fortalte at sentrale ledere deltok i prosjektgruppen, i søknadsutforming eller var deltagende i prosjektet på andre måter. En kommune fortalte om et motsatt tilfelle, hvor forankring i ledelsen ikke gikk som forventet. Her fortalte resurssykepleieren vi intervjuet at ledelsen i kommunen hadde godkjent og skrevet under på søknaden om tilskuddsmidler. Like før prosjektet skulle gjennomføres trakk ledelsen seg fra den opprinnelige planen om å dekke frikjøp av personell, slik at de kunne delta på kurs og undervisning. Kommunen opplevde store økonomiske vansker, og hadde ikke hadde anledning til å frikjøpe personalet i den skalaen det var planlagt i søknaden. Løsningen ble i stedet å gjennomføre prosjektet i en «lett-versjon» som ikke krevde like mye ressurser. Intervjupersonen fortalte at hun satt igjen med et inntrykk av at prosjektet som ble gjennomført likevel var vellykket, men at kommunikasjonen med ledelsen underveis i prosessen burde vært bedre og mer forpliktende.

Kommunestørrelse

En faktor som kan påvirke behovet for og kvaliteten på helsetjenester er kommunens størrelse, her målt i antall innbyggere.

Fra dokumentgjennomgangen så vi en klar trend hvor en høyere andel av større kommuner enn mindre kommuner mottok tilskudd. Eksempelvis mottok 11 prosent av kommunene med under 5000 innbyggere og 15 prosent av kommunene med mellom 5000 og 19999 innbyggere tilskudd gjennom ordningen i 2018. For kommuner med mer enn 20 000 innbyggere var andelen 47 prosent. Dette tilsvarer henholdsvis 25, 22 og 28 kommuner i de ulike kategoriene.

I intervju med forvaltere presenteres en oppfatning om at større kommuner i større grad har ressurser og kompetanse til å søke på ulike tilskuddsordninger, eksempelvis fulltidsansatte

kreftkoordinatorer eller ansatte som jobber i fagutviklingsavdelinger som har kompetanseutvikling som en del av sitt ansvarsområde i kommunen. Intervjupersonene antydte at mindre kommuner, og særlig kommuner med stramme økonomiske rammer, ofte har mindre rom for å prioritere prosjektarbeid, særlig dersom prosjektene er store. Samtidig kan det på små steder gå lang tid mellom hver palliativ pasient, og behovet for tilskuddsordningen kan oppleves mindre sett opp mot ressursinnsatsen som kreves for å søke. Eksempelvis fortalte en forvalter at noen mindre kommuner har informert om at arbeidsinnsatsen som ligger bak å utforme en god søknad er for stor sammenlignet med størrelsen på tilskuddet de mottar.

En liten kommune i case-studien trakk frem at det både er fordeler og ulemper med små kommuner. Prosjektleder i dette caset la vekt på at andre nærliggende større kommuner hadde både mer kontakt med USHT og kompetansesenter som hadde en del mer ressurser til sammenligning. Samtidig påpekte prosjektleder at det i hennes kommune er kortere vei til ledelsen og til beslutningsprosesser. Hun gikk selv til ledelsen og oppfordret til at kommunen burde søke. Hun fortalte at de er svært fornøyde med resultatene sine, men at de «kanskje ikke har fått laget så flotte rapporter som kommuner med mer ressurser kan få til».

Forvalterne fortalte videre at satsingsområder i tilskuddsordningen kan føre til at store kommuner i større grad prioriteres. Eksempelvis vil en større kommune kunne gjennomføre prosjekter som involverer flere ansatte, og kan med større sannsynlighet ha ambisjoner om å utvikle metoder med nasjonal overføringsverdi. De påpekte at det tidligere prioriteringsområdet om nasjonal overføringsverdi kunne virke avskrekkende fordi det ble oppfattet som ambisiøst, og flere forvaltere sa at det er positivt at man har gått bort fra dette.²²

Tabellen under viser kommunenes rapporterte grad av måloppnåelse, fordelt på oppgitt antall innbyggere i vertskommunen.

Innbyggere	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
0-4999	4,08	3	5	13
5000-19999	4,06	3	5	16
20000-49999	3,27	1	5	11
50000+	4,18	4	5	10
Ubesvart	5	5	5	1

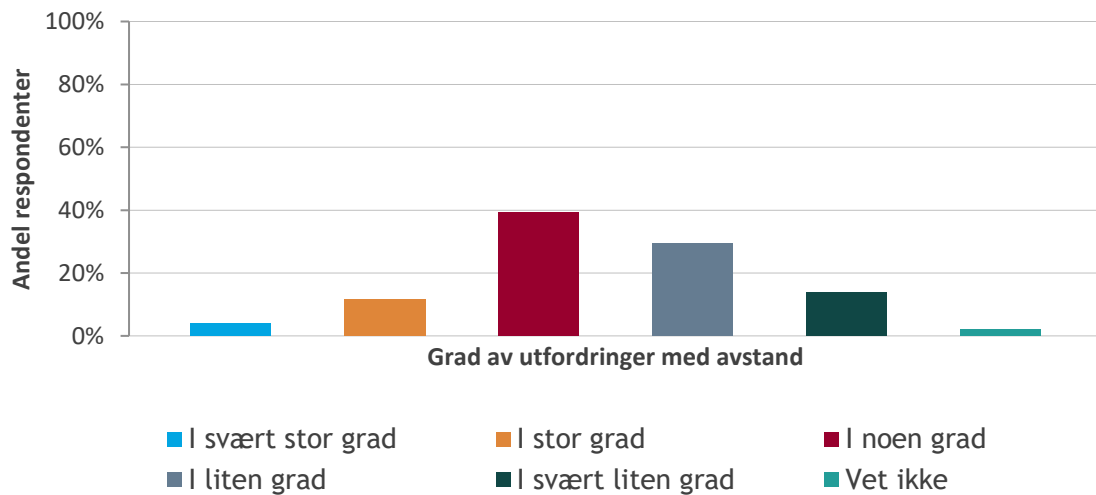
Tabell 3: Kommunenes rapporterte måloppnåelse, fordelt på antall innbyggere. Kilde: BDO og SOF

Av tabellen ser vi at det ikke ser ut til å være en tydelig sammenheng mellom antall innbyggere og rapportert måloppnåelse. Det kan fremstå som at kommunene med mer enn 50 000 innbyggere har best måloppnåelse samlet, siden ingen av kommunene rapporterer om lavere resultat enn «høy grad» av måloppnåelse. Gruppen som samlet rapporterer om lavest måloppnåelse har mellom 20 000 og 50 000 innbyggere. Gjennomsnittsverdien for disse kommunene preges av at én kommune har rapportert om svært lav grad av måloppnåelse. Dersom vi holder denne kommunen utenfor har resterende ti kommuner en gjennomsnittsscore på 3,5, som fremdeles er lavest i utvalget.

Utfordringer med lange avstander

En annen faktor som kan påvirke behov for og mulighet til å gjennomføre ulike prosjekter er kommunens geografiske plassering og utfordringer med avstand innad i kommunen. Figuren under viser hvor mange prosent av respondentene i spørreundersøkelsen som opplever utfordringer knyttet til avstander og geografi i sin kommune.

²² Vi finner det riktig å presisere at prosjekter i små kommuner også kan ha god overføringsverdi til andre småkommuner.



Figur 7: Svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever dere utfordringer knyttet til avstander og geografi i din kommune?» fra spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Figuren over viser at flere kommuner i utvalget i «liten» eller «svært liten grad» opplever utfordringer med avstander og geografi enn i «stor» eller «svært stor» grad. Likevel svarer over 50 prosent av respondentene at de opplever utfordringer «i noen grad» eller mer. To respondenter oppgir at de i svært stor grad opplever utfordringer knyttet til avstander og geografi i sin kommune, og seks kommuner oppgir store utfordringer. Av disse åtte tilhører tre kommuner ansvarsområdet Nord, to kommuner Vestfold og Telemark, to kommuner Vestland og én kommune Oslo og Viken (Innlandet fylke). Fem av kommunene har under 5000 innbyggere og én kommune har over 20 000.

På motsatt side har syv kommuner oppgitt at de har svært små utfordringer knyttet til avstander og geografi. Av kommunene med svært små utfordringer har seks av syv kommuner over 20 000 innbyggere. Fem av syv hører til Oslo og Viken (ekskludert Innlandet). Av alle de 23 som oppgir at de i liten eller svært liten grad har utfordringer knyttet til avstander og geografi, har alle kommunene mer enn 5000 innbyggere. Ingen av disse tilhører Nord Norge.

Tabellen under viser respondentenes rapporterte måloppnåelse, fordelt på deres svar på spørsmålet «I hvilken grad opplever din kommune utfordringer knyttet til avstand og geografi?».

Utfordringer	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
I svært liten grad	3,57	1	4	7
I liten grad	3,87	3	5	15
I noen grad	4,00	3	5	20
I stor grad	4,17	3	5	6
I svært stor grad	3,50	3	4	2
Vet ikke	5	5	5	1
Ubesvart	5	5	5	1

Tabell 4: Kommunenes rapporterte måloppnåelse, fordelt på utfordringer knyttet til avstander og geografi. Kilde: BDO og SOF

Tabellen over viser at kommunene som oppgir at de «I svært stor grad» har utfordringer med avstand har noe lavere gjennomsnittlig måloppnåelse enn de andre respondentene. Gjennomsnittsverdien til gruppen som «I svært liten grad» opplever slike utfordringer er preget av én enkelt kommune. Dersom den lavest scorende kommunen holdes utenfor blir gruppens gjennomsnitt 4.

Utfordringer med avstand og geografi kan påvirke behov og resultater på ulike måter. Én av kommunene i casestudien opplevde store utfordringer med avstand. De fortalte at når personer i utkantstrøk fikk behov for lindrende behandling fikk de vanligvis tilbud om korttidsopphold eller plass på sykehjem i kommunenes tettsted. Kompetansehevingen ble rettet mot ansatte på sykehjemmet, og det ble ikke vurdert som aktuelt å inkludere hjemmetjenestene i kompetansehevingen så langt. Dette ble begrunnet med at pasientene med lang avstand mellom hjemmet og helsehjelp ikke følte seg trygge nok til å ønske å dø i egne hjem, og at det tok lang tid for helsepersonell å reise hjem til pasienten. Det ble også pekt på som en grunn til at kompetanseheving for hjemmetjenesten var mindre aktuelt siden det gikk lang tid mellom denne tjenesten ble etterspurt. Kommunen opplevde ikke problemer med å få plass til de palliative pasientene på sykehjemmet.

Til sammenligning fortalte flere informanter i case-studien (som ikke opplevde utfordringer med avstand) at de fokuserte spesielt på å styrke hjemmetjenestene slik at pasienter skulle føle seg trygge til å dø i egne hjem, og at dette ville gi mindre belastning på sykehjemmene.

Erfaring med å samarbeide med nabokommuner

35 prosent av respondentene oppga at kommunen samarbeider med nabokommuner om organisering av helsetjenester innen lindrende behandling. Samarbeidene kan være både gjennom tilskuddsordningen og innenfor andre helsetjenester. Tabellen under viser hvor mange av kommunene i utvalget som samarbeider, fordelt på kommunestørrelse.

Innbyggere	Andel som samarbeider	Andel som ikke samarbeider	Andel ubesvart	Antall i utvalget
0-4 999	23 %	77 %	0	13
5 000-9 999	83 %	17 %	0	6
10 000-14 999	29 %	71 %	0	7
15 000-19 999	67 %	33 %	0	3
20 000+	30 %	68 %	2 %	22
Ubesvart			100 %	1

Tabell 5: Andel kommuner som samarbeider med nabokommuner om helsetjenester, fordelt på innbyggertall. Kilde: BDO og SOF

Tabellen viser at andelen av kommuner i utvalget som samarbeider ikke henger direkte sammen med kommunestørrelse. Resultatene må sees i sammenheng med antall respondenter i hver gruppe.

Tabellen under viser respondentenes måloppnåelse, fordelt på deres svar på spørsmålet «Samarbeider kommunen din med nabokommuner om organisering av helsetjenester innenfor lindrende behandling?»

Samarbeid	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
Ja	4,06	1	5	18

Samarbeid	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
Nei	3,84	3	5	32
Vet ikke	4,00	4	4	1
Ikke besvart	5,00	5	5	1

Tabell 6: Kommunenes måloppnåelse, fordelt på hvorvidt de samarbeider med nabokommuner om å tilby helsetjenester.

Kilde: BDO og SOF

Tabellen over viser at kommuner som samarbeider med nabokommuner scorer like over gjennomsnittet på rapportert måloppnåelse i utvalget, og at kommuner som ikke samarbeider scorer like under gjennomsnittet.

Samarbeid mellom flere kommuner om prosjektet

30 prosent av kommunene som svarte på spørreundersøkelsen har gjennomført prosjektet i samarbeid med andre kommuner. 67 prosent har ikke. Noen av samarbeidene har inkludert svært mange samarbeidskommuner, andre samarbeidet med nabokommunen. Noen kommuner har blitt slått sammen i løpet av prosjektperioden.

Tabellen under viser respondentenes måloppnåelse, fordelt på deres svar på spørsmålet «Ble prosjektet gjennomført i samarbeid med andre kommuner?».

	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
Ja	4,06	1	5	16
Nei	3,86	3	5	35
Vet ikke	5,00	5	5	1

Tabell 7: Kommunenes måloppnåelse, fordelt på hvorvidt de samarbeidet med andre kommuner om prosjektet. Kilde:

BDO

Tabellen viser at kommuner som samarbeidet med nabokommuner scorer like over gjennomsnittet på måloppnåelse, og kommuner som ikke samarbeider scorer like under gjennomsnittet i utvalget.

Samarbeid med andre organisasjoner

I spørreundersøkelsen spurte vi om kommunene hadde samarbeidet med en rekke aktører: Regionale kompetansesentre for lindrende behandling (KLB), utviklingsentre for sykehjem (USHT), faglige nettverk i regionen, frivilligheten (herunder enkeltpersoner og organisasjoner), og eventuelle andre samarbeidspartnere²³. Vi spurte hvor tett kommunen hadde samarbeidet med de ulike aktørene, og hvor avgjørende de opplevde at de ulike samarbeidene var for måloppnåelsen i prosjektet. Tabellen under viser kommunenes egen evaluering av hvor avgjørende samarbeidene var for måloppnåelse.

	Vurdering i gjennomsnitt	Andel «stor betydning»	Andel «noe betydning»	Andel «liten betydning»	Antall i utvalget
Faglig nettverk	3,85	65 %	25 %	10 %	48

²³ Av andre samarbeidspartnere nevnes blant annet fagskoler, privatpraktiserende helsearbeidere, IT-spesialister, den norske kirke og brukerrepresentanter/pårørenderepresentanter, ulike samarbeidspartnere innenfor kommunal helseomsorg med mer.

	Vurdering i gjennomsnitt	Andel «stor betydning»	Andel «noe betydning»	Andel «liten betydning»	Antall i utvalget
KLB	3,73	64 %	27 %	9 %	44
USHT	3,36	46 %	26 %	28 %	39
Frivilligheten	3,20	32 %	40 %	28 %	25
Annet	3,79	56 %	41 %	3 %	34

Tabell 8: Kommunenes vurdering av hvor avgjørende samarbeidspartnerne var for måloppnåelse i prosjektet. Kilde: BDO og SOF

Gjennomsnittsvurderingen er basert på en skala hvor svaret «svært stor betydning» gir 5 poeng og «svært liten betydning» gir 1 poeng. Vi har slått sammen alternativene «svært stor betydning» og «stor betydning», og vi har slått sammen «svært liten betydning» og «liten betydning», for å presentere hvordan respondentene svarte.

Tabellen over viser at faglige nettverk²⁴ har høyest gjennomsnittsvurdering og høyest andel av vurderingen «stor betydning», etterfulgt av andre samarbeidspartnerne og KLB. Samarbeid med USHT og frivilligheten har lavest gjennomsnittsscore og høyest andel som svarer at samarbeidet har hatt liten betydning for måloppnåelse. Respondentene i tabellen har svart at de enten har hatt «tett samarbeid», «noe samarbeid» eller «hatt kontakt, men ikke samarbeidet».

I de følgende tabellene presenterer vi rapportert måloppnåelse for kommunene som har hatt «tett samarbeid» og «noe samarbeid», for å synliggjøre om samarbeidene har tilsvarende effekt på faktisk (rapportert) måloppnåelse. Tabellen under viser resultatene for «tette» samarbeid.

«Tett samarbeid»	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
Frivilligheten	4,75	4	5	4
Faglig nettverk	3,89	1	5	18
KLB	3,89	1	5	9
USHT	3,87	1	5	15
Annet	4,27	3	5	15

Tabell 9: Respondentenes måloppnåelse, fordelt på aktører de har hatt «tett samarbeid» med i prosjektet. Kilde: BDO og SOF

Tabellen over viser at kommuner som har samarbeidet tett med frivillige organisasjoner eller enkeltpersoner rapporterer om klart høyest måloppnåelse, etterfulgt kommuner som har hatt tette samarbeid med andre samarbeidspartnerne. De resterende tre kategoriene er preget av den ene kommunen som har rapportert om svært lav måloppnåelse. Dersom denne holdes utenfor blir gjennomsnittsscore 4,25 for KLB, 4,06 for faglige nettverk og 4,07 for USHT.

²⁴ Med faglige nettverk nevnes for eksempel nettverk for kreftkoordinatorer, nettverk for ressurspsykepleiere, eller andre nettverk for fagpersoner i team som jobber sammen omkring tilbudene om palliativ omsorg.

Tabellen under viser resultatene for kommuner som har svart at de har hatt «noe samarbeid» med de ulike aktørene.

«Noe samarbeid»	Gjennomsnitt	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall i utvalget
Faglig nettverk	4,12	3	5	17
Frivilligheten	4,09	3	5	11
KLB	3,84	3	5	19
USHT	3,8	3	5	10
Annet	3,75	3	5	16

Tabell 10: Respondentenes måloppnåelse, fordelt på aktører de har hatt "noe samarbeid" med i prosjektet. Kilde: BDO og SOF

Med unntak av faglig nettverk, viser tabellene over at respondentene som har hatt tette samarbeid rapporterer om høyere måloppnåelse enn respondentene som har hatt noe samarbeid med samme aktør. Prosjektene som har hatt noe samarbeid med faglige nettverk rapporterer om høyest måloppnåelse, etterfulgt av frivilligheten.

For prosjekter som involverte flere samarbeidspartnere, påpekte flere informanter behovet for jevnlig prosjektmøter med alle involverte samarbeidspartner for å sikre felles forståelse og fremdrift.

Særskilt om samarbeid med frivillige

En av kommunene i case-studien hadde jobbet med å inkludere frivillige i palliasjonstilbudet, som følge av føringer fra sentrale myndigheter. Kreftkoordinator i kommunen kontaktet frivillighetskoordinator, frivillighetssentralen samt en frivillig organisasjon som jobbet med besøkstjenester.

Den lokale frivillige organisasjonen var interessert i å prøve ut en ordning dersom de frivillige ville motta støtte og veiledning fra kommunen. Det ble opprettet en kontrakt mellom kommunen og den frivillige organisasjonen der roller og ansvar ble avklart og fordelt, det ble holdt informasjonsmøter og laget oppslag i lokale media. Kommunen har nå mer enn 20 frivillige som er «våkere», altså personer som sitter hos døende og hjelper til med å avlaste pårørende. Disse personene har mottatt kurs fra den sentrale frivillige organisasjonen, og hatt jevnlig treff.

Kreftkoordinator hevdet at de har fått gode tilbakemeldinger på samarbeidet. Prosjektet tiltrakk seg frivillige med kompetanse, slik som tidligere sykepleiere, helsefagarbeidere som ikke jobber i eget fagfelt, uføretrygdede og andre med egne personlige erfaringer. De frivillige har en Facebook gruppe hvor de legger ut oppdrag og melder seg dersom de kan. Det hendte at de ikke kunne stille, og de frivillige var ikke forpliktet til noe. I forbindelse med Covid-19 hadde en del av denne aktiviteten blitt innstilt siden flere av de frivillige var i risikogruppen, og da ikke har fått lov til å våke. De frivillige har taushetsplikt, så kreftkoordinator kjente ikke til detaljer omkring de frivilliges opplevelser, men har blitt fortalt generelt om gode opplevelser fra å bidra.

Kreftkoordinator

37 kommuner i utvalget har ansatt kreftkoordinator i fulltidsstilling, noe som tilsvarer 73 prosent av utvalget. Disse scorer i gjennomsnitt 3,92 i måloppnåelse. De 14 kommunene som ikke har ansatt kreftkoordinator scorer i snitt 3,93.

I case-studien fremhevet flere at rollen som kreftkoordinator ga bedre muligheter for å jobbe med andre, og at man fikk mer autoritet og ble tillagt mer vekt. Én informant opplevde at hun hadde slitt med å få med seg ledelsen i kommunen da hun ville skrive den første søknaden om tilskuddsmidler. Holdningen fra ledelsen endret seg imidlertid da hun ble kreftkoordinator. På

lignende måte beskrev en annen kreftkoordinator et større handlingsrom når en sitter i en øremerket kreftkoordinator stilling:

Jeg har en såpass fri stilling som kreftkoordinator ... Jeg styrer stort sett dagene mine selv og det er viktig. Jeg kan jobbe intensivt når det står på. Jeg ser at det kan være vanskelig for en sykepleier å få det til. Det er bra at det er en egen stilling til å drive prosjekter. Det er for eksempel vanskelig å få fritatt sykepleierne dersom de har utfordringer med bemanning og oppgaver som krever dem der og da.

Intervjupersoner i case-studien sa at det ofte er kreftkoordinatorer som driver mange av prosjektene og at de hadde lav terskel for å ringe hverandre for å få råd, diskutere og luften fremgangsmåter. En informant uttrykte undring over hvordan kommuner organiserer seg med hensyn til prosjektarbeid og kompetansehevning dersom de ikke har en kreftkoordinator til å drive prosessen.

Alle kommunene i case-studien var opptatt av at det til enhver tid var en person som «holdt i» prosjektet, sørget for kontinuitet og at de hadde med seg ledelsen i kommunen. Dette trengte ikke nødvendigvis å være en kreftkoordinator, men en person med mandat og kapasitet til å drive prosjektet fremover.

Andre faktorer

Helse- og omsorgsplan

Mange kommuner vedtar egne helse- og omsorgsplaner, som blant annet klargjør hvilke utfordringer kommunen står ovenfor og hvilke tiltak som må gjennomføres på kort og lang sikt for å møte disse utfordringene. Av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen har 76 prosent en vedtatt helse- og omsorgsplan. Disse kommunene scorer i gjennomsnitt litt bedre på måloppnåelse (3,95) enn kommunene som ikke har vedtatt en slik plan (3,57). Seks respondenter er ikke kjent med om kommunen deres har vedtatt en helse- og omsorgsplan (4,17).

Kreftplan

Noen kommuner vedtar kreftplaner, som fungerer som en veileder for styrking av, prioriteringer for og planlegging av kreftomsorg i kommunen. En slik plan skal være et verktøy for alle innbyggere i kommunen, med særlig fokus mot politikere, administrasjon og helsearbeidere. I utvalget har 6 kommuner vedtatt kreftplan, og disse scorer i gjennomsnitt 4 i rapportert måloppnåelse. 37 kommuner har ikke vedtatt kreftplan, og scorer 3,95 i gjennomsnitt. 9 respondenter er ikke kjent med om kommunen har vedtatt kreftplan.

Forankring i politisk planverk

25 prosent av respondentene oppgir at prosjektet var forankret i politisk planverk i kommunen. Kommunene hvor prosjektene ikke var politisk forankret scorer i gjennomsnitt 4,03 på rapportert måloppnåelse. Kommunen som har rapportert om svært lav måloppnåelse har svart at prosjektet var forankret i politisk planverk, noe som trekker ned gjennomsnittsscoren for gruppen til 3,85. Dersom denne kommunen holdes utenfor øker gjennomsnittet for gruppen til 4,08.

Mottatt støtte fra andre tilskuddsordninger

Fire av prosjektene i utvalget har mottatt støtte fra andre tilskuddsordninger. To mottok støtte fra Fylkesmannen gjennom innovasjonsmidler eller skjønnsmidler, og to mottok støtte fra utviklingssykehjem. Disse fire prosjektene har i gjennomsnitt rapportert om noe lavere måloppnåelse (3,85) enn prosjekter som bare har fått støtte gjennom tilskuddsordning til kompetansehevende tiltak til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt (3,96).²⁵

6.1.1 Hvordan forklares eventuell manglende måloppnåelse i prosjektene?

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmålet «Hvis målene ikke ble nådd, hva var årsaken til dette?». De vanligste tekstsvarene fra spørreundersøkelsen er sammenstilt i fritekst under, og supplert med informasjon fra case studien.

²⁵ BDO og SOF har ikke informasjon om hvor mye støtte disse prosjektene har mottatt i totalt tilskuddsbeløp.

Utskiftninger i personalgruppen

Utskiftninger i personal- eller ledergruppen nevnes av flere som et hinder for måloppnåelse. Flere nevner at sentrale personer i prosjektet har sluttet eller hatt opphold i arbeidet på grunn av permisjon eller lignende. Samme årsaker trekkes frem som forklaring på manglende kunnskapsoverføring.

I intervjuene legges det vekt på at fagfeltet drives av ildsjeler, og at prosjektenes fremdrift i mange tilfeller er avhengig av enkeltindivider eller små grupper av ansatte. Eksempelvis forteller en av case-informantene om hvordan en enkeltperson kan påvirke måloppnåelse:

Prosjektet hatt stor innvirkning. Vi har favnet bredt og hatt god kompetanseheving. Spesielt med lindrende senger har vi hatt et kjempeløft. Flere har vært på kurs, de har hatt fagkvelder m.m. Vi hadde en lege der som var veldig dedikert, som reiste på mange kurs og deltok på alle prosjektene. Men så ble hun sykemeldt. Det blir veldig skjært når enkeltpersoner er så involverte.

Mangel på ressurser

Flere beskriver at ressursmangel har ført til utfordringer, enten i form av mangel på ansatte eller mangel på penger. Noen opplyser at de fikk tildelt mindre støtte enn de søkte om, og derfor måtte tilpasse prosjektet etter dette. Andre opplyser at økonomiske utfordringer i kommunen har påvirket prosjektet. Andre beskriver travle perioder i helsetjenesten, hvor det ikke har vært mulig å frikjøpe ansatte som planlagt i prosjektplanen. Av prosjektene som fremdeles pågår nevnes Covid-19 som en årsak til ressursmangel, og som et hinder for samarbeid på tvers.

En informant i case-studien, som hadde søkt om et midler til et kompetansehevende prosjekt, opplevde at det ble for mye å skulle styre et slikt prosjekt uten å ha satt av midler til det:

I ettertid ser jeg at jeg skulle søkt om frikjøp av meg selv. Å kombinere dette med en vanlig sykepleierjobb er jo aldeles for meget. Et slikt prosjekt som skal gå over tid krever jo at det er en koordinator som har tid til å jobbe med det og passe på at man kommer fremover. Jeg har hatt det ganske fleksibelt forhold til ledelsen, og jeg fikk kontordager for å jobbe med dette når jeg ba om det... men så kniper det ofte på sykepleiere, så jeg måtte jobbe på avdeling i stedet for, og dette skjedde oftere og oftere.

En informant i en annen kommune fortalte at de ønsket å inkludere alle ansatte på et e-læringsprogram. Etter at de fikk tildelt tilskuddsmidler trakk imidlertid ledelsen i kommunen seg fra den opprinnelige planen, fordi de opplevde økonomiske vansker og ikke kunne bidra med halve finansieringen som avtalt. Det endte med at deltagelsen på kurset ble «laber», siden ansatte enten måtte ta kurset på egen fritid eller siden de måtte jobbe på avdeling i det aktuelle tidsrommet.

For kort prosjektperiode

Flere påpekte at endringer tar lang tid, og at de kunne ønsket å motta midler over en lenger prosjektperiode. Informantene presiserte at kompetanseheving er en varig prosess, og at arbeidet pågår selv om prosjektet er ferdigstilt. Noen nevnte at prosjektene har hatt for mange eller for ambisiøse mål, sett i sammenheng med tilgjengelig tidsperiode og ressurser.

Noen av informantene i case-studien påpekte at de har fått utrettet mye med tilskuddsmidlene, men at de skulle ønske de hadde en lengre tidshorison. Flere vi snakket med i intervju mente at midlene kommer for sent på året til å bli brukt opp samme år, men påpekte også at det har vært forståelse og velvilje til å få midlene overført. Et par kommuner i casestudien sa at de har en faglig langsiktig tilnærming og at de har mottatt midler over flere år. Informantene påpekte at det er stor forskjell i tilnærminger mellom de ulike søkerne. Noen kommuner har «kun» ambisjoner om å jobbe med fagutvikling, planer og samarbeid internt i egen kommune, mens andre kommuner kobler seg opp mot flere kommuner, sykehus i ulike kanter av fylket og inkluderer andre store samarbeidspartnere. Dette leder til forskjellige behov for hvor mye tilskuddsmidler ulike kommuner trenger.

En kommune i case-studien fremhevet at en suksessfaktor har vært at de har søkt og mottatt tilskuddsmidler hvert år i tre år og at de derfor har fått tid både til å iverksette trinnvis og repetere. Denne kommunen har arbeidet med kompetanseutvikling og planarbeid i etapper; de

startet med korttidsavdeling på sykehjem, deretter langtidsavdelinger, omsorgsboliger og hjemmetjeneste til slutt.

Ulik prioritering av fagfeltet

Noen informanter fra case- studien påpekte at de har hatt utfordringer med å få med seg alle relevante parter i prosjektene. Noen trakk her frem fastleger, andre nevnte spesifikke avdelinger eller ledere. Dette ble ofte forklart med ulike syn på viktigheten av aktuelle tiltak i en ellers travel hverdag. Noen nevnte at konkurrerende prosjekter for samme tjeneste førte til prosjekttretthet og kapasitetsproblemer for gjennomføring.

Informanter fra casene fortalte om mye velvilje og interesse for å delta på kurs og undervisning. Samtidig har et par informanter opplevd at noen ansatte kunne vegre seg eller være negative til å lære seg nye arbeidsmåter. To informanter hadde opplevd at det var utfordrende å motivere personale til å ta imot undervisning. Dette gjaldt spesielt dersom de jobbet i avdelinger med brukergrupper som ikke umiddelbart hadde behov for lindrende behandling. Ansatte som jobbet med personer med rus og psykiatriske tilstander, personer med psykisk utviklingshemming eller personer med demenslidelser kunne være «nye» målgrupper for å motta informasjon og undervisning om palliasjon.

En informant påpekte at det tar tid å bygge opp et tilbud innen palliasjon og lindring. Prosjektet som hun ledet, var et samarbeid med flere andre kommuner. De hadde blant annet jobbet med etisk refleksjon for ansatte i omsorgstjenestene og gjentatte ganger tatt opp hvorfor palliasjon er viktig. Dette arbeidet kunne man ikke umiddelbart se gevinsten av, og det hadde blitt stilt spørsmål ved hvilken verdi refleksjonene hadde målt opp mot andre oppgaver som var mer presserende der og da. Etter hvert erfarte imidlertid personalet at man sparer tid. Hun sa:

Men vi ga de [samarbeidspartnere i de andre kommunene i prosjektet] egentlig en pakke på gullfat! Særlig fastlegene sier at de føler at når de har laget en god plan (i samarbeid med andre) opplever de mindre trykk både fra pårørende og helsepersonell. Alle parter er mer trygge, og man har en felles forståelse.

Noen av intervjuobjektene fremhevet at det kunne være utfordrende å få legene med på undervisningsdager. Én kommune opplevde at det tok tid å komme i gang da de fikk midler. I etterkant har de sett at det var litt naivt å tro at de skulle komme så raskt i gang. Det skulle avholdes kurs med eksterne forelesere og i tillegg gjennomføre internundervisning. De hadde inkludert legene også, men det viste seg at de var ikke så interessert. En kommune la vekt på i sin tilnærming til at de innkalte helsepersonell til «dialog» og ikke undervisning, for å unngå slike utfordringer. Informanten sa:

Det er ikke vi som skal fortelle de andre hva de skal gjøre, de kan bidra selv med sitt. Det er viktig for oss at andre skal føle eierskap til arbeidet, og at de ikke føler at vi kommer inn og forteller hva de skal gjøre. Derfor kaller vi det alltid dialogmøter når vi samles. Vi ønsker tilbakemelding på hva som fungerer og hva som kan gjøres bedre. Dette har blitt positivt mottatt, særlig av fastlegene som har hatt en nøkkelrolle i prosjektet.

En kreftsykepleier i en annen kommune fortalte også at hun opplevde at det var viktig å få alle med når en jobbet med palliasjon og lindring. Kreftsykepleieren mente at kommunen var nokså god på palliativ omsorg, men at lite var satt i system og at det var ildsjeler som stod for dette tilbudet. Hun mente at kommunen måtte jobbe på systemnivå, og legge til rette for at alle skulle kunne føle seg trygge, uavhengig av hvem som var på jobb. I dette arbeidet fant de fort ut at de måtte jobbe sammen med fastleger, sykehus og andre kommuner.

For kommuner som jobber med implementering av planer på systemnivå var det helt avgjørende at alle på «gulvet» var med og delte samme kunnskap og fikk felles forståelse for feltet. Én informant påpekte at mange ansatte kan ha synspunkter og meninger om hvordan tjenestene er organisert og at det er viktig at dette luftes og at det skapes en felles forståelse for veien videre.

Kommunesammenslåing

I spørreundersøkelsen trekker tre kommuner fram at kommunesammenslåing har påvirket måloppnåelse. Den ene skriver at målene med prosjektet i utgangspunktet ble nådd i søknadskommunen, men at arbeidet med implementering har stoppet litt opp etter

sammenslåingsprosessen med en nabokommune. Videre skriver den at prosessene må hentes opp «når den nye kommunen blir mer stabil igjen». Den andre kommunen skriver en lignende historie om god måloppnåelse og en «utrolig kompetanseheving», men at de kunne ønsket mer midler for å få videreført prosjektet til den nye kommunen. Den tredje kommunen skriver at kommunesammenslåingen krevde fokus og prioritering.

Den første av de ovennevnte kommunene deltok også i case-studien. I forbindelse med kommunesammenslåingen opplevde informanten blant annet at det tok lengre tid og få nødvendige avklaringer. Kommunen jobbet parallelt med å gjennomgå rutiner for å harmonisere tjenestene og på intervjudtidspunktet opplevde informanten at det gjenstod mye arbeid og at en del ting var uoversiktlige. I forbindelse med kommunesammenslåingen fikk informanten ansvar for et mye større område og hun opplevde at det var betydelige forskjeller mellom kommunene, særlig med hensyn til kompetanse og tilrettelegging for hjemmedød. Informanten fortalte at de nå forsøker å få system og felles forståelse av fremgangsmåter. Hun beskrev at «verktøyene» som benyttes satt mer i ryggraden til ansatte i hennes «gamle» kommune, men at den nye kommunen er positiv til å ta i bruk de nye systemene og de vil fortsette å arbeide med dette i storkommunen. Med hensyn til tilpasning og arbeidsmåter sa hun:

Det handler mye om harmonisering av alt. Jeg kan jo snakke mest innenfor palliasjon her, men vi har jobbet forskjellig, vi bruker forskjellige begreper, vi har fokus på forskjellige ting. Det er nå satt ned nå en gruppe som skal se på palliasjon ved livets slutt. Det vi har startet med er rett og slett begrepsavklaring.

6.2 VURDERINGER

6.2.1 Tilskuddsmottakerne rapporterer generelt om høy grad av måloppnåelse

Basert på svarene i spørreundersøkelsen er det vår vurdering at prosjektene som har mottatt tilskudd har hatt høy grad av måloppnåelse. Siden de fleste respondentene har rapportert om god eller svært god måloppnåelse, blir det lite som skiller prosjektene fra hverandre når vi ser på gjennomsnittsscore for måloppnåelse. Dette medfører at svært få av våre analyser viser en klar sammenheng mellom en gitt faktor og måloppnåelse.

Samtidig er det viktig å påpeke at målene til prosjektene er svært ulike, noe som innebærer at måloppnåelse ikke kan sammenlignes direkte. Eksempelvis har noen prosjekter veldig konkrete mål som «De 10 ansatte i avdeling for kreftomsorg på sykehjemmet skal delta på ett halvdagskurs». Andre prosjekter involverer svært mange ansatte og ulike organisasjoner og prosjektets mål er avhengig av flere års arbeidsinnsats og vesentlig ressursinnsats. Prosjektene kan i tillegg ha flere mål på ulike nivåer; eksempelvis ett mål om generell kompetanseheving, ett mål om konkrete endringer eller forbedringer og ett mål om resultater for brukerne. Det er derfor vanskelig å benytte måloppnåelse for å vurdere hvor stor grad av kompetanseheving hver kommune har oppnådd, som vi skal se nærmere på i neste kapittel. Vi vurderer likevel rapportert måloppnåelse som en god indikator på at respondentene opplever at prosjektene har gått etter planen og ført til kompetanseheving i kommunene.

6.2.2 Til tross for god måloppnåelse møter de fleste prosjektene på utfordringer underveis

Selv om prosjektene generelt rapporterer om god måloppnåelse, er vår vurdering at de fleste prosjekter som går over tid møter en form for utfordringer underveis. Nærmere 60 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen har oppgitt årsaker til at mål ikke ble nådd som opprinnelig planlagt. Dette, i kombinasjon med informasjon fra case-intervjuene, synliggjør at prosjektarbeid er et langvarig arbeid hvor mye kan påvirke prosessen og føre til endringer underveis. Basert på tilbakemelding fra informantene vurderer vi at nøkkelpersoner som slutter eller går i permisjon/sykemeldes, at ressursene ikke strekker til, eller at man møter motstand fra ledelsen eller ansatte som ikke ønsker å prioritere prosjektet, som de vanligste utfordringene som påvirker måloppnåelse. Covid-19 har også hatt en bremsende effekt på prosjektene som pågår i 2020, og for prosjekter hvor kommunesammenslåing har foregått rapporteres det om merarbeid knyttet til implementering i ny storkommune.

I case-intervjuene fremstod det som at kommunene har tilpasset prosjektene fortløpende, slik at de fremdeles har fått mye ut av prosjektene. Basert på dette vurderer vi at endringsvilje- og kompetanse, samt fleksibilitet i møte med utfordringer, er viktig for å få best mulig utbytte av

prosjektmidlene. Vi erfarer at kommunene vi har snakket med har løst utfordringene sine på en god måte, og har endt opp med klar måloppnåelse til tross for endringer av mål eller innhold underveis.

I dokumentgjennomgangen så vi at mange kommuner har hatt behov for å overføre midler fra år til år. Dette kan henge sammen med at de fleste prosjekter bruker mer enn de månedene som er tilgjengelig av budsjettåret når tilskuddet utbetales. I noen tilfeller vil dette være kjent på forhånd, i andre tilfeller tar prosjektene mer tid enn først anslått enten på grunn av forhold internt i kommunen, i prosjektet, eller en form for ytre påvirkning.

6.2.3 Ledelsesforankring er avgjørende for gjennomføring av og måloppnåelse i prosjektene

Basert på svarene i spørreundersøkelsen, intervju med prosjektdeltagere og intervju med forvaltere vurderer vi ledelsesforankring som en avgjørende faktor for prosjektenes måloppnåelse. Med unntak av en enkelt kommune, viser analysen av svar fra spørreundersøkelsen en klar trend der høyere grad av forankring i ledelsen korrelerer med høyere grad av måloppnåelse. Dette fremkommer også i intervjuer med både forvaltere og kommuner i case-studiene. Forvaltere forteller at de ser spesifikt etter dette når de vurderer søknader, siden ledelsesforankring oppleves som særdeles viktig. Kommunene forteller det samme; de som opplever at prosjektet har gått som planlagt med gode resultater trekker frem ledelsesforankring, samt støtte og involvering fra ledelsen, som avgjørende. Kommunen som fortalte om utfordringer med gjennomføring av prosjektet, begrunnet utfordringene i stor grad med dårlig kommunikasjon med ledelsen underveis i prosessen.

6.2.4 Kommunestørrelse kan påvirke hvilke kommuner som søker og tildeles midler

Andelen av kommuner med over 20 000 innbyggere som mottar tilskudd er langt høyere enn andelen små- og mellomstore kommuner. Antallet i de ulike gruppene er relativt jevnt, men sett opp mot antall norske kommuner i de ulike størrelseskategoriene vurderer vi forskjellene som store. Denne vurderingen er basert på gjennomgang av beslutningsnotater fra forvalterne og fordeling av svarene i spørreundersøkelse på kommunestørrelse.

I intervju med forvaltere og kommuner var det tydelig at kommuner av ulik størrelse har ulike utfordringer. Dette fremstår i stor grad som et spørsmål om behov og ressurser. Det er et sentralt poeng innenfor helsetjenester at norske innbyggere skal motta likeverdige tjenester uavhengig av hvor de bor. I realiteten er det likevel naturlig at kommuner med svært mange innbyggere har langt flere palliative pasienter og langt flere ansatte i helsetjenesten, og dermed kan oppleve større behov for kompetanseheving. Større kommuner kan også ha store fordeler av å implementere nye verktøy for å effektivisere drift og heve kompetanse på tvers av ulike aktører innenfor de aktuelle tjenesteområdene, eksempelvis ved at økt kompetanse i hjemmetjenestene kan redusere belastningen på sykehjemmene. På motsatt side kan det være naturlig at en liten kommune, som svært sjeldent har palliative pasienter, vil prioritere annerledes, selv om de også kunne ønsket bedre kompetanse, da først og fremst knyttet til sykehjem med korttidsplasser der plasser til palliasjon oftest er lokalisert.

Det er videre rimelig å anta at større kommuner har flere ansatte med tid og kompetanse til å undersøke hvilke tilskuddsordninger som finnes og hvordan kommunen kan benytte seg av disse. I intervjuene med kommunene kom det frem at noen opplever søknadsprosessen som omfattende, og at det kreves bred involvering i kommunen. En naturlig konsekvens av at det å søke krever ressurser, er at kommuner med behov for lavere støttebeløp kan vurdere innsatsen som høyere enn belønningen og la være å søke.

Innbyggertall ga ikke gir et tydelig utslag på egenrapportert måloppnåelse, og vi vurderer derfor at det ikke er måloppnåelse - men mulighet til og behov for å søke på tilskuddsordninger som har ført til forskjellene i andel kommuner som mottar tilskudd. Vi presiserer at kommuner av alle størrelser har behov for kompetanse innenfor palliative tjenester, selv om det er ulikt behov for prosjekttypen og støttebeløp. En naturlig avveining som må gjøres i forbindelse med tilskuddsordninger er forholdet mellom å dele ut store beløp til færre kommuner eller flere småbeløp til mange kommuner. Slike avveininger gjøres av hver forvalter basert på mottatte søknader, og kunnskap om slike avveininger kan påvirke hvilke som søker. Som nevnt tidligere i rapporten kan det være interessant å undersøke effekter av ulike prosjekter nærmere, slik at vurderinger om årlige prioriteringer kan gjøres på et godt kunnskapsgrunnlag.

6.2.5 Utfordringer med lange avstander kan påvirke hvilke prosjekter som lar seg gjennomføre

Basert på gjennomførte intervjuer og spørreundersøkelsen har vi erfart at betydelige utfordringer med avstand påvirker hvordan helsetjenester er organiserte og hvilke prosjekttyper som er hensiktsmessig å gjennomføre.

Som eksempel nevnes én av kommunene i case studien, som ligger i Nord-Norge og opplever store utfordringer med avstand. Denne kommunen fokuserer i mindre grad på å legge til rette for at palliative pasienter skal være hjemme så lenge som mulig. De ønsker selvsagt å legge til rette for at de som ønsker å dø hjemme skal få mulighet til det, men fortalte at dette skjer svært sjeldent. På motsatt side viser resultatene fra evalueringen at kommunene som ikke har utfordringer med avstand, ofte melder om at pasientene ønsker å være hjemme så lenge som mulig. En mulig forklaring på dette er nærhet og rask tilgang til helsetjenestene dersom det skulle oppstå noe. Dersom det er langt mellom hjemmet og hjelpen man trenger, kan det være tryggere for pasientene å komme på et sykehjem hvor hjelpen er tilgjengelig raskt. For pasienter som opplever at ansatte i hjemmetjenesten kan stille raskt opp ved behov, er det naturlig at det føles tryggere å være hjemme lengre. De palliative pasientenes trygghet henger også nært sammen med tryggheten til helsearbeiderne i er i kontakt med. En konsekvens av dette er at kompetanseøkning i hjemmetjenestene kan medføre at flere pasienter føler seg trygge på å være hjemme lenger.

Samtidig kan også prosjekttypene som gjennomføres variere basert på utfordringer med lange avstander. Eksempelvis vil det være langt lettere for kommuner med kortere avstand, både internt i kommunen og til nabokommunene, å samarbeide med andre aktører og kommuner. Det kan også være mer ressurseffektivt å slå sammen helsetilbudene i slike tilfeller.

Basert på antall respondenter i spørreundersøkelsen kan vi ikke konkludere med om store utfordringer med avstander har ført til lavere måloppnåelse. Gruppen som opplever svært store utfordringer scorer i gjennomsnitt dårligst på egenrapportert måloppnåelse, men gruppen består bare av to kommuner.

6.2.6 Tette samarbeid oppleves generelt som positivt for måloppnåelse

Det er utfordrende å si noe konkret om hvordan ulike samarbeid kan påvirke måloppnåelse, siden prosjektene og samarbeidene har ulike innretninger og omfang og vanskelig kan sammenlignes direkte. Likevel ser det ut til at tettere samarbeid er mer givende enn mindre tette samarbeid. Det var heller ikke entydig sammenheng mellom hvilke samarbeidspartnere respondentene selv rangerte som mest avgjørende for deres måloppnåelse, og hvilke samarbeid som ga utslag i vår analyse av rapportert måloppnåelse.

Flere intervjupersoner snakket varmt om samarbeid med ulike aktører. Et generelt inntrykk som går igjen, er at de som har samarbeidet nært og godt gjennom prosjektet opplever dette som svært givende og lærerikt, og tillegger samarbeidet stor vekt i hvorfor prosjektene har gått bra. Flere forteller om bedre tjenester i kommunen som følge av at ulike aktører nå samarbeider bedre enn før. Dette er et viktig funn.

Samtidig har vi intervjuet prosjektledere i kommuner som ikke har hatt nære samarbeid med slike aktører, og heller ikke savnet dette. En kommune ga et særlig interessant innspill, om at de etter kompetansehevingsprosjektet hadde mindre behov for bistand fra frivillig organisasjon for å levere gode tjenester innenfor palliasjon og lindrende behandling.

6.2.7 Flere intervjupersoner opplever at kreftkoordinatorrollen er avgjørende

Analyse av rapportert måloppnåelse fra spørreundersøkelsen viser ikke forskjeller mellom kommuner som har, og ikke har, en fast ansatt kreftkoordinator. I case-studien ble likevel denne rollen trukket frem som svært viktig for både initiering og gjennomføring av prosjektene. Flere av intervjupersonene var selv kreftkoordinatorer som hadde hatt prosjektlederrollen i prosjektet som mottok støtte gjennom tilskuddsordningen. Ett av de mest sentrale inntrykkene vi sitter igjen med gjennom evalueringen er at fagfeltet virker å være i stor grad drevet av ildsjeler. Disse ildsjelene kan selvsagt ha andre roller enn kreftkoordinator, men det vurderes som en stor fordel at noen har tildelt tid innenfor arbeidshverdagen til å jobbe konkret med å drive fagutvikling og kompetanseheving.

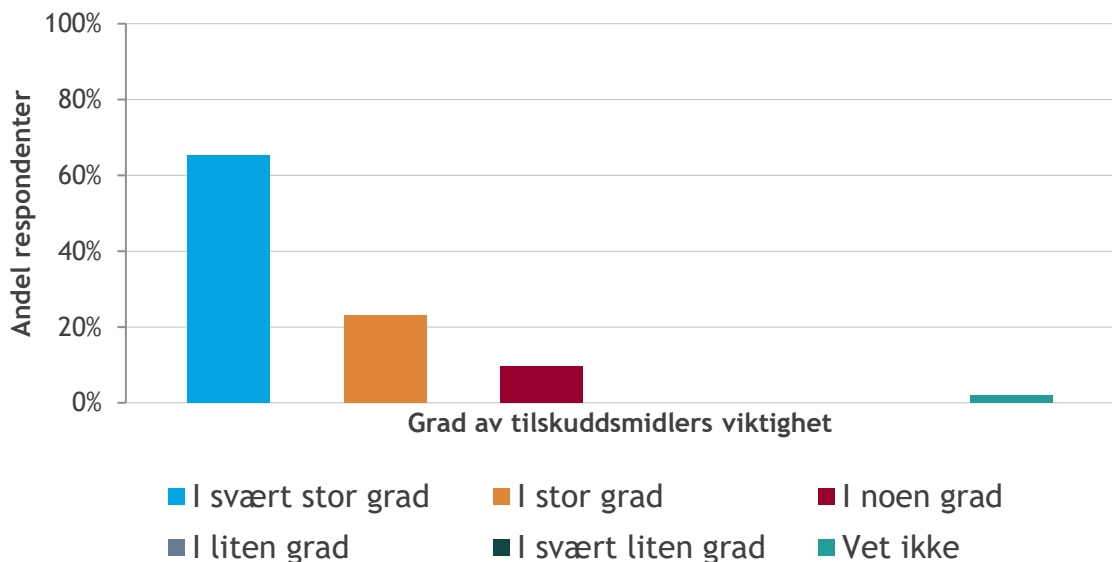
7 HVILKE EFFEKTER KAN TILSKRIVES DE AKTIVITETER SOM TILSKUDDSMIDLENE GIR OPPHAV TIL?

I det følgende kapittelet presenterer vi hvilke effekter informantene opplever at prosjektmidlene har ført til. Først gjennomgår vi svarene på en rekke spørsmål om effekt fra spørreundersøkelsen, hvor svarene er supplert med informasjon fra case-intervjuene. Deretter ser vi på hvordan informasjonsdeling foregår før, under og etter prosjektene gjennomføres. Avslutningsvis presenteres funn fra intervjuene knyttet til effekter for sluttbrukere.

7.1 FAKTABESKRIVELSE OG FUNN

7.1.1 Egenrapportering av opplevde effekter

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om i hvilken grad tilskuddsmidler fra Hdir har vært viktig for tjenesteutvikling i deres kommune. Resultatene presenteres i figuren under.

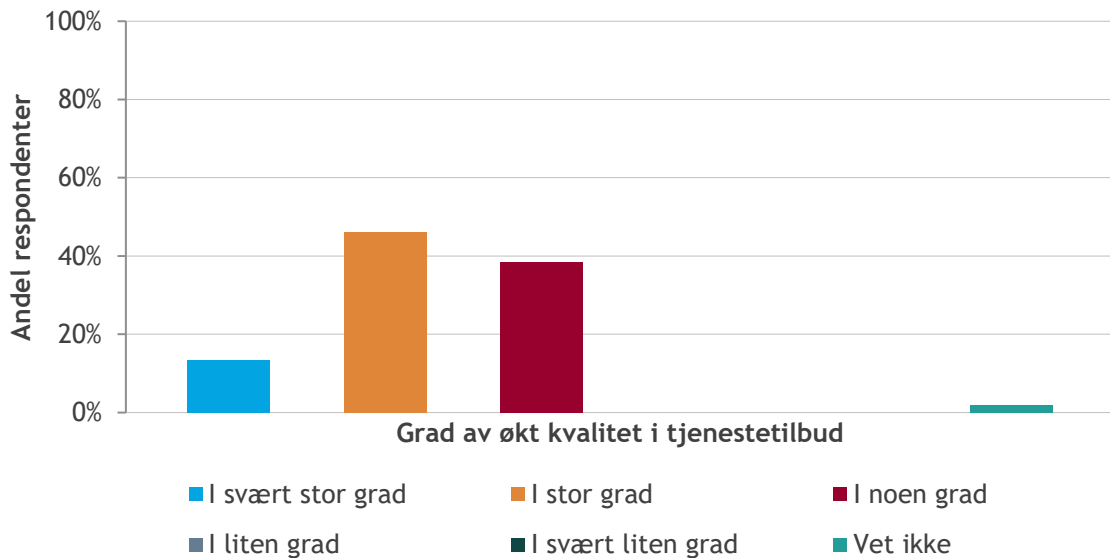


Figur 8: Svar fra spørreundersøkelsen, fordelt på i hvilken grad tilskuddsmidler fra Hdir oppleves som viktig for tjenesteutvikling i kommunen. Kilde: BDO og SOF

Figuren viser at kommunene i «stor grad» mener at tilskuddsmidler er viktig for tjenesteutvikling. I case-studiene fortalte intervjupersonene at tilskuddsmidlene har vært sentrale for tjenesteutviklingen, særlig innenfor kompetanseheving for de ansatte og utvikling av samarbeidsrutiner. I de følgende delkapitlene presenterer vi resultater knyttet til hvilke effekter tilskuddsmidlene har hatt, som rapportert fra spørreundersøkelsen og case-studier med representanter for kommunene.

Kompetanseheving og økt kvalitet

I spørreundersøkelsen svarer over 86 prosent av respondentene at de opplever at brukerne og deres pårørende «i stor grad» eller «svært stor grad» er fornøyde med kvaliteten på tjenestene innenfor lindrende behandling i kommunen. Videre spurte vi om de opplevde at prosjektet har ført til økt kvalitet i kommunens tilbud innen lindrende behandling. Resultatene er presentert i figuren under.



Figur 9: Svar på undersøkelsen, fordelt på i hvilken grad prosjektet har ført til økt kvalitet i kommunens tilbud innen lindrende behandling. Kilde: BDO og SOF

Av figuren over ser vi at alle respondentene som har besvart spørsmålet oppgir at prosjektet har ført til økt kvalitet i kommunens tilbud. Over 13 prosent oppgir at prosjektet «i svært stor grad» har ført til økt kvalitet, over 46 prosent svarer at prosjektet «i stor grad» har økt kvaliteten på tilbudet, og 38,5 prosent svarer at prosjektet «i noen grad» har ført til økt kvalitet. Se kapittel 6.1.3 for forklaringene som oppgis for eventuell manglende måloppnåelse.

Kommunene i case-studien, som har jobbet med å iverksette ulike planer, fortalte at planene er viktige dokumenter der alle viktige føringer er samlet. Planene inkluderer informasjon om det som er viktig for pasienten, og de ansatte som jobber får tilgang til all informasjon raskt. En informant trakk frem at prosessen i med utarbeidelse av disse planene er viktige, blant annet får brukerne fortelle hvilke ønsker de har og hvem som skal bestemme dersom de mister muligheten til å samtykke selv.

Informantene i case-studien hevdet at prosjektene har hatt god innvirkning på tilbudet til sluttbrukerne, men at det samtidig var vanskelig å måle effekt. Prosjekter over lengre tid antas å ha betydd mer for sluttbrukere. En informant fra en kommune som har jobbet over flere år sa:

Jeg tror det har hatt enorm innvirkning. Vi hadde ikke kunnet gjort dette arbeidet uten tilskuddsmidlene. De har bidratt til bedre samhandling, og kanskje bedre livskvalitet for pasientene. De som bruker planen føler seg tryggere på jobb ... Vi står i komplekse situasjoner og etiske utfordringer. I mange tilfeller har palliativ plan vært helt avgjørende for at pasienter får en verdig avslutning på livet.

En prosjektleder fortalte at de ansatte i kommunen beskrev «en himmelvid forskjell» på tjenestene før og etter innføring av palliativ plan. Hun siterte videre en nyansatt som uttrykte at hun ikke forstod hvorfor ikke alle kommuner brukte en slik plan. Alle informantene fortalte at de opplevde at ansatte som deltok i prosjekt med utarbeidelse av palliativ plan føler seg tryggere i arbeidet med palliasjon og lindring etter prosjektet. Flere fortalte også om positive tilbakemeldinger fra både pleiere og pårørende. Forbedringen forklares blant annet med at det raskere gjennomføres tiltak dersom det oppstår problemer underveis, som fører til at pårørende blir fornøyd samtidig som pasientene oppleves som roligere.

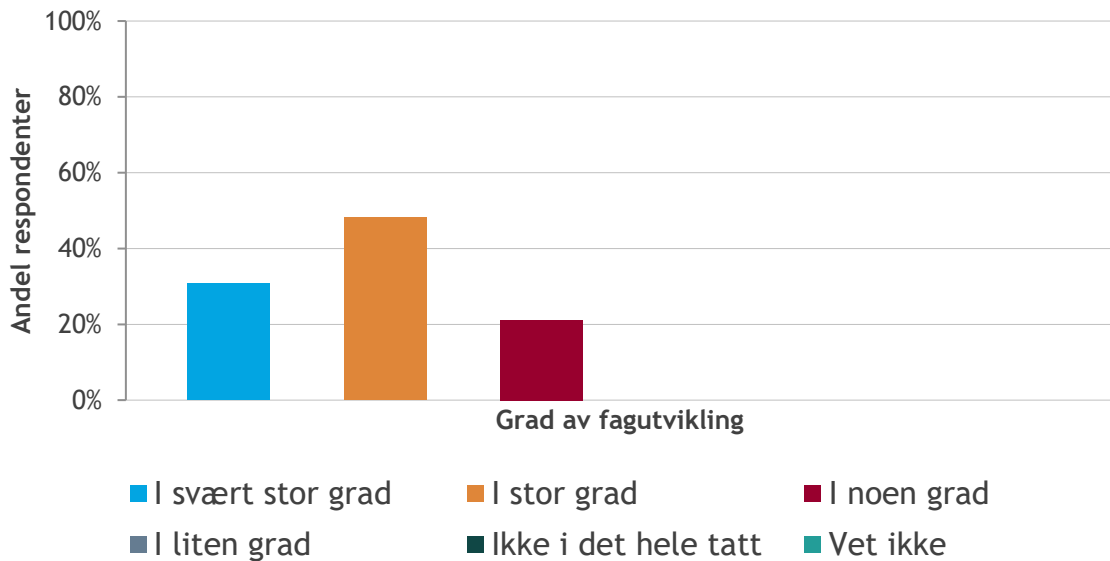
I case-studien inkluderte vi et fokusgruppeintervju med kreftkoordinatorer i to kommuner. Informantene var blitt anbefalt av Kreftforeningen på grunn av deres særlige kontakt med sluttbrukere. Den ene informantene påpekte at tilskuddsordningen hadde gitt nødvendig kompetanseutvikling for kommunens ansatte slik at personer med behov for palliasjon/lindring kunne bli lenger i egne hjem fremfor å bli innlagt på institusjon. I case-intervjuene fortalte intervjupersonene at økt kompetanse gir tryggere ansatte, som videre medfører at pasienter og

deres pårørende føler seg tryggere og i større grad tør og ønsker å være hjemme lengre i livets siste fase.

Flere i case-studien nevnte også at tilskuddsmidlene har gitt en positiv effekt knyttet til å rekruttere og beholde engasjerte fagpersoner gjennom flere år, noe de mener er viktig for kvalitet i tilbudene. De pekte på at et oppegående fagmiljø og et engasjement i tjenestene er svært viktig, og at tilskuddsmidler bidrar til at dette opprettholdes.

Fagutvikling

En sentral komponent innenfor kvalitet i ulike tjenester er fagutvikling. Figuren under viser i hvilken grad respondentene opplever at prosjektet bidro til fagutvikling i kommunen.



Figur 10: Svar på spørreundersøkelsen, fordelt på i hvilken grad prosjektet bidro til fagutvikling i kommunene. Kilde: BDO og SOF

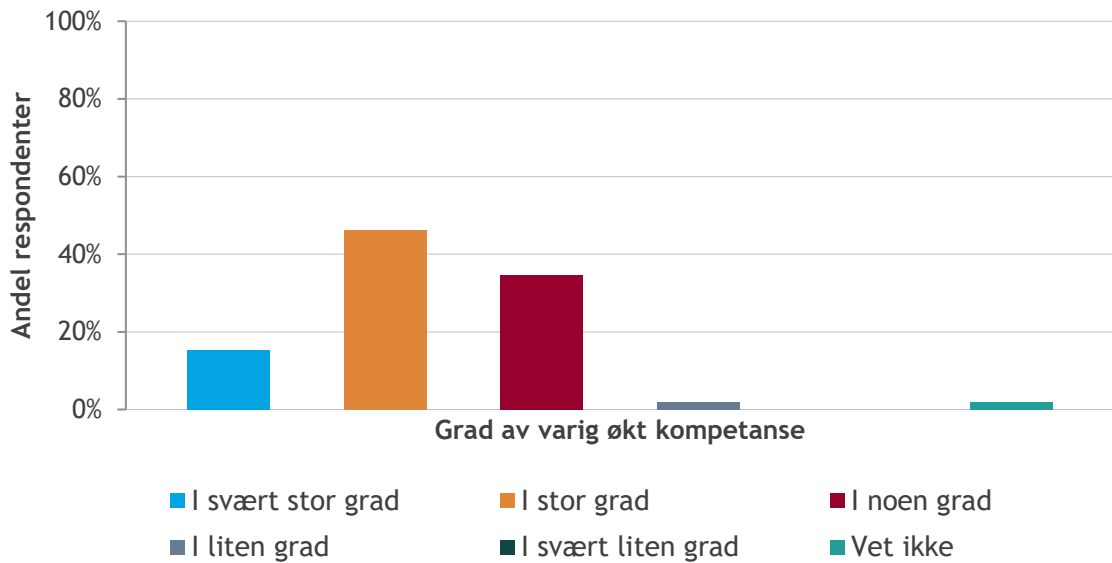
Som figuren viser har alle respondentene svart at prosjektet har bidratt til fagutvikling i kommunen. Nesten halvparten svarer at det har ført til «stor grad» av fagutvikling, og cirka 30 prosent mener at prosjektet har ført til «svært stor grad» av fagutvikling.

Dette resultatet støttes av informasjon fra case-studien, blant annet ved at informantene påpeker at fagfeltet palliasjon og lindrende behandling vektlegges i langt større grad enn tidligere. En informant fortalte at ulike kommuner kunne ha forskjellige prioriteringer på hva som skal bygges opp av tilbud:

«Det blir jo en konkurranse mellom ulike prioriteringer. Men her sier de at faget er så overførbart også til andre områder. Det handler om å vise kommuner de praktiske mulighetene som finnes gjennom tilskuddsordningen. Jeg tror dette med tilskuddsmidler er litt fjernt for noen. Kanskje de tror at det må være som forskning, men det er jo fagutvikling. Det handler om å løfte det litt ned fra pistedallen og vise det mer inn i praksis. Kanskje man skulle gjort det mer med tilskuddsordningen, at det er mer praktisk og mulig å søke på for mange flere».

Varig kompetanseheving

Et sentralt moment innenfor kompetanseheving er at kompetanse er en form for ferskvarer, som må vedlikeholdes og videreføres. Samtidig kan tidligere nevnte utfordringer, slik som at nøkkelpersonell slutter i jobben, føre til at den nye kompetansen går tapt. Figuren under presenterer resultatene på spørsmål om respondentene i spørreundersøkelsen opplever at tilskuddet har ført til en varig økt kompetanse.

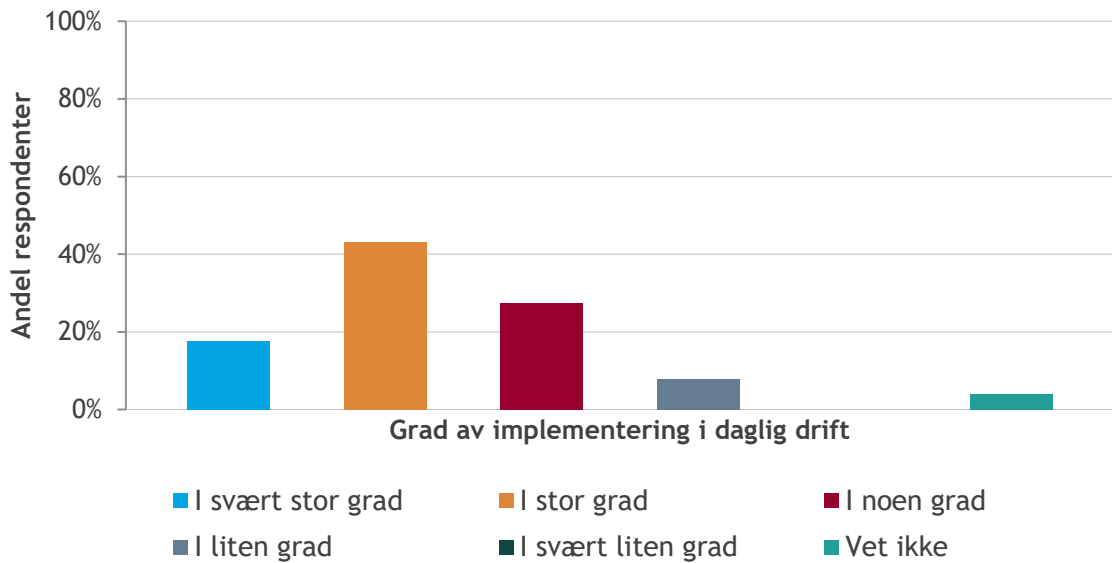


Figur 11: Svar på spørreundersøkelsen, fordelt på i hvilken grad respondentene opplever at tilskuddet har bidratt til varig økt kompetanse. Kilde: BDO og SOF

Figuren for varig økt kompetanse over er relativt lik figuren for økt kvalitet i tjenestene, og viser at over 60 prosent svarer at tilskuddet har bidratt til stor eller svært stor grad av varig økt kompetanse. Nærmere 35 prosent opplever at tilskuddet «i noen grad» har bidratt til varig økt kompetanse.

I case-studien fortalte informanter fra kommuner som har jobbet inn nye systemer i driften at alle ansatte har fått kurs og opplæring og dermed en felles forståelse av fagfeltet. Prosjektene som omhandler kursing av få ansatte, forteller i større grad om sårbarhet dersom nøkkelpersonell slutter.

En sentral forutsetning for tilskuddsordningen er at tilskuddsmidlene skal føre til at aktiviteter og tiltak fra prosjektene implementeres i daglig drift, og at det ikke er behov for kontinuerlig utbetaling av tilskuddsmidler for at nye systemer og aktiviteter skal benyttes i kommunene. Ved å implementere prosjektene i ordinær drift sikres også fremtidig kompetanseheving. Figuren under viser i hvilken grad respondentene opplever at aktivitetene og/eller tiltakene er implementert i kommunens daglige drift.

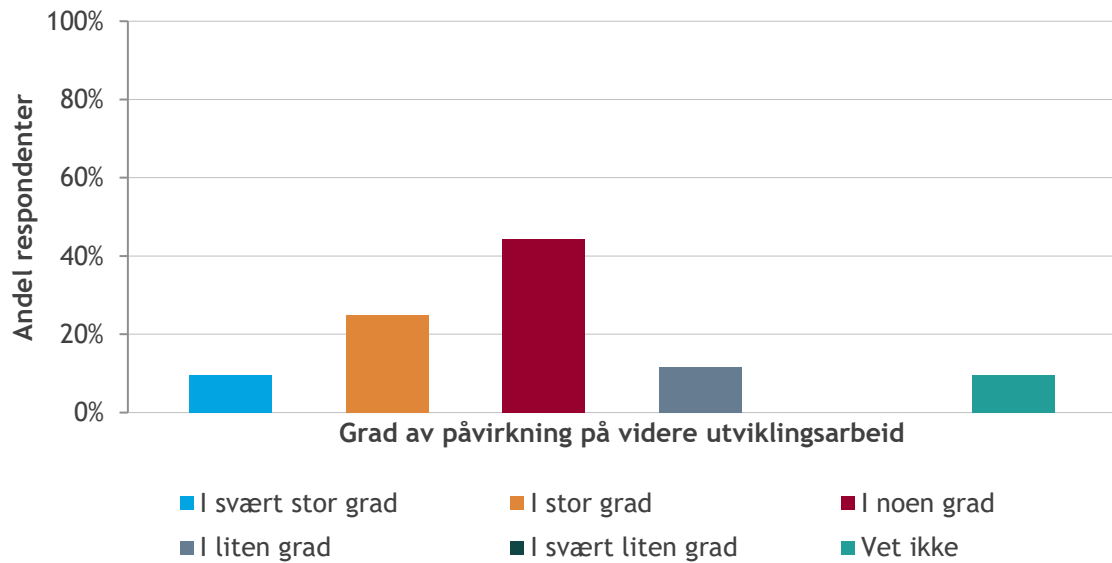


Figur 12: Svar på spørreundersøkelsen, fordelt på i hvilken grad aktiviteter og tiltak fra prosjektet er implementert i daglig drift. Kilde: BDO og SOF

Figuren viser at de fleste prosjektene er implementert i daglig drift, dog i noe ulik grad. Over seksti prosent svarer at aktiviteter og/eller tiltak «i stor grad» eller «i svært stor grad» er implementert i daglig drift.

Noen av kommunene i case-studien hadde ført oversikt over i hvilken grad planarbeidet hadde blitt tatt inn i drift. For eksempel hadde en vertskommune bedt om tilbakemelding fra de ulike kommunene i fylket om hvor mange som benyttet palliativ plan i 2014 og 2019. I 2014 hadde kun 2 av 55 ressurssykepleier tatt dette i bruk, i 2019 var tilsvarende andel hele 83 av 85 ressurssykepleiere. Denne kommunen har deltatt på konferanser og i fagnettverk for å fortelle om hvordan de har jobbet. Kommunen opplever at det i mange kommuner er mangel på kunnskap om hvordan man kan utvikle palliative planer og hvordan disse kan iverksettes i et system.

Tilskuddsmidlene kan også føre til varig økt kompetanse, ved å stimulere til videre utviklingsarbeid i kommunene som har mottatt støtte. Figuren under viser i hvilken grad respondentene i spørreundersøkelsen opplever at en slik effekt har funnet sted.



Figur 13: Svar på spørreundersøkelsen, fordelt på respondentenes opplevelse av i hvilken grad prosjektet har vært en katalysator for mer utviklingsarbeid i kommunen. Kilde: BDO og SOF

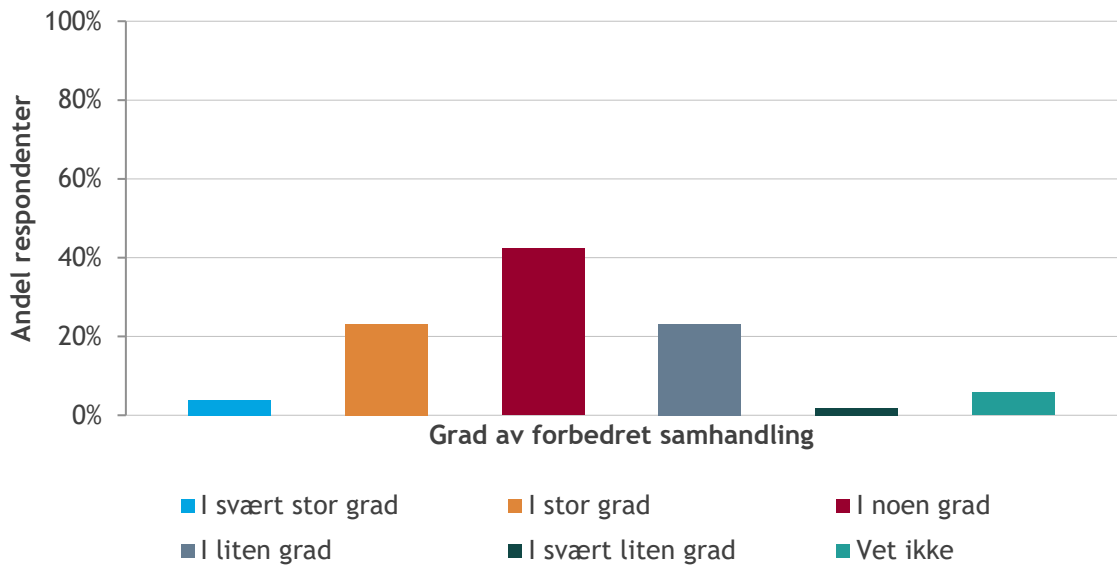
Figuren viser et relativt delt bilde, hvor cirka 10 prosent mener at tilskuddsmidlene «i svært stor grad» har vært en katalysator for mer utviklingsarbeid i kommunen. 25 prosent mener at dette har skjedd «i stor grad», og flertallet på cirka 44 prosent mener at prosjektet «i noen grad» har ført til mer utviklingsarbeid.

Selv om prosjektene i case-studien kunne fortelle om god måloppnåelse, hadde de samtidig ideer og ønsker for å gjøre ting enda bedre; ved videre kompetanseheving, ved å inkludere flere samarbeidspartnere eller ved å jobbe videre med å innarbeide palliasjon bedre på systemnivå. Samtidig ser vi fra caseintervjuene at noen kommuner inkluderer flere og nye samarbeidspartnere, som for eksempel andre kommuner og frivillige. En annen tendens som synliggjøres, er arbeid med kompetanseheving rettet mot «nye» brukergrupper. Informantene fortalte at de som har jobbet lenge i fagfeltet alltid ser forbedringspotensial. En informant sa blant annet:

Prosjektet vårt har vært i drift i mange år. Men det utvikler seg hele tiden, vi ser forbedringspotensialet og nye muligheter, nye veier, nye å koble på. Det handler også mye om hvem som skal veilede nasjonalt. Jeg vet at mange vil ha nytte av vår erfaring. Har bidratt på flere store konferanser. Jeg kan jo ikke reise rundt i hele landet, men jeg vil jo gjerne hjelpe til.

Faglig samhandling

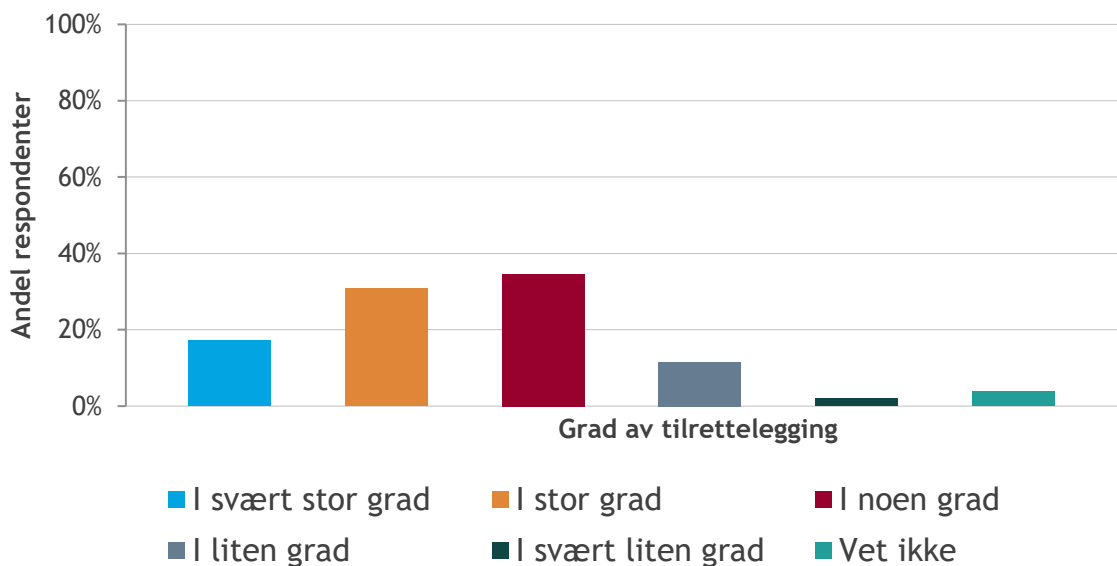
I spørreundersøkelsen spurte vi hvordan respondentene opplever den faglige samhandlingen mellom helseforetakene og kommunen, og hvorvidt de opplevde at prosjektet har forbedret den faglige samhandlingen. Cirka 83 prosent av respondentene opplever at samhandlingen er «god» eller «svært god». Nesten 10 prosent svarer nøytralt og nesten 4 prosent svarer at samhandlingen er «litt dårlig». Resterende svarer «vet ikke». Figuren under viser respondentenes svar på hvorvidt prosjektet har forbedret den faglige samhandlingen mellom helseforetak og kommunen.



Figur 14: Svar på spørsmålet «Har prosjektet forbedret den faglige samhandlingen mellom helseforetak og kommunen?» i spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Figuren viser at en tilnærmet lik andel av respondentene har forbedret samhandlingen som andelen som ikke mener dette. Svaret «i noen grad» er dog mer positivt ladet enn nøytralt, og flertallet opplyser altså at prosjektet har hatt en form for positiv effekt på samhandlingen mellom helseforetakene og kommunen. Vi presiserer at det ikke nødvendigvis er et mål for alle prosjekter å øke faglig samhandling.

Videre undersøkte spørreundersøkelsen hvordan respondentene opplever den faglige samhandlingen internt, altså mellom ulike enheter i kommunen, og hvordan denne har blitt påvirket av prosjektet. Cirka 70 prosent opplever samhandlingen som «god» eller «svært god». Cirka 21 prosent svarer nøytralt, og nesten 8 prosent svarer at samhandlingen er «litt dårlig». Figuren under viser respondentenes svar på hvorvidt tilskuddsmidlene har tilrettelagt for samarbeid mellom ansatte på tvers av kommunens helse- og omsorgstjenester.



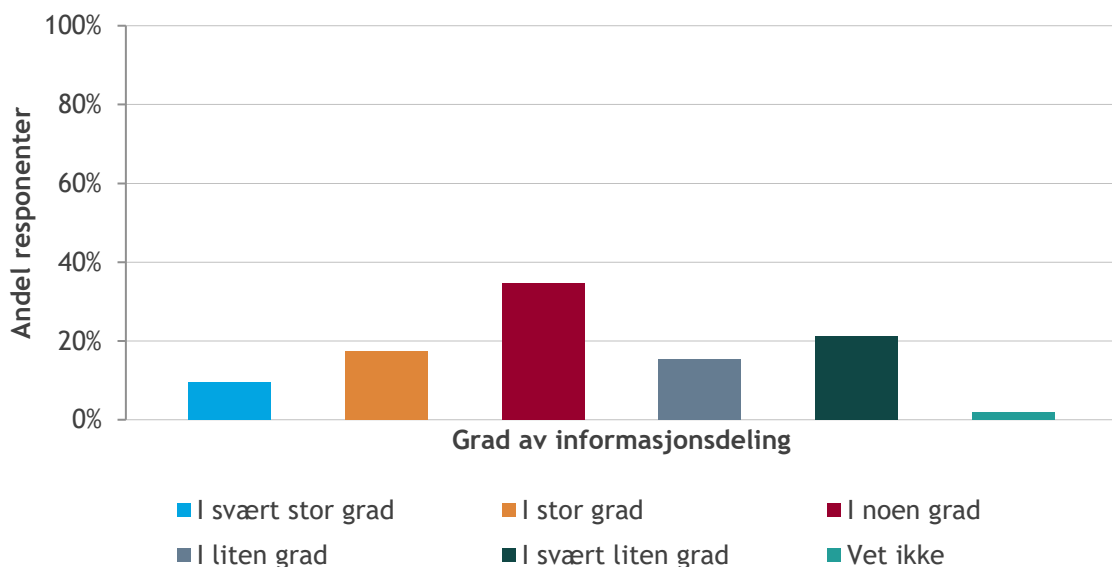
Figur 15: Svar på spørsmålet «I hvilken grad har tilskuddsmidlene tilrettelagt for samarbeid mellom ansatte på tvers av kommunens helse- og omsorgstjenester» fra spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Figuren viser at cirka halvparten av respondentene mener at tilskuddsmidlene har tilrettelagt for samarbeid «i stor grad» eller «i svært stor grad», og cirka 35 prosent svarer at dette har skjedd «i noen grad.» Nærmere 14 prosent mener at tilskuddsmidlene «i liten grad» eller «i svært liten grad» har tilrettelagt for dette.

Fra case-studiene kom det frem ulike løsninger på samarbeid. Noen kommuner fortalte om mer samarbeid på tvers av kommunenes helse- og omsorgstjenester og også utover kommunegrensene. Kurs og samarbeidsprosjekter var rettet mot alle nivåer i tjenestene, fra den tidligste kontakten tjenestemottagere kunne ha i hjemmetjenesten, til videre i sykehjem, med eller uten øremerkede plasser til palliasjon, og til samarbeid med ambulante palliative team eller spesialisthelsetjenesten og frivillige. I noen kommuner var det ikke nødvendigvis en målsetting at ansatte på tvers av tjenestene skulle samarbeide, for eksempel i kommuner der personer med palliasjon fikk tilbud på korttids plass på sykehjem og hjemmetjenestene derfor ble i svært liten grad benyttet.

7.1.2 Informasjonsdeling før, under og etter prosjektgjennomføring

I spørreundersøkelsen svarer cirka 65 prosent av respondentene at de har blitt kontaktet av andre kommuner med forespørsel om å dele resultater eller prosjektmodell. 29 prosent har ikke blitt kontaktet. Flere av informantene i case-studien fortalte at de hadde vært i kontakt med andre kommuner som hadde gjennomført lignende prosjekter, blant annet for tips og bistand knyttet til utforming av søknad. Flere har også arbeidet aktivt med å dele kunnskap de har ervervet i prosjektet med andre, eksempelvis gjennom kurs og konferanser. Figuren under viser andelen av utvalget i spørreundersøkelsen som har delt resultater og erfaringer gjennom prosjektet gjennom publikasjoner, deltagelse på konferanser, kurs eller lignende.



Figur 16: svar på spørsmålet "I hvilken grad har kommunen spredt resultater og erfaringer fra prosjektet gjennom publikasjoner, deltagelse på konferanser, kurs eller lignende?" fra spørreundersøkelsen. Kilde: BDO og SOF

Figuren viser varierte svar, hvor cirka 17 prosent har delt resultater og erfaringer «i stor grad» eller «i svært stor grad,» og cirka 35 prosent har gjort dette «i noen grad.» Cirka 35 har «i liten grad» eller «i svært liten grad» delt erfaringer og resultater. I intervjuene med forvalterne kom det frem at de ofte valgte ut gode prosjekter til å presentere på ulike konferanser og samlinger, for å inspirere andre til å gjennomføre lignende prosjekter.

Flere informanter i case-studiene påpekte at de hentet inspirasjon og fikk faglige ideer og påfyll gjennom deltagelse på kurs og konferanser, der de fikk høre om prosjekter i andre kommuner.

Flere av informantene hevdet å ha lykkes med å bygge opp arbeidet sitt og påpekte at veiledning og støtte til andre kommuner som ikke har kommet like langt, burde ha blitt satt mer i system. En informant hevdet:

Det er både tungt og unødvendig å skulle finne opp kruttet på nytt! Det står lite i NOU og stortingsmeldingen hvordan man faktisk skal gjøre det i praksis. Vi stiller vårt arbeid til disposisjon, men vi må ha midler for å reise rundt og bistå.

Denne kommunen hadde laget en nettside, et undervisningsopplegg og filmer som benyttes som grunnlag i andre kommuner. Informanten mente at det ikke er noe problem å overføre deres kunnskap til andre kommuner siden det er de samme systemene som brukes. En annen informanten fortalte imidlertid samtidig:

Arbeidet er på en måte ikke ferdig! Det burde vært egne midler til spredning. Det som er vanskelig er at vi får forespørsler hele tiden. Det er mange som ønsker å ta i bruk dette arbeidet. Men hva gjør vi nå? Det står i NOU, stortingsmelding osv. at vi skal jobbe med dette, og vår løsning blir anbefalt, men det er ikke satt i system hvordan vi skal spre dette videre. Vi har lett oss gule og grønne etter hvor vi kan søke penger til dette. Det er frustrerende når vi vet at vi kunne gjort veldig mye mer for flere. Dette synes jeg er en mangel både med denne tilskuddsordningen og Fylkesmannen. Det finnes ikke noe dersom man vil jobbe videre utover egen kommune og fylke!»

Denne kommunen hadde involvert flere av kommunene i fylket med seg i arbeidet med å utvikle en palliativ plan. Selv om kommunen, som stod som vertskommune for prosjektet, hadde gjennomført og fått mange ting i system, opplevde informanten at de andre kommunene fortsatt trengte drahjelp.

7.1.3 Sluttbrukernes opplevelse av effekter

I forbindelse med case-studien gjennomførte vi to intervjuer med kreftkoordinatorer, som ble bedt spesifikt om å svare på vegne av sluttbrukere i sin kommune. Vi presiserer at teksten under reflekterer disse intervjupersonenes opplevelser og historier de er kjent med, og at BDO og SOF ikke har vært i kontakt med pasienter eller pårørende i forbindelse med evalueringen. Et sammendrag fra de to intervjuene presenteres under.

En av informantene, en kreftsykepleier som hadde jobbet med kreftpasienter siden 2014, trakk frem at hjemmetjenestene stadig får flere og flere pasienter med behov for palliasjon. For å kunne ivareta disse, mente hun det var nødvendig å øke kompetansen til sykepleierne innenfor lindrende behandling. Kommunen har mottatt midler siden 2017. Hovedmålsettingen med prosjektet var, og er, økt kompetanse for sykepleiere, og å skape bedre samarbeid og samhandling mellom hjemmetjenestene, palliative team, hospice og en frivillig organisasjon.

Kreftsykepleieren fortalte at antall hjemmeboende som har behov for palliasjon og lindrende behandling og omsorg hadde økt hvert år. Hovedtyngden er kreftpasienter, ofte i sen palliativ fase. De har også brukere med alvorlig KOLS, personer med ALS, Parkinsons og terminal nyresvikt. De fleste mottagerne av tjenester er over 65 år, men de har også en del yngre pasienter, også små barn. Felles for alle er at de ønsker å være mest og lengst mulig i sitt eget hjem, selv om de har alvorlig sykdom. Hovedfokuset til hjemmetjenestene i bydelen er å kunne legge til rette for dette, selv om pasientene har et sammensatt og komplisert sykdomsbilde.

Før kommunen søkte om tilskuddsmidler, arbeidet to kreftsykepleiere sammen om brukerne i denne gruppen. De to kreftsykepleierne følte de hadde lite støtte fra andre sykepleiere, og opplevde at andre ansatte var utrygge på denne pasientgruppen. Kommunen benyttet derfor en frivillig organisasjon med folk som var trygge og erfarne med brukergruppen. Kreftsykepleierne i kommunen ønsket ikke å være så avhengig av andre, og de søkte derfor om tilskuddsmidler. Etter innvilget søknad ble flere ansatte sendt på hospitering og det ble arrangert mye undervisning. Etter noen år med slik kompetanseheving, opplever nå kreftsykepleieren at situasjonen er en helt annen. De har en god gruppe med ressurspleiere som har god kompetanse og er trygge på arbeidet de gjør knyttet til palliasjon. Tilbudet er ikke så sårbart som det var før, og de trenger mindre støtte fra den frivillige organisasjonen.

I kommunen er det i dag flere kreftsykepleiere som jobber sammen i team. De fungerer som primærsykepleiere, og alle kreftpasienter i bydelen får tilbud om oppfølging gjennom disse. Deretter jobber de videre ut mot hjemmetjenesten. De fleste i palliativ fase har oppfølging fra de palliative teamene på sykehusene, og hjemmetjenestene samarbeider med disse. De palliative teamene kan komme hjem til pasientene dersom det er ønskelig. Kommunen forsøker å legge til rette fra pasient til pasient og jobber i høy grad tverrfaglig. Kreftsykepleieren forteller:

Tidligere, på grunn av at sykepleiere var usikre, merket vi at det smittet over på pasienter og pårørende slik at de ikke følte seg trygge på at hjemmetjenestene kunne ta vare på de på slutten. Ikke så mange som ønsket å være hjemme. Så var kreftsykepleierne veldig overarbeidet, veldig mye som falt på oss. Det er ikke slik nå lenger. Jeg føler at vi har et mye bedre tilbud å gi nå. Vi har fortsatt en del sykehusinnleggelse, men dette er nødvendige innleggelse ... Har mye nærmere samarbeid, kan starte mer behandling i hjemmet. Noen ganger må man jo legge inn pasienter, det er slik det er ... Men for eksempel ved korttidsopphold, når det nærmer seg siste fase, så har vi flere pasienter hjemme lenger av de som kanskje tidligere ville vært på korttidsopphold. Dette føles trygt for dem.

Kreftsykepleieren understreker at pasientenes ønsker og behov varierer. Det er ikke alle pasienter som ønsker å være hjemme. Samtidig kan forhold i hjemmet gjøre det krevende med palliativ behandling. Dette kan handle om boligens standard og renslighet, beliggenhet og utforming, for eksempel om boligen kan tilrettelegges for hjelpemidler og nødvendig utstyr, om det er mye trapper eller vanskelig å komme til mellom ulike rom i boligen. Pasienter som har dårlige eller uegnede boforhold, hadde fått tilbud på korttidsplass eller omsorgsbolig.

Muligheten for å tilrettelegge hjemmet krever at pasienten har pårørende som ønsker og har mulighet til å stille opp, og samtidig har kapasitet til stå i en krevende situasjon. I intervjuet påpekte kreftsykepleieren at trygghet hos ansatte smitter over på at pårørende. Hun sa:

I vår kommune er alt veldig tett. Uavhengig av hvor gode tjenester man kan gi, så kan ikke helsepersonell være til stede døgnet rundt. Det at pårørende stiller opp er avgjørende for at de skal få være hjemme så lenge som mulig.

Kreftkoordinatoren opplevde også at tilskuddsmidlene og kompetanseheving har gjort tjenestene mer robuste, fordi flere ansatte har bedre kompetanse og føler seg trygge på fagfeltet. Dette har bidratt til et system for håndtering som ikke er personavhengig. Hun fortalte:

En pasient som jeg hadde fulgt opp rett før sommerferien ble brått dårligere. Da jeg var ute i ferie hadde noen av ressursykepleierne fra hjemmetjenesten fått kartlagt hjemmet, fått på plass alt av hjelpemidler, alt var tilrettelagt for at pasienten skulle få være hjemme. Det var veldig positivt at de hadde fått til alt og ikke avhengig av én person. Sykepleierne i ressursgruppen startet prosessen. De pårørende var veldig involvert da pasienten bodde sammen med konen sin. Vi klarte å være føre var, slik at alt var på plass i god tid før han ble enda mer avhengig av hjelpemidler.

Kreftkoordinator i en annen kommunen påpekte at det å tidlig bli kjent med den enkelte og hva denne og de pårørende selv ønsker er avgjørende, og at de her hadde forbedringspotensial. Hun påpekte at ting fort kan endre seg med hensyn til sykdomsutvikling:

Selv om man kanskje ønsker mest mulig hjemmetid, så er viktig å ha en plan B liggende. Det er ikke nødvendigvis slik at dersom det blir innlegging på sykehjem så er det ikke en suksesshistorie! Vi hadde blant annet en pasient der alt var lagt til rette for å dø hjemme ... så endret ting seg ganske brått, og det ble utrygt for pårørende. Så ringte hjemmetjenesten til sykehjemmet en fredag ettermiddag etter kl. 15... de fikk ryddet et rom og fikk vedkommende inn.

Kreftsykepleieren fremhevet i intervjuet den store betydningen tilskuddsmidlene har hatt for å utvikle samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjenester:

Det er viktig etter dødsfall at man stopper opp. Ser på hva som fungerte, hva kunne man gjort annerledes, tenke alt som forbedring. I denne situasjonen så vi at samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenester fungerte veldig bra. Opptur for samarbeidet. Tenker at tilskuddsmidlene har påvirket samarbeidet. Tilskuddet bygger opp kompetanse og samarbeidsrelasjoner som i neste omgang kommer pasientene til gode... men det er kanskje ikke unisont fordi det avhenger av ulike forhold og ønsker.

Kreftsykepleieren og -koordinatoren hadde ikke gjennomført noen undersøkelser av sluttbrukernes opplevelser. De påpekte at det er vanskelig å gjennomføre slike undersøkelser med disse pasientene. Pasientene er svært syke, og pårørende er slitne og står i sorgprosesser. Kreftsykepleiere sa:

Men vi ser at vi får svært gode tilbakemeldinger. Pårørende har hatt gode opplevelser, føler seg godt ivaretatt, setter pris på å få være hjemme så lenge, takknemlig for god oppfølging.

Jeg tenker at vi er litt der vi skal være, selv om vi ikke har gjort direkte undersøkelser. Vi får også gode tilbakemeldinger fra de palliative teamene og andre samarbeidspartnere om at vi er en bedre bydel nå enn vi var tidligere.

7.2 VURDERINGER

7.2.1 Prosjektene har ført til kompetanseheving og økt kvalitet på tjenestene i kommunene

Informasjon fra både spørreundersøkelse og intervjuer tilsier at prosjektene har ført til økt kompetanse for ansatte og økt kvalitet på tjenestene i kommunene som har gjennomført prosjekter. Det er vår vurdering at størrelsesorden på kompetansehevingen, og hvordan dette har påvirket kvaliteten på tjenestene varierer noe. Dette henger nært sammen med innholdet i, og målene med, de ulike prosjektene.

Informanter i forskjellige kommuner forteller at både ansatte og pasienter føler seg tryggere på grunn av bedre kompetans, noe som støtter godt under målene til tilskuddsordningen. Som nevnt tidligere forteller de fleste også om ulike utfordringer som har hatt begrensende effekt på måloppnåelse, som igjen påvirker effekter.

Vi erfarer at det har vært en dreining de siste årene i retning av at tjenestemottagere skal motta mer tjenester i egne hjem fremfor i sykehjem. Tilskuddsordningen kan muliggjøre at det legges til rette for dette der ansatte i hjemmetjenestene kan gjøre mer for den palliative pasienten enn tidligere. Dersom ansatte i hjemmetjenestene får økt kompetanse kan de støtte palliative pasienter og deres pårørende bedre, og bidra til at de kan å bli lengre i eget hjem og dermed sannsynligvis utsette behovet for plass i institusjoner. Det er imidlertid viktig å påpeke at personer med behov for lindrende behandling er avhengig av nære og sterke pårørende dersom de skal kunne leve lengre i egne hjem. Samtidig påpekte en kommune, der avstandene er store, at de ikke opplever at det er behov for bedre kompetanse knyttet til hjemmedød innenfor hjemmetjenestene, fordi pasientene i mindre grad ønsker å dø hjemme. Det er derfor vår vurdering at behovet for hjemmedød varierer mellom kommunene, men at tilskuddet bidrar til at kommuner som ønsker dette får mulighet til å legge til rette for det.

Samtidig bør det nevnes at effekter på brukernivå er særlig utfordrende å måle, på grunn av brukergruppens sårbare situasjon. Verken palliative pasienter eller deres pårørende er ideelle mottakere av spørreundersøkelser eller andre kvantitative målinger, og oppfatningen av eventuelle kvalitetsendringer blir i hovedsak subjektive vurderinger basert på variert grad av tilbakemeldinger.

7.2.2 Faglig samhandling er forbedret i noen tilfeller, andre ikke

Basert på spørreundersøkelsen har vi ikke grunnlag for å konkludere tydelig på hvilke effekter tilskuddsordningen har hatt på samarbeid internt i kommunen. Flere oppgir positiv effekt på tvers av helsetjenestene og/eller mellom ulike nivå i kommunens helsetjenester, mens andre oppgir mindre effekt. Dette vil også henge sammen med hvilken type prosjekter som er gjennomført, da noen prosjekter i langt større grad legger opp til samarbeid mellom ulike avdelinger og tjenester.

7.2.3 Kommunene lærer av hverandre og ønsker å bidra til andres prosjekter

Gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen erfarer vi at de fleste kommuner henter tips og inspirasjon fra hverandre både før og gjennom prosjektperioden, og at dette oppleves som veldig nyttig både før og under. Flere bistår gjerne andre kommuner, men bistanden vurderes som lite formalisert. Eksempelvis etterlyser prosjekter som arbeider mye med å dele resultater midler til å dele erfaring fordi de ønsker å bidra til dette. Vi vurderer det som hensiktsmessig at prosjekter som i stor grad er avsluttet eller har implementert en løsning i daglig drift ikke fortsetter å motta prosjektmidler. Samtidig er ikke opplæring og bistand til andre kommuner normalt en del av kommunenes budsjetter, og vi vurderer det som hensiktsmessig at kommuner kan få støtte til å dekke kostnader til dette dersom de har gjennomført prosjekter som Hdir mener bør videreføres til andre i større omgang. Særlig i tilfeller med implementering av modeller og verktøy vurderer vi dette som en hensiktsmessig løsning.

KONTAKT

MORTEN THUVE

Partner

m: +4791647115
e: Morten.Thuve@bdo.no

www.bdo.no

BDO AS, et norsk aksjeselskap, er deltaker i BDO International Limited, et engelsk selskap med begrenset ansvar i henhold til garanti, og er en del av det internasjonale BDO-nettverket, som består av uavhengige selskaper i de enkelte land. Foretaksregisteret: NO 993 606 650 MVA. Medlem av Den Norske Revisorforening.

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.

