

Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet 2015

Publikasjonens tittel: Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet 2015

Utgitt: 03/2016

Bestillingsnummer: IS-2431

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

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

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2431

FORORD

Dette er Helsedirektoratets oversikt for 2015 over forskning, artikler og rapporter innen omsorgsfeltet.

De fleste av publikasjonene som er omtalt her er offentlig tilgjengelige på internett. Men vi har også tatt med enkelte publikasjoner som kan kjøpes i abonnement, det gjelder artikler fra Tidsskrift for omsorgsforskning.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1. SYKHJEM OG HJEMMETJENESTER	9
1.1 Ambulerende palliativt team til hjem og sykehjem	9
1.2 Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial	10
1.3 «Picking up the pieces» - Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area	11
1.4 Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim	12
1.5 Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease	13
1.6 Suffering and mental health among older people living in nursing homes – a mixed-method study	14
1.7 Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre	15
1.8 «En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?»	16
1.9 Bemanningsnormer i sykehjem	18
1.10 Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser	19
2. DEMENS	20
sykhjem og hjemmetjenester	3

2.1 Demens og samspill. Marte Meo-veiledning i demensomsorg	20
2.2 Dementsteam – godt i gang, fortsatt i utvikling	21
2.3 The impact of dementia on the use of general practitioner among the elderly in Norway	22
2.4 Er smått alltid godt i eldreomsorgen? Kunnskapsstatus	23
2.5 Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbudet til personer med demens	25
2.6 Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre pårørende og ansatte i omsorgstjenesten	26
2.7 Eldre innvandrere og demens. Et forsknings- og utviklingsprosjekt. Sluttrapport	27
2.8 Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) langversjon	29
2.9 2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures	30
2.10 Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making	31
2.11 Exercise programs for people with dementia (Review)	32
2.12 Women and Dementia. A global research review	33
2.13 Nationellt kompetenscentrum Angehörige och Svenskt Demenscentrum	34
3. FOREBYGGING, REHABILITERING OG HELSEFREMMENDE PLEIE	35
3.1 Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet?	35
3.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning	36
3.3 Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland	37
3.4 Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunerne	38
3.5 Appetitt på livet	39
3.6 Nutritional self-care among a group of older home-living people in rural Southern Norway	40
3.7 Hverdagsrehabilitering	41
3.8 Prosjekt kommunalt tverrfaglig trening-, læring- og msetringstillbud til personer med KOLS. Evalueringsrapport	43

3.9 Towards a Safer Home Living – Behavior Classification as a Method to Detect Unusual Behavior for People Living Alone	45
3.10 Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester	46
3.11 Helseeffekter av arbeid	48
3.12 Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner	50
3.13 Konsekvenser for kommunene av den stille reformen	51
 4. PASIENT- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING OG FRIVILLIGHET	 53
4.1 Betingelser for frivillig innsats	53
4.2 Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet	55
4.3 «De får han aldri». Om erfaringane til pårørende og pleiepersonalet og det som står på spel i møtet mellom heimeverda og sjukeheimsverda	56
4.4 Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig	57
4.5 Følgeforskning «Aktive muligheter» Undervegsrapport	59
4.6 Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie	60
4.7 Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre	62
4.8 Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer	63
4.9 En må jo ha ei hånd	65
4.10 Care responsibility and work participation	66
4.11 Informasjon virker	67
4.12 Nationellt kompetenscentrum Angehörige och Svenskt Demenscentrum	68
 5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	 69
5.1 Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid	69
5.2 Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten	70
5.3 Veileder for håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten	71

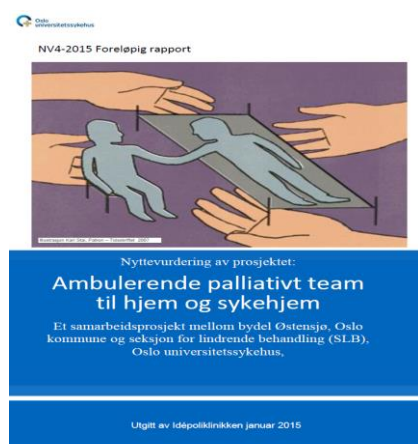
5.4 «Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling» - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune	72
5.5 Assessing chronic management in European health systems	73
5.6 Riksrevisjons undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen	74
5.7 Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga	75
5.8 Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?	76
5.9 Kommunal variasjon i omsorgstjenester	77
5.10 The BSPC Working group on Innovation i Social- and Healthcare	78
5.11 Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015	79
6. SAMHANDLING	80
6.1 Statens regionale inndeling og kommunesektoren – konsekvenser for samhandling	80
6.2 Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv	81
6.3 Råd for vegen videre	83
6.4 Kommunenes respons på samhandlingsreformen	84
6.5 Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding?	85
6.6 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold	87
6.7 Døgnåpne kommunale akuttenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger	88
6.8 Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene	89
6.9 Tilsyn med samhandling om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen 2015	90
6.10 30-dagers reinnleggelse av eldre 2011-2013 – resultater for sykehus og kommuner	91
6.11 Trygger eldre som skrives ut av sykehus	92
6.12 Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste	93

6.13 Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre	94
6.14 Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen	95
6.15 Centralising acute stroke care and moving care to community in a Danish health region: Challenges in implementing a stroke care reform	96
6.16 Tiltak for elektronisk deling av pasientinformasjon	97
7. STATISTIKK, EFFEKTIVITET OG ORGANISERING	98
7.1 Organisering, spiller det noen rolle?	98
7.2 Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur.	100
7.3 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene	102
7.4 Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader	103
7.5 Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem	105
7.6 Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LLS	107
7.7 Norsk helsetjeneste sammenlignet med andre OECD-land	108
7.8 Health at a Glance 2015. OECD indicators	109
7.9 Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener brukerne?	110
7.10 Regjeringa si handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien	111
7.11 Evaluering av Omsorgsplan 2015. Tjenestens innhold og fordeling	112
7.12 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Faglig sluttrapport	113
7.13 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging	114
7.14 Er tjenestene fortsatt på «strekk»?	115
7.15 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) Meld. St. 11 (2015-2016)	116
8. KOMPETANSE, INNOVASJON OG VELFERDSTEKNOLOGI	118
8.1 Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg	118

8.2	Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?	119
8.3	Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer	120
8.4	Kompetanseløftet 2015 – Konsekvenser i kommunene	121
8.5	Mätning av hälsa och funktionshinder	123
8.6	Smarte helsetjenester i trygge boliger	125
8.7	Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene	126
8.8	Utveckling av e-hälsa i kommunerna	127
8.9	Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud	129
8.10	Implementering av velferdsteknologi	130
8.11	Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger Nasjonalt velferdsteknologiprogram	132
8.12	Markedet for velferdsteknologiske løsninger	133
8.13	Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon	134
8.14	Aksjon sommerjobb. Et bidrag til aktiv omsorg og framtidig rekruttering.	135
8.15	Sveriges Viktigaste Jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?	136
8.16	Nursing Older People – Competence Evaluation Tool	137

1. SYKHJEM OG HJEMMETJENESTER

1.1 Ambulerende palliativt team til hjem og sykehjem



Oslo Universitetssykehus,
Idépoliklinikken, januar 2015
NV4-2015 Foreløpig rapport

**Ambulerende palliativt team til hjem
og sykehjem**

Prosjektleder Stig Ottesen

Bakgrunn/utfordring: Studier viser at mer enn 50 % av alvorlig syke og døende ønsker å dø hjemme hvis det er trygt. I Norge dør kun 11,5 % av kreftpasientene hjemme. Myndighetene (Helsedirektoratet, 2013) har satt krav til organisering av det palliative tilbudet på sykehus. Her er det bl.a. satt krav til eget palliativt team, som skal være bindeleddet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

Innovasjonen: Oslo universitetssykehus (OUS) har sammen med bydel Østenga gjennomført et prosjekt hvor kreftpasienter i sen palliativ fase har kunnet være hjemme lengre før død, eller kunne dø hjemme istedenfor på sykehus. Et team fra OUS har reist ut til pasienten for å gi lindrende behandling i hjemmet. I tillegg ble det gjennomført et opplæringsprogram rettet mot sykepleierne i bydelen for at de bedre skal kunne ivareta pleiebehovet til denne pasientgruppen.

1.2 Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial



<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/15/145>

Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial

Hanne Tuntland, Mona Kristin Aaslund, Birgitte Espehaug, Oddvar Førland and Ingvild Kjekshus

Background

There has been an increasing interest in reablement in Norway recently and many municipalities have implemented this form of rehabilitation despite a lack of robust evidence of its effectiveness. The aim of this study was to investigate the effectiveness of reablement in home-dwelling older adults compared with usual care in relation to daily activities, physical functioning, and health-related quality of life.

Methods

This is a parallel-group randomised controlled trial conducted in a rural municipality in Norway. Sixty-one home-dwelling older adults with functional decline were randomised to an intervention group ($n = 31$) or a control group ($n = 30$). The intervention group received ten weeks of multicomponent home-based rehabilitation. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was used to measure self-perceived activity performance and satisfaction with performance. In addition, physical capacity and health-related quality of life were measured. The participants were assessed at baseline and at 3- and 9-month follow-ups.

Results

There were significant improvements in mean scores favouring reablement in COPM performance at 3 months with a score of 1.5 points ($p = 0.02$), at 9 months 1.4 points ($p = 0.03$) and overall treatment 1.5 points ($p = 0.01$), and for COPM satisfaction at 9 months 1.4 points ($p = 0.03$) and overall treatment 1.2 points ($p = 0.04$). No significant group differences were found concerning COPM satisfaction at 3 months, physical capacity or health-related quality of life.

Conclusion

A 10-week reablement program resulted in better activity performance and satisfaction with performance on a long-term basis, but not the other outcomes measured.

1.3 «Picking up the pieces» - Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area



EMPIRICAL STUDY
“Picking up the pieces”—Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area

SIRI ANDREASSEN DEVIK, Doctoral student^{1,2}, OVE HELLZEN, Professor² & INGELA ENMARKER, Professor^{2,3}

¹Centre of Care Research, Mid-Norway, Sandness, Norway; ²Department of Nursing, Mid-Swedish University, Sundsvall, Sweden; and ³Department of Health Sciences, Umeå-Örebro University College, Örebro, Sweden

Abstract
Rural home nursing care is a neglected area in the research of palliative care offered to older cancer patients. Because access to specialized services is hampered by long distances and fragmented infrastructure, palliative care is often provided through standard home nursing services and delivered by general district nurses. This study aimed to illuminate the lived experience and to interpret the meaning of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area in Norway. Narrative interviews were conducted with nine older persons, and a phenomenological hermeneutic approach was used to interpret the meaning of the lived experience. The analysis revealed three themes, each with subthemes: being content with what one gets, falling into place, and losing one's place. The phrase picking up the pieces was found useful to sum up the meaning of this lived experience. The three respective themes refer to how the pieces symbolize the remaining parts of life or available services in their environment, and how the older persons may see themselves as pieces or bricks in a puzzle. A strong place attachment (physical insideness, social insideness, and autobiographical insideness) is demonstrated by the informants in this study and suggests that the rural context may provide an advantageous healthcare environment. Its potential to be a source of comfort, security, and identity concurs with cancer patients' strong desire for being seen as unique persons. The study shows that district nurses play an essential role in the provision of palliative care and that rural patients. However, the therapeutic value of being in one's familiar landscape seems to depend on how homecare nurses manage to locate it and use it in a more or less person-centred manner. Communication skills and attentiveness to psychosocial aspects of patient care stand out as important attributes for nursing in this context.

Key words: Advanced cancer, rural palliative care, homecare, district nursing, old people, identity, place attachment, palliative research, phenomenological hermeneutic

(Accepted: 15 August 2015; Published: 15 September 2015)

Because most palliative care patients prefer to remain in their own homes as long as possible (Haggenes & Sævi, 2008), more emphasis is placed on delivering high quality care where people live. In Norway (Hels, 2012), as in the rest of the world (Rønneby & Berkeby, 2007; Robinson et al., 2009), long distances, fragmented infrastructure, and shortage of health human resources are well-known barriers that complicate access to specialized palliative care. Palliative patients in this context, especially the older population (Engelsson et al., 2006), therefore often only receive standard home nursing care (Grondberg & Daugherty, 2010; Kanan, Jordberg, & Skjerve, 2007).

Much attention has been given to specialized palliative care services (e.g., multidisciplinary teams, specialized palliative care teams), but relatively few studies have examined the content of general district nursing (Burt, Vigneres, Adigunsoye-Hill, & White, 2008). Burt et al. (2008) found that community nurses identified palliative care with workload concerns in both time and emotion. The nurses perceived that they worked in a perennial context, characterized by shortage of staff, and lack of time and formal support. Although education regarding palliative care such as pain and symptom management is often viewed as the highest need among nurses in this context (Basson, Chelima, & Wanda, 2008), psychosocial

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 2015, 10: 28382 -

<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28382>

“Picking up the pieces” – Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area

Siri Andreassen Devik, Ove Hellzen, Ingela Enmarker

Rural home nursing care is a neglected area in the research of palliative care offered to older cancer patients. Because access to specialized services is hampered by long distances and fragmented infrastructure, palliative care is often provided through standard home nursing services and delivered by general district nurses. This study aimed to illuminate the lived experience and to interpret the meaning of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area in Norway. Narrative interviews were conducted with nine older persons, and a phenomenological hermeneutic approach was used to interpret the meaning of the lived experience. The analysis revealed three themes, each with subthemes: being content with what one gets, falling into place, and losing one's place. The phrase picking up the pieces was found useful to sum up the meaning of this lived experience. The three respective themes refer to how the pieces symbolize the remaining parts of life or available services in their environment, and how the older persons may see themselves as pieces or bricks in a puzzle. A strong place attachment (physical insideness, social insideness, and autobiographical insideness) is demonstrated by the informants in this study and suggests that the rural context may provide an advantageous healthcare environment. Its potential to be a source of comfort, security, and identity concurs with cancer patients' strong desire for being seen as unique persons. The study shows that district nurses play an essential role in the provision of palliative care for older rural patients. However, the therapeutic value of being in one's familiar landscape seems to depend on how homecare nurses manage to locate it and use it in a more or less person-centred manner. Communication skills and attentiveness to psychosocial aspects of patient care stand out as important attributes for nursing in this context.

1.4 Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim



forskning nr 3, 2015; 10: 216–226
10.4220/Sykepleienf.2015.55007
Originalartikkel

Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar m ed diabetes i sjukeheim

Lovise Heimro og Anne Haugstvedt

Bakgrunn: Det er eit mål at helsetenestene i Noreg skal vera basert på forskingsbasert kunnskap. Studiar viser likevel at det ofte er avvik mellom ønska praksis og reell praksis. Me veit lite om kvaliteten på oppfølging av bebuarar som lever med diabetes ved norske sjukeheimar, men internasjonale studiar viser store variasjonar i kvaliteten på diabetesomsorga til institusjonsbebuarar.

Hensikt: Hensikta med dette prosjektet var å kartlegge om rutinar for oppfølging av glykemisk kontroll hos bebuarar med diabetes ved norske sjukeheimar var i samsvar med anbefalingar frå kunnskapsbaserte retningslinjer.

Metode: Med klinisk audit som metode vart dei elektroniske journalane til alle bebuarar med diabetes ved tre sjukeheimar i Bergen kommune gjennomgått. Funna vart analyserte og vurdert i lys av anbefalingar frå forskingsbaserte retningslinjer.

Resultat: Totalt 50 (14 prosent) bebuarar med diabetes vart identifisert ved dei tre sjukeheimane. Av desse hadde to (4 prosent) individuelle behandlingsmål for HbA1c dokumentert i sin journal, ni (18 prosent) hadde individuelle rutinar for måling av blodsukker og 16 (37 prosent) hadde fått målt HbA1c minimum kvar 2.–6. månad som anbefalt i forskingsbaserte retningslinjer.

Konklusjon: Studien viste diskrepans mellom dagens praksis og anbefalingar frå forskingsbaserte retningslinjer når det gjaldt oppfølging av blodsukkeret til bebuarar med diabetes ved tre norske sjukeheimar. Dette kan indikere eit behov for kvalitetsprosjekt og forskning på strategiar for å implementere kunnskapsbaserte anbefalingar ved norske sjukeheimar.

1.5 Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease

Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review)

McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y



This is a copy of a Cochrane review prepared and submitted by The Cochrane Collaboration and published by The Cochrane Library.

[View this review online](#)

WILEY

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/14651914.CD005553

Cochrane Review

The Cochrane Collaboration 2015

Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Bernhard McCarthy, Dymrna Casey, Declan Devane, Kathy Murphy, Edel Murphy, Yves Lacasse

Authors' conclusions

Pulmonary rehabilitation relieves dyspnoea and fatigue, improves emotional function and enhances the sense of control that individuals have over their condition. These improvements are moderately large and clinically significant. Rehabilitation serves as an important component of the management of COPD and is beneficial in improving health-related quality of life and exercise capacity. It is our opinion that additional RCTs comparing pulmonary rehabilitation and conventional care in COPD are not warranted. Future research studies should focus on identifying which components of pulmonary rehabilitation are essential, its ideal length and location, the degree of supervision and intensity of training required and how long treatment effects persist. This endeavour is important in the light of the new subgroup analysis, which showed a difference in treatment effect on the CRQ between hospital-based and community-based programmes but no difference between exercise only and more complex pulmonary rehabilitation programmes.

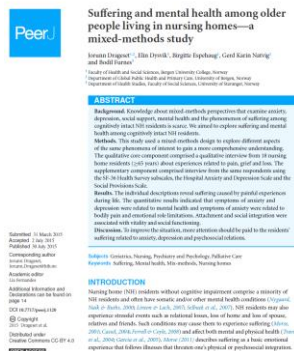
PLAIN LANGUAGE SUMMARY

Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) describes a chronic lung condition that prevents the air supply from getting to the lungs. Symptoms include breathlessness, coughing, tiredness and frequent chest infection. Worldwide, COPD is a major cause of ill health. Pulmonary rehabilitation programmes include exercise as a key component; some programmes contain other interventions such as assessment, education, psychological support and dietary advice. Pulmonary rehabilitation is one of the key recommended approaches in the treatment of COPD. This review compared the impact of pulmonary rehabilitation versus usual care on the health-related quality of life of people with COPD. We included 65 studies involving 3822 participants. Participants were randomly assigned to receive pulmonary rehabilitation or usual care. The quality of the studies was generally good.

This review highlights that pulmonary rehabilitation improves the health-related quality of life of people with COPD. Results strongly support inclusion of pulmonary rehabilitation as part of the management and treatment of patients with COPD. Future studies should concentrate on identifying the most important components of pulmonary rehabilitation, the ideal length of a programme, the intensity of training required and how long the benefits of the programme last.

1.6 Suffering and mental health among older people living in nursing homes – a mixed-method study



DOI 10.7717/peerj.1120

Peer reviewed an open access

Suffering and mental health among older people living in nursing homes – a mixed-methods study

Jorunn Drageset, Elin Dysvik, Birgitte Espehaug, Gerd Karin Natvig, Bodil Furnes

Background. Knowledge about mixed-methods perspectives that examine anxiety, depression, social support, mental health and the phenomenon of suffering among cognitively intact NH residents is scarce. We aimed to explore suffering and mental health among cognitively intact NH residents.

Methods. This study used a mixed-methods design to explore different aspects of the same phenomena of interest to gain a more comprehensive understanding. The qualitative core component comprised a qualitative interview from 18 nursing home residents (≥65 years) about experiences related to pain, grief and loss. The supplementary component comprised interview from the same respondents using the SF-36Health Survey subscales, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Social Provisions Scale.

Results. The individual descriptions reveal suffering caused by painful experiences during life. The quantitative results indicated that symptoms of anxiety and depression were related to mental health and symptoms of anxiety were related to bodily pain and emotional role limitations. Attachment and social integration were associated with vitality and social functioning.

Discussion. To improve the situation, more attention should be paid to the residents' suffering related to anxiety, depression and psychosocial relations.

1.7 Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Åtgärdsförslag för att
utveckla vården och
omsorgen om de mest
sjuka äldre
Primärvård och korttidsboende
– vad behöver förändras?

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-2-45

**Åtgärdsförslag för att utveckla vården och
omsorgen om de mest sjuka äldre**

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att utifrån tidigare kartläggning-ar av primärvård, korttidsboende och övrig vård och omsorg fördjupa analysen och föreslå åtgärder. Uppdraget är ett av flera som är knutna till regeringens satsning på de mest sjuka äldre. I denna rapport till regeringen redovisas myndighetens åtgärdsförslag för primärvården, korttidsboenden och för funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Tidigare kända problemområden och kartläggningar utgör grunden för åtgärdsförslagen. Åtgärdsförslagen bör kunna användas vid överväganden om ytterligare statliga åtgärder. Förhoppningen är också att rapporten ska bidra till en diskussion hos landstingen och kommunerna om vad som behöver göras och av vem, samt bidra till att de mest relevanta förbättringsförslagen lyfts fram och kan få nationell acceptans. På sikt bör ett samlat förbättringsarbete med utgångspunkt i bl.a. Socialstyrelsens förslag kunna bidra till en vård och omsorg som är bättre anpassad efter de mest sjuka äldres behov. Rapportens projektledare och huvudförfattare har varit Malin Bruce. I projektgruppen har Åsa Borén, Gunilla Fahlström och Jens Wilkens ingått. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wörnberg Gerdin. Socialstyrelsen riktar ett tack till alla deltagare i referensgrupperna för primärvården, korttidsboenden, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

1.8 «En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?»



Rapportserie nr. 4/2015
Senter for omsorgsforskning
Høgskolen i Gjøvik

**«En har jo noen tanker om hvordan
et ungt liv skal se ut, ikke sant?»
En kvalitativ studie om unge brukere
av hjemmetjenesten**

Silje Sveen og Laila Tingvold

Prioriteringsdebatten er svært aktuell i norsk helsetjeneste, noe vi kan se både i media (Ruud, 2014) og i offentlige meldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I den kommunale hjemmetjenesten har det siden 1990-tallet blitt beskrevet endringer i alderssammensetning hos mottakere av hjemmetjenester (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Romøren, 2006). Det har blitt flere og flere yngre tjenestemottakere. Disse har ofte sammensatte problemer og flere behov for tjenester som krever nye tilnærmingmåter (Otnes, 2007). Flere studier viser at unge personer med psykiske diagnoser er en gruppe som har tilvekst i hjemmetjenestene (Falch & Bjørkquist, 2013; Gautun, Grødem, & Hermansen, 2012; Tingvold & Romøren, 2015).

Denne kvalitative studien har på bakgrunn av dette hatt til formål å beskrive en ny brukergruppe i kommunal hjemmetjeneste; unge mellom 16 og 30 år som faller utenfor skole og arbeid. I intervjuene kom det frem at en stor andel av de yngre brukere har ulike former for psykiske lidelser, mange med ADHD og autisme. Disse fikk spesiell oppmerksomhet i studien.

Studien baserer seg på seks dybdeintervjuer med ansatte i hjemmebaserte tjenester i to norske kommuner. Totalt har 14 ansatte i den kommunale omsorgstjenesten blitt intervjuet. Problemstillingene dreide seg om hvilke type tjenester brukergruppen mottar fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, hvilke behov gruppen har, hvilke tilleggstjenester de får, samt hva slags samhandling og samarbeid som utvikles mellom ulike aktører i forhold til tjenestemottaker. Studien hadde også som mål å beskrive hvilke erfaringer de ansatte som yter tjenester har med den aktuelle brukergruppen.

Intervjuene viste et stort mangfold av bistand og tjenester som ytes til brukergruppen. Dette omhandler praktisk bistand, veiledning, tiltak for å styrke boevne, livsmestring og koordinering av ulike aktører i forhold til de problemstillinger tjenestemottaker har.

Studien viser at det ikke er noen faste definerte rammer for hva de ansatte i de hjemmebaserte tjenestene skal yte av tjenester ovenfor denne brukergruppen og hvilke oppgaver som tilfaller andre instanser. Hvilke oppgaver hjemmetjenesten tar blir ofte basert på skjønn og etter hva ansatte i hjemmetjenesten opplever som meningsfulle for den enkelte bruker.

Studien viser også at brukergruppen har stort behov for en tverrfaglig tilnærming. Det er mange ulike aktører inne (blant annet NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste, politi) noe som fører til et stort behov for samarbeid. Utfordringen i dette synes å være at det ofte ikke er klart definerte ansvarsroller. Det ser i stor grad ut til at de ansatte i hjemmetjenesten tar ansvaret for å koordinere de ulike aktørene.

Utover dette uttrykte informantene et behov for kompetanseheving om tema rundt brukergruppen. Dette vil være vesentlig ut i fra kravene som stilles til de ansatte i hjemmetjenesten når det gjelder beslutninger, tilnærmingssmåte og oversikt.

1.9 Bemanningsnormer i sykehjem



Universitetsforlaget
Tidsskrift for omsorgsforskning 2015
ÅRG. 1 NR. 2

Bemanningsnormer i sykehjem

Christopher Bratt
Heidi Gautun

SAMMENDRAG En rekke undersøkelser har avdekket mangler og ulikheter i eldreomsorgen. Derfor diskuterer sentrale helsemyndigheter hvorvidt det skal innføres en bemanningsnorm som skal gjelde alle norske sykehjem. I denne artikkelen drøfter vi om det er mulig å tallfeste en norm for bemanning i sykehjem, slik det er tenkt med en bemanningsnorm. Vi bruker data fra en spørreundersøkelse i 2014 blant Norsk Sykepleieforbunds tillitsvalgte (N = 242) i sykehjem i 150 kommuner.

Vi finner store variasjoner i antall sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn som er satt opp i turnus i forhold til antall beboere, både mellom sykehjem og mellom samme type avdelinger. Samtidig er det store variasjoner i hva informantene oppfatter som nødvendig bemanning, også innen samme slags avdeling. Avvik fra nødvendig bemanning skyldes i stor grad sykefravær. Vi konkluderer med at dagens variasjon i planlagt bemanning og hva tillitsvalgte oppfatter som en forsvarlig bemanning sett i forhold til pasienters behov, ikke gir føringer for en bemanningsnorm som skal tallfeste bemanning i sykehjem. God bemanning sikres trolig heller gjennom at planer for bemanning på det enkelte sykehjem tar hensyn til normalt og forventet sykefravær.

1.10 Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser

Kommunesektorens Organisasjon
The Norwegian Association of Local and Regional Authorities

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep
0050 Oslo

15. referanse
Arkivkode
Dokumentnr.
Dato

15/00416-1
01
Anne Gamme
10.03.2015

Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser

Innledning
Etter dialog med helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte KS ved årsskiftet en undersøkelse til alle landets kommuner om fornying og bygging av, samt kapasitet og ventetid på heldøgnsomsorgsplasser.
245 av 428 kommuner (57 pst av kommunene), med i alt 66,4 pst av befolkningen har svart på spørreundersøkelsen.

Kommunegrupper og folketall

	Antall kommuner	Sum kommuner	Andel i land
Antall kommuner med < 2 000 innbyggere	47	92	11 %
Antall kommuner med 2 000 - 5 000 innbyggere	63	136	31 %
Antall kommuner med 5 000 - 20 000 innbyggere	84	146	34 %
Antall kommuner med 20 000 - 100 000 innbyggere	24	44	10 %
Antall kommuner med 100 000 innbyggere eller mer	7	10	2 %
Sum	245	428	100 %

Spørreundersøkelsen
1: Hvor mange nye heldøgnsomsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger planlegger kommunen å bygge fortløpende år 2015?
2: Hvor mange av dagens omsorgsboliger og eldre- og sykehjemsplasser til heldøgnsomsorg planlegges utvidet neste år 2015?
3: Hvor mange av dagens sykehjemsplasser og omsorgsboliger planlegges fornyet/modernisert til heldøgnsomsorg neste år 2015?
4: Hvor mange nye heldøgnsomsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger planlegger kommunen å bygge fortløpende i planperioden, 2015-2018?

Kontakt: KS-Nett
Postboks 1076, 0404 Oslo

T: +47 22 02 20 00
F: +47 22 02 20 20
www.ko.no

Kontakt: KS-Nett
Postboks 1076, 0404 Oslo

T: +47 22 02 20 00
F: +47 22 02 20 20
www.ko.no

Kontakt: KS-Nett
Postboks 1076, 0404 Oslo

T: +47 22 02 20 00
F: +47 22 02 20 20
www.ko.no

Kommunesektorens Organisasjon

KS

Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte KS ved årsskiftet en undersøkelse til alle landets kommuner om fornying og bygging av, samt kapasitet og ventetid på heldøgns omsorgsplasser.

245 av 428 kommuner (57 pst av kommunene), med i alt 66,4 pst av befolkningen har svart på spørreundersøkelsen.

2. DEMENS

2.1 Demens og samspill. Marte Meo-veiledning i demensomsorg



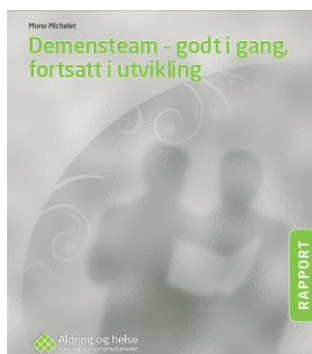
Demens & Alderspsykiatri
Vol. 19 nr. 3 2015

**Demens og samspill. Marte Meo-
veiledning i demensomsorg**

Rigmor Einang Alnes, Høgskolen i
Ålesund, avdeling for helsefag

Det å kunne ta del i en samtale og kunne gi og få respons er et grunnleggende behov for alle mennesker. Hos mennesker med demens svekkes denne evnen etter hvert som sykdommen utvikler seg, og slik vil muligheten til å ivareta et meningsfylt samspill med andre vil gradvis bli vanskeligere. Det blir krevende å finne ord og forstå hva som blir sagt og å kunne svare fort nok til å bevare en flyt i en samtale. Mulighet til å gi uttrykk for egne opplevelser begrenses. Dette skaper utfordringer for familie og personalet som skal samtale og samhandle med personen. Det kan ofte være vanskelig å vite om det som blir sagt og gjort blir forstått, og det kan være vanskelig å tolke det personen med demens ønsker å formidle. På denne måten utfordres samspill og mulighetene til å oppleve gjensidighet og felleskap. Det er derfor svært viktig å finne metoder som fremmer muligheten for å inngå i meningsfulle samspill for personer med demens og deres nærpersoner. Marte Meo er en videoveiledningsmetode (heretter benyttes benevnelsen Marte Meo-veiledning, MMV) som har til hensikt å kunne åpne opp for samspill mellom mennesker – der dette har blitt utfordret av sykdom, funksjonshemning eller andre problem. Denne fagartikkelen bygger på kunnskap fra et doktorgradsprosjekt om Marte Meo-veiledning anvendt i skjermede enheter for personer med moderat og alvorlig demens (1). Pedagogen Maria Aarts fra Nederland har grunnlagt metoden som nå har spredt seg til svært mange land (2).

2.2 Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling



Rapport
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2015

Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling

Mona Michelet

Demensplan 2015 – den gode dagen inneholder forslag om en rekke gode tiltak som bør, eller sågar skal, som det skrives i planen, etableres i alle norske kommuner før utgangen av 2015. Et av disse tiltakene er etablering av kommunale demensteam. Begrepet kommunalt demensteam er ikke definert noe sted i offentlige dokumenter, men både Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har hatt tanker og ideer om hva et slikt team skal være, hvordan det skal organiseres og hvilke oppgaver det skal ha. Hovedideen er at man anser et slikt team som kommunenes «motor» i alt arbeid som tilbys personer med demens og deres pårørende. Demensteamet skal være kommunens eksperter på demens, og skal bistå fastlegene i deres diagnostiske utredningsarbeid og omsorgstjenesten i deres planlegging og ytelser av tjenester til både personer med demens og deres pårørende. Demensteamene blir på den måten sentrale i oppfølgingen av personer med demens og deres pårørende. I løpet av de siste fem til seks årene har mange kommuner etablert demensteam eller ansatt en person som driver demensarbeid. Disse har ulike navn, er organisert på ulike vis, har ulik tid til å skjøtte sine oppgaver og arbeider ulikt. Dette er ikke uvanlig når en tjeneste drives frem basert på faglig interesse både hos helsearbeidere og kommune administrasjoner. Å etablere et demensteam er ingen pålagt tjeneste for kommunene og det er selvfølgelig mye derfor at teamene og koordinatorene arbeider ulikt. I rammen av Demensplan 2015 har Helsedirektoratet fått som oppgave å både implementere nye tjenestetilbud til personer med demens i norske kommuner, men også kartlegge hvilke tilbud som fins. Denne rapporten er et resultat av en slik kartlegging.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å kartlegge hvordan norske demensteam fungerer og hvilke pasienter som typisk utredes av demensteam. Dette er den første av flere rapporter om demensteamene i norske kommuner, og inneholder fakta om demensteamene og koordinatorene i Norge. Rapporten beskriver teamenes oppgaver og bruk av ressurser, samt pasientene som blir utredet. «Demensteam – godt i gang fortsatt i utvikling» er en passende tittel for rapporten fordi undersøkelsen som rapporten baseres på gir en beskrivelse av dagens situasjon, men også en beskrivelse av hva som mangler.

2.3 The impact of dementia on the use of general practitioner among the elderly in Norway



Scandinavian Journal of Primary Health Care
2015

The impact of dementia on the use of general practitioners among the elderly in Norway

A.E. Ydstebø, S. Bergh, G. Selbæk, J. Šaltytė Benth, H. Lurås & C. Vossius

Objective. To assess the use of general practitioners (GPs), in elderly home-dwelling persons in Norway and explore the impact of cognitive decline, age, and living situation.

Design. Prospective longitudinal study.

Setting. Data were collected from municipalities in four counties in Norway in the period from January 2009 to August 2012.

Subjects. Home-dwelling persons 70 years of age or older, receiving in-home care.

Main outcome measures. Use of GPs over a period of 18 months related to cognitive state, functional status, neuropsychiatric symptoms, and demographics.

Results. A total of 599 persons were included. The mean annual number of consultations per participant was 5.6 (SD 5.4). People with moderate to severe dementia had fewer consultations per year compared with those with mild or no dementia (3.7 versus 5.8 per year, $p = 0.004$). In the multivariate model higher age predicted fewer consultations while affective neuropsychiatric symptoms were associated with an increase in frequency of consultations. The most frequent reason to consult a GP was cardiovascular diseases (36.8% of all consultations), followed by musculoskeletal complaints (12.1%) and psychiatric diagnoses (8.7%).

Conclusion. Our study shows that the home-dwelling elderly with moderate to severe dementia in Norway consult their GP less often than persons with mild or no dementia. This could indicate a need for better interaction between the municipal care and social services and the general practitioners.

2.4 Er smått alltid godt i eldreomsorgen? Kunnskapsstatus



SINTEF Notat 16 Prosjektnummer: 102009637



Er smått alltid i godt i eldreomsorgen? Kunnskapsstatus

Gørill Haugan, Ruth Woods, Karin Høyland, Øyvind Kirkevold

Denne kunnskapsstatusen inngår i prosjektet «Er smått alltid godt?». Det er en del av et større prosjekt som i tillegg til denne kunnskapsstatusen beskriver og drøfter ulike konkrete eksempler på mulige fysiske og organisatoriske modeller for fremtidens demensomsorg, denne skal utgis som en egen SINTEF rapport.

Meldingen Fremtidens primærhelsetjeneste • nærhet og helhet, Meld. St. 26 (2014 • 2015), fremhever at regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Dette understrekes i flere politiske dokumenter, som Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012 • 2013), Morgendagens omsorg, og sist Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 • 2020.

I demensplan 2015 Den gode dagen – pekes det på tre hovedfokus for fremtidens demensomsorg:

- «Smått er godt»: Boformer tilpasset personer med demens og kognitiv svikt
- «Det manglende mellomledd»: Dagtilbud og avlastningstiltak
- «Større bredde»: Økt kunnskap, forskning og kompetanse

I alle disse ulike dokumentene pekes det på at fysiske omgivelser er en sentral og viktig faktor som lager rammer rundt morgendagens tjenestetilbud. De fysiske strukturene legger føringer for tjenesteorganisering, driftsøkonomi og i noen grad driftsfilosofi i mange tiår fremover.

Anbefalingene i disse dokumentene er også relativt entydig, og det pekes på betydningen av små enheter, men også på behovet for utvikling og innovasjon med sikte på å utforme og utprøve nye modeller for fremtidens institusjons- og boligløsninger. Et sentralt spørsmål er derfor hva finnes av evidens-basert kunnskap bak disse konkrete anbefalingene, og videre hva begrepene

smått og godt innebærer. Den endelige rapporten fra SINTEF (Er smått alltid godt?) vil i tillegg belyse ulike fysiske og organisatoriske modeller, samt helt konkret drøfte kvaliteter og ulemper med disse modellene. Modellene blir illustrert gjennom helt konkrete case, som belyser både fysisk løsning, driftsfilosofi, driftsorganisatorisk, og så langt som mulig driftsøkonomi. I rapporten vil vi videre drøfte begrepet «godt» ut ifra flere perspektiver, både ulike brukerperspektiver (ansatte/personer med demens), et samfunnsøkonomisk og et driftsrasjonelt perspektiv.

Denne litteraturstudien vil primært ta utgangspunkt i hva man anser som gode løsninger for personer med demens, og se i hvilken grad det finnes studier med klare funn om sammenhengen mellom bygg (fysisk organisering), tjenesteorganisering og tjenestefilosofi, og videre i hvilken grad man vet hva som påvirker livskvalitet og sykdomsforløp.

2.5 Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbudet til personer med demens

Karin Høyland • Øyvind Kihrevald • Ruth Woods •
Gørill Haugen



Er smått alltid godt i
demensomsorgen?
OM BO- OG TJENESTETILBUD FOR PERSONER MED DEMENS



SINTEF Fag 33 Prosjektnummer: 102009637



**Er smått alltid i godt i demensomsorgen?
Om bo- og tjenestetilbudet til personer
med demens**

Karin Høyland, Ruth Woods, Gørill Haugen.

Det er ventet sterk vekst i antall eldre de neste tiårene. Norske kommuner har et stort behov for utbygging av omsorgsplasser. Utfordringene for kommunene blir å skaffe til veie tilstrekkelig antall plasser med riktig kvalitet. De største utfordringene ligger likevel i drift av tjenestetilbudet over tid. Derfor er det svært viktig at de fysiske løsningene samtidig bidrar til ressurseffektive løsninger som viser vei mot en bærekraftig omsorgssektor i framtiden. Prosjektet skal vurdere kvalitetsmessige og økonomiske aspekter ved alternative modeller for kommunal demensomsorg. Hvilke elementer som er utslagsgivende for god livskvalitet, skal drøftes for de ulike modellene.

Hovedspørsmål som prosjektet er gitt å drøfte, er: Hvordan kan bruk av nye omsorgsmodeller føre til bedre kvalitet og merd kostnadseffektiv organisering av framtidens demensomsorg? Hva blir kommunenes kostnader for demensomsorgen fram mot 2040 ut fra dagens framskrivninger?

Problemstillingen er kompleks og omfatter mange ulike perspektiver. De fysiske løsningene lager rammer for hverdagslivet til for beboere, pårørende og ansatte. De kan innby eller lage barrierer for i hvilken grad beboerne har mulighet for å bevege seg fritt, være del av hverdagsaktiviteter eller kunne delta på aktiviteter som kan ha betydning for opplevelsen av livskvalitet. Videre legger de fysiske omgivelsene strukturelle føringer for hvordan tjenestene organiseres og dermed kostnader til drift. Ny teknologi åpner i dag opp for nye løsninger med tanke på fysisk miljø. Oversikt kan gis digitalt og ikke bare fysisk. Løsninger som tidligere ikke var aktuelle, er mulige med dagens teknologi. Samtidig er forventningene til tjenester og presset på økonomi større en noen gang. Kommunene er derfor svært opptatt av driftsøkonomiske konsekvenser av de løsningene som etableres. Byggekostnader utgjør anslagsvis kun ca. to års drift av en sykehjemsplass. Masteroppgave Bjørn Eng 2015.

Vi opplever at de kommunene vi har vært i kontakt med anser at problemstillingen er svært relevant, men at den egentlig krever enda større og mer dyptgående arbeid enn det som har vært mulighet å gjøre i dette prosjektet.

2.6 Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre pårørende og ansatte i omsorgstjenesten



Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
NAKMI-rapport nr. 1 2015
NOVA Velferdsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus

Eldre innvandrere og demens Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten

Reidun Ingebretsen, Ragnhild Storstein Spilker, Mette Sagbakken

Rapporten *Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten* presenterer resultater fra et av delprosjektene i *Demens og eldre innvandrere* – et prosjekt som er organisert og ledet av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Mål

Målet med rapporten er å fremskaffe kunnskap om hvordan eldre innvandrere ser på demens, og hvordan pårørende til innvandrere med demens opplever egen situasjon, og kontakt med helse- og omsorgstjenestene.

Forskningstemaer

Holdninger til demens – kunnskaps- og informasjonsbehov
Erfaringer i møte med helse- og omsorgstjenestene
Familiens håndtering av demens
Samspill mellom familieomsorg og offentlige tjenester

Metode

Data er samlet fra tre kilder. Det er gjennomført tolv intervjuer med pårørende til eldre innvandrere med demens, ni fokusgrupper med innvandrere (over 50 år) fra ulike land, samt fire fokusgrupper med ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen omfatter i alt 81 personer fra 23 land.

2.7 Eldre innvandrere og demens. Et forsknings- og utviklingsprosjekt. Sluttrapport



Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

**Eldre innvandrere og demens
Et forsknings- og fagutviklingsprosjekt
Sluttrapport til Helsedirektoratet**

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ble opprettet i 2003 av Helse- og omsorgsdepartementet og administreres av Oslo universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet. Målet for NAKMIs virksomhet er å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn. NAKMIs primære målgrupper er beslutningstakere, helseledere, helsepersonell, forskere og studenter.

NAKMI takker Helsedirektoratet for oppdraget med å koordinere og utføre forskning- og fagutviklingsprosjektet Demens og eldre innvandrere. Målet med prosjektet har vært å bistå Helsedirektoratet i utformingen av strategi for implementering og prioritering av tiltak for eldre innvandrere som en del av Demensplan 2015 «Den gode dagen».

Vi har i dette fire-årige forsknings- og fagutviklingsprosjekt oppnådd delmålene og fremskaffet ny kunnskap om helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere generelt og til innvandrere med demens spesielt, om eldre innvandrere med demens og deres pårørende sine erfaringer / opplevelser av sin situasjon og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Vi har også samlet erfaringer og behov for kompetanse hos fastleger og helsepersonell. Gjennom dette arbeidet har vi avdekket et behov for tilpasning og tilrettelegging av tjenester til eldre innvandrere med demens. Dette har resultert i syv rapporter, syv vitenskapelige artikler, fem øvrige publikasjoner, fem informasjonsbrosjyrer og over 75 foredrag, undervisning eller presentasjoner i ulike fora. I tillegg har vi avholdt en europeisk konferanse (ENIEC 2014), dannet et nordisk nettverk og samarbeidet over 10 utdannings- og forskningsinstitusjoner i Norge.

Implementering av ny kunnskap, kompetanseheving og igangsetting av utviklingsprosjekter og fagutviklingsprosjekter bør skje i partnerskap med flere institusjoner og kompetansemiljøer hvor roller avklares og ressurser fordeles. Etter hvert som vi får en aldrende befolkning blant innvandrergruppene vil helse- og omsorgstjenestene måtte forholde seg til økt etterspørsel etter tjenester og må da ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å gi god omsorg, informasjon, råd og veiledning. En del av dette arbeidet kan skje med et gjennomgående mangfoldsperspektiv i implementeringen av Demensplan 2020.

En stor takk går til alle som har bidratt i dette prosjektet gjennom å være informanter, brukerrepresentanter, fagpersoner, eksperter og samarbeidspartnere i Norge og Skandinavia.

NAKMI vil spesielt trekke fram det nære og gode samarbeidet som vi har hatt med leder Kari Midtbø Kristiansen og andre ansatte ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Den største takken rettes til arbeidsgruppen og prosjektgruppen som har gitt verdifulle råd og innspill underveis. En spesiell takk går til prosjektlederne i de ulike delprosjektene; Peter Bekkhus-Wetterberg, Reidun Ingebretsen, Mette Sagbakken, Esperanza Diaz og Maria I.A. Ruud for deres innsats og gjennomføring av nybrottsarbeid. NAKMI sitt fagstyre takkes for å ha bidratt til kvalitetssikring av arbeidet gjennom faglig råd og veiledning. Takk til alle NAKMI ansatte som har bidratt på ulike måter gjennom hele prosjektperioden. Til slutt rettes også en takk til Ragnhild Storstein Spilker for hennes rolle i koordinering og gjennomføring av dette arbeidet.

2.8 Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) langversjon



Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF, Helse Sør-Øst og Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM)
November 2015

Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) langversjon

Corinna Vossius, Geir Sælbek, Arnt Egil Ydstebø, Jurate Saltyte Benth, Geir Godager, Hilde Lurås, Sverre Bergh

Demens er et syndrom bestående av symptomer som kognitiv svikt, endring i atferd og svikt i dagliglivets funksjoner. Man har antatt at omtrent 70 000 personer i Norge lider av demens, men nyere prevalensberegninger anslår at antallet ligger på nærmere 80 000 (1).

Det er blitt anslått at omkring halvparten av personer med demens er innlagt på et sykehjem eller et bokollektiv for personer med demens (2).

Den hyppigst årsaken til demens er Alzheimers sykdom, fulgt av vaskulær demens, frontotemporallappsdemens, Lewy-legeme demens og alkoholisk demens (3).

Kunnskapsgrunnlaget for kostnadene knyttet til demens i Norge er begrenset. Ved siden av en nordisk studie som beregner kostnader ved demens og som har inkludert et norsk underutvalg i sine analyser, finnes det kun en studie fra 2013 som kartlegger bruken av kommunale tjenester hos 110 norske pasienter fra diagnosetidspunkt og tre år framover (4). Ekstrapolering av kostnader funnet ved studier fra andre europeiske land er av begrenset verdi, grunnet forskjeller i organisering og finansiering av helsevesenet. En nylig gjennomgang av europeiske studier av kostnader knyttet til demens konkluderte med at det er stor variasjon i kostnadsestimater på grunn av forskjeller i studiemetodikk og studieutvalg. Det er variasjon i både type og alvorlighetsgrad av demens hos pasientene inkludert i de forskjellige studiene, variasjon i hvilke tjenester som er inkludert i beregningene, og variasjon i om og hvordan kostnadene ved uformell omsorg er beregnet (5).

På bakgrunn av dette initierte Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 et prosjekt som skulle beregne kostnadene ved demens i Norge.

Målene med prosjektet var:

- Beskrive ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten og for pårørende gjennom hele forløpet
- Gi et estimat over kostnader for demens i Norge
- Kartlegge hvilke faktorer som er assosiert med økt ressursbruk
- Gi et estimat på kvalitetsjusterte leveår (QALY) som tapes på grunn av demens
- Gi et estimat på framtidig ressursbruk basert på befolknings-framskrivninger

2.9 2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures



Alzheimer's Association. 2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia 2015;11(3)332+.

2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures

2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures is a statistical resource for U.S. data related to Alzheimer's disease, the most common cause of dementia, as well as other dementias. Background and context for interpretation of the data are contained in the Overview. This information includes descriptions of the various causes of dementia and a summary of current knowledge about Alzheimer's disease. Additional sections address prevalence, mortality and morbidity, caregiving and use and costs of health care. The Special Report addresses issues surrounding the disclosure of an Alzheimer's diagnosis to individuals with the disease.

2.10 Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making



www.thelancet.com/neurology Published online August 21, 2015
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00092-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00092-7)

Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making

Yu-Tzu Wu, Laura Fratiglioni, Fiona E Matthews, Antonio Lobo, Monique M B Breteler, Ingmar Skoog, Carol Brayne.

Dementia is receiving increasing attention from governments and politicians. Epidemiological research based on western European populations done 20 years ago provided key initial evidence for dementia policy making, but these estimates are now out of date because of changes in life expectancy, living conditions, and health profiles. To assess whether dementia occurrence has changed during the past 20–30 years, investigators of five different studies done in western Europe (Sweden [Stockholm and Gothenburg], the Netherlands [Rotterdam], the UK [England], and Spain [Zaragoza]) have compared dementia occurrence using consistent research methods between two timepoints in welldefined geographical areas. Findings from four of the five studies showed non-significant changes in overall dementia occurrence. The only significant reduction in overall prevalence was found in the study done in the UK, powered and designed explicitly from its outset to detect change across generations (decrease in prevalence of 22%; $p=0.003$).

Findings from the study done in Zaragoza (Spain) showed a significant reduction in dementia prevalence in men (43%; $p=0.0002$). The studies estimating incidence done in Stockholm and Rotterdam reported non-significant reductions. Such reductions could be the outcomes from earlier population-level investments such as improved education and living conditions, and better prevention and treatment of vascular and chronic conditions. This evidence suggests that attention to optimum health early in life might benefit cognitive health late in life. Policy planning and future research should be balanced across primary (policies reducing risk and increasing cognitive reserve), secondary (early detection and screening), and tertiary (once dementia is present) prevention. Each has their place, but upstream primary prevention has the largest effect on reduction of later dementia occurrence and disability.

2.11 Exercise programs for people with dementia (Review)

Exercise programs for people with dementia (Review)

Dorothy D Forbes SC, Scott C Forbe SC, Catherine M Blak SC, Emily J Thiessen SC, Sean Forbes SC



This report of a Cochrane review is published by The Cochrane Collaboration and is available in The Cochrane Library

WILEY

Reprint of a Cochrane review prepared and maintained by The Cochrane Collaboration, published in *The Cochrane Library* 2015, Issue 4

Exercise programs for people with dementia (Review)

Dorothy Forbes, Scott C Forbe², Catherine M Blak³, Emily J Thiessen, Sean Forbes.

Exercise programs for people with dementia

Background

In future, as the population ages, the number of people in our communities suffering with dementia will rise dramatically. This will not only affect the quality of life of people with dementia but also increase the burden on family caregivers, community care, and residential care services. Exercise is one lifestyle factor that has been identified as a potential means of reducing or delaying progression of the symptoms of dementia.

Study characteristics

This review evaluated the results of 17 trials (search dates August 2012 and October 2013), including 1,067 participants, that tested whether exercise programs could improve cognition (which includes such things as memory, reasoning ability and spatial awareness), activities of daily living, behaviour and psychological symptoms (such as depression, anxiety and agitation) in older people with dementia. We also looked for effects on mortality, quality of life, caregivers' experience and use of healthcare services, and for any adverse effects of exercise.

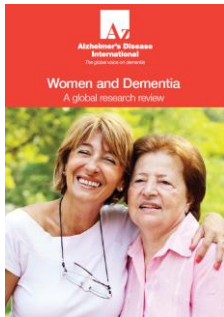
Key findings

There was some evidence that exercise programs can improve the ability of people with dementia to perform daily activities, but there was a lot of variation among trial results that we were not able to explain. The studies showed no evidence of benefit from exercise on cognition, psychological symptoms, and depression. There was little or no evidence regarding the other outcomes listed above. There was no evidence that exercise was harmful for the participants. We judged the overall quality of evidence behind most of the results to be very low.

Conclusion

Additional well-designed trials would allow us to enhance the quality of the review by investigating the best type of exercise program for people with different types and severity of dementia and by addressing all of the outcomes.

2.12 Women and Dementia. A global research review



Alzheimer's Disease International (ADI), London,
June 2015

Women and Dementia

Rosie Erol, Dawn Brooker, Elisabeth Peel

Nearly everyone involved in the Alzheimer's movement is probably already aware that dementia impacts women more than men, not only because women make up over 60 per cent of the global ageing population, but even more because they are the main caregivers all around the world, both paid and unpaid. It's also fair to say that women are the main drivers for Alzheimer associations around the world, with the majority of ADI's 80 plus member associations currently being led by a woman, many of whom are current or previous caregivers for their husband or a member of their family.

It is about time we recognise this crucial role, which is why we wanted to produce this new global report on women and dementia. A group of women from the Alzheimer's Association in the USA started a great movement called WipeOut Alzheimer's and this will soon go global as well. Another international initiative is WomenAgainstAlzheimer's, and we thank them for the kind support they gave to the research for this project.

Professor Dawn Brooker and her team from the University of Worcester have carried out a comprehensive research review in putting this report together. We are really pleased with this overview, especially because it includes a lot of key recommendations for low and middle income countries (LMICs). I hope the report will find its way onto the desks of policy makers to help improve the quality of life for women living with dementia, as well as the millions of women all around the world who provide care and support for them.

2.13 Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt Demenscentrum

Nationellt
kompetenscentrum
Anhöriga och Svenskt
Demenscentrum
Redovisning av verksamheten 2014

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-3-40

**Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga och Svenskt
Demenscentrum
Redovisning av verksamheten 2014**

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp verksamheten vid Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NkA) och Svenskt Demenscentrum (SDC). Detta är den åttonde återsrapporteringen av verksamheten vid de båda kompetenscentren och den omfattar verksamheten under 2014.

Socialstyrelsen finner att såväl NkA som SDC bedriver en angelägen och viktig verksamhet. Kompetenscentrens redovisningar vittnar om insatser som både är efterfrågade och uppskattade av såväl professionellt verksamma som av anhöriga. Socialstyrelsen kan konstatera att deras respektive verksamhet bedrivs i enlighet med regeringsuppdraget.

NkA har under året fortsatt sitt arbete med att etablera lättillgängliga kun-skapskällor, arbeta med blandade lärande nätverk och sprida kunskap om anhöriga och deras situation och vilka stödsatser som finns. Centrumets uppgift är också att bistå med olika former av konsultationsstöd såväl till enskilda som till organisationer och myndigheter.

NkA:s grunduppdrag utvidgades 2014 till att förutom anhöriga till äldre personer också omfatta anhöriga till personer med funktionsnedsättning och personer med långvarig sjukdom. Utöver det har NkA haft specifika uppdrag att arbeta mot grupperna anhöriga till personer med flerfunktionsnedsättning, anhöriga till personer med psykisk ohälsa och barn som anhöriga. NkA bedriver en omfattande konferens- och utbildningsverksamhet för att sprida kunskap och utveckla och stärka utbildningar inom anhörigområdet.

SDC har fortsatt arbetet med Demens ABC Guiden och Demens ABC Plus. Under 2014 har en fortsatt spridning av utbildningen skett och i december hade drygt 80 000 användare genomgått utbildningen varav drygt 68 000 användare klarat kunskapstestet. Den skriftliga versionen av Demens ABC Guiden hade distribuerats i drygt 5 400 exemplar vid årets slut.

Under året har SDC fortlöpande uppdaterat sin webbplats med nyheter inom området samtidigt som arbete med att komplettera och uppdatera portalens sex huvudområden Fakta om demens, Leva med demens, Arbeta med demens, Forskning, Utbildning och Publicerat genomförts. Under 2014 registrerades 620 700 besök på hemsidan varav 350 746 unika besökare.

SDC sprider ett omfattande skriftligt material via rapporter och nyhets-brev. Under året har SDC arrangerat och deltagit i ett stort antal konferenser och fortsatt sitt arbete med att utveckla kontakter och samarbeten. Under året har en Facebooksida och en poddradio om demens startats.

3. FOREBYGGING, REHABILITERING OG HELSEFREMMENDE PLEIE

3.1 Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet?



Rapportserie nr. 3/2015 Senter for omsorgsforskning Høgskolen i Gjøvik

Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet?

*Elin Marie Slåtsveen, Stine Hellebergshaugen
Silje Sveen og Maren Sogstad*

Helsedirektoratet har i perioden 2011 – 2014 delt ut tilskuddsmidler til 6 ulike utviklingsprogram i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre. Formålet med ordningen er å utvikle metodikk og økt kunnskap om forebyggende arbeid innen eldreomsorgen med fokus på forebyggende hjemmebesøk.

Utviklingsprogrammene er satt i gang i samarbeid med utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Norge. På Østlandet gikk utviklingssenter for sykehjem i Oppland, Gjøvik kommune og utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark, Hamar kommune, sammen om å søke midler til utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk. Senter for omsorgsforskning, Østlandet har på oppdrag deltatt i prosjektet og vært ansvarlig for evalueringen.

Antall eldre vil øke i årene som kommer, samtidig som andelen yrkesaktive vil bli redusert. Dette stiller krav til kvalitet, og effektiv ressursutnyttelse i helsesektoren. Som i mange andre kommuner, har også Gjøvik og Hamar økt fokus på hvordan tjenesten kan bidra til å styrke de eldre sine ressurser og muligheter for å leve et selvstendig liv så lenge som mulig. Bakgrunnen for søknaden om prosjektmidler var et ønske om å kunne evaluere og videreutvikle det forebyggende tilbudet til eldre i kommunene. Vi takker alle, både ansatte og informanter som har bidratt med erfaringer i prosjektet.

3.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning

Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning
Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination



Universitetsforlaget

Tidsskrift for omsorgsforskning 2015

ÅRG. 1 NR. 2

Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning

Oddvar Førland, Randi Skumsnes, Sønneve Teigen, Bjarte Folkestad

SAMMENDRAG Bakgrunn: Forebyggende hjemmebesøk til eldre (FHB) har fått økende helsefaglig og helsepolitisk oppmerksomhet de seneste årene. Det eksisterer internasjonalt en omfattende forskning omkring tjenestetilbudets effekt og betydning for målgruppene, men vi vet lite om hvordan tilbudet sprer seg i en kommunekontekst. Metode: Alle norske kommuner ble kontaktet med spørsmål om å besvare et spørreskjema om utbredelse og innhold av FHB. Disse svarene ble koblet med andre data om kommunene hentet fra Statistisk sentralbyrå og andre kilder.

Resultater og konklusjon: Utbredelsen av FHB i norske kommuner har økt fra 8 % i 2003 til 24 % i 2013. Halvparten av nyetableringene foregikk mellom 2010 og 2013. Resultatene tyder på at FHB spredte seg først lokalt og regionalt gjennom ildsjeler og samhandling mellom kommuner, særlig i store, mellomstore og sentrale kommuner. Funnene indikerer at kommuner med lite økonomisk slingsringsmonn i større grad enn rike kommuner ser seg nødt til å tenke nytt, forebyggende og helsefremmende, men mer forskning om denne sammenhengen er påkrevet.

Sterkere nasjonale føringer og retningslinjer for FHB vil sannsynligvis komme til å framstå som en tydeligere faktor for spredning og utbredelse i årene som kommer.

3.3 Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland



Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet
Region Sjælland

Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland

*Sara Fokdal Lehn, Inge Jekes, Henriette Knold
Rossau, Ann-Dorthe Zwisler, Lau Caspar
Thygesen*

I de senere år har der været et øget fokus på skrøbelige ældre medicinske patienter og ikke mindst på, om genindlæggelser af denne borgergruppe kan forebygges. Disse patienters behandlingsforløb går typisk på tværs af sektorgrænserne mellem sygehus, almen praksis og kommuner. Overgangen fra det specialiserede sygehusvæsen til et hverdagsliv, hvor behandlingen fortsættes i primærsektoren, er en stor udfordring for borgeren og de fagpersoner der overgiver og/eller overtager behandlingsansvar. Opfølgende Hjemmebesøg er iværksat nationalt, som en del af handleplanen for Den Ældre medicinske Patient (DÆMP) for at sikre sammenhæng i forløbene, når ældre og skrøbelige borgere udskrives fra sygehuset til eget hjem. I Region Sjælland kaldes denne ordning for Følge-Op Ordningen. Fra alle tre sektorer har der været et tæt samarbejde om organiseringen af Følge-Op ordningen i forhold til at udvikle det tværsektorielle samarbejde til gavn for patientgruppen. Implementering af Følge-op ordningen går på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis i regionen. Region Sjælland og Styregruppen for Følge-Op Ordningen har, siden ordningen blev indført i 2012, valgt at følge implementeringsprocessen tæt med særligt fokus på sektorovergangene. Dette er muliggjort via et ekstraordinært datasamarbejde mellem regionens 17 kommuner og Region Sjælland. Et samarbejde der skaber mulighed for at følge patientstrømmen fra henvisning til Følge-Op Ordningen på sygehuset, og til ordningen udmøntes i samarbejde mellem patienten, den kommunale hjemmesygepleje og egen læge.

Denne rapport giver et essentielt indblik i ordningens implementering anno 2014. Rapporten er udarbejdet som led i den samlede evalueringen af Følge-Op Ordningen i Region Sjælland, og er blevet til i samarbejde mellem Styregruppen for Følge-Op Ordningen, Region Sjælland, Statens Institut for Folkesundhed og projektlederen.

3.4 Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunerne



Sundhedsstyrelsen Axel Heides Gade 1
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk
2015

Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunerne

Formål Formålet med håndbogen er at understøtte kommunernes forebyggende arbejde på ældreområdet, så ældre borgere kan bevare og fremme deres fysiske, psykiske og sociale sundhed, funktionsevne og livskvalitet længst muligt. Og at nedsættelse af funktionsevnen begrænses, så den enkeltes afhængighed af hjælp fra andre udskydes eller undgås. Ældre borgeres sundhed, trivsel og funktionsevne er et fælles anliggende for den enkelte, de pårørende, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som bidrager til at skabe sundhed og trivsel. Mens staten sætter de overordnede rammer, har kommunerne ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud lokalt, der fremmer sundhed og trivsel og forebygger sygdom og nedsættelse af funktionsevnen.

Håndbogen skal bidrage til, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres med høj faglig kvalitet og så målrettet og effektivt som muligt. Det er i den forbindelse væsentligt, at den forebyggende indsats målrettes de ældre borgere, som er i størst risiko for nedsættelse af funktionsevnen, og at indsatsen tænkes på tværs af social-og sundhedsområdet. I håndbogen præsenteres viden om ældre borgere, der er i risiko for nedsættelse af funktionsevnen og derfor typisk kan have gavn af en forebyggende indsats. Ligeledes præsenteres viden om indsatser, der kan understøtte, at den enkelte kan bevare og fremme sundhed, trivsel og funktionsevne længst muligt. Der er stadig et stort potentiale i forebyggende indsatser i befolkningen, herunder for ældre borgere. Beskrivelserne i håndbogen er baseret på aktuelt bedste nationale og internationale viden og evidens samt praksiserfaringer. I den forbindelse har Sundhedsstyrelsen udarbejdet 11 forebyggelsespakker, der for den samlede befolkning beskriver forebyggelsesindsatser, som på kort og længere sigt kan styrke og videreudvikle kvaliteten i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne.

3.5 **Appetitt på livet**



Appetitt på livet

Når det gjelder mat og måltider, er det viktigste punktet for beboere på sykehjem, men ikke alltid et høydepunkt. Med denne rapporten retter Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet søkelyset på mat og måltider for eldre på sykehjem.



Forbrukerrådet
Kost- og ernæringsforbundet

Appetitt på livet

Med rapporten «Appetitt på livet» retter Forbrukerrådet i samarbeid med Kost- og ernæringsforbundet søkelyset på mat og måltider til eldre på sykehjem. Vi har ønsket å løfte frem eksempler på gode offentlige måltider på sykehjem og institusjoner, og å finne suksesskriteriene for å oppnå en god matomsorg. Kvaliteten på maten er et viktig moment når det gjelder matomsorg. Stikkord er variert tradisjonskost laget på friske råvarer, med innslag av lokale mattradisjoner og ekstra stas på fest- og høytidsdager. Retter som de eldre er vant til gjennom et langt liv. Muligheten til å kunne velge mellom flere retter. Muligheten til brukermedvirkning. Vel så viktig er rammen rundt måltidet. Sykehjemmene vektlegger et hyggelig spisemiljø og ro rundt måltidet. Det er viktig at beboerne har noen å spise sammen med, det være seg andre beboere, pleiepersonalet eller pårørende. Mange eldre har spisevansker, og maten må da tilpasses den enkeltes behov både med hensyn til porsjonsstørrelse og konsistens. Eldre med demens er ofte urolige. Sykehjem som har innført et ekstra måltid, erfarer at det blir mer ro på avdelingene. Mat på sykehjem tilberedes generelt etter to modeller. Enten lages maten på sykehjemmet (kok/server) eller på et sentralkjøkken (kok/kjøl). Det er fordeler og ulemper med begge modellene.

3.6 Nutritional self-care among a group of older home-living people in rural Southern Norway



Journal of Multidisciplinary Healthcare 2015:8
67–74

Nutritional self-care among a group of older home-living people in rural Southern Norway

Bjørg Dale, Ulrika Söderhamn

Background: Older home-living people are an at-risk group for undernutrition, particularly those who are living alone. Lack of knowledge about healthy dietary habits, altered taste sensation, and declined health status are shown to be some of the factors related to undernutrition. The aims of this study were to explore how a small group of older people in Southern Norway perceived their nutritional self-care.

Methods: An exploratory qualitative approach, combined with a simple self-report questionnaire, was used. Five persons living in rural areas in Southern Norway, who in a former study were screened and found to be at risk for undernutrition, participated. Qualitative data assessed by means of individual self-care talks in the persons' own homes were analyzed using directed content analysis. A simple self-report questionnaire containing demographic variables, two health-related questions, and the Nutritional Form For the Elderly (NUFFE-NO) instrument was filled out at baseline and 6 months after the self-care talks.

Results: The qualitative data showed that the participants had adequate knowledge about healthy and nutritious diets. They were aware of and motivated to adapt their diet to their current state of health and to perform the necessary actions to maintain an optimal nutritional status and nutritional self-care.

Conclusion: Older people living at home are a diverse group. However, this study showed that they may have sufficient knowledge, willingness, and ability to perform nutritional self-care, even if they live alone and have several chronic illnesses and impaired health.

Keywords: adapting, decision-making, knowledge, self-care talks

3.7 Hverdagsrehabilitering



Rapportserie nr. 8/2015
Senter for omsorgsforskning midt
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Hverdagsrehabilitering

Hildfrid Brataas, Aud Moe

Rapporten omhandler planlegging og innføring av hverdagsrehabilitering i Stjørdal kommune. Hverdagsrehabilitering (restorative home care) ble etablert med tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, omsorgsarbeidere med videreutdanning i rehabilitering og sykepleier, samt prosjektleder som er fysioterapeut. Rehabiliteringsmodellen ble planlagt av teamet og innført i en sone i kommunens helsetjenester. Rapporten omhandler forskning på prosjektet. Som grunnlag for videre utvikling og bruk av rehabiliteringsmodellen i Stjørdal kommune; «Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering», ble det stilt tre spørsmål om ansattes erfaringer:

- A. Hvilke utfordringer og mulige nye løsninger på pasientsentrert samarbeid erfarer teamet i oppstartsfasen av prosjektet?
- B. Hvilke utfordringer og muligheter erfarer rehabiliteringsteamet med arbeidsmodellen etter en innledende utprøvingsperiode på 2 måneder?
- C. Hvilke erfaringer har teamet etter ytterligere halvårig utprøving av Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering?

Et spørsmål dreide seg om suksessfaktorer og utfordringer ved oppleggets funksjonalitet:

- D. Hvilken funksjonalitet gir rehabiliteringsmodellen internt i teamet, i samarbeid med hjemmetjenesten og med andre aktuelle samarbeidsparter?

METODE

Undersøkelsen har karakter av følgestudie ved å gi kunnskap om teamets erfaringer fra tre faser; 1) planleggingsfase, 2) oppstart og utprøving (to måneder) og 3) videreutvikling av rehabiliteringsmodellen (6 måneder).

Data er samlet gjennom fokusgruppeintervjuer med alle ansatte i rehabiliteringsteamet samt prosjektleder. Ett intervju ble gjort etter to måneders utprøving og ett etter åtte måneders utprøving av Stjørdals-modellen for hverdagsrehabilitering.

RESULTATER

Tema for de tre utviklings- og utprøvingsfasene var

«Teambasert virksomhetsutvikling» i planleggingsfasen

«Måltrettet modellutprøving» under den to måneders oppstarts- og utprøvingsfasen

«Verdiforankret tverrprofesjonell hverdagsrehabilitering» som videreutvikling de neste seks månedene.

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering innebærer satsing på:

Teambygging fra og med planleggingsfasen

Verdiforankring og integrering av felles verdier

Person- og ressursfokus med involvering av tjenestemottaker

Identifisering av individuelle mål og rehabiliteringsbehov

Planmessighet og evaluering av tjenester

Å kombinere yrkesspesifikt ansvar, primærkontakt og oppgaveoverlapping.

Faktorene i «Stjørdalsmodellen for hverdagsrehabilitering» fremtrer som en kombinasjon av suksessfaktorer. De gir funksjonalitet internt i teamet og individuell behovstilpassing til tjenestemottakerne.

Prosessledelse, ansvarstildeling og makt til aktiv handling gav vilkår for å oppnå suksess.

Behovstilpassing av tjenesten gir riktig tjenesteytelse:

Alle henvisninger ble vurdert. De fleste ble inkludert. Noen hadde behov for andre tjenester eller informasjon om ulike tilbud i kommunen. De ble ikke inkludert i hverdagsrehabiliteringsopplegget.

Inkluderte tjenestemottakere oppnår forbedret fungering og tjenester ut fra individuelle behov.

3.8 Prosjekt kommunalt tverrfaglig trening-, læring- og mestringstilbud til personer med KOLS. Evalueringsrapport



FOUSAM-rapport (2015/2)

Karmøy kommune, Høgskolen Stord/Haugesund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Helse Fonna

Prosjekt kommunalt tverrfaglig trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS. Evalueringsrapport.

Kristian Austreim. Line Håklau. Elise Hausken. Lars Kvinge og Tove Agdestein

Bakgrunn: I Norge har rundt 400 000 personer sykdommen KOLS, og tallet er stigende. Akutt KOLS-forverring er en av de hyppigste innleggelsesårsakene ved norske sykehus. Utvikling av læring- og mestringstilbud til denne pasientgruppen er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om å gi kommunene en større rolle i å forebygge og gi innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser.

Mål: Prosjektet ønsket å gjennomføre og evaluere et trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS i Karmøy kommune. En hadde som mål å øke selvopplevd helsestatus, fysisk funksjonsnivå og aktiviteter i dagliglivet for personer med KOLS. En ønsket å utarbeide en modell for kommunalt trening, læring og mestringstilbud til personer med KOLS, blant annet ved å utarbeide kursmateriell, rutiner for rekruttering av deltakere og rutiner for gjennomføring av kurstilbudet. En ønsket også å utarbeide rutiner for videre oppfølging av personer med KOLS etter gjennomført lærings- og mestringskurs.

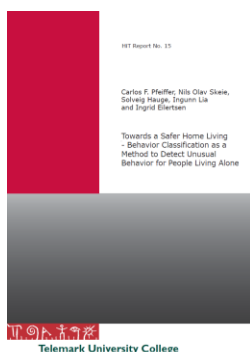
Metode: En rekrutterte deltakere til tilbudet blant alle personer som hadde bostedsadresse i kommunen og som hadde fått påvist diagnosen KOLS. Kurstilbudet bestod av 8 temasamlinger og 16 treningsøkter i løpet av en 8-ukers kursperiode. Evaluering ble gjort ved metodetriangulering bestående av kvantitativ før- og ettermåling, og fokusgruppeintervju blant deltakere og faggrupper.

Resultat: 9 deltakere fullførte kurstilbudet i prosjektperioden. Deltakerne viste tendens til bedre fysisk funksjonsnivå etter kurstilbudet, målt med COOP/WONCA Functional Assessment charts (COOP/WONCA), Incremental shuttle walking test (ISWT) og kondisjonskalkulator. Deltakerne opplevde det som positivt å utveksle erfaring med andre i samme situasjon. Det sosiale fellesskapet skapte motivasjon for deltakelse, og gav et positivt innhold i hverdagen. Fagpersonene opplevde også å få mange gode tilbakemeldinger av kursdeltakerne under og etter endt kursperiode. Aktivitetsnivået gikk ned i etterkant av kurstilbudet. Det var enighet om

at en burde vurdere andre metoder for å videreføre livsstilsendring i forhold til fysisk aktivitet også etter fullført kursperiode.

Konklusjon: Etter kursperioden viste deltakerne tendens til å være i bedre fysisk form, og de ga tilbakemelding om at kurstilbudet var nyttig og bra. Evalueringen av prosjektet viste at en bør vurdere å ha mer fokus på varig endring av fysisk aktivitet i løpet av kursperioden, og ha større fokus på at deltakere videreføres i aktivitetstilbud etter endt kursperiode. Læring- og mestringskurs for personer med KOLS i Karmøy kommune vil videreføres i ordinær drift fremover med noe endret innhold, og en vil også tilstrebe bedre kommunikasjon og samarbeid med henvisere til kurset, slik at en sikrer at aktuelle deltakere får informasjon om tilbudet.

3.9 Towards a Safer Home Living – Behavior Classification as a Method to Detect Unusual Behavior for People Living Alone



HiT Report No. 15
Telemark University College

Towards a Safer Home Living – Behavior Classification as a Method to Detect Unusual Behavior for People Living Alone

Carlos F. Pfeiffer, Nils Olav Skeie, Solveig Hauge, Ingunn Lia, Ingrid Eilertsen

This report summarizes the main results of the qualifying research project “Towards a Safe Home Living - Behavior Classification as a Method to Detect Unusual Behavior for People Living Alone” funded by the Oslofjordfondet and the Telemark University College. The report is structured as follow:

❑ Project description

❑ Methodology

❑ Main results

❑ Conclusions

This project was done using English and Norwegian, and some of the documents are written in English (this report and the master theses), and some are written in Norwegian (workshop report, bachelor report, focus group research).

3.10 Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester



Notat fra Kunnskapssenteret,
Systematisk litteratursøk med sortering
September 2015

Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester

Nøkleby, Heid; Nguyen, Lien; Berg, Rigmor.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Seksjon for velferdstjenester fikk i oppdrag av NAV og Helsedirektoratet å utføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Oppdraget var å finne forskning om effekter av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester, sammenliknet med det å ikke være i arbeid.

Metode: Vi utarbeidet søkestrategi for et systematisk litteratursøk. Det ble søkt i samfunnsvitenskaplige og medisinske databaser. Søket ble utført i juli 2015. To forskere gikk uavhengig av hverandere gjennom identifiserte referanser og vurderte relevans i forhold til inklusjonskriteriene.

Resultater:

Litteratursøket gav 7471 referanser etter dublettsjekk

- Vi identifiserte totalt 15 relevante referanser: én mulig systematisk oversikt og 14 primærstudier
- Den mulig systematiske oversikten oppsummerte studier med utvalg hentet fra personer med schizofrenilidelse
- Fire av de 14 primærstudiene inkluderte utvalg fra den generelle befolkningen, mens 10 studier inkluderte utvalg fra ulike pasientgrupper
- De 10 primærstudiene med pasientutvalg fordelte seg slik med hensyn til type utfallsmål:
 - sju studier målte bruk av psykiske helsetjenester (behov for ny behandling)
 - tre studier målte bruk av somatiske helsetjenester (oppfølging av anbefalt behandling)

I dette systematiske litteratursøket med sortering har vi ikke lest artiklene i fulltekst og dermed ikke vurdert studienes metodiske kvalitet eller sammenstilt resultatene. Basert på lesing av sammendragene ser vi likevel noen mønstre. Generelt kan det se ut til at det å være i arbeid/komme i arbeid etter arbeidsløshet muligens gir lavere bruk av helsetjenester sammenliknet med det å ikke være/komme i arbeid. Arbeid blant personer med anbefalt

somatisk helsehjelp ser ut til muligens å gi økt bruk av slik helsehjelp. Vi understreker at vi ikke kan dra sikre konklusjoner angående studienes resultater siden vi kun har lest sammendragene.

3.11 Helseeffekter av arbeid



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-969-4. Notat fra Kunnskapssenteret, august 2015

Helseeffekter av arbeid

Heid Nøkleby, Rigmor Berg, Lien Nguyen, Nora Blaasvær, Nanna Kurtze.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Seksjon for velferdstjenester fikk i oppdrag fra NAV og Helsedirektoratet å utføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Oppdraget var å finne forskning fra 2012-2015 om helseeffekter av arbeid. Hensikten var å komplettere en eksisterende systematisk oversikt av van der Noordt og kolleger publisert i 2014 om temaet.

Metode

Vi utarbeidet søkestrategi for et systematisk litteratursøk. Det ble søkt i samfunnsvitenskaplige og medisinske databaser. Søket ble utført i mai 2015. To forskere gikk uavhengig av hverandere gjennom identifiserte referanser og vurderte relevans i forhold til inklusjonskriteriene.

Resultater

- Litteratursøket gav 7471 referanser etter dublettsjekk
- Vi identifiserte totalt 24 relevante studier: 2 mulige systematiske oversikter og 22 primærstudier
- Én mulig systematisk oversikt oppsummerte studier med utvalg hentet fra den generelle befolkningen; den andre oppsummerte studier med utvalg hentet fra personer med schizofrenilidelse
- 17 av de 22 primærstudiene inkluderte utvalg fra den generelle befolkningen, mens 5 studier inkluderte utvalg fra ulike pasientgrupper
- De 17 primærstudiene med generelle utvalg fordelte seg slik med hensyn til

type utfallsmål:

- 5 studier med psykiske utfallsmål
- 4 studier med fysiske utfallsmål

- 8 studier med både psykiske og fysiske utfallsmål

- De 5 primærstudiene med pasientutvalg hadde alle psykiske utfallsmål

I dette systematiske litteratursøket med sortering har vi ikke lest artiklene i fulltekst og dermed ikke vurdert studienes kvalitet. Basert på lesing av sammendragene ser majoriteten av studiene ser ut til å finne klare positive sammenhenger mellom det å være/komme i arbeid og helse, særlig psykisk helse. En enkel sammenstilling av studieforfatterens konklusjoner tyder derfor på at arbeid kan gi positive effekter på helse.

3.12 Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner



Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehus gir alvorlig skade. Det finnes mange tiltak som kan forebygge fall. I denne rapporten har vi vurdert effekt av ulike tiltak for å forebygge fall i institusjon. Vi fant at: • Antall fall i sykehus blir trolig redusert ved bruk av sammensatte tiltak, for eksempel opplæring av personell og tilbud om trening til pasienter. • Antall fall eller omfang av hoftebrudd i omsorgsinstitusjoner ser ikke ut til å bli påvirket ved bruk av sammensatte tiltak sammenlignet med vanlig pleie. • D-vitamintilskudd til pasienter i omsorgsinstitusjoner med lave nivåer av D-vitamin vil trolig redusere antall fall, men ikke antall personer som faller. • Bruk av et verktøy for å vurdere risiko for fall i omsorgsinstitusjoner sammenlignet med en sykepleiers skjønn, gir trolig liten forskjell i fallrate og antall personer som faller. • Diagnostisk nøyaktighet av risikovurderingsverktøyet STRATIFY er begrenset og bør ikke brukes alene for å identifisere individer med høy risiko for å falle. Det finnes mange andre tiltak for å forebygge fall, men resultatene fra studier av disse er usikre. Vi kan ikke konkludere med om tiltak som trening, legemiddelgjennomgang, formidling av strategi om beste praksis, svært lav seng, nettbaserte fallforebyggende verktøy eller bruk av brosjyrer påvirker antall fall eller antall personer som faller.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-963-2 Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13-2015, Systematisk oversikt juni 2015

Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner

Hilde H. Holte, Vigdis Ueland, Elisabeth Hafstad.

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehus gir alvorlig skade. Det finnes mange tiltak som kan forebygge fall. I denne rapporten har vi vurdert effekt av ulike tiltak for å forebygge fall i institusjon. Vi fant at: • Antall fall i sykehus blir trolig redusert ved bruk av sammensatte tiltak, for eksempel opplæring av personell og tilbud om trening til pasienter, tilpasset den enkelte institusjon. • Antall fall eller omfang

av hoftebrudd i omsorgsinstitusjoner ser ikke ut til å bli påvirket ved bruk av sammensatte tiltak sammenlignet med vanlig pleie. • D-vitamintilskudd til pasienter i omsorgsinstitusjoner med lave nivåer av D-vitamin vil trolig redusere antall fall, men ikke antall personer som faller. • Bruk av et verktøy for å vurdere risiko for fall i omsorgsinstitusjoner sammenlignet med en sykepleiers skjønn, gir trolig liten forskjell i fallrate og antall personer som faller. • Diagnostisk nøyaktighet av risikovurderingsverktøyet STRATIFY er begrenset og bør ikke brukes alene for å identifisere individer med høy risiko for å falle. Det finnes mange andre tiltak for å forebygge fall, men resultatene fra studier av disse er usikre. Vi kan ikke konkludere med om tiltak som trening, legemiddelgjennomgang, formidling av strategi om beste praksis, svært lav seng, nettbaserte fallforebyggende verktøy eller bruk av brosjyrer påvirker antall fall eller antall personer som faller.

3.13 Konsekvenser for kommunene av den stille reformen



FoU-prosjekt 144007
Rehabilitering
"Konsekvenser for
kommunene av den stille
reformen"



Hovedstyret i KS mener at kommunesektoren bør og kan ta et større ansvar for helse- og omsorgstjenestene, og at rehabilitering er et område som er særlig egnet for dette.

Dagens tjenestetilbud for rehabilitering har en uklar ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det har i lang tid vært en «stille reform» ved at kommunene har fått større ansvar og oppgaver på rehabiliteringsområdet, samtidig som det er avdekket kapasitetsutfordringer innen habiliterings- og rehabiliteringstjenester i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Denne «stille reformen» skaper press i tjenestene og kan føre til skjevprioriteringer i kommunene. KS påpeker at det å formelt overføre store oppgaver til kommunene på rehabiliteringsfeltet kan være bedre enn at den stille reformen fortsetter.

Det er også sannsynligvis et effektiviseringspotensial ved en bedre samordning med kommunens eget tilbud. Hovedutfordringen er imidlertid at rehabiliteringstilbudet i kommunene varierer stort, og at man i dagens system har utfordringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

De private rehabiliteringsinstitusjonene utgjør en stor andel av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Når de regionale helseforetakene inngår nye avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene, er det samtidig med en erkjennelse av at flere av tilbudene burde vært kommunale tilbud.¹

KS hovedstyre mener at oppgaver, myndighet og ressurser som en hovedregel bør overføres til kommunene for å ivareta større deler av rehabiliteringen. Samtidig påpekes det at dette må skje under en forutsetning om at faglige og økonomiske ressurser samt nødvendige støttestrukturer følger med en overføring. Det er behov for at kompetanse bygges opp i kommunene, fordi den er for ulikt fordelt i dag.²

Videre mener KS at det er flere forutsetninger som må være oppfylt for at kommunene skal kunne ivareta et større ansvar:

☐ Det må sikres en henvendelsesinstans slik at pasienten ikke blir utsatt for tilfeldigheter i vurderinger og tjenestetildelinger

- o Bestillerfunksjon med vurderingsenhet eller team

- o Koordinerende beslutningsmyndighet

☐ Det må sikres en godt designet utviklings- og evalueringsplan

- o Hvordan tjenestene skal dimensjoneres

- o Hvilke tjenester som bør utføres lokalt

- o Hva som bør gjøres i spesialisthelsetjenesten

KS har presisert at i første omgang er det noen diagnoser som skiller seg ut, og foreslått at kommunene i første fase av en oppgaveoverføring bør kunne overta ansvaret for rehabilitering av lårhalsbrudd, hofteopererte, KOLS og hjerneslag.

4. PASIENT- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING OG FRIVILLIGHET

4.1 Betingelser for frivillig innsats



Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
2015-1

Betingelser for frivillig innsats

*Dag Wollebæk
Synne Sætrang
Audun Fladmoe*

I internasjonal sammenlikning pågår det svært mye frivillig arbeid i Norge, et kjennetegn vi deler med de andre skandinaviske landene. Frivillig arbeid er en grunnpilar i barns og ungdoms organiserte fritid, det utgjør et viktig supplement til offentlig tjenesteyting på velferdsfeltet, det er en forutsetning for mye politisk rettet og religiøst arbeid og det er avgjørende for å ivareta gode bomiljø og organisering på arbeidsplassen. Frivillighet innenfor organisasjonslivet står for store og viktige samfunnsbidrag; i tillegg til å ha en betydelig økonomisk verdi, kan deltakelsen gi viktige bidrag til sosial integrasjon og vedlikehold av demokratiet (Wollebæk et al. 2000). Studier har også vist at omfanget av frivillig organisering i et samfunn er nært koblet til samfunnets tillitsnivå (Wollebæk & Selle 2007). Selv om forskningen viser endringer i motiver og former for frivillighet, er det få tegn til at omfanget av det frivillige arbeidet svekkes over tid, snarere tvert imot.¹

Frivillig arbeid er altså et fenomen som har gjennomsyret og fortsetter å prege det norske samfunnet på mange felt. Det berører store deler av befolkningen på ulike måter, enten det er som frivillig eller som mottaker av tjenester. Det er derfor vel verdt en studie av *hvorfor* folk deltar. Denne rapporten bidrar med ny kunnskap om dette spørsmålet. Analysene våre vil være av interesse for forskere som ønsker å forstå frivillig arbeid bedre, og de har også konkrete implikasjoner for praktikere på organisasjonsfeltet.

Rapporten søker å bidra til forståelsen av frivillighet på tre måter.

For det første anlegger vi et *prosessperspektiv* på frivillig arbeid. Aktiviteten har ulike faser: en begynnelse, et midtparti og en slutt, og alle tre fasene har distinkte forklaringer. Målet er å forstå bedre hva som påvirker handling i de ulike fasene av denne prosessen. Rapportstrukturen følger grovt sett de tre fasene i det frivillige arbeidet: Hva skjer idet man begynner med frivillig arbeid? Hvordan begrunner man innsatsen og hvordan forholder man seg til organisasjonene man er aktive i når man først er inne? Og hva skiller de som slutter – eller planlegger å slutte – fra de som fortsetter med aktiviteten over tid? Ved hjelp av en slik prosesstilnærming håper vi å få bedre tak i folks motivasjon og omstendighetene rundt deltakelsen enn hva tidligere norsk forskning har gjort.

For det andre vil vi *studere historisk endring*. Vi undersøker hvordan motivasjon for frivillighet og forholdet mellom individ og organisasjon har endret seg de siste 20 årene, og drøfter hvordan disse endringene er koblet til bredere samfunnsprosesser, da særlig individualisering. Til grunn for denne tilnærmingen ligger en oppfatning om at motivasjon og holdninger til frivillig organisering ikke er statiske størrelser, men er i konstant bevegelse i takt med endringer på samfunns- og organisasjonsnivå.

For det tredje presenterer og samler vi en omfattende internasjonal litteratur om motivasjon og frivillighet. Vi anlegger et helhetlig og integrert perspektiv, der vi benytter oss av flere ulike teoretiske tilnærminger til fenomenet. Tilnærmingene vi benytter oss av kan grovt klassifiseres i tre grupper: forklaringer som fokuserer på *subjektive disposisjoner*, de som ser på *individuelle utgangsbetingelser* og endelig forklaringer som vektlegger *kontekstuelle faktorer*. Disse tilnærmingene drøftes kort nedenfor.

4.2 Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet



Senter for forskning på sivilsamfunn
og frivillig sektor 2015
Rapport 2015:2

Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet

*Håkon Dalby Trætteberg,
Karl Henrik Sivesind*

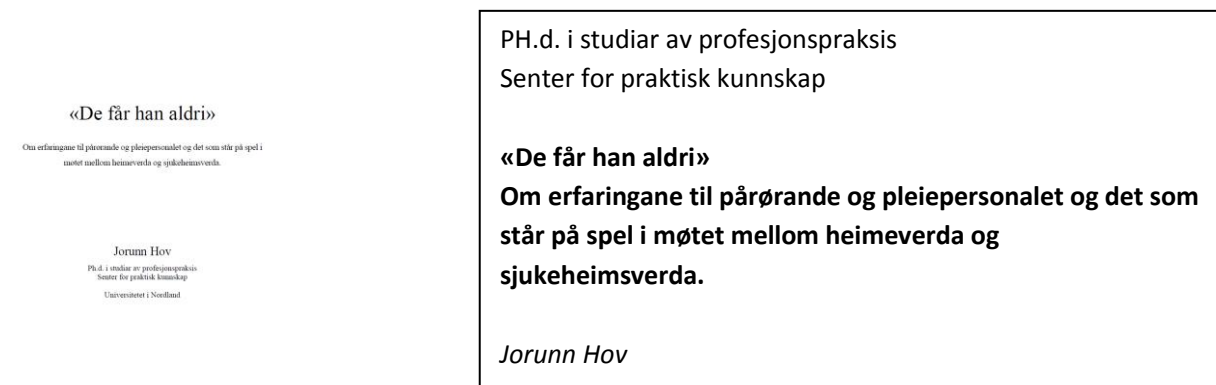
Denne rapporten er skrevet ved Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor på oppdrag for Kulturdepartementet. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor er et samarbeid mellom Uni Rokkansenteret i Bergen og Institutt for samfunnsforskning i Oslo. Senteret er i hovedsak finansiert av Kulturdepartementet, men mottar også midler fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Rapporten nyttiggjør seg i stor grad data innsamlet i forbindelse med prosjektet «Outsourcing of Scandinavian welfare societies? Consequences of private and nonprofit service provision for active citizenship» som er finansiert av Norges forskningsråd. Prosjektet ledes av Karl Henrik Sivesind, forsker I ved Institutt for samfunnsforskning. Et av arbeidsområdene innebærer intervjuer med politisk og administrativ ledelse i kommunen og med brukere, pårørende, ansatte og ledere ved skoler og sykehjem i Norge, Sverige og Danmark. Datainnsamlingen i utvalgte

kommuner er utført av David Feltenius Universitetslektor ved Umeå Universitet, Malene Thøgersen, postdoktor ved Aalborg universitet og Håkon Dalby Trætteberg, stipendiat ved Institutt for samfunnsforskning. Uten dette materialet ville det ikke latt seg gjøre å skrive en slik rapport innenfor rammene til dette rapportarbeidet. For å dekke en bredere del av helse- og omsorgstjenester, har Håkon Dalby Trætteberg samlet data om to nye tjenesteområder. Vi valgte da barnevernstjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vi er takknemlige til alle som velvillig har stilt opp og latt seg intervjuet til denne rapporten. Alle vi har kontaktet har stilt seg velvillige, og uten tiden og kunnskapen disse har delt med oss ville arbeidet vært umulig. Takk også til Therese Koppang i Kulturdepartementet som har gitt oss ryddig og konstruktiv oppfølging underveis. Ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester har opplevd økt anerkjennelse de siste årene. Fra å bli innlemmet i vekselvis den offentlige og den kommersielle sfære, er bevisstheten om ideell sektor nå godt etablert i offentligheten. Dette er imidlertid en relativt ny tilstand, noe som kan være med å forklare et av hovedfunnene i rapporten, nemlig at det er forbausende hvor lite empirisk arbeid som er gjort på de ideelle aktørene i Norge. Vi mener denne rapporten synliggjør behovet for mer forskning på dette feltet.

4.3 «De får han aldri». Om erfaringane til pårørande og pleiepersonalet og det som står på spel i møtet mellom heimeverda og sjukeheimsverda



Avhandlinga handlar om overgangen frå heim til sjukeheim for den gamle pasienten. Ho bygger på ein studie med feltarbeid ved ei skjerma eining for pasientar med demenssjukdom, samt intervju med åtte pleiarar og fem nære pårørande. Eigne erfaringar har også vore ei kjelde til forståing. Den metodiske framgangsmåten tek utgangspunkt i fenomenologisk-hermeneutisk metode og forståing.

I avhandlinga ser eg overgangen frå heim til institusjon som eit møte mellom heimeverda og sjukeheimsverda. I denne situasjonen er både pasienten, dei pårørande og pleiepersonalet i ein svært sårbar situasjon. Med alderdom og sjukdom blir på eit vis sjølv verden i verda sett på spel for begge partar. Det handlar ikkje minst om at overgangen frå heim til institusjon kan sjåast som eit brot i livssamanhengen.

Noko av det viktigaste avhandlinga bringar fram kan konkretiserast i korleis dei pårørande kan oppleve dette som ein stor smerte. Denne smerta kan vere knytt til å vere sliten etter tyngande omsorgsoppgåver, den gamle si hjelpeløys og det han eller ho er i ferd med å tape, men like mykje det dei pårørande sjølv er i ferd med å miste. Det synest som om pleiepersonalet er lite bevisst på dette, og at dei i for liten grad legg til rette for dei pårørande som ønsker å vere aktivt med i omsorga og ta del i avgjerder som vedkjem pasienten. Pårørande beskriv elles mange engasjerte og dyktige pleiarar, men også pleiarar som toler lite kritikk og som set si ære i å klare ting sjølv utan å bry pårørande. Pårørande kan dermed kjenne det som om dei blir konkurrentar til pleiepersonalet, og at pleiepersonalet vil ta over deira rolle. Når pårørande opplever at pleie-personalet tek eit eigarskap til pasientane som går ut over deira eigentlege funksjon og rolle, mistar dei omsorgsposisjonen som pårørande og blir «berre» besøkande. Avhandlinga viser at også pleiepersonalet er sårbare i samhandlingssituasjonane i sjukeheims-avdelinga. Det gjeld ikkje berre dei som ikkje lykkast i samhandlinga, men også dei som lykkast og stadig må stå i dei mest krevjande situasjonane. Det kan opplevast som så belastande at dei søker seg bort frå slike jobbsituasjonar, og dermed frå nokre av dei som treng dei mest. Å støtte opp om pleiepersonalet si fagelge og personlege utvikling kan vere til hjelp i vanskelege arbeidsituasjonar og nødvendig for å behalde og rekruttere dei dyktigaste pleiarane.

4.4 Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig

Din skyldighet att informera
och göra patienten
delaktig
Handbok för vårdgivare, chefer och personal
Aktuell från 1 januari 2015

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, april 2015.

Artikelnummer 2015-4-10

Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig

Handbok för vårdgivare, chefer och personal

Aktuell från 1 januari 2015

Birgitta Eriksson, Cecilia Törnblom

En god vård ska bland annat kännetecknas av att den är individfokuserad, jämlik och säker. Den ska genomföras i samråd och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det ställer krav på att det finns ett ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som också omfattar möjligheterna till patientinflytande, dvs. bemötande, information, delaktighet, valmöjligheter och kontinuitet.

Med denna handbok ger Socialstyrelsen en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Syftet är att underlätta tillämpningen så att den blir mer enhetlig över landet. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som ansvarar för och arbetar med information och kommunikation till patienter och närstående. Förhoppningen är att handboken kan ge stöd för såväl ledningens styrning, planering och uppföljning som hälso- och sjukvårdspersonalens dagliga arbete. Socialstyrelsen hoppas också att referat från lagstiftningens förarbeten, forskning och goda exempel kan ge underlag till diskussioner och förbättringsarbete.

Den första upplagan av handboken publicerades i juli 2010. En reviderad version publicerades när patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011 och en tredje upplaga anpassad till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kom ut i februari 2012. I denna fjärde upplaga har ändringar och kompletteringar gjorts utifrån det som nu gäller enligt patientlagen (2014:821) och i annan lagstiftning. Även andra ändringar har förts in, bland annat i kapitlet Information vid vårdskador och hantering av klagomål.

Handboken har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av *Birgitta Eriksson* (projektledare), *Peder Carlsson*, *Birgitta Clarin*, *Lena Gabrielsson*, *Anna-Karin Gullberg*, *Elisabet Svedberg* och *Maria Jacobsson*. En extern referensgrupp med representanter från Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Sveriges Kommunalarbetsareförbund, Handikapporganisationernas samarbetsorgan, Sveriges Pensionärsförbund och Pensionärernas Riksorganisation har gett värdefulla synpunkter under arbetet.

Ansvariga för revideringarna i den andra och tredje upplagan har varit *Birgitta Eriksson* (sakkunnig) och *Emil Bergschöld* (jurist), Socialstyrelsen. Ansvariga för den fjärde upplagens revideringar är *Birgitta Eriksson* (sak-kunnig) och *Cecilia Törnblom* (jurist), Socialstyrelsen.



Nordlandsforskning

Arbeidsnotat nr. : 1007/2015

ISSN-NR: 0804-1873

Prosjektnr: 1440

Følgforskning «Aktive muligheter» Undervegsrapport

Trond Bliksvær

«Aktive muligheter» er eit samarbeids- og utviklingsprosjekt som gjennomførast i samarbeid mellom tre kommunar og ein bydel i Oslo (Asker, Drammen, Gjøvik, Bydel Gamle Oslo), med Asker kommune som «vertskommune» og ansvarleg for prosjektadministrasjonen. Knutepunktet «Fritid for alle» (FFA), som er lokalisert ved Nasjonale kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser (Aktiv Ung), fungerer som koordinator og fagleg rettleiar for samarbeidsprosjektet. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

Prosjektet tar utgangspunkt i at fritid er den arenaen som det har stått dårligast til med for utviklingshemma, sidan HVPU-reforma (Söderström og Tøssebro 2011, Midsundstad 2013). I tillegg synest bruken av støttekontaktordninga å vere prega av liten kreativitet rundt om i landets kommunar, og derfor har eit uutnytta potensiale som lovpålagt teneste for å kunne bidra til ei meningsfull fritid for borgarar som har behov for det, inkludert personar med utviklingshemming. Samstundes som utviklingshemma har vore den klårt største brukargruppa av støttekontakt i Noreg, har andelen brukarar av støttekontakt blant utviklingshemma gått markant ned i perioden mellom 2001 og 2010, frå 43 til 27 prosent (Tøssebro 2015). Prosjektet tar også utgangspunkt i erfaringar med metoden Fritid med Bistand (FmB), som er ein metode som nettopp har som mål å auke moglegskapen for ei meningsfull fritid for personar som har behov for assistanse til dette. Metoden har blitt tatt i bruk i mange kommunar sidan oppstarten for 15 år sidan, men enno i svært liten grad for brukarar med utviklingshemming (Midsundstad 2013).

Prosjektet blei starta opp som eit forprosjekt i 2012 og 2013, og har ved utgangen av 2014 tilbaketrukk sitt første av to planlagde år som hovudprosjekt. Erfaringar frå forprosjektet er oppsummert i eit arbeidsnotat utgitt av Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser - Aktiv Ung (Heggebø 2014).

Dette notatet skildar status for følgjeevalueringa til utviklingsprosjektet, og oppsummerar aktivitetar og erfaringar frå det første året med hovudprosjekt (2014), det vil seie halvvegs i prosjektperioden på i alt to år¹. Prosjektet søker Helsedirektoratet om tilskottsmidlar årleg i prosjektperioden, og gjennomføring av dei planlagde aktivitetane er på vilkår om at tilskottet vert gitt frå direktoratet.

¹ Erfaringar frå samarbeidsprosjektet vil også bli publisert i eit bokkapittel i antologien «Deltakelse på fritiden. Perspektiver på fritidsdeltakelse for mennesker med utviklingshemming», som er planlagt utgitt på Fagbokforlaget i løpet av 2015.



Akershus universitetssykehus HF i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF Vestre Viken HF Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsBeste 11/2015. Publikasjonsnummer IS-0522

Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie

Torleif Ruud, Bente Birkeland, Anne Faugli, Kristine Amlund Hagen, Anders Hellman, Marit Hilsen, Ellen Katrine Kallander, Elin Kufås, Maren Løvås, Gro Christensen Peck, Åshild Skogerbø, Bjørg Eva Skogøy, Kristin Stavnes, Eivind Thorsen, Bente M Weimand

Denne multisenterstudien har hatt sin hovedfinansiering fra Norges forskningsråd som ett av flere forskningsprosjekt om barn som pårørende. Vi har også mottatt omfattende støtte fra Helsedirektoratet knyttet til undersøkelser som var bestilt fra Helse- og omsorgsdepartementet og som falt mye sammen med målene for dette prosjektet, og støtte til et doktorgradsstipend fra Helse Nord RHF. Alle partene i prosjektet har også bidratt mye til gjennomføringen med egenandeler i form av arbeidstid ved mange medarbeidere.

Arbeidet med denne rapporten er finansiert som en del av tildelingen fra Helsedirektoratet. To rapporter fra kvalitative levekårsstudier om erfaringene fra henholdsvis barn og voksne pårørende til personer med rusproblemer utgis av Helsedirektoratet parallelt med denne rapporten. Disse tre rapportene med både kvantitative og kvalitative data utfyller hverandre. Sammen med andre pågående studier bidrar det til et bedre kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av hjelp og støtte til barn og familier som rammes av sykdom i familien.

Medlemmene i prosjektgruppa, som sammen har planlagt og gjennomført multisenterstudien, har også deltatt aktivt som medforfattere ved utarbeidingen av denne rapporten, også med drøftinger av kapitler som i hovedsak har vært skrevet av en eller noen få personer.

Vi takker Helsedirektoratet for støtten til studien, og for interessen for barn som pårørende og forskning i dette feltet. Vi takker også for samarbeidet med Helsedirektoratet om den nasjonale konferansen om barn som pårørende, der store deler av resultatene i denne rapporten presenteres.

Vi takker også de mange medarbeiderne (se navn i vedlegget) som har bidratt til gjennomføring av multisenterstudien ved sin innsats i Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør, kompetansenettverket BarnsBeste, og Akershus universitetssykehus. Vi takker også for samarbeid med ledere og behandlere i de avdelinger og poliklinikker der vi har fått rekruttere pasienter og familier til multisenterundersøkelsen, og de medlemmene i bruker- og interesseforeninger som har bidratt mye i planlegging og gjennomføring av de to kvalitative leverkårsundersøkelsene.

Aller mest takknemling er vi til dere barn, ungdommer, foreldre og foresatte, behandlere,

lærere/pedagoger, barneansvarlige og ledere som har formidlet deres erfaringer og innsikt ved å fylle ut spørreskjema. Dere har gitt et viktig bidrag til mer kunnskap om den situasjonen dere opplever, og om hva som kan gjøres bedre for å hjelpe og følge opp barn og familier som rammes av sykdom eller rusproblemer. Vi vil arbeide for at den informasjon dere har gitt skal bidra til et godt helsetilbud for familier.

4.7 Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre



Universitetsforlaget
Tidsskrift for omsorgsforskning 2015
ÅRG. 1 NR. 2

Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre

Trude Brita Nergård

SAMMENDRAG Artikkelen bygger på en kvalitativ studie hvor målet har vært å undersøke (1) Hvor mye hjelp etnisk norske voksne barn yter til sine foreldre, (2) Hva slags hjelp de gir, og (3) Motivasjonen for å hjelpe. 32 personer mellom 40 og 50 år ble intervjuet, like mange menn som kvinner.

Analysen er organisert som tematiske fortellinger rundt de tre hovedspørsmålene. Resultatene viser at intervjupersonene er positive til å stille opp for foreldrene, og at de også gjør det. Når behovet for hjelp øker, øker innsatsen. Hjelpen som ytes er hovedsakelig av praktisk karakter, og den er mer preget av å være sporadisk enn jevn. Ingen utfører pleieoppgaver, og svært få kan tenke seg å gjøre det, selv om behovet for slik hjelp skulle oppstå. Motivasjonen for å hjelpe er kjærlighet og et ønske om «å gi noe tilbake». Men plikt er også en viktig drivkraft. Når kjærligheten ikke strekker til som motivasjon, er det plikten informantene lener seg på.

4.8 Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-964-9, prosjektnr. 927, systematisk litteratursøk med sortering, juni 2015.

Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer

Fønhus, Marita Sporstøl, prosjektleder, Stenberg, Una, Hafstad, Elisabet.

I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utført et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Formålet var å finne forskning som ser på effekt av mestringstiltak med brukermedvirkning, for personer som har langvarige helseutfordringer.

Metode

Vi har utført to systematiske litteratursøk; ett for å finne systematiske oversikter og ett for å finne nordiske primærstudier. Vi har søkt i ulike forskningsdatabaser frem til 5. mars 2015. To forskere har vurdert, uavhengig av hverandre, alle titler og sammendrag og trukket ut informasjon fra hver relevant publikasjon om formål, populasjon, tiltak, utfall, brukermedvirkning, metode og forfatterens egne konklusjoner. Vi har ikke analysert og kvalitetsvurdert de inkluderte systematiske oversiktene eller primærstudiene.

Resultater

Søk etter systematiske oversikter

- Av totalt 6900 referanser inkluderte vi 43 systematiske oversikter
- Den engelske termen for å beskrive det vi her definerer som et mestringstiltak, varierer. I 21 av 43 oversikter brukes den engelske termen «self-management interventions/programs/education»
- I samtlige systematiske oversikter har én eller flere inkluderte primærstudier en form for brukermedvirkning som del av mestringstiltaket. I 12 av 43 oversikter beskriver forfatterne denne brukermedvirkningen
- I 26 av 43 oversikter konkluderer forfatterne med at mestringstiltak har positiv effekt, i 13 av 43 usikker effekt, og i to av 43 ingen eller liten effekt
- Det er relativt stor variasjon i hvilke typer utfall som inngår i oversiktene
- Vi har ikke analysert og kvalitetsvurdert de inkluderte systematiske oversiktene

Søk etter nordiske primærstudier

- To nordiske primærstudier er inkludert fra totalt 3479 referanser

Det ene mestringstiltaket med brukermedvirkning er et norsk pasientopplæringstiltak kalt «Startkurs» for personer som har sykkelig overvekt.

Det andre er en dansk tilpasning av pasientopplæringsprogrammet «Chronic Pain Self-Management Programme» for personer som har kroniske smerter

- Effekt ble målt på ulike utfall og i begge primærstudiene konkluderte forfatterne med positiv effekt på disse
- Vi har ikke analysert og kvalitetsvurdert de inkluderte primærstudiene.

4.9 En må jo ha ei hånd



Rapportserie nr. 6/2015
Senter for omsorgsforskning øst
Høgskolen i Gjøvik

En må jo ha ei hånd

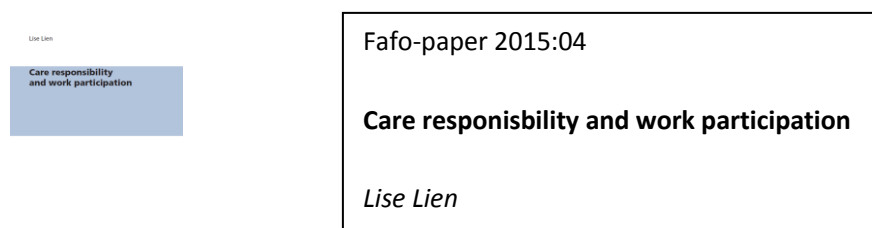
Jim Åke Skarli, Laila Tingvold, Maren Sogstad

Til tross for at det offentlige har et lovpålagt ansvar for å yte helse-og omsorgstjenester til befolkningen, og den kraftige utbyggingen av denne sektoren, viser en rekke undersøkelser i Norge at familien har opprettholdt en sentral omsorgsrolle for eldre og andre hjelpetrengende. Pårørende er i dag et usynlig pleiekorps, de utfører omtrent halvparten av all omsorg i hjemmet, men de er i liten grad inkludert i det øvrige hjelpeapparatet. Det er en ensom situasjon mange pårørende har (NOU 2011:17).

Den uformelle, i all hovedsak familiebaserte omsorgen, utgjør en innsats nesten på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk. For å løfte fram, synliggjøre og verdsette omsorgen fra familie, venner og naboer må det utvikles tiltak for å støtte, veilede og avlaste pårørende med omfattende omsorgsoppgaver og finne gode og mer systematiske måter å samhandle med pårørende på (Meld. St. 29 2012–2013).

Gjøvik kommune ved Utviklingscenter for sykehjem ønsker å gjennomføre et prosjekt med mål om å utvikle en modell for støtte og veiledning til pårørende. For å finne frem til gode og målrettede tiltak som kan inngå i en slik modell, ønsket kommunen å kartlegge hvordan pårørende til personer med neurologiske lidelser opplever sin hverdag, hvilke behov og ønsker de har.

4.10 Care responsibility and work participation

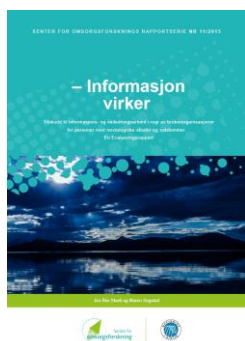


Some projection studies show that 25 per cent of the youth have to choose studies in health and social care to cover the need for health care personnel in Norway in 2025 and this is seen as unrealistic (Meld. St. 13 (2011-2012)). This calls for changes in the sector, and it is suggested that relatives have to cooperate more than before with the public elderly care system (Meld. St.13 (2011-2012)). While most caregivers are in paid work this may call for more flexibility at work and sometimes in a combination with (more) help from the public care system.

In this small-scale study we examine employees with additional care responsibilities, e.g. for children with disabilities and/or for elderly, and how this responsibility may affect their work and their work participation¹. The aim is to map out what measures employers can implement to secure that caregivers stay in work and preferably in full time work, and therein securing a better work-life balance. It is not necessarily the role as caregiver in itself, which may cause strains for these carers, but rather the intersection between work and caregiving. How employees handle, experience and balance these roles will vary and may be understood as individual adaptations to different factors at the community, work place and family level.

We will begin this paper by giving a short description of the Norwegian context both in terms of the challenges of the future welfare state, the Norwegian work-life and our formal and informal care system before presenting some important findings in this pilot study. The concluding remarks with a shortlist of workplace measures are to be found in the last chapter.

4.11 Informasjon virker



Rapportserie nr. 11/2015
Senter for omsorgsforskning øst
Høgskolen i Gjøvik

Informasjon virker

Jim Åke Skarli, Maren Sogstad

Helsedirektoratet har som et av tiltakene i Nevroplan 2015 forvaltet et tilskudd til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner for personer med nevrologiske skader og sykdommer.

Målet for tilskuddet har vært å øke kunnskap og bevissthet blant beslutningstakere, omsorgstjenestens ytere, brukere og pårørende om nevrologiske skader og sykdommer. Med nevrologiske skader og sykdommer menes skader og sykdommer i det sentrale nervesystemet, som eksempel multippel sklerose, cerebral parese, parkinsons sykdom, hjerneslag, epilepsi og hjerneskader etter ulykker, kreft med videre.

Tilskuddet skulle benyttes til å styrke informasjons- og veiledningsarbeid i regi av aktuelle brukerorganisasjoner for å gi brukere, pårørende og tjenesteytere i kommunen mer kunnskap om nevrologiske skader og sykdommer, spesielt hvordan det er å leve med nevrologiske tilstander.

Styrking av bruker- og pårørendeorganisasjonenes informasjons- og veiledningsarbeid kan fremme brukermedvirkning gjennom økt bevissthet om hvordan brukergruppen selv definerer hva som er viktigst å formidle. Det kan igjen påvirke utforming av tilbud og tjenester til målgruppen.

Tilskuddet har rettet seg mot bruker- og pårørendeorganisasjoner som måtte være:

Av eller for personer som primært har en nevrologisk skade eller sykdom.

Representativ for den gruppen den organiserer.

Åpen for medlemmer fra hele landet.

Alle kriteriene måtte være oppfylt og målgruppen for bevilgningen har vært brukere og pårørende. Fra 2010 til 2014 har 16 organisasjoner mottatt tilskudd. Mange av organisasjonene har fått tilskudd gjennom flere år og til ulike prosjekter. Det er gjennomført i overkant av 30 ulike prosjekter.

4.12 Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt Demenscentrum

Nationellt
kompetenscentrum
Anhöriga och Svenskt
Demenscentrum
Redovisning av verksamheten 2014

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-3-40

**Nationellt kompetenscentrum
Anhöriga och Svenskt
Demenscentrum
Redovisning av verksamheten 2014**

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp verksamheten vid Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NkA) och Svenskt Demenscentrum (SDC). Detta är den åttonde återsrapporteringen av verksamheten vid de båda kompetenscentren och den omfattar verksamheten under 2014.

Socialstyrelsen finner att såväl NkA som SDC bedriver en angelägen och viktig verksamhet. Kompetenscentrens redovisningar vittnar om insatser som både är efterfrågade och uppskattade av såväl professionellt verksamma som av anhöriga. Socialstyrelsen kan konstatera att deras respektive verksamhet bedrivs i enlighet med regeringsuppdraget.

NkA har under året fortsatt sitt arbete med att etablera lättillgängliga kun-skapskällor, arbeta med blandade lärande nätverk och sprida kunskap om anhöriga och deras situation och vilka stödsatser som finns. Centrumets uppgift är också att bistå med olika former av konsultationsstöd såväl till enskilda som till organisationer och myndigheter.

NkA:s grunduppdrag utvidgades 2014 till att förutom anhöriga till äldre personer också omfatta anhöriga till personer med funktionsnedsättning och personer med långvarig sjukdom. Utöver det har NkA haft specifika uppdrag att arbeta mot grupperna anhöriga till personer med flerfunktionsnedsättning, anhöriga till personer med psykisk ohälsa och barn som anhöriga. NkA bedriver en omfattande konferens- och utbildningsverksamhet för att sprida kunskap och utveckla och stärka utbildningar inom anhörigområdet.

SDC har fortsatt arbetet med Demens ABC Guiden och Demens ABC Plus. Under 2014 har en fortsatt spridning av utbildningen skett och i december hade drygt 80 000 användare genomgått utbildningen varav drygt 68 000 användare klarat kunskapstestet. Den skriftliga versionen av Demens ABC Guiden hade distribuerats i drygt 5 400 exemplar vid årets slut.

Under året har SDC fortlöpande uppdaterat sin webbportal med nyheter inom området samtidigt som arbete med att komplettera och uppdatera portalens sex huvudområden Fakta om demens, Leva med demens, Arbeta med demens, Forskning, Utbildning och Publicerat genomförts. Under 2014 registrerades 620 700 besök på hemsidan varav 350 746 unika besökare.

SDC sprider ett omfattande skriftligt material via rapporter och nyhets-brev. Under året har SDC arrangerat och deltagit i ett stort antal konferenser och fortsatt sitt arbete med att utveckla kontakter och samarbeten. Under året har en Facebooksida och en poddradio om demens startats.

5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

5.1 Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-500-9. Notat fra Kunnskapssenteret, prosjektnummer 9975, mai 2015

Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid.

*Konsmo Trulte, de Vibe Michael, Bakke Toril, Udness Ellen, Eggesvik Siri, Norheim Geir
Marie Brudvik, Vege Anders.*

Nasjonal strategi for kvalitet i sosial og helsetjenesten (2005–2015) definerer at tjenester som har god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Både ledere og medarbeidere i helsetjenesten ønsker at tjenestene skal ha god kvalitet og mange arbeider systematisk med forbedringer for å nå målene. I dette arbeidet benyttes ulike tilnærminger/modeller avhengig av den kompetansen som finnes på forbedringsarbeid i organisasjonen.

Modell for kvalitetsforbedring er utviklet av seksjon for kvalitetsutvikling i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Seksjonens oppgave er å utvikle metoder og verktøy for kvalitetsforbedring og bistå praksisfeltet med å ta dette i bruk i tråd med den nasjonale kvalitetsstrategien.

Notatet gir en beskrivelse av hvordan modellen er utviklet, hvilken forbedringstradisjon den står i og gir eksempler på forskning om systematisk forbedringsarbeid. Deretter beskrives modellen og hvordan denne kan brukes i praktisk forbedringsarbeid i helsetjenesten. Lesere som kun ønsker å lese om modellen kan gå til del II, eller til www.kvalitetsforbedring.no.

5.2 Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten



www.pwc.no

KS FOU 144017

Mars 2015

Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten

PwC har utarbeidet FoU-rapporten "Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten" for KS. Rapporten tar for seg kommunenes praksis for håndtering og arkivering av dokumentasjon innenfor pleie og omsorg. Både saksdokumentasjon og dokumentasjon som ikke er gjenstand for saksbehandling er omfattet. Det er også utarbeidet en veileder, hvor formålet med denne er å hjelpe og rettlede kommunene til å kunne trekke tydelige grenser mellom helserettede dokumenter og saksbehandlingsdokumentasjon. Det anbefales å se rapporten og veilederen i sammenheng.

Rapporten bygger på informasjon fra gruppeintervjuer med personer fra ni utvalgte kommuner, intervjuer med tre systemleverandører og ni individuelle intervjuer med representanter fra ulike kommuner. Rent statistisk sikrer ikke dette datagrunnlaget representativitet ettersom utvalget er begrenset. Likevel gir rapporten grundig informasjon om de utvalgte kommunenes praksis innenfor temaet.

Rapporten er fremstilt slik at kapittel 2 beskriver hvordan kommunene håndterer dokumentasjon innenfor pleie og omsorg. I kapittel 3 redegjøres det for gjeldende lover og forskrifter som må legges til grunn for vurderingene som gjøres i kapittel 4. I kapittel 5 presenteres konkrete anbefalinger på hvilke grep kommunene kan gjøre for å i størst mulig grad oppfylle lovverk, normer og god praksis.

I løpet av prosjektgjennomføringen har PwC hatt god dialog og månedlige møter med oppdragsgiver Anne Mette Dørum fra KS og referansegruppen som har fulgt prosjektet. Fra PwCs side er arbeidet utført av Hege Gabrielsen (prosjektleder), Ole-Morten Holmøy, Knut Arne Askeland, Anders Lindseth og Isabelle Johannessen. Undertegnede har vært oppdragsansvarlig overfor KS og kvalitetsikrer av utredningen.

PwC syntes dette har vært et interessant og spennende oppdrag. Vi håper at rapporten sammen med veilederen gir kommunene et tydeligere bilde av hvordan dokumentasjon i tilknytning til omsorgstjenester skal håndteres, og sikre en mest mulig forsvarlig og effektiv håndtering av slik dokumentasjon.

5.3 Veileder for håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten



www.pwc.no

Veileder

KS FOU 144017

Mars 2015

Veileder for håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten

Om veilederen

Formålet med denne veilederen er å hjelpe og rettlede kommuner til å kunne trekke tydelige grenser mellom saksbehandlingsdokumentasjon og dokumentasjon av helsehjelp knyttet til pleie- og omsorgstjenester, slik at dokumentasjonen blir håndtert i tråd med gjeldende lovverk. Veilederen er basert på rapporten «Håndtering av dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten», som er tilgjengelig på KS sine nettsider. KS har over tid fått mange henvendelser fra kommuner som etterspør hvordan dokumenter i tilknytning til pleie- og omsorgstjenester skal håndteres, og opplever at dette er et tema som er uklart for mange kommuner. Uklarheten dreier seg i stor grad om i hvilket system ulik dokumentasjon skal saksbehandles og følges opp, samt hvilken dokumentasjon som skal arkiveres hvor.

5.4 «Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling» - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune

 "Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling" - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune. Anne Liv Engbråten 01.04.2015 Dette er en fagrapportering av langturnus i et bofellesskap for mennesker med utviklingshemning. Vi har sett på utfordringer som er i fokus i denne rapporten. Rapporteringen er basert på en faglig evaluering som har vært en del av en prosjekt, og de som har vært med på det. Faktorer som innsett, tid og ledelse ligger frem for å forstå hvorfor det har gått som det har.	Bodø kommune Nordlandssykehuset Nordlândia Skippijviesso 01.04.2015 «Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling» - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune <i>Anne Liv Engbråten</i>
---	---

"Vi ska da ikkje stoppe her. Det e meir vi kan gjøre for de to."

Det var høsten 2003. To beboere i Lillevollen har på nytt blitt henvist til Habiliteringsteamet for voksne ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Vi har første møte, og det er en av de som jobber i Lillevollen som starter møtet med dette utsagnet. Personalet er utålmodige etter å komme i gang med arbeidet. I perioden 1. februar 1999 til 30. juni 2003 gjennomførte Bodø kommune et prosjekt i Lillevollen som ble kalt Barken. (Engbråten, 2003) Barkenprosjektet var et prosjekt rundt to personer. Prosjektet hadde som hovedmålsetting å etablere et godt liv for de to. Begge hadde utviklingshemning og alvorlige psykiske lidelser. Bodø kommune ønsket samtidig å prøve ut en arbeidsmodell. Erfaringene fra Barkenprosjektet var svært gode. De to brukerne som ble kalt Hans og Grete hadde fått et bedre liv. Arbeidsmodellen som de jobbet seg frem til, ble kalt "målbasert miljøutvikling" (Engbråten, 2004). Den "indre- og ytre boks" ble brukt som bilde på hvor innsatsen var i arbeidet. I "den indre boksen" inngikk hvordan den enkelte ansatte møtte brukerne, f.eks. tiltak, kommunikasjon og oppfølging av den enkelte beboer. I "den ytre boksen" var totalmiljøet og der man f.eks. sikret god kommunikasjon ansatte imellom, ansatt og leder, med tiltak som opplæring, veiledningsmøter, personal- og fagmøter o.l.. Erfaringene var at den indre og den ytre boksen betinget hverandre, men faktorer i den ytre boksen var det som ansatte pekte på som de viktigste suksesskriteriene. Ledelse, veiledning og refleksjon, rutiner og systemer ble løftet frem som det som hadde betydning mest. Personalet synes at det var deler av dette arbeidet som hadde stoppet opp etter at prosjektet var over, og at det gjensto å kvalitetssikre erfaringene.

5.5 Assessing chronic management in European health systems



European Observatory on Health
Systems and Policies
WHO

Assessing chronic management I n European health systems

Ellen Nolte
Cécile Knai

This book presents detailed accounts of the experiences of 12 countries in Europe in their efforts to enhance the care for people with chronic conditions. It accompanies Volume I, which provided a summary overview of the current state of policy thinking across Europe to more effectively address the requirements associated with chronic and long-term conditions (Nolte & Knai, 2014). Both volumes build on earlier work, which examined the health system context for chronic disease (Nolte & McKee, 2008a), assessed the evidence base for chronic care (Nolte & McKee, 2008b) and reviewed the experience in eight countries in Europe and beyond (Nolte, Knai & McKee, 2008). The present volume seeks to extend this earlier work by drawing on information on approaches to (chronic) disease management and evaluation strategies in a range of European countries that was collected within the DISMEVAL project (Developing and validating DISease Management EVALuation methods for European health care systems). DISMEVAL was a three-year European collaborative project, conducted between 2009 and 2011, which aimed to contribute to developing new research methods and to generate the evidence base to inform decision-making in the field of chronic disease management evaluation. It was funded under the European Commission's Seventh Framework Programme.

5.6 Riksrevisjons undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen



Riksrevisjonen Dokument 3-serien
Dokument 3:5 (2015-2016)

**Riksrevisjonenes undersøkelse av
ressursutnyttelse og kvalitet i
helsetjenesten etter innføringen av
samhandlingsreformen**

Helse- og omsorgsdepartementet Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om samhandlingsreformen så langt bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden fra 2012 til september 2015.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes. God kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og å øke samarbeidet mellom helsenivåene. Ny helse- og omsorgstjenestelov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Den skal blant annet sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Videre skal befolkningen sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. De statlige aktørene – Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og fylkesmennene – har viktige oppgaver med å understøtte kommunenes arbeid for å nå målene med reformen.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 (spesialisthelsetjenesteloven)

Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Innst. O. nr. 65 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Innst. 11 S, jf. Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2012, 2013, 2014 og 2015, Innst. 375 S (2014–2015) om kommuneproposisjonen 2016, jf. Prop. 121 S (2014–2015) Kommuneproposisjonen 2016.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 18. september 2015.

Departementet har i brev 16. oktober 2015 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

5.7 Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga

Vård och omsorg om
personer med nedsatt
beslutsförmåga
koncept

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-2-41

Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga. Arbetet har inriktats mot tvångs- och begränsningsåtgärder och hur den kommunala vården och omsorgen (inklusive enskilda verksamheter) ska kunna undvika och förebygga dessa åtgärder. Om Socialstyrelsen finner att verksamheterna har behov av stöd ska myndigheten överväga vilket stöd de behöver, samt påbörja arbetet med att initiera detta.

Efter att ha följt utvecklingen och studerat den nuvarande situationen inom området kan Socialstyrelsen bland annat konstatera följande:

- Intresset för dessa frågor är stort i vården och omsorgen.
- Ett stort problem är svårigheten att få ett tydligt samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga.
- Personalen i vården och omsorgen synliggör inte självklart de tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer.
- Det finns ofta en vilja och en tro på att någon annan kan lösa problemet.
- Kunskapen om omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder är bristfälligt vad gäller personer med hemtjänst, personlig assistans och inomhögården.
- Socialstyrelsens stöd om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder når inte ut till hela den kommunala vården och omsorgen om vuxna.

Med utgångspunkt från det arbete som har genomförts kan Socialstyrelsen rapportera följande:

- Socialstyrelsen har påbörjat en uppdatering av myndighetens stöd om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder till verksamheterna. Det handlar om att anpassa stödet mot en vidare grupp vuxna än enbart personer med demenssjukdom. För att ytterligare stödja verksamheterna kommer myndigheten att visa på hur verksamheterna kan arbeta inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete, för att synliggöra, förebygga och åtgärda tvångs- och begränsningsåtgärder. Det handlar bland annat om att, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beakta tvångs- och begränsningsåtgärder när det gäller att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Socialstyrelsen har påbörjat planeringen av aktiviteter i syfte att sprida kunskap om det stöd hela regeringens åtgärdsprogram (inkluderar de uppdrag Svenska Demenscentrum, Myndighetens för delaktighet samt inspektionen för vård och omsorg genomfört) resulterat i.
- Det finns skäl att överväga en fördjupad analys inom ramen för en rättsutredning för att klargöra bland annat i vilken mån det finns rättsliga förutsättningar för att använda ny teknik för denna målgrupp och utreda vilka typer av samtycken som går att tillämpa inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen bedömer att en eventuell rättsutredning bör genomföras först efter att utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården, tandvård, socialtjänst och forskning presenterat sina resultat.

5.8 Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?



Rapport 2015:8

Vårdanalys

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?

Marianne Svensson

Vi blir allt fler äldre som lever allt längre. Det ställer höga krav på kommunerna att formulera en långsiktig strategi för hur morgondagens äldreomsorg ska kunna möta de äldres behov. Samtidigt pekar kommunernas äldreomsorgschefer på flera hinder för en sådan långsiktig planering. Det handlar om en brist på tid och resurser, men också om en brist på kunskap om vilka lösningar som är mest fördelaktiga utifrån olika förutsättningar.

Den här rapporten bidrar med ett kunnskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg. Vi analyserar konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen utifrån fyra alternativa scenarier för den övergripande strukturen år 2025. Scenarierna för år 2025 kan, i relation till dagens utformning av äldreomsorgen, sammanfattas på följande sätt:

- En ökad andel äldre som får stora mängder hemtjänst.
- En ökad andel äldre som har plats på ett mellanboende med anpassade lokaler, gemensamma utrymmen och personal på plats under dagtid.
- En ökad andel äldre som har plats på ett vård- och omsorgsboende med heldygnssorg.
- En oförändrad fördelning av omsorgen mellan olika insatsformer.

Vi beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen i termer av hur väl omsorgen motsvarar önskemålen från morgondagens äldre, effekten på de äldres funktionsförmåga samt de samhällsekonomiska kostnaderna för äldres vård och omsorg. Vi utgår från två antaganden om äldres framtida funktionsförmåga: dels att funktionsnedsättningarna kommer att ligga på samma nivå som i dag, dels att äldres funktionsnivå kommer att förbättras.

5.9 Kommunal variasjon i omsorgstjenester



Statistisk sentralbyrå
Rapporter 2015/44

Kommunal variasjon i omsorgstjenester

Berit Otnes, Fatima Valdes Haugstveit

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede og gjennomføre forsøk med statlige kriterier og statlig finansiering av omsorgstjenesten. Fra mai 2016 skal det iverksettes en forsøksordning, der kommunene kan søke om å få delta. Formålet med forsøket er økt likebehandling mellom kommuner og riktig behovsdekning for brukerne. Som en bakgrunn for arbeidet med å planlegge forsøksordningen trenger Helsedirektoratet en oversikt som beskriver variasjonen mellom kommunene i omfanget av omsorgstjenestene. Hvor stor ulikhet er det mellom typer av kommuner i tildeling av tjenester? I denne rapporten er kommunegruppeinndelingen i KOSTRA brukt. Kommunene grupperes der etter størrelse, nivå på bundne kostnader og nivå på frie disponible inntekter, se kapittel 1.4 og vedlegg B for nærmere beskrivelse av kommunegrupperingen.

Statistisk sentralbyrå har utarbeidet en oversikt over kommunale forskjeller i tildeling av omsorgstjenester. Arbeidet har vært todelt: I Fase 1 er det utarbeidet tabeller blant annet over tjenestemottakere i forhold til innbyggertallet og hvor omfattende tjenestene er (varighet og timer per uke). I Fase 2 er det utarbeidet en rapport som skal kommentere, tolke og kvalitetssikre tabellene. Ambisjonsnivået har vært å kommentere og oppsummere de viktigste fakta man kan trekke ut av tabellene. Når en skal tolke resultatene er det viktig å være klar over at det er mange ulike mekanismer som kan føre til at kommuner i forskjellige grupper har forskjellig tjenestetilbud. Ulike rammebetingelser kan føre til at det er effektivt å organisere tjenestetilbudet forskjellig, og noen kommuner har bedre råd til et godt tjenestetilbud enn andre kommuner. I tillegg kan kommunene ha forskjellige preferanser og forskjellig effektivitet i tjenesteproduksjonen.

En mer dyptpløyende analyse av hvilke trekk ved kommunene som i størst grad påvirker omfang og innretning av omsorgstjenesten har ikke vært mulig innen rammen for dette oppdraget. Det kan være en mulighet ved en senere anledning å se nærmere på dette ved å bruke kommune som enhet, eventuelt en regresjonsanalyse for å nærme seg en vurdering av hvilke egenskaper ved kommunene som betyr mest - størrelse, inntekts- eller utgiftsnivå eller andre forhold.

5.10 The BSPC Working group on Innovation i Social- and Healthcare



The Baltic Sea Parliamentary Conference Working Group on Innovation in Social- and Healthcare
Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin 2015

**The BSPC Working group on
Innovation i Social- and Healthcare
Final Report August 2015**

Many countries today face the same type of challenges within social welfare and healthcare – an ageing population, health inequalities, an increase in lifestyle-related diseases and financial pressure on the service systems.

We know that the percentage of elderly is increasing at the same time as the number of young people entering the workforce is declining. We also fear health inequalities between different socio-economic groups as well as between rural and urban areas. Further, a rising need for treatment of the ageing population, but also medical innovation and progress, increase the financial pressure on the service systems.

More or less all countries have to cope with these challenges caused both by external development trends, such as the financial crisis, but also by internal transformations. As a consequence, we need to learn to think differently. Innovation could be an important tool and strategy to counter these challenges. In this way they could be perceived as main drivers of innovation, while innovation can also be considered a main strategy and tool to meet and manage these challenges.

The Working Group was established in August 2013 in order to raise the political attention on these issues. The aim has been to contribute to exchange of knowledge and best practices and to develop a set of recommendations that should be pursued in national parliaments and governments.

In this report you will find summaries from our six Working Group meetings, study trip and visits to different institutions and actors who have given us input during these two years of work. We have learned from each other, shared best practices and discussed a range of issues related to innovation, prevention and care. This report also includes a Volume II, which contains details of the WG meeting programmes, expert presentations, and WG homework. Volume II can be accessed via the BSPC website at <http://www.bspc.net/page/show/694>. As members of the Working Group and parliamentarians from nine different countries, we will do our best to follow up the recommendations in our national parliaments. On behalf of the Working Group I therefore encourage you to engage in these essential issues for our future.

5.11 Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015

Lägesrapport inom
patientsäkerhetsområdet
2015



Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-4-1

Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015

I denna tredje redovisning av patientsäkerhetsutvecklingen är fokus på perioden 2010–2014. Rapporten visar bland andra följande resultat:

- Antalet allvarliga undvikbara skador som innebär att patienten får bestå-ende men eller avlider är på en betydligt lägre nivå jämfört med Social-styrelsens vårdskadestudie 2008. Cirka 3 000 patienter bedöms få bestå-ende men av varierande allvarlighetsgrad jämfört med tidigare cirka 10 000 patienter och vårdskador som bidragande orsak till att patienten avlider är drygt 1 400 jämfört med tidigare cirka 3 000. Trots minskningen i antalet allvarliga vårdskador och vårdskador som bidrar till dödsfall drabbas nästan var tionde patient av en vårdskada.
- Vårdrelaterade infektioner är det vanligaste skadeområdet i markörbaserad journalgranskning. Punktprevalensmätningarna visar ingen minskning för riket som helhet, knappt nio procent, med en variation mellan landstingen på 5–13 procent. Skillnaderna indikerar att andelen vårdrelaterade infektioner kan minska och att det förebyggande arbetet därför måste utvecklas ytterligare.
- Mätningarna av patientsäkerhetskultur visar att medarbetarna upplever förbättringsbehov inom flera områden, bland annat högsta ledningens stöd och benägenheten att rapportera risker och avvikelser. Om medarbetarna inte rapporterar risker och avvikelser förloras en viktig grund för förbättringsarbete.
- Användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre har minskat. Det är väsentligt att fortsätta förbättra läkemedelsbehandlingen hos äldre eftersom drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, varav cirka 60 procent bedöms vara möjliga att förebygga.
- Landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete har utvecklats och kunskapen om vårdskadornas omfattning och typ har ökat.
- Landstingens patientsäkerhetsutbildningar uppvisar stor variation avseende struktur och systematik.

Socialstyrelsens anser att utvecklingen går åt rätt håll men det är fortsatt stora regionala skillnader. Patientsäkerhetskulturen måste förändras och är i hög grad en ledningsfråga. Det är anmärkningsvärt att patientsäkerhet inte är helt integrerat i landstingens ledningssystem mer än tre år efter patientsäkerhets-lagens (2010:659) ikraftträdande.

6. SAMHANDLING

6.1 Statens regionale inndeling og kommunesektoren – konsekvenser for samhandling



NIVI Analyse a/s NIVI-rapport 2015:3
På oppdrag av KS

Statens regionale inndeling og kommunesektorer – konsekvenser for samhandling

Jørund K. Nilsen , Magne Langset

Kommuner og fylkeskommuner har oppgaver knyttet til tjenesteproduksjon, myndighetsoppgaver, planlegging og samfunnsutvikling. Utøvelsen av oppgavene krever i mange sammenhenger utstrakt samhandling med den regionale statsforvaltningen. Enten fordi staten har tjenesteoppgaver innenfor samme oppgaveområde, forvalter infrastruktur eller tilskuddsmidler og/eller ivareta roller som veileder, innsigelsesmyndighet, kontrollorgan organ og/eller innehar en kompetanse kommunene etterspør.

Tema for rapporten er kommunenes og fylkeskommunenes samhandling med regional stat. Den regionale statsforvaltningen består av om lag 35 etater der samtlige, med unntak av NAV fylkesforvaltning, har en organisering som ikke følger fylkesgrensene. Problemstillingen som reises er om kommunene og fylkeskommunene mener den regionale statens inndeling har konsekvenser for samhandlingen. Den første delen av oppdraget er nærmere presisert i følgende problemstillinger:

Gir organiseringen av regional statsforvaltning konsekvenser for samhandlingen med kommunene og fylkeskommunene? I så fall, på hvilken måte og i hvilken grad? Kan endringer i organiseringen av regional statsforvaltning redusere ev samarbeids- og samhandlingsproblematikk?

I oppdragets andre del drøftes hvorvidt endrede prinsipper for inndelingen kan legge til rette for en bedret samhandling mellom regional stat og kommunesektoren. Ulike inndelingsmodeller og deres potensielle egenskaper for samhandling drøftes.

Oppdragets hovedfokus er kommunene og fylkeskommunenes vurdering av om statlig regional inndeling har konsekvenser for samhandlingen med kommunesektoren. Eventuelle samordningsutfordringer internt i staten som oppstår som en følge av statens egen organisering er ikke tema, med mindre slike utfordringer har en slagside mot kommunesektoren. Videre er oppdraget avgrenset til å omfatte statsetater som skal ha en bred kontakt med kommuner og fylkeskommuner som tjenesteprodusenter og samfunnsutviklere og som ikke har en tilnærmet fylkesvis inndeling.

6.2 Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv



Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv

Hovedforfatter Anders Grimsmo
Medforfatter Jon Magnussen
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
2015

Oppdragsgiver: EVASAM
Norges Forskningsråd

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
2015
Oppdragsgiver: EVASAM
Norges Forskningsråd

Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv

*Anders Grimsmo
Jon Magnussen*

Denne rapporten er en bestilling fra EVASAM-prosjektet i Norges forskningsråd. Formålet har vært å se på den norske samhandlingsreformen i lys av utviklingen og reformer i andre land som det er relevant å sammenligne seg med. Rapporten inngår i oppdraget som Forskningsrådet fikk av Helse- og omsorgsdepartementet for å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av oppstarten av Samhandlingsreformen fra 2012 til 2015. EVASAM er blitt ledet av en styringsgruppe med skandinaviske forskere hvor også pasient- og brukerinteressene er representert. Det er etter to utlysingsrunder blitt tildelt midler til seks større prosjekter som har gjennomført en prosess- og en resultatorientert evaluering av reformens hovedmål og de tilhørende virkemidlene (rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske).

Mange vestlige land opplever de samme utfordringene som Norge. Styringsgruppen har derfor antatt at flere land enten har gjennomført eller planlegger å iverksette tiltak med mange av de samme målene som i Samhandlingsreformen. Første del av rapporten gjennomgår organiseringen av helsetjenestene og pågående endringer i noen av de landene det er nærmest å sammenlikne seg med – Danmark, England, Finland, Nederland og Sverige. Deretter blir det som har vært hovedtemaer og virkemidler i den norske samhandlingsreformen mer spesifikt drøftet, også med bakgrunn i forskning og evalueringer fra langt flere land når det har vært relevant. Rapporten baserer seg på innsamling av informasjon fra offentlige utredninger og evalueringer, forskningsrapporter og tidsskriftsartikler samt kontakt med aktuelle forskningsmiljøer i de landene som er spesielt omtalt. Kilder og fremgangsmåte er nærmere beskrevet i kapittel 4. Det er også tidligere (2009) publisert en rapport om helsereformer i Norden (2).

Kort om Samhandlingsreformen

St.meld.nr. 47 (2008-2009) beskrev fragmenterte tjenester, for lite forebygging og den demografiske utviklingen som hovedutfordringene i norsk helsetjeneste. Virkemidlene ble utformet og presentert i Meld. St. 16 (2010-2011), Nasjonal helseplan (2011-2015). Økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skulle fremme det overordnede målet om helhetlige og smidige pasientforløp. Det ble lagt opp til at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i større grad skal samhandle med hverandre, og til at kommunene skal ta en større del av ansvaret for helsetjenestene. De viktigste grepene har vært:

- Gjennomgang og tilrettelegging av lov- og regelverk
- Krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om utforming av retningslinjer og samarbeid
- Økonomiske insentiver i form av betaling for ventende utskrivningsklare pasienter og medfinansiering av opphold i sykehus
- Krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunen

Faglig skulle det legges økt vekt på nasjonale veiledere og retningslinjer, beskrivelse og kvalitetssikring av gode pasientforløp, måling av kvalitet og styrking av helsetjenesteforskning. Myndighetene planlegger også økt bruk av IKT ved hjelp av sterkere statlig styring med innføringen.

Mer forebygging, bedre koordinerte tjenester, behandling nærmere pasientenes bopel og større brukermedvirkning har vært hovedmålene.

Samhandlingsreformen er blitt beskrevet som en retningsreform. Reformen har slektskap med helsereformer i både våre naboland og andre vestlige land. Det svenske lokalvård-konseptet og den danske modellen for kommunal medfinansiering av sykehustjenester¹ har begge vært viktige inspirasjonskilder for utviklingen av helsetilbud utenfor sykehus (3, 4). Reformen har videre klare likhetstrekk med partnerskapstenkningen i Health Action Zones-reformen i England (5) og med pågående reformer i Australia og Skottland (6). Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i mai i år en ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten, Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Den slår fast at samhandlingsreformen skal videreføres, og at arbeidet med integrering av tjenestene i primærhelsetjenesten skal styrkes.



Råd for vegen videre

Sluttrapport 2015

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

Oppsummering

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker i denne sluttrapporten på en rekke tiltak som bør vurderes for å nå målene i samhandlingsreformen om bedre folkehelse og bærekraftige, koordinerte helsetjenester av god kvalitet.

Nettverket gir følgende overordnede råd for å nå målene i reformen:

1. Folkehelse må sees tettere opp mot miljø og bærekraft, og kommuner må sikres tilgang til spesialisthelsetjenestens kunnskap innen forebygging og folkehelse.
2. Skal kommunene kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene.
3. Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester.
4. Kommuner og sykehus må utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem der også allmennlegetjenester og akutttilbud i kommunene er integrert.
5. Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning for å bygge «Pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene.
6. Ledere på alle nivå må bevisst arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i samhandlingsreformen.
7. Det bør innføres felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.
8. Sykehus og kommuner bør ha likelydende lovkrav til gjensidig veiledningsplikt, utdanning og forskning.
9. Kommunene bør etablere overordnede strukturer som gjør det mulig for den enkelte kommune å ta ansvar for forskning.
10. Utdanningssektoren må i dialog med kommunene og spesialisthelsetjenesten sikre at innholdet i grunn- og videreutdanningene er i tråd med praksisfeltets behov.

6.4 Kommunenes respons på samhandlingsreformen



HELED skriftserie 2015:1

Kommunenes respons på samhandlingsreformen

Camilla Beck Olsen og Terje P. Hagen

Bakgrunn og formål: Kommunene fikk utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen fra 2012. Vi analyserer kommunenes respons på Samhandlingsreformen målt ved endringer i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgsformål, plasser i institusjoner, årsverk til ulike typer aktiviteter og antall brukere av institusjoner og hjemmetjenester.

Data og metode: Vi benytter KOSTRA-data fra SSB og data fra Kommunaldepartementets «grønne hefte» for perioden 2009-2014. Analysene implementeres innenfor en modell for etterspørsel etter kommunale tjenester der effektene av Samhandlingsreformen på endringer i ressursbruk kontrolleres for endringer i kommunale inntekter, demografi og andre behovsvariabler.

Resultater: Det skjer en økning i kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester som følge av Samhandlingsreformen. Utgiftsøkningen blir særlig benyttet til å øke innsatsen av helsepersonell med høyere kompetanse i hjemmetjenesten og sykehjemmene. Økningen er særlig markant for leger i sykehjem der vi både observerer en stigende trend i analyseperioden og et nivåskifte som følge av Samhandlingsreformen.

Fortolkning: Funnene fra analysen er forenelig med to elementer i Samhandlingsreformen, betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Særlig ordningen med at kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter bidro til reduserte liggetider for eldre pasienter. Økningen i legeressurser i sykehjem og økt kompetanse i hjemmetjenestene er et rasjonelt svar på at pasienter som skrives ut til kommune har større hjelpebehov enn tidligere.

6.5 Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding?



Rapport nr 9/15

Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Høgskolen i Oslo og Akershus

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding?

Christine Thokle Martens, Marijke Veenstra

Stortinget vedtok i april 2010 en samhandlingsreform for helsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 2012. Forslaget om samhandlingsreformen er presentert i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009); Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid. Et sentralt mål med samhandlingsreformen er å skape et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten og tilhørende hjelpeapparat. Spesialisthelsetjenesten er i dag samlet under statlig eierskap, mens primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er et kommunalt ansvar. I samhandlingsreformen er det lagt opp til en ytterligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten og et utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp og helsehjelp til personer som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som trenger ytterligere oppfølging. Den 14. juni 2011 vedtok Stortinget en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven), som trådte i kraft 1. januar 2012. Den nye loven er et juridisk verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om bedre samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene (jf. lovens kapittel 6). Formålet med disse samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av samhandlingsreformen». Delstudien retter søkelyset mot samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak og tar sikte på å beskrive variasjoner i avtaleverket per oktober 2013 og studere avtalenes betydning for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Prosessevalueringen skjer parallelt med selve innføringen av samhandlingsreformen for å muliggjøre anbefalinger og råd om tilpasninger underveis i gjennomføringsperioden. Resultatene fra denne delstudien kan gi ny innsikt i hvordan samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og helseforetak utvikler seg i forlengelse av samhandlingsreformen. Datamaterialet i evalueringen bygger på en gjennomgang av overordnet samarbeidsavtale som inngås mellom det enkelte helseforetak og kommunene, og fire delavtaler mellom samme parter, en gjennomgang av avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren, en

undersøkelse blant samtlige helseforetak og alle kommuner tilhørende to helseforetak i januar–februar 2015 og intervjuer med informanter fra fire kommuner i to helseforetak i februar 2015.

Før vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst, vil vi gi en kort beskrivelse av lovgivningen omkring samarbeidsavtalene, hvordan avtalene er tiltenkt å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet, og presentere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet.

6.6 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold



Rapportserie nr. 13/2015 Senter for omsorgsforskning øst
Høgskolen i Gjøvik

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Marianne Sundlisæter Skinner

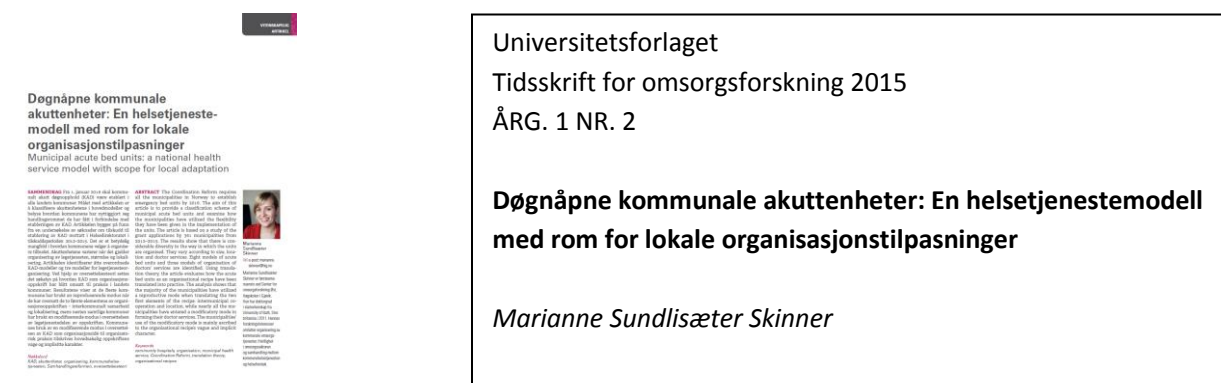
Med Samhandlingsreformen ble det bestemt at alle norske kommuner skal ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 1. januar 2016, et tilbud som skal være «like godt eller bedre» enn innleggelse i sykehus (Helsedirektoratet 2014a). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven skal plikten gjelde «de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Formålet med innføringen av det nye lovkravet er todelt: For det første skal det bringe tjenestene nærmere folk der de bor, og for det andre skal det bidra til å avlaste øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehusene og dermed gjøre helse- og omsorgstjenestene mer økonomisk bærekraftige for fremtiden.

Helseforetakene og kommunene fikk per 1. januar 2012 plikt til å inngå samarbeidsavtaler som skal «utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte» (St.meld. nr. 47 2008-09: 77). Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, pkt. 4 fremsetter krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det skal være tett samarbeid mellom kommune og helseforetak i planleggingen og driften av de kommunale tilbudene.

Det kommunale tilbudet fullfinansieres av staten ved at midler blir overført fra de regionale helseforetakene til kommunene. I perioden 2012-2015 har kommunene kunne søke om halvparten av de tilgjengelige midlene til etablering og drift av tilbudet gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet, mens den andre halvparten har blitt overført direkte fra helseforetaket. Fra 2016 innlemmes midlene i rammetilskuddet til kommunene.

Foruten kravet om døgnkontinuerlig tilstedeværelse av sykepleier, forsvarlig legedekning og samarbeidsavtale med helseforetaket, står kommunene fritt til å selv velge hvordan de organiserer det lokale tilbudet. Mange kommuner samarbeider med omliggende kommuner om et større tilbud lokalisert til for eksempel interkommunal legevakt eller lokalmedisinsk senter, mens andre velger å øremerke én eller flere senger på sykehjem i egen kommune til formålet. Ved søknadsfristens utløp i 2015 hadde 362 kommuner søkt om tilskudd til etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Skinner 2015a), og per juni 2015 hadde 270 kommuner åpnet tilbudet (Hagen 2015).

6.7 Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger



SAMMENDRAG Fra 1. januar 2016 skal kommunalt akutt døgnopphold (KAD) være etablert i alle landets kommuner. Målet med artikkelen er å klassifisere akutenhetene i hovedmodeller og belyse hvordan kommunene har nyttiggjort seg handlingsrommet de har fått i forbindelse med etableringen av KAD. Artikkelen bygger på funn fra en undersøkelse av søknader om tilskudd til etablering av KAD mottatt i Helsedirektoratet i tilskuddsperioden 2012–2015. Det er et betydelig mangfold i hvordan kommunene velger å organisere tilbudet. Akutenhetene varierer når det gjelder organisering av legetjenesten, størrelse og lokalisering.

Artikkelen identifiserer åtte overordnede KAD-modeller og tre modeller for legetjenesteorganisering. Ved hjelp av oversettelsesteori settes det søkelys på hvordan KAD som organisasjonsoppskrift har blitt omsatt til praksis i landets kommuner. Resultatene viser at de fleste kommunene har brukt en reproduserende modus når de har oversatt de to første elementene av organisasjonsoppskriften – interkommunalt samarbeid og lokalisering, mens nesten samtlige kommuner har brukt en modifierende modus i oversettelsen av legetjenestedelen av oppskriften. Kommunenes bruk av en modifierende modus i oversettelsen av KAD som organisasjonsidé til organisatorisk praksis tilskrives hovedsakelig oppskriftens vage og implisitte karakter.

6.8 **Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene**



Rapport nr 6/15
Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus

Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene

Gøril Kvamme, Marijke Veenstra

Stortinget vedtok i april 2010 en samhandlingsreform for helsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 2012. Forslaget om Samhandlingsreformen er presentert i St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Et sentralt mål med reformen er å få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet. Et annet sentralt mål er å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, både ved at kommunene skal settes i stand til å utføre noen av de oppgavene som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten, og ved at det skal skje en større satsing på forebyggende helsearbeid i kommunene slik at færre får alvorlige helseproblemer og bruk for spesialisthelsetjenester. Endringer i sykdomstilstanden i befolkningen og en økning i antall eldre om noen få år, er ytterligere argumenter for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen». I delstudien er søkelyset rettet mot målsettingen om å satse på folkehelsearbeid i kommunene. Samhandlingsreformen er en retningsreform som gjennomføres over flere år. Prosessevalueringen skjer parallelt med selve innføringen av samhandlingsreformen for å muliggjøre anbefalinger og råd om tilpasninger underveis i gjennomføringsperioden. Hensikten med delstudien er å belyse hvorvidt Samhandlingsreformen har påvirket prioritering og koordinering innenfor det kommunale folkehelsearbeidet i perioden 2013–2014. Datamaterialet i evalueringen bygger på en større spørreundersøkelse som ble gjennomført blant kommunale ledere i 76 kommuner i 2013, altså ett år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, en gjennomgang av planverket til 27 av disse kommunene i 2013 og 2014, og en case-studie som ble gjennomført tidlig 2015 blant tre kommuner med et relativt sterkt fokus på folkehelsearbeid.

Før vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst, vil vi gi en kort beskrivelse av hvordan Samhandlingsreformen er tiltenkt å stimulere det kommunale folkehelsearbeidet, og presentere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet.

6.9 Tilsyn med samhandling om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen 2015



Tilsyn med samhandling om utskriving av pasientar frå
spesialisthelsetenesta til kommunen 2015

September 2015

1

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Rogaland
September 2015

**Tilsyn med samhandling om
utskriving av pasientar frå
spesialisthelsetenesta til kommunen
2015**

Samandrag

Hovudinntrykket etter 12 tilsyn med samhandling om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen er at samarbeidet stort sett fungerer. Elektronisk meldingsutveksling har forenkla og betra kommunikasjon mellom sjukehus og kommunar og mellom omsorgstenestene og fastlegane.

Rett informasjon om legemiddelbehandling er det største risikoområdet, ved innlegging i sjukehus og ved utskriving.

6.10 30-dagers reinnleggelse av eldre 2011-2013 – resultater for sykehus og kommuner



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-950-2, prosjektnr. 9954, notat.

30-dagers reinnleggelse av eldre 2011-2013. Resultater for sykehus og kommuner

Lindman, Anja Schou, Kristoffersen, Doris Tove, Hassani, Sahar, Tomic, Oliver, Helgeland, Jon.

Kunnskapssenteret beregner kvalitetsindikatoren Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus (Kortnavn: 30-dagers reinnleggelse av eldre). Pasienter i 11 avgrensede diagnosegrupper inngår i beregningen. Tallene presenteres på sykehus-, helseforetak (HF)- og regionalt helseforetak (RHF)-nivå. Basert på pasientenes bostedskommuner beregnes også indikatoren på kommune-, KOSTRA-gruppe og fylkesnivå. Indikatoren inngår i det Nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet.

I november 2014 ble resultater for 30-dagers reinnleggelse av eldre for året 2013 publisert på sykehus-, HF- og RHF-nivå. I dette notatet blir resultater for 30-dagers reinnleggelse for kommuner, KOSTRA-grupper og fylker presentert. I tillegg presenteres 30-dagers reinnleggelse for enkelte diagnosegrupper på sykehus-, HF- og RHF-nivå. Diagnosespesifikk reinnleggelse beregnes for de fem største diagnosegruppene som inngår i den generelle indikatoren. Resultatene er basert på data fra 2011–2013, men historiske data fra tidligere år er brukt til å justere for pasientsammensetning. Målgruppen for notatet er fagpersoner og ledere i helsevesenet som har behov for statistikk om helsetjenesten, politikere og myndigheter i stat, fylke og kommune og andre med interesse for helsestatistikk. Notatet er et supplement og en leseveiledning i forbindelse med offentliggjøringen av de aktuelle resultatene på helsenorge.no (mars og mai 2015).

6.11 Trygger eldre som skrives ut av sykehus



DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2015.54980

Sykepleien nr. 8 2015

Fagartikkel

Trygger eldre som skrives ut av sykehus

Anne Kvalheim, Åshild Bjørnethun, Trond Erik Bergflødt, Tone Elin Mekki, Oddvar Førland

Hovedbudskap:

Faglige hjelpemidler som guider helsepersonell og understøtter ønsket praksis er nødvendig for å skape trygghet når eldre pasienter legges inn i sykehus og skrives ut til hjem eller sykehjem.

6.12 Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste



Universitetsforlaget
Tidsskrift for omsorgsforskning 2015
ÅRG. 1 NR. 2

Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjenester

Sylvi Flateland, Trine Marie Nesheim, Anne-Brit Riiser, Ulrike Söderhamn

SAMMENDRAG Bakgrunn: Forskning som fokuserer på overflytting av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjenesten er viktig for den videre sykepleieoppfølgingen i kommunen. Hensikt: Å belyse sykepleiestudenters erfaringer med hvordan sykepleiere praktiserer informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste ved overflytting av pasienter, og hvordan utskrevne sykehuspasienter blir tatt imot og fulgt opp av sykepleier i kommunehelsetjenesten de første dagene etter ankomst.

Metode: Studien har et kvalitativt design, med individuelle intervju med ti studenter fra en bachelorutdanning i sykepleie i Sør-Norge. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av manifest og latent innholdsanalyse.

Funn: Den skriftlige sykepleiesammenfatningen fra sykehuset kunne være mangelfull. Tidspunktet for pasientens ankomst til kommunen var uforutsigbart, både for pasient og for sykepleier i kommune. Mottak og oppfølging av pasienten i kommune kunne være preget av sykepleiere som signaliserte tidspress, men også av sykepleiere som tok seg god tid. **Konklusjon:** Koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste trenger større fokus. De to ulike kontekstene må få større forståelse for hverandres organisatoriske betingelser, og det må utarbeides retningslinjer for å sikre gode pasientforløp.

6.13 Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre



Tidsskrift Nor Legeforen nr. 17, 2015, 135: 1553-7 106

Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre

Torstein Hole, Johan Barstad, Solfrid Teigen
Marit Kvangarsnes

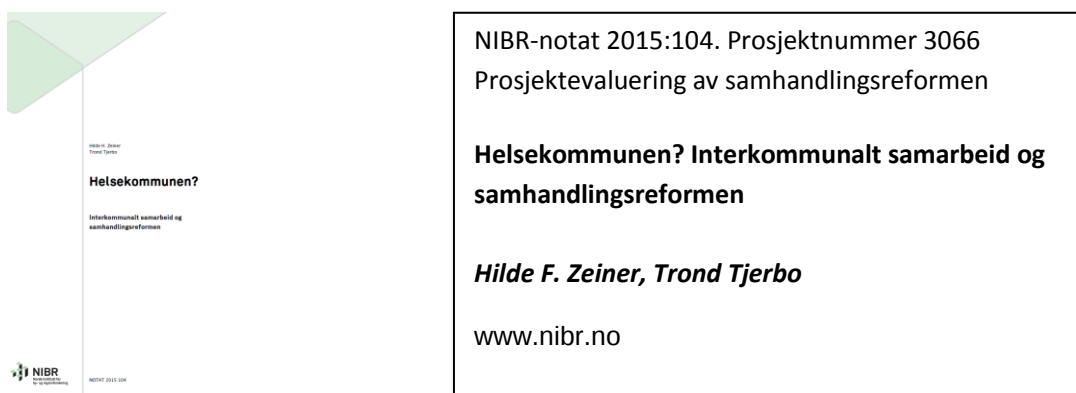
BAKGRUNN Betre og meir kostnadseffektive helsetenester er eit mål i helsepolitikken. Det er ønskeleg å yte helsetenester nærare der pasienten bur. Alle kommunar skal frå 2016 tilby øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald (ØHD). Hensikta med denne studien var å utvikle kunnskap om erfaringar i mellomstore kommunar som driftar eit slikt tilbod utan interkommunalt samarbeid.

MATERIALE OG METODE Fokusgruppeintervju med 25 helsepersonell som har ansvar for tilbodet i seks små og mellomstore kommunar i Vest-Noreg vart gjennomførte hausten 2013 og våren 2014. I tillegg vart informasjon om bruken av sengene samla inn.

RESULTAT Informantane formidla at kommunane deira hadde valt øyeblikkeleg hjelpdøgnopphald for å styrke fagmiljøa i sjukeheimane. Dei uttrykte at det var eit pasientnært og fleksibelt behandlingstilbod. Dei såg det slik at tilbodet ville føre til eit kompetanseløft i kommunane. Bruken av sengene har auka frå starten og fram til 31.8. 2014.

TOLKING Helsepersonellet formidla at øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i kommunen oppfylte viktige intensjonar i samhandlingsreforma om at pasientar skal få behandling lokalt og nær der dei bur.

6.14 Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen



Samhandlingsreformen har ført til et behov for mer interkommunalt samarbeid innenfor helse. En vanlig innvending mot interkommunale samarbeid er at de medfører en fragmentering. Grensene for interkommunale samarbeid vil variere i henhold til den funksjon de skal ivareta, og en kommune vil kunne delta i flere samarbeid med ulike grenser. Interkommunale samarbeid kan derfor skape en mer fragmentert og uoversiktlig lokal styringsstruktur. På den annen side kan en økning i interkommunale samarbeid bidra til en sementering av eksisterende samarbeidsrelasjoner dersom de samme kommunene inngår samarbeid på flere områder.

Basert på dataene benyttet i dette notatet virker det som mange av samarbeidene bygger på allerede eksisterende samarbeid. Økningen i interkommunale samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen har derfor ikke nødvendigvis ledet til økt styringsmessig fragmentering, men kan også ha bidratt til å sementere eksisterende samarbeidsrelasjoner. Vi finner også at det ser ut til å være få konflikter mellom kommunene som samarbeider.

Det lave konfliktnivået kan forklares på flere måter, men to forklaringer synes nærliggende. For det første kan det være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås eller samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial ikke inngås nettopp fordi aktørene selv ser dette. For det andre er interkommunalt samarbeid vanlig i Norge. Norske kommuner har lang tradisjon for å samarbeide, og dersom man samarbeider med de samme kommunene innenfor forskjellige områder, kan det i seg selv redusere potensialet for konflikt. Erfaring med samarbeid kan skape tillit, og denne tilliten kan redusere potensialet for konflikt.

6.15 Centralising acute stroke care and moving care to community in a Danish health region: Challenges in implementing a stroke care reform



<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.05.007>

Centralising acute stroke care and moving care to community in a Danish health region: Challenges in implementing a stroke care reform

Karla Douw
Camilla Palmhøj Nielsen

ARTICLE INFO

Article history:
Received 19 August 2014
Received in revised form 19 May 2015
Accepted 27 May 2015

Keywords:
Denmark
Health care reform
Stroke care
Implementation
Centralisation
Moving care to the community
Integrated care

ABSTRACT

In May 2012, one of Denmark's five health care regions mandated a reform of stroke care. The purpose of the reform was to save costs, while at the same time improving quality of care. It included (1) centralisation of acute stroke treatment at specialised hospitals, (2) a reduced length of hospital stay, and (3) a shift from inpatient rehabilitation programmes to community-based rehabilitation programmes. Patients would benefit from a more integrated care pathway between hospital and municipality, being supported by early discharge teams at hospitals.

A formal policy tool, consisting of a health care agreement between the region and municipalities, was used to implement the changes. The implementation was carried out in a top-down manner by a committee, in which the hospital sector – organised by regions – was better represented than the primary care sector—organised by municipalities. The idea of centralisation of acute care was supported by all stakeholders, but municipalities opposed the hospital-based early discharge teams as they perceived this to be interfering with their core tasks. Municipalities would have liked more influence on the design of the reform.

Preliminary data suggest good quality of acute care. Cost savings have been achieved in the region by means of closure of beds and a reduction of hospital length of stay. The realisation of the objective of achieving integrated rehabilitation care between hospitals and municipalities has been less successful. It is likely that greater involvement of municipalities in the design phase and better representation of health care professionals in all phases would have led to more successful implementation of the reform.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier Ireland Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

6.16 Tiltak for elektronisk deling av pasientinformasjon



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-917-7. Notat fra Kunnskapssenteret, prosjektnummer 9900, august 2015

Tiltak for elektronisk deling av pasientinformasjon

Astrid Austvoll-Dahlgren, Gyri Hval Strauman

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å utføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulig relevante publikasjoner. Oppdraget var å finne litteratur/forskning om elektronisk deling av pasientinformasjon mellom fagfolk, enheter eller institusjoner.

Metode

Vi utarbeidet søkestrategi for et systematisk litteratursøk. Det ble søkt i medisinske databaser etter forskningsstudier og systematiske oversikter. Søket ble utført i april 2015. To medarbeidere gikk uavhengig av hverandre gjennom identifiserte publikasjoner/referanser og vurderte relevans i forhold til inklusjonskriteriene.

Resultater

Vi identifiserte totalt 7075 referanser. Av disse vurderte vi at 167 var mulig relevante. Vi sorterte referansene i 6 kategorier ut fra type tiltak og studiedesign.

- Kategori 1 besto av 55 systematiske oversikter som dekket ulike tiltak.
- Kategori 2-6 besto av randomiserte og ikke-randomiserte studier og observasjonsstudier og ble fordelt etter tiltak rettet mot henholdsvis:
 - o samhandling mellom tjenestenivåer og fagfolk (54 referanser)
 - o henvisninger og tester (6 referanser)
 - o forskrivning og medikamenthåndtering (46 referanser)
 - o uønskede hendelser (2 referanser)
 - o folkehelseiltak (3 referanser)

7. STATISTIKK, EFFEKTIVITET OG ORGANISERING

7.1 Organisering, spiller det noen rolle?



Institutt for Statsvitenskap, Universitetet i Oslo
Masteroppgave
18.05.15

Organisering, spiller det noen rolle?

Karl Hagen Bjurstrøm

Spiller det noen rolle for innbyggerne i en kommune hvordan produksjonen av velferdstjenester er organisert? Er det noen sammenhenger mellom organiseringen av kommunale velferdstjenester og folks tilfredshet med tjenestene? Helt konkret er problemstillingen i denne oppgaven om bruk av markeds mekanismer som konkurranseutsetting, stykkprisfinansiering, benchmarking og friere brukervalg i kommunale pleie- og omsorgstjenester øker innbyggernes tilfredshet med tjenestene.

Forskningsspørsmålet blir analysert med holdningsdata fra DIFIs innbyggerundersøkelse 2012-2013, data om kommunal organisering fra KRDs organisasjonsdatabase 2012, samt andre data om kommunene fra NSDs Kommunedatabase. Til sammen omfatter dette et datamateriale med opplysninger om 10207 innbyggere og 349 kommuner.

De hypoteser som blir testet på det empiriske materialet er basert på resonnementer fra public choice og prinsipal-agent teori. Dette er de teoretiske byggesteinene i NPM, den markedsinspirerte reformbølgen som har ledet til at noen kommuner anvender markedsaktige elementer i sin tjenesteorganisering. De teoretiske argumentene leder til anbefalinger om at innføring av markedselementer i den offentlige tjenesteytingen vil øke innbyggernes tilfredshet, innbyggerne vil oppleve at kommunene får mer for pengene. Datamaterialet analyseres ved hjelp av flernivåanalyse. Denne metoden gir grunnlag for å analysere effekter av variabler både på individnivå og kommunenivå, samt gi en bedre forståelse av variasjon i innbyggernes tilfredshet mellom kommuner.

Studien viser at i det store og hele er det ikke noen forskjell i innbyggertilfredshet mellom kommuner som benytter seg av markeds mekanismer og kommuner som ikke gjør det. Bruken av markedselementer i tjenesteproduksjonen leder ikke til økt innbyggertilfredshet. Unntaket

er for bruk av friere brukervalg. Adgangen til å kunne velge produsent har en positiv effekt på innbyggernes tilfredshet med hjemmebaserte omsorgstjenester. Oppgavens konklusjon gjør at det kan stilles spørsmål ved de forventninger som NPM reformer sprer om at velferdstjenestene kan bli bedre ved innføring av markedselementer i tjenesteproduksjonen.

7.2 Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur.



Pwc
KS Storbymnettverk
Juni 2015

Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur

Helsevesenet nasjonalt og regionalt står foran store utfordringer i årene som kommer. Forhold som en aldrende befolkning, vekst i nye yngre brukergrupper, knapphet på helse- og sosialpersonell, begrensede økonomiske rammer og endringer i sykdomsbildet vil kreve nye måter å organisere tjenestene på.

I stortingsmeldingen "Morgendagens omsorg" blir det slått fast at morgendagens brukere av omsorgstjenester blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og de vil ha et mer sammensatt omsorgsbehov¹. De siste årene har veksten vært størst blant befolkningsgruppen under 67 år, med fokus på langvarige kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer. De nærmeste årene er det sannsynlig at tallet på brukere i aldergruppen 67-79 vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10-15 år. Fremtiden preges av at flere blir eldre og vi ser at den såkalte "eldrebølgen" vil komme fra 2025. Dette innebærer at kommunene allerede i dag må ta grep for å kunne møte den økte brukermassen.

Helse- og sosialtjenestene er i hovedsak lovpålagte. De fleste ikke lovpålagte tjenester er enten svært små eller har en forebyggende funksjon som det ikke er forsvarlig å avvike. For å kunne møte fremtiden, og sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet, blir det nødvendig å gjøre endringer i helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må bidra til større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Nytt innhold og nye faglige tilnærminger vil også kreve at kommunene må vurdere innretning og organisering av tjenestene sine, både internt i helse- og omsorgstjenesten, og i relasjon til andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det skapes handlingsrom for framtidsrettede, virkningsfulle og forebyggende tiltak. En framtidig organisasjonsmodell må ha brukerperspektivet i fokus, samtidig som den må danne grunnlag for innovasjon, effektivitet, kvalitet, valgfrihet og rask omstilling når det er påkrevd.

Omsorgstjenestene har vært gjennom en periode med betydelige endringer. Det har foregått en nedbygging av institusjonstilbud og en ekspansjon av hjemmetjenestene. I hjemmetjenestene ser vi en dreining fra praktisk bistand til helsetjenester. Samtidig er tjenestene mer differensierte enn tidligere, for eksempel ved at det brukes mer avlastningsordninger og kortere opptreningsopphold. Innenfor omsorgen for demente utvikles dagtilbud med vekt på aktivisering.

KS utarbeider årlig ASSS-rapporter som både sammenligner de ti ASSS-kommunene, og som omhandler hver av de ti kommunene enkeltvis. Rapportene beskriver ulikheter i kommunenes ressursbruk og produktivitet. Sett opp mot de hovedutfordringene som pleie- og

omsorgssektoren har i tiden som kommer, er det av avgjørende betydning å finne årsaksforklaringer på ulikhetene i ressursbruk og produktivitet/kvalitet slik at ASSS-kommunene kan lære av hverandre.

Pleie- og omsorgstjenesten representerer mer enn 1/3 av kommunebudsjettet, og er av stor betydning for mange innbyggere når det gjelder deres grunnleggende opplevelse av trygghet og omsorg i hverdagen. De fem største bykommunene i ASSS-nettverket har betydelige forskjeller i ressursbruk knyttet til pleie- og omsorgstjenester. Ressursbruk har tradisjonelt vært analysert på to nivåer: 1) effektiv drift av operative tjenester 2) effektiv måte å organisere «inngangen» til tjenestene på. Tidligere rapporter og utredninger har ikke klart å forklare hvorfor forskjellene i ressursbruk eksisterer. Dette prosjektets formål er derfor å identifisere «nye» elementer som kan forklare ressursbruksforskjeller mellom storbykommunene, og gjennom dette legge til rette for effektivisering av driften.

7.3 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene



Rapportnummer
SINTEF A 27362

**Kommunalt psykisk helse- og
rusarbeid 2015 Årsverk, kompetanse
og innhold i tjenestene**

Solveig Osborg Ose

SAMMENDRAG

Våren 2015 ble den første IS-24/8 kartleggingen gjennomført. For første gang hadde kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. Tre av fire kommuner valgte felles rapportering for voksne og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. Totalt er det rapportert 13 131 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og 21 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Nedbyggingen av døgnplassene i psykisk helsevern fortsetter, og mange kommuner sliter med å gi de med alvorlig sykdom et godt tilbud. Når kommunene også skal prioritere de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer (utgjør nå ca. 10 prosent av brukerne), vil det uten økte ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, bety at andre grupper må nedprioriteres.

Rapporten konkluderer med at det er særlig store mangler på arbeids- og aktivitetstiltak til målgruppen og nesten alle kommuner erfarer dette. Det er i mange kommuner uklart om det er NAV eller kommunen som har ansvaret for arbeidstiltak til målgruppen, men de fleste kommunene erkjenner ansvar for aktivitetstiltak. I mange kommuner ser fagpersonene et stort potensial i frivillig sektor særlig i forhold til aktivitetstiltak.

7.4 Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader

SØF-rapport nr. 01/15
Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg
– omfang og kostnader

Lars-Erik Borge
Jon Marius Vaag Iversen
Ingvild Vardheim
Knut Løyland

SØF-prosjekt nr. 1950
Ressurskrevende brukere i pleie og omsorg – omfang og kostnader

Prosjektet er finansiert av KS

SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS
TRONDHEIM, APRIL 2015

Årsrapport for 2014
Senter for økonomisk forskning AS
Trondheim, april 2015

SØF-rapport nr. 01/15
Senter for økonomisk forskning AS
SØF-prosjekt nr. 1950:

Ressurskrevende brukere i pleie og omsorg – omfang og kostnader

*Lars-Erik Borge, Jon Marius Vaag Iversen,
Ingvild Vardheim, Knut Løyland*

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble etablert i 2004 for å kompensere kommunene for svært kostnadskrevende enkeltbrukere innen helse-, sosial- og pleie- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for ordningen var at kommunene hadde fått ansvar for ulike brukergrupper med kostnadskrevende enkeltbrukere som tidligere ble gitt tilbud på et annet forvaltningsnivå. Det ble vist til HVPU-reformen, nedleggelse av institusjonsplasser i psykiatrien og økte muligheter til avansert medisinsk behandling på laveste nivå i behandlingsskjeden. Siden 2008 har toppfinansieringsordningen vært utformet slik at tilskuddet bare avhenger av kjennetegn ved brukerne, og ikke av kjennetegn ved kommunene. Ordningen består av et innslags-punkt og en kompensasjonsgrad. Ordningen er avgrenset til brukere under 67 år med utgifter utover innslagspunktet. Antallet brukere som faller inn under ordningen bestemmes altså av innslags-punktet. Kompensasjonsgraden gir uttrykk for andelen av utgifter utover innslagspunktet som dekkes av toppfinansieringsordningen. I 2014 var kompensasjonsgraden 80 % og innslagspunktet vel 1 million kroner. For psykisk utviklingshemmede brukere som utløser tilskudd gjennom utgifts-utjevningen i inntektssystemet var innslagspunktet nærmere 1,6 millioner kroner. Det var i alt 7125 brukere i ordningen i 2014 og det samlede tilskuddet utgjorde nærmere 7,2 milliarder kroner.

Toppfinansieringsordningen har økt betydelig de senere årene, både når det gjelder antall brukere, tilskudd per bruker og samlet tilskudd. Utviklingen har aktualisert to bekymringer ved ordningen. Den første bekymringen gjelder kommunenes insentiver til å begrense kostnadene. Når staten dekker størstedelen av utgiftsøkninger til kostnadskrevende enkeltbrukere, får kommunene liten interesse av å begrense utgiftsøkningen knyttet til disse. For det andre er ordningen utformet som en overslagsbevilgning, og statens utgifter til ordningen har blitt høyere enn budsjettet. I et konsultasjonsmøte mellom Regjeringen og KS høsten 2012 uttrykte daværende kommunalminister et ønske om dialog mellom partene om hvorfor toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere økte så sterkt, og om hva som kan gjøres for å dempe veksten. KS har på sin side tatt opp om toppfinansieringsordningen bør utvides til også å gjelde for eksisterende brukere når de passerer 67 år.

Formålet ved dette prosjektet er å belyse ulike sider ved toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. For det første skal prosjektet gi en oversikt over kommunenes samlede utgifter til ressurskrevende pleie- og omsorgstjenester i 2013, også utgifter som faller utenfor refusjons-ordningen. For det andre skal prosjektet utrede konsekvenser av å utvide ordningen til

brukere over 67 år. En tredje hovedproblemstilling er å utrede alternative utforminger av toppfinansierings-ordningen for å begrense utgiftsveksten.

I gjennomføringen av prosjektet er det benyttet ulike metodiske tilnærminger. Utgangspunktet var en caseundersøkelse i 10 kommuner. De viktigste formålene med caseundersøkelsen var å kartlegge utgifter som faller utenfor refusjonsordningen, samt å undersøke om kommunene har ulik praksis med hensyn til hva som legges inn i ordningen. Caseundersøkelsen dannet grunnlag for utforming av en spørreundersøkelse som ble sendt til alle kommuner. I tillegg er det utført regresjonsanalyser og simuleringer basert på KOSTRA-data og data om toppfinansieringsordningen fra Helsedirektoratet.

7.5 Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværsarbeid i sykehjem



Fafo-rapport 2015:12

Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværsarbeid i sykehjem

Hanne Bogen og Lise Lien

Sykefraværet i sykehjem er høyt. Et høyt sykefravær er en utfordring både for tjenestekvalitet og arbeidsmiljø. Årsakene til det høye sykefraværet i sykehjem antas ofte å skyldes et fysisk og psykisk krevende arbeid eller for lav bemanning. En del sykehjem klarer likevel over tid å holde et lavere sykefravær enn andre sykehjem til tross for at de ikke er bedre ressursmessig stilt. Rapporten baserer seg på et prosjekt der vi studerer sykefravær i sykehjem og undersøker hvorfor noen sykehjem klarer å holde et lavere sykefravær enn andre sykehjem, ikke bare i en kort periode, men over flere år. Vi studerer sykehjem i samme kommune (fire kommuner med to sykehjem i hver) fordi de i utgangspunktet har de samme ramme-betingelsene, f.eks. med hensyn til økonomi. Problemstillingen har vært å undersøke hvordan disse sykehjemmene konkret arbeider for å oppnå sine resultater. Prosjektet har i hovedsak bestått i casestudier i et utvalg kommuner der det finnes sykehjem som over tid har klart å holde et lavere sykefravær enn andre sykehjem. Prosjektet omfatter i hovedsak kommunale sykehjem, men også noen sykehjem drevet av ideelle organisasjoner (inngår). Det er i tillegg gjennomført en registerundersøkelse som kartlegger hvor mange sykehjem som over en tidsperiode har klart å holde et lavere sykefravær enn andre sykehjem i samme kommune. Caseundersøkelsene viser at de grep virksomhetene med lavt sykefravær har tatt, kan grupperes i tre typer av tiltak:

1. Bedre oppfølging av sykefravær og sykmeldte. Virksomhetene kartlegger bedre sykefraværet og årsakene til dette enn tidligere. På bakgrunn av denne kartleggingen tilbys ulike typer av tilrettelegging som er tilpasset den enkelte sykmeldtes behov (f.eks. midlertidig redusert arbeidstid og kompetansehevende tiltak). Dersom det viser seg at ulike typer av tilrettelegging over tid ikke bidrar til å redusere sykefraværet, vil virksomheten kunne gi råd til den ansatte om andre typer av tilpasning, som f.eks. at den ansatte går ned i stilling eller får en ordning med (delvis) uføretrygding. I enkelte tilfeller foreslår virksomheten at annen type arbeid kan være aktuelt for den enkelte, noe som ofte har vist seg å være en god løsning for den det gjelder.

2. Vektlegging av et arbeidsmiljø som forebygger sykdom og sykefravær ved å påpeke ansattes rettigheter og plikter i organisasjonen: rettigheter med hensyn til å tilbys et forsvarlig fysisk og psykisk arbeidsmiljø, plikter med hensyn til å skape et kollegialt og støttende arbeidsmiljø, men også plikter med hensyn til å ha en livsstil som er forenelig med å jobbe i et sykehjem, som krever en viss fysisk og psykisk robusthet. Ansatte blir i større grad enn tidligere ansvarliggjort med hensyn til de ulempene fravær har og får en bedre forståelse for viktigheten av å komme på jobb, både for brukernes del og for kollegenes. Det blir også påpekt av ledelsen at ansattes kompetanse og erfaring ikke lett kan erstattes av vikarer.

3. Omdisponering av ressurser, f.eks. ved å omgjøre vikarmidler til faste stillinger til tidspunkter som har et særlig behov for en styrket bemanning, eller «jobbing på tvers» i organisasjonen. Det er for øvrig interessant at få av de undersøkte virksomhetene mener at bemanningssituasjonen er viktigste grunn til høyt sykefravær og at det er viktigere å benytte de ressurser man har på en bedre måte.

Ledelse og tillitsvalgte i kommuner og sykehjem er i all hovedsak samstemte om de grepene som er tatt.

7.6 Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LLS

Kartläggning och analys
av vissa insatser enligt LSS
Tilläggsuppdrag avseende
insatsen personlig assistans

Socialstyrelsen september 2015
Artikelnummer 2015-3

**Kartläggning och analys av vissa insatser
enligt LLS**



Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS infördes 1994 för att garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder stöd som kan undanröja svårigheter i den dagliga livsföring-en (se prop. 1992/93:159 Stöd och service till vissa funktionshindrade s. 45). Lagen innehåller bestämmelser om tio olika insatser, med olika syften och innehåll. En av dessa är biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera insatsen personlig assistans enligt 9 § 2 LSS. Uppdraget är ett tilläggsuppdrag till ett tidigare uppdrag - "Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS" - som redovisades i mars 2015.

Ansvarig projektledare har varit Claes Falck på avdelningen för utvärdering och analys. Projektdeltagare i övrigt har varit Cecilia Molinder Berglund, Petra Bergendahl, My Raquette, Carina Wiström Bergstock, Staffan Söderberg och Karin Flyckt. Marcus Gry har varit enhetschef.

7.7 Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-996-0. Notat fra Kunnskapssenteret, november 2015

Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land

Ingrid Sperre Saunes, Oliliver Tomic, Jon Helgeland, Ann Karin Lindahl

«Health at a Glance» er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år. Rapportene gir et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og helsetjeneste ved hjelp av ulike indikatorer for samtlige OECD-land.

I dette notatet presenteres resultatene for den norske helsetjenesten i forhold til helsetjenesten i de øvrige OECD-landene. OECD-rapporten fra 2015 inneholder sammenliknbare data fra 34 OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2013. Notatet vil gjøre informasjonen tilgjengelig for et bredere publikum og samtidig være et bidrag i debatten om kvalitet i den norske helsetjenesten. Vi har lagt vekt på informasjon om datakvalitet og sammenliknbarhet siden landene varierer med hensyn til befolkningssammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på.

Helsetilstanden i Norge er god, med høy forventet levealder, god helse og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Helsevaner er bedre enn gjennomsnittet i OECD, med lavere egenrapportert forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av frukt. Helseutgifter er generelt sett høye, med unntak av utgifter til legemidler per innbygger hvor vi er blant de land som benytter minst. Norge er fortsatt det landet med høyest andel av helseutgifter til pleie og omsorg, tett fulgt av de andre nordiske landene. Det er høy forekomst av kreft. Når det gjelder overlevelse etter fem år ved livmorhalskreft og brystkreft er Norge best eller blant de beste. Oppslutning om vaksinasjonsprogram er på snittet i OECD.

Norge er blant de OECD-land som har høyest antall leger og sykepleiere i befolkningen. Tilgangen på utdannede farmasøyer er mindre enn gjennomsnittet i OECD-landene, og apotekdekningen i Norge er på gjennomsnittet av OECD.

7.8 Health at a Glance 2015. OECD indicators



www.oecd.org

Health at a Glance 2015

OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

This 2015 edition of Health at a Glance – OECD Indicators presents the most recent comparable data on key indicators of health and health systems across the 34 OECD member countries. For a subset of indicators, it also reports data for partner countries, including Brazil, China, Columbia, Costa Rica, India, Indonesia, Latvia, Lithuania, the Russian Federation and South Africa. This edition includes two new features: a set of dashboard indicators on health and health systems, presented in Chapter 1, summarising the comparative performance of OECD countries, and a special chapter on recent trends in pharmaceutical spending across OECD countries, presented in Chapter 2.

The production of Health at a Glance would not have been possible without the contribution of OECD Health Data National Correspondents, Health Accounts Experts, and Health Care Quality Indicators Experts from the 34 OECD countries. The OECD gratefully acknowledges their effort in supplying most of the data contained in this publication. The OECD also acknowledges the contribution of other international organisations, especially the World Health Organization and Eurostat, for sharing some of the data presented here, and the European Commission for supporting data development work.

This publication was prepared by a team from the OECD Health Division under the co-ordination of Gaétan Lafortune. Chapter 1 was prepared by Gaétan Lafortune and Nelly Biondi; Chapter 2 by Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan and Michael Mueller; Chapter 3 by Nelly Biondi and Gaétan Lafortune; Chapter 4 by Marion Devaux, Nelly Biondi and Franco Sassi; Chapter 5 by Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel, Liliane Moreira and Michael Gmeinder; Chapter 6 by Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel and Nelly Biondi; Chapter 7 by Gaétan Lafortune, Marion Devaux, Michael Mueller, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel and Nelly Biondi; Chapter 8 by Ian Brownwood, Ian Forde, Rie Fujisawa, Nelly Biondi, Emily Hewlett, Carol Nader, Luke Slawomirski and Niek Klazinga; Chapter 9 by David Morgan, Michael Mueller, Yuki Murakami and Michael Gmeinder; Chapter 10 by Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan, Michael Mueller, Luke Slawomirski and Marie-Clémence Canaud; Chapter 11 by Tim Muir, Yuki Murakami, Gaétan Lafortune, Marie-Clémence Canaud and Nelly Biondi. This publication benefited from useful comments from Francesca Colombo.

7.9 Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener brukerne?



Difi-rapport 2015:6 ISSN 1890-6583

Innbyggerundersøkelsen 2015 Hva mener brukerne?

Difi

Direktoratet for forvaltning og IKT

Denne rapporten går igjennom de viktigste resultatene fra brukerdelen av innbyggerundersøkelsen 2015, som ble gjennomført høsten 2014 og våren 2015. Innbyggerdelen av innbyggerundersøkelsen ble gjennomført i samme tidsperiode, og ble besvart av innbyggere både med og uten erfaring med tjenestene. Brukerdelen er kun besvart av brukerne, og bestod av 23 ulike spørreskjemaer, ett for hver tjenestetype. Brukerdelen ble sendt ut til over 10 885 respondenter, 6 499 av disse besvarte denne delen.

Innbyggerundersøkelsen er en av de største brukerundersøkelsene av forvaltningen i Norge. Den skal gi et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere utviklingen av offentlige tjenester på tvers av sektorer, og gi kunnskap som kan bidra til å videreutvikle offentlige tjenester på sikt. Resultatene fra undersøkelsen gir økt innsikt i brukernes oppfatninger av tjenester innen områdene utdanning og kultur, helse, omsorg og myndighetsorganer.

Epinion P/S har vært ansvarlig for gjennomføring av både innbyggerdelen og brukerdelen av innbyggerundersøkelsen. De har blant annet levert rådata, tabeller og grafikk. Epinion har også bistått Difi med kompetente råd og faglig støtte underveis.

Tore Basmo Bergh har hatt ansvar for utviklingen av Difis nettsider, i nært samarbeid med Siri Moe Megaard, Rune Kjølraug og Sture Dingsøy. Halogen har bidratt til nye nettsider.

Kristian Kjøllesdal Eide og John Nonseid (prosjektleder) har analysert tallene, skrevet rapporten og utarbeidet ytterligere kunnskapsgrunnlag tilgjengeliggjort på difi.no. Her kan du både lese om de viktigste funnene fra undersøkelsen, gjøre enkle analyser av resultatene eller laste ned rådata.

Seksjonssjef Asgeir Fløtre er ansvarlig for prosjektet.

Alle resultater, spørreskjema med mer er tilgjengelig på Difis nettsider www.difi.no.

7.10 Regjeringa si handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien



Regjeringa sin handlingsplan
for oppfølging av
HelseOmsorg21-strategien
Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018)



Departementa

Handlingsplan

**Regjeringa si handlingsplan for
oppfølging av HelseOmsorg21-strategien
Forskning og innovasjon i helse og
omsorg (2015-2018)**

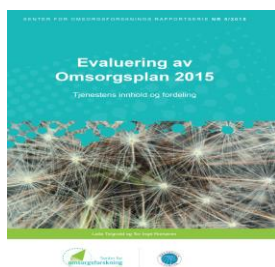
Helse- og omsorgssektoren er ein stor og viktig samfunnssektor, der ny kunnskap, ny teknologi og demografisk utvikling fører til rask og omfattande endring. Regjeringa vil setje pasientane og deira behov i sentrum for desse endringane. Endringane gir oss samstundes høve til å byggje ny næringsverksemd og verdslaiande forskingsmiljø i Noreg. Det er nødvendig å satse på innovasjon, kunnskap og teknologi for å møte utfordringane i sektoren og å leggje til rette for trygge tenester av høg kvalitet, fornying og næringsutvikling.

HelseOmsorg21-strategien blei utvikla av universiteta, sjukehusa, kommunane, næringslivet, offentlege etatar og brukarane sjølve. Strategien er deira svar på korleis forskning og innovasjon skal bidra til å møte utfordringar i tenestene og gi næringsutvikling. Oppfølginga av HelseOmsorg21-strategien er viktig for å lukkast med dette. Denne handlingsplanen presenterer regjeringa si oppfølging.

Sidan strategien blei lagd fram i juni 2014, har regjeringa arbeidd systematisk med å følgje opp dei ti strategiske satsingsområda. Regjeringa styrkjer finansieringa av grunnforskninga og dei næringsretta verkemidla for forskning og innovasjon. Det skal etablerast eit felles forskingsprogram for klinisk behandlingsskaping i spesialisthelsetenesta, og informasjonen om kliniske studiar skal bli betre, noko som skal gi pasientane betre tilgang til utprøvande behandling. Det er etablert fire større helseforskningsprogram i Noregs forskingsråd, retta inn mot folkehelse, behandling, tenesteutvikling og innovasjon og global helse. Ved å leggje til rette for meir forskning i og for kommunane vil regjeringa bidra til å styrkje og modernisere helse- og omsorgstenestene der folk bur. I første del av handlingsplanen legg vi fram ein heilskapleg politikk for forskning og innovasjon i helse og omsorg som vil styre utviklinga av feltet framover. I andre del presenterer vi konkrete tiltak innanfor dei ti satsingsområda HelseOmsorg21-prosessen identifiserte.

For å nå målet om eit kunnskaps- og innovasjons-system for betre tenester og ei ny vekstnæring, må vi byggje ein kultur for samarbeid. Denne handlingsplanen forpliktar heile regjeringa. På same måten må tenestene, kunnskapsmiljøa og næringslivet arbeide saman for å skape innovative og kunnskapsbaserte tenester og sikre at kunnskapen gir grunnlag for ei næring som vinn fram i ein tøff global konkurranse. Lista er lagd høgt. Regjeringa forventar eit kraftig lyft for forskning og innovasjon innanfor helse og omsorg.

7.11 Evaluering av Omsorgsplan 2015. Tjenestens innhold og fordeling



Rapportserie nr. 5/2015

Senter for omsorgsforskning øst, Høgskoleni Gjøvik

Evaluering av Omsorgsplan 2015 Tjenestens innhold og fordeling

Laila Tingvold, Tor Inge Romøren

Hvilken utvikling har det vært av nybygg og restaureringer i sykehjem og omsorgsboliger i planperioden tilhørende Omsorgsplan 2015? Hvilket innhold og faglige innretninger har den kommunale pleie- og omsorgstjenesten under Omsorgsplan 2015, og hvordan er tilbudene fordelt mellom ulike bruker- og aldersgrupper? Målsettingen med evaluering av Omsorgsplan 2015 er gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«...å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015» (St.meld.nr. 25 (2005–2006), 2006). Omsorgsplan 2015 strekker seg over perioden 2008–2015. Rapporten dekker de første seks årene av åtteårsperioden.

Resultatevalueringen omfatter tre delprosjekter der en studerer Omsorgsplan 2015 sine effekter på:

- Kommunale omsorgsplaner. Delprosjekt A, gjennomføres av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Kommuners drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene. Delprosjekt B, gjennomføres av Senter for helseledelse og helseøkonomi (HELED), ved Universitetet i Oslo.
- Tjenestens innhold, fordeling og kvalitet. Delprosjekt C, gjennomføres av Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Denne rapporten er den første fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik som beskriver resultater fra Delprosjekt C. Målsettingen er å studere variasjoner i (1) tjenestens innhold, herunder differensiering av tilbudet i sykehjemmene, og innretning og omfang av hjemmetjenestene og (2) tjenestens fordeling, blant annet om det skjer endringer i tjenestemottakers alder og de helseproblemer som prioriteres. Det vil bli utarbeidet en egen rapport om kvalitet av Senter for omsorgsforskning innen utgangen av 2015.

Denne rapporten er basert på intervjueskjema og personlige intervju med ledelsen i pleie- og omsorgssektoren i 76 av landets kommuner, og gir noen foreløpige resultater om tjenestens innhold og fordeling. I neste fase av arbeidet vil dataene fra kommuneundersøkelsen bli etraktet sammen med data fra IPLOS og KOSTRA. Sluttrapport for evalueringen skal leveres høsten 2015. Vi ønsker å takke representantene fra kommunene i vårt utvalg som har møtt oss med stor velvilje og hjelpsomhet i å samle inn de data som denne rapporten bygger på!

7.12 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Faglig sluttrapport

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015:
Faglig sluttrapport

Terje P. Hagen¹
i samarbeid med Hilde Gunne², Anders Kvale Havik³, David P.
McArthur⁴, Tron A. Moger⁵, Bente Ø. Kjøs⁶, Maren Sogstad⁷, Laila
Tingvold⁸, Trond Tjerbo⁹, Tor Inge Rønne¹⁰ og Margje Veenstra¹¹

¹ Avdeling for helsevitenskap og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
² Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
³ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

¹ Korrespondansende forfatter: Terje P. Hagen, Avdeling for helsevitenskap og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Pb. 1047 Blindern, 0403 Oslo, Norge.
E-post: terje.p.hagen@iuh.uio.no

Utslippdato: Desember 2015

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. September 2015

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Faglig sluttrapport

Terje P. Hagen

Heidi Gautun, Anders Kvale Havik, David P. McArthur, Tron A. Moger,
Bente Ø. Kjøs, Maren Sogstad, Laila Tingvold, Trond Tjerbo, Tor Inge
Rønne og Margje Veenstra

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, løftet Regjeringen fram fire satsingsområder for å stimulere kommunene til å håndtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer: (1) nye årsverk (2), nye omsorgsplasser, (3) økt kompetanse og (4) styrking av demensomsorgen. Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 (OM2015) var å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Gjennom prosjektet "Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015" evalueres effektene av Omsorgsplan 2015. Målsettingen med evalueringen er gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet og Forskningsrådets invitasjon til prosjektsøknaden: "*å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015*". Prosjektgruppa har særlig studert effektene av OM2015 på:

- Kommunale omsorgsplaner
- Kommunenes drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene
- Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet.

Delprosjekt A hadde som mål å studere kommunal planlegging (1) ved å gi en landsdekkende oversikt over omfanget av eksisterende omsorgsplaner og omsorgsplaner som er under utarbeidelse, (2) ved å gi en analyse av innholdet i og kvaliteten av omsorgsplanene og (3) ved å forklare variasjoner i omsorgsplanene. Delprosjekt B hadde som mål å studere kommunenes tilpasning av drifts- og investeringsnivået innenfor omsorgstjenestene (1) ved en nærmere beskrivelse av drifts- og investeringsnivået i perioden fram til 2015, (2) ved en nærmere analyse av forklaringer på kommunenes tilpasning basert på tradisjonelle tilbuds- og etterspørselsvariabler, og (3) ved nærmere analyse effektene av virkemidlene i Omsorgsplan 2015. Delprosjekt C hadde som mål å studere variasjoner i (1) i tjenestenes innhold, herunder differensiering av tilbudet i sykehjemmene, og innretning og omfang av hjemmetjenestene, (2) tjenestenes fordeling, blant annet om det skjer endringer i tjenestemottakernes alder og de helseproblemer som prioriteres, og (3) kvaliteten i omsorgstjenestene.

Prosjektet har vært finansiert av Norges Forskningsråd (prosjektnummer 210504).

Denne sluttrapporten oppsummerer hovedresultatene fra evalueringen. En oversikt over rapportene fra prosjektet er gitt til slutt. Flere publikasjoner er under utarbeidelse.

7.13 Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging



Rapport nr 4/15
Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging

Marijke Veenstra, Anders Kvale Havig og Heidi Gautun

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, uttrykte Regjeringen bekymring over hvordan kommunene skal handtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer. Nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg, er definert som de viktigste utfordringene. Fire satsingsområder ble særlig løftet frem: (1) nye arsverk (2), nye omsorgsplasser, (3) økt kompetanse og (4) styrking av demensomsorgen¹. Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 er å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Dette er fokus i denne rapporten hvor vi presenterer funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015». Hensikten med rapporten er å vurdere i hvilken grad kommunene har utviklet lokale omsorgsplaner og hvorvidt kommunene har satt framtidige pleie- og omsorgsutfordringene på dagsorden i det kommunale planverket.

For vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst i denne studien, vil vi gi en kort beskrivelse av hvordan Omsorgsplan 2015 er tenkt å stimulere arbeidet med det kommunale planverket og referere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet. Vi gir også en kort oversikt over planprosessen i kommunene.

7.14 Er tjenestene fortsatt på «strekk»?



Rapportserie nr. 12/2015
Senter for omsorgsforskning

Er tjenesten fortsatt «på strekk»?

*Bjørn dale, Bjarte Folkestad, Oddvar Førland,
Ragnhild Hellesø, Aud Moe, Maren Sogstad*

Helsetilsynet ga i 2003 ut rapporten «Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud» på bakgrunn av en større landsomfattende undersøkelse ledet av Tor Inge Romøren, den gang ansatt ved NOVA (Helsetilsynet 2003). Med bakgrunn i dette materialet, og i tillegg tilsynsaktiviteter, ga Helsetilsynet i 2005 ut rapporten «Pleie og omsorgstjenester på strekk» (Helsetilsynet 2003). Senter for omsorgsforskning har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt for å undersøke hvordan tilstanden er nå 10 år etter rapportene fra Helsetilsynet.

Resultatene fra dette forprosjektet danner grunnlag for utvikling av et større forskningsprosjekt som senere skal gå i dybden på prioriteringer, utvikling, muligheter og utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal anvendes tilnærminger og metoder som gjør det mulig å følge den kommunale tjenesteutviklingen tett i årene som kommer, gjennom å koble data fra ulike kommunale registre, gjennomføre egne nasjonale surveys og foreta feltstudier i utvalgte små, mellomstore og store norske kommuner. Senter for omsorgsforskning takker Helse- og omsorgsdepartementet for et spennende oppdrag.



Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

**Nasjonal helse- og sykehusplan
Meld St. 11 (2015-2016) Melding til Stortinget**

*Forord fra Ekspertgruppen av brukere, pasienter
og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan*

Helsetjenesten er til for pasientene. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det skal være pasientenes helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter. I pasientens helsetjeneste blir alle sett, hørt og møtt som den man er. Trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet er bærende elementer.

Helsetjenesten i Norge er nivådelst og oppfattet som fragmentert. Oppdelingen er skapt ut fra systembehov og ikke pasientens behov. I pasientens helsetjeneste er det EN helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste merker man ikke hvem som eier, drifter og betaler – det tar systemet seg av.

Alle har en fysisk helse og en psykisk helse. For pasientene henger kropp og sinn sammen. Det må også helsetilbudet.

Det er ikke pasienten som skal holde systemet sammen – det er helsetjenesten. Mange opplever å falle ut av systemet og inn i en usikkerhet når de blir sendt videre. Det må bli forbudt å sende noen videre. Man skal sendes til en annen – til avtalt tid.

Pasientens helsetjeneste innebærer at helsetjenestene samles om pasientene. For pasientene er både kvalitet og nærhet viktig. Det er nødvendig at det skilles mellom lokalpolitikk og helsepolitikk. Alle dagens sykehus bør beholdes, men mange bør endres og utvikles. Små sykehus kan utvikles til helsesentre som blir samhandlingsarena for primær- og spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester befolkningen trenger, eksempelvis lærings- og mestringssentre, likepersonarbeid, fysio- og ergoterapi, rehabilitering, hjelpemiddelsentraler, tannleger, tjenester fra psykisk helsevern og rus.

Behandlingskvaliteten skal ikke være avhengig av hvem du er og hvor du bor. I dag er det for store variasjoner i kvalitet – vi trenger nasjonale kvalitetskrav. Sentralisering av spesiell behandling som ikke alle behøver, har vist seg å gi bedre kvalitet. Når noe behandling sentraliseres får flere tilgang til det aller beste.

I pasientens helsetjeneste er det kontinuitet for de som har langvarige sykdommer, og man har en fast lege og en fast kontaktsykepleier i spesialisthelsetjenesten. Alle som kommer inn i helsetjenesten med en alvorlig eller langvarig sykdom skal også få tilbud om å møte en likeperson. Dette kan gjøres gjennom samarbeid med brukerorganisasjonene.

Behandlingen i helsetjenesten er å bekjempe og redusere sykdom. Mange blir friske, men ofte består behandlingen av å begrense sykdommen og mestre livet med sykdom. Individuell plan er et viktig redskap for å skape sammenheng for den enkelte. Å ta i bruk den enkeltes egne ressurser er en for lite brukt medisin. I pasientens helsetjeneste får alle tilbud om læring og

mestring av egen sykdom og om hva som forventes av egenbehandling/ egeninnsats. Læring og mestring er også sentralt for å myndiggjøre og styrke brukerne/pasientene.

I pasientens helsetjeneste tas det hensyn til at folk har en annen livsstil enn før. Åpningstider må legges til rette så de passer med folks hverdag og arbeidsliv. Kveldspoliklinikker og kveldsbehandling er to gode eksempler på dette.

I pasientens helsetjeneste tar man spesielt hensyn til ungdom og eldre. Der det er mange ungdom og eldre bør man ha egen organisering for disse gruppene. Eldre pasienter trenger mer tid, mer ro, mer tilrettelegging og vil bli møtt med respekt. For ungdom er det avgjørende at man blir behandlet som ungdom, og at overgangene fra barn til voksen blir gode.

De senere årene har helsebyråkratiet vokst. Økning i byråkrati har ikke ført til tilsvarende kvalitetsøkning i helsetjenesten. Pasientens helsetjeneste innebærer at helsepersonell bruker tiden på pasientene og ikke byråkrati.

Pasienter og pårørende vet hvordan tjenestene virker – de bør brukes som systemrevisorer og forandringsagenter. I pasientens helsetjeneste skal pasienter spørres hvordan de ble behandlet og om behandlingen hadde den ønskede virkning.

Brukermedvirkning er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Brukerne blir ofte invitert til å medvirke og komme med forslag både på jevnere medvirkning og vi vil ha BRUKER MED VIRKNING overalt.

Til slutt: Pasientens helsetjeneste er til for pasientene. Når pasientens kunnskap blir verdsatt og brukt sammen med fagkompetansen både i tjenesteutvikling og vurdering, vil norsk helsetjeneste bli bedre både for bruker og for de som har sitt arbeid i helsetjenesten.

8. KOMPETANSE, INNOVASJON OG VELFERDSTEKNOLOGI

8.1 Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg



Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015

Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg

*Marit K. Helgesen, Dorothy S. Olsen, Evelyn Dyb, Arne Holm ,
Lars Chr. Monkerud, Rannveig Røste*

Vinteren 2015 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i oppdrag av Helsedirektortet å evaluere Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Evalueringen er gjennomført i samarbeid med Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Evalueringen har sett særsilt på alle 38 utviklingssentre, på deres organisering og aktiviteter, samt på samarbeid med kommuner i nedslagsfeltet.

Prosjektet har vært ledet av Marit K. Helgesen (NIBR) og Dorothy S. Olsen (NIFU). Øvrige prosjektmedarbeidere har vært Arne Holm, Evelyn Dyb og Lars Chr. Monkerud fra NIBR og Rannveig Røste fra NIFU. Kapittel fem er i sin helhet skrevet av Lars Chr Monkerud. Til andre kapitler har hele teamet bidratt.

Det rettes en takk til alle som har bidratt med sin tid i intervjuer og utfylling av spørreskjema.

8.2 Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?



Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?

Rune Reiling
Håkon Høst

Rapport 2015:34

NIFU

Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning Rapport 2015:34

Prosjektnr. 12820536

Hva påvirker andelen ufaglærte i barnehager og pleie og omsorg?

Rune Reiling, Håkon Høst

Rapporten er finansiert av KS og tar for seg problematikken med ufaglærte, eller ansatte uten relevant fagutdanning, i pleie- og omsorgssektoren og barnehagesektoren i kommunene. Dette er undersøkt både med utgangspunkt i kvantitative data, primært fra KS eget arbeidstakerregister, PAI, og ved besøk og intervjuer i noen utvalgte kommuner. Vi takker for velvilligheten blant de mange vi har intervjuet i kommunene, og også for nyttige kommentarer underveis fra KS.

Prosjektet har vært gjennomført av Rune Reiling og Håkon Høst (prosjektleder). Asgeir Skålholt har bidratt med innspill og kommentarer, særlig på den kvantitative undersøkelsen.

8.3 Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer

Våld
Handbok om socialtjänstens och hälso- och
sjukvårdens arbete med våld i nära relationer

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen April 2015
Artikelnr. 2015-4-4

Våld
Handbok om Socialtjänstens och
hälso- och sjukvårdens arbete med
våld i nära relationer

Den 1 oktober 2014 trädde nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer i kraft. Författningen gäller för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Syftet med den nya författningen är att höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta barn och vuxna samt barn som bevittnat våld och att stödja våldsutövare att upphöra med våldet. De nya föreskrifterna och allmänna råden ersätter Socialstyrelsens allmänna råd (2009:22) om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

Denna handbok är ett komplement till föreskrifterna och de allmänna råden om våld i nära relationer. Den nya författningen, och således även handboken, omfattar en vidare målgrupp än de tidigare allmänna råden. Här avses vuxna kvinnor och män som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående samt barn som utsatts för eller bevittnat våld av eller mot närstående. Den nya författningen innehåller även allmänna råd om stödet till våldsutövare.

Handboken syftar till att ge socialtjänsten och hälso- och sjukvården vägledning på området och tar upp lagstiftning och förarbeten samt kunskap baserad på forskning och erfarenheter från verksamheterna. Den innehåller även avsnitt om familjerätten och förhållandet mellan socialtjänsten och ideella föreningar.

Med föreskrifterna och de allmänna råden samt handboken vill Socialstyrelsen ge socialnämnden och vårdgivare stöd både för planering av verksamheten på en övergripande nivå och för handläggning av enskilda ärenden. Handboken riktar sig även till utförare av socialtjänst, t.ex. ideella organisationer.

Handboken är skriven av utredaren Ann Jönsson och juristen Marit Birk, i samarbete med juristerna Shriti Radia och Åsa Lindberg. Värdefulla synpunkter har under arbetets gång inhämtats från referensgrupper, såväl inom som utanför Socialstyrelsen.

8.4 Kompetanseløftet 2015 – Konsekvenser i kommunene



Som et ledd i Kompetanseløftet 2015 (K2015) kan kommunene søke Fylkesmannen om tilskudd til utdanning og videreutdanning av personell, samt kursvirksomhet. I dette notatet har vi studert utvikling i antall personer som har gjennomført utdanning eller videreutdanning ved at kommunene, der de er ansatt, har benyttet seg av K2015-midler, samt hvilken type kompetansebygging midlene er gått til. Resultatet sees i sammenheng med utviklingen i antall sysselsatte med helse- og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunesektoren. Det foreligger store regionale forskjeller både med hensyn til andelen ansatte med relevant utdanning, hvor mange som har gjennomført kompetansetiltak ved å benytte seg av K2015-midler og type tiltak. Analysen støtter opp om funn fra tidligere evalueringer. For det første ser målsettingen om økning i årsverk med relevant kompetanse ut til å bli oppnådd. For det andre synes det å foreligge utfordringer med å få utdannet tilstrekkelig antall helsefagarbeidere.

På landsbasis tilsvarer veksten i antall sysselsatte med relevant kompetanse innen brukerrettet pleie og omsorg om lag 13900 personer fra 2007 til 2012. I samme periode fullførte til sammen over 7400 personer videregående opplæring eller tok desentralisert høyere utdanning, mens vel 10800 personer fullførte videreutdanning, ved hjelp av K2015-midler. Antall personer, som har tatt en relevant fagutdanning ved hjelp av midler fra K2015, svarer dermed for over halvparten av samlet tilvekst i antall personer med helse og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg, over samme tidsrom. Videre var antall personer som fullførte videregående opplæring til hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider ved hjelp av K2015 en del høyere enn tilveksten i alle ansatte med slik kompetanse i perioden 2007-2012 (henholdsvis vel 5900 og 1148 personer).

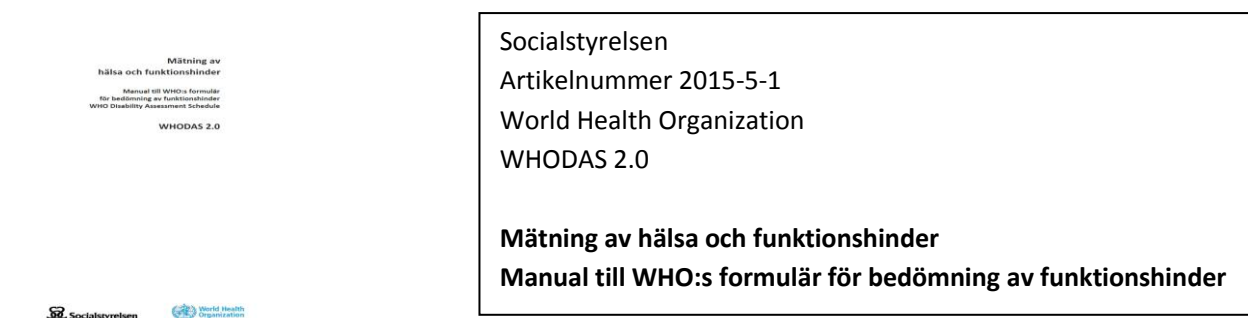
Regresjonsanalyser indikerer at kommunal deltakelse i K2015 er behovsstyrt i det, alt annet likt, kommuner som har forholdsvis mange mottakere av pleie og omsorgstjenester i forhold til folkemengden også har utdannet relativt flest personer ved å benytte seg av K2015-midler. Videre finner vi at kommuner som hadde forholdsvis få ansatte med relevant kompetanse da K2015 startet opp, også er de kommunene som har satset mest på kompetanseheving blant egne ansatte.

Når vi studerer endringer i den generelle kompetansesammensetningen i kommunene, finner vi at kommuner som har best råd, hensyn tatt til behovsstruktur, størrelse og lokalisering, mv., også er de kommunene som har hatt størst økning i andelen sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg med relevant kompetanse. En hypotese kan være, at slike kommuner lettere kan rekruttere personell med relevant utdanning, enn det andre har muligheter til.

Videre finner vi en sterk samvariasjon mellom tallet på personer, som den enkelte kommune har utdannet ved hjelp av midler gjennom K2015 i løpet av perioden 2007-2012 og økning i personell med relevant kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunen over samme tidsrom.

Til sammen tyder funnene på at Kompetanseløftet 2015 har vært viktig for en generell vekst i personer med relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Vi vet imidlertid ikke hvor mange som ble værende i brukerrettet pleie og omsorg etter endt utdanning. For å kunne si i hvor stor grad K2015 faktisk har bidratt til kompetanseheving innen denne sektoren, må vi kunne følge enkelte ansatte over tid. Slike longitudinelle data er ikke tilgjengelige for prosjektet. Gjennom surveydata og intervju håper vi imidlertid å få en bedre forståelse av disse prosessene. Dette materialet vil bli presentert i sluttrapporteringen.

8.5 Mätning av hälsa och funktionshinder



Världshälsoorganisationens formulär för bedömning av funktionshinder WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) är ett generiskt bedömningsinstrument som utgör en standardiserad metod för mätning av hälsa och funktionshinder över kulturgränser. Det är baserat på en omfattande uppsättning av frågor i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) som är tillräckligt tillförlitliga och känsliga för att kunna mäta förändring efter en specifik intervention. Känslighet för förändring testas genom att samma individ bedöms före och efter interventionen. En serie systematiska fältstudier utfördes för att fastställa instrumentets tvärkulturella användbarhet, reliabilitet och validitet samt dess användbarhet inom hälso- och sjukvårdsforskning. WHODAS 2.0 visade sig vara användbart för att mäta nivåer av hälsa och funktionshinder hos den allmänna populationen och för att mäta klinisk effekt och produktivitetsvinst till följd av interventioner.

Den här manualen redogör för de metoder som användes vid utveckling av WHODAS 2.0 och de resultat som erhöles när instrumentet användes på särskilda områden inom allmän hälsa, till exempel psykiska och neurologiska störningar. Manualen kan vara till nytta för forskare och kliniker som önskar använda WHODAS 2.0 i sin verksamhet. Den innehåller de sju olika versionerna av WHODAS 2.0, som är olika omfattande och har olika administreringsätt. Den anger också generella populationsnormer som gör det möjligt att jämföra WHODAS 2.0-värden för vissa underpopulationer med värdena för den allmänna populationen.

Manualen riktar sig till personal inom vård och omsorg, läkare och övrig personal inom hälso- och sjukvård (t.ex. personal inom rehabilitering, fysioterapeuter och arbetsterapeuter), hälsoplanerare, samhällsvetare och andra som arbetar med studier av funktionshinder och hälsa. Instrumentet kan vara av särskilt intresse för hälso- och sjukvårdspersonal generellt, men även för psykiatriker, psykologer, neurologer och personal som arbetar med missbruks- och beroendevård, eftersom det hanterar psykisk hälsa och missbruks- och beroendeproblem på samma villkor som andra allmänna hälsoområden.

Utveckling av WHODAS 2.0 skulle inte ha varit möjlig utan det stöd vi fått från personer från olika delar i världen, som lagt ned tid och energi i projektet samt organiserat resurser i ett internationellt nätverk. Vi vill tacka dessa ledande centra, organisationer och enskilda samt alla andra som på olika sätt bidragit till detta stora projekt som tagit mer än tio år att genomföra. Mer information om projektteamet finns på webbplatsen för WHODAS 2.0.1

Projektdeltagare i samarbetet kring WHODAS 2.0

De främsta projektdeltagarna som deltagit i samarbetet (per land):

Gavin Andrews (Australien), Thomas Kugener (Österrike), Kruey Kim Houn (Kambodja), Yao Guizhong (Kina), Jesús Saiz (Kuba), Venos Malvreas (Grekland), R Srinivasan Murty (Indien, Bangalore), R Thara (Indien, Chennai), Hemraj Pal (Indien, Delhi), Ugo Nocentini och Matilde Leonardi (Italien), Miyako Tazaki (Japan), Elia Karam (Libanon), Charles Pull (Luxemburg), Hans Wyrand Hoek (Nederländerna), AO Odejide (Nigeria), José Luis Segura Garcia (Peru), Radu Vraști (Rumänien), José Luis Vásquez Barquero (Spanien), Adel Chaker (Tunisien), Berna Ulug (Turkiet), Nick Glozier (Storbritannien), Michael von Korff, Katherine McGonagle och Patrick Doyle (USA).

Expertgrupp för bedömningsinstrument

I expertgruppen ingick bland andra Elizabeth Badley, Cille Kennedy, Ronald Kessler, Michael von Korff, Martin Prince, Karen Ritchie, Ritu Sadana, Gregory Simon, Robert Trotter och Durk Wiersma.

WHO:s och de amerikanska nationella hälsoinstitutens (National Institutes for Health NIH) gemensamma projekt för bedömning och klassifikation av funktionshinder

Personer som varit engagerade i WHO:s och NIH:s gemensamma projekt för bedömning och klassifikation av funktionshinder (Joint Project on Assessment and Classification of Disability) (listat per institution): Darrel Regier, Cille Kennedy, Grayson Norquist och Kathy Magruder (amerikanska nationella institutet för mental hälsa, National Institute of Mental Health, NIMH), Robert Battjes och Bob Fletcher (amerikanska nationella institutet för drogmissbruk National Institute on Drug Abuse, NIDA) och Bridget Grant (amerikanska nationella institutet för alkoholmissbruk och alkoholism, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA).

Förutom redaktörerna deltog flera personer från WHO och konsulter i det gemensamma projektet mellan WHO och NIH, särskilt att notera Shekhar Saxena och Joanne Epping-Jordan med viktiga roller i projektet. Vi vill dessutom tacka den redaktionella assistans vi fått från Jayne Lux, Cille Kennedy, Sarah Perini, Rueya Kocalevent och Dan Chisholm, samt den statistiska assistansen från Ulrich Frick och Luis Prieto.

8.6 Smarte helsetjenester i trygge boliger



Standard Norge rapport
September 2015
Prosjektnummer 2053-35

Smarte helsetjenester i trygge boliger

*Rudolph Brynn
Bjørn Mathiesen
Tor Sætrang*

Rapporten er utarbeidet med finansiering fra Husbanken. Den presenterer resultatet av en bred kartlegging og vurdering av relevante standarder på området velferdsteknologi og bygningsmasse. Som ledd i kartleggingen er det gjennomført en spørreundersøkelse blant utvalgte aktører innenfor velferdsteknologiområdet for å få en oversikt over interesser og behov i markedet. Basert på kartleggingen av standarder og de mottatte innspill blant interessentene i markedet er det identifisert behov for standarder. Rapporten omfatter også en analyse av utvalgte definisjoner av velferdsteknologi og en kost-nytte analyse av standardisering i forhold til dette området.

8.7 Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene



Rapport nr. 17/14

Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Høgskolen i Oslo og Akershus 2014

Planer for et aldrende samfunn? Boliger og tjenester for eldre i kommunene

Jardar Sørvoll, Christine Martens, Svein Olav Daatland

Denne rapportens opphav er et Husbankfinansierte forskningsprosjektet utlyst med tittelen Klare for eldrebølgen? – Planlegging og utvikling av boliger og tjenestetilbud for eldre i norske kommuner. Prosjektet er gjennomført i perioden 1.8- 28.11.2014 av prosjektleder Jardar Sørvoll (forsker II), stipendiat Christine Thokle Martens og forsker I Svein Olav Daatland. Sørvoll er hovedforfatter på kapittel 1, 4, 5 og 6, Daatland er hovedforfatter på kapittel 2, Martens har skrevet kapittel 3 samt bidratt med tekst og redigering i de andre kapitlene. Alle prosjektmedarbeiderne har også lest og kommentert på hverandres utkast. Prosjektleder vil benytte anledningen til å takke Martens og Daatland for et hyggelig og lærerikt samarbeid. Prosjektet hadde også en referansegruppe bestående av Hans Christian Sandlie (forsker II, NOVA), Marijke Veenstra (forskningsleder og forsker II, NOVA), Torstein Syvertsen (Husbanken), Roar Sand (Husbanken), Anne Gamme (KS) og Tale Jordbakke (Pensjonistforbundet). Alle disse takkes for sine bidrag. Torstein Syvertsen fortjener en spesiell takk for sine faglige innspill underveis i arbeidsprosessen.

Hans Christian Sandlie og Marijke Veenstra takkes for å ha kvalitetssikret hver sine deler av rapporten. Øyvind Ustad, kontaktpersonen i Husbanken, takkes for et godt og hyggelig samarbeid.

Til sist vil vi gjerne takke informanter fra fire kommuner: Skedsmo, Sveio, Trøgstad og Marker.

8.8 Utveckling av e-hälsa i kommunerna

Utveckling av e-hälsa
i kommunerna
Uppföljning av stimulansmedel 2014

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2015-3-9

**Utveckling av e-hälsa i kommunerna
Uppföljning av stimulansmedel 2014**

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har inom ramen för överenskomsten med regeringen – Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten – fördelat statliga medel för att påskynda e-hälsoutvecklingen inom socialtjänsten under 2014. Totalt har SKL fördelat 60 miljoner kronor till kommunförbund och regionförbund. Medlen ska användas för att

- införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna – det kan gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare
- påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”
- säkerställa att de trygghetslarm som kommunen beviljat är digitala och fungerar
- fullfölja införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ).

Socialstyrelsen konstaterar att stimulansmedlen har haft en positiv effekt på utvecklingsarbetet i kommunerna. Kommunerna har själva bidragit med närmare 150 miljoner kronor till projekten utöver de 60 miljoner de fått i stimulansbidrag. Alla kommuner har varit involverade i utvecklingen genom att delta i regionala projekt eller driva egna lokala projekt.

Många kommuner har drivit projekt för att utveckla e-tjänster för brukare och anhöriga. Flera länsorganisationer har arbetat med att ta fram länsgemensamma plattformar för e-tjänster för att lättare kunna utveckla tjänster och knyta dessa till andra system. Den tjänst som flest kommuner har testat och i viss mån infört i ordinarie drift är natttillsyn via kamera. Kameratillsynen bedöms som kostnadssparande och ger en smidigare tillsyn nattetid för den enskilde eftersom personal inte behöver göra fysiska besök i bostaden, med risk för att störa nattsömnen för den enskilde och närstående.

Samtliga län rapporterar att det pågår en utveckling för att öka användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation. I de län där den legitimerade personalen inte har SITHS-kort är målet att fler ska få detta. I de flesta län pågår ett arbete med att också utrusta socialtjänstens personal med en säker roll- och behörighetsidentifikation. Detta för att handläggare och per-

sonal inom utförarorganisationen ska kunna få tillgång till verksamhetssystemen samtidigt som kommunen försäkras om att endast behörig personal får åtkomst till informationen.

Det finns en stor efterfrågan på mobila lösningar inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten i kommunerna. Det handlar framför allt om att personal inom hemtjänst och hemsjukvård utrustas med smarta mobiler, läsplattor, bärbara datorer och andra verktyg för att få tillgång till verksamhetssystemen. Det finns dock, enligt de regionala e-hälso-samordnarna, tekniska problem på olika sätt med de mobila lösningarna, t.ex. erbjuder inte alla leverantörer säkra anslutningar till verksamhetssystemen via de mobila enheterna.

Många kommuner har drivit projekt för att digitalisera trygghetslarmen och andra har planerat och är på gång med upphandlingar av trygghetslarm. En bidragande orsak till den stora aktiviteten är enligt de regionala e-hälso-samordnarna den mediauppmärksamhet som varit under året. SKL Kommun-tus Inköpscentral (SKI) tecknade ett ramavtal 2012 med några leverantörer och cirka 110 kommuner hade i februari 2015 avropat trygghetslarmstjänster från detta avtal under 2013 och 2014.

De flesta kommuner har anslutningar som medger att de tar del av lands-tingens hälso- och sjukvårdsdokumentation. En majoritet av kommunerna har haft aktiviteter för att öka användningen av Nationella patientöversikten (NPÖ) hos hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna. I de projekt som har bedrivits inom detta område har man kartlagt användningen genom att ta del av Ineras användarstatistik och genom enkäter och intervjuer med berörd personal. Några län redovisar att användningen av NPÖ ökat markant under året, dock från låga tal.

Socialstyrelsen konstaterar att satsningen varit viktig för e-hälsoutvecklingen i kommunerna. Stimulansmedlen har inneburit att utvecklingsinsatser har kommit igång eller tidigare lagts. Utvecklingen har kommit igång från ofta låga nivåer. Det regionala och nationella samordningsstödet har varit viktigt för utvecklingen. I flera regioner har man valt att behålla de regionala e-hälsosamordnarna när det statliga stödet har upphört eftersom kommunerna betraktar dessa som nyckelfunktioner i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av fortsatt stöd från staten för att utveckla e-hälsoarbetet i kommunerna. Uppföljningarna av de senaste två årens arbete inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserat arbetssätt i socialtjänsten har visat att det i kommunerna finns behov utveckling av kunskap och kompetens inom flera områden, t.ex. det juridiska ramverket, etiska förhållningssätt och inte minst tekniken. Andra områden där staten behöver vara fortsatt aktiv är utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät. Det finns vidare behov av vetenskapliga studier om kostnader och nytta för olika typer av digitala välfärdstjänster. Avslutningsvis kan konstateras att det också finns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver anpassa regelverket som har bäring på vården och omsorgen.

8.9 Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud



Rapportserie nr. 7/2015

Senter for omsorgsforskning, Sør

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Høgskolen i Telemark

Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud

Per Gunnar Disch, Heidi Johnsen

Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud er en kartleggingsstudie av hvordan kommunene i regionen, planlegger, prioriterer og anvender velferdsteknologiske løsninger i omsorgstjenesten. I tillegg belyser studien kompetanse og kompetansebehov på feltet i kommunene.

Studien kan sies å være en videreutvikling av prosjektet «Bo trygt og godt hjemme» gjennomført av Aud Findal Dahl og Mariann Fossum ved Senter for omsorgsforskning Sør, ved Universitetet i Agder i 2012. Formålet med prosjektet var å kartlegge Agder-kommunenes bruk av velferdsteknologi.

Formålet med denne studien er å søke kunnskap om, planlegging, prioritering og bruk av velferdsteknologi, og også belyse kompetanse, kompetansebehov i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud. Studien har også som et viktig formål å gi innspill til nasjonal og regional politikkutvikling på området og også bidra til å gi en retning for kompetanseutvikling.

Vi håper data og framstilling i rapporten kan være nyttig med hensyn på utvikling av kompetansetiltak innen satsningen: Kompetanseløft 2020.

Hovedvekten i denne rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn. Data fra prosjektet vil ved en senere anledning bli utdypet og analysert nærmere i artikkelform.

Kartleggingsstudien er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør. Førstelektor Per Gunnar Disch har vært prosjektleder og Heidi Johnsen, Prosjektleder ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Telemark har vært prosjektmedarbeider.

8.10 Implementering av velferdsteknologi



Rapportserie nr. 1/2015 Senter for omsorgsforskning HiNT

Implementering av velferdsteknologi

*Bente Northug, Helga Marie Aasan,
Gunn Eva Solum Myren*

Denne rapporten bygger på en kvalitativ studie utført av Senter for omsorgsforskning Midt-Norge. Studien tar for seg ansattes erfaringer fra et prosjekt med implementering og bruk av velferdsteknologiske sensoralarmer i tre distrikter i Værnesregionen; Selbu, Hegra og Stjørdal. Prosjektet ble styrt av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Stjørdal kommune. Fire sensorer ble valgt ut for utprøving; dørsensor, fallsensor, bevegelsessensor, og temperatursensor. Sensorene skulle bidra til økt sikkerhet og trygghet for brukerne, pårørende og de ansatte. Om en bruker utløste en sensoralarm fikk pleier melding på mobil, og kunne logge seg på en iPad for se hvem alarmen gikk til. Både alarmene og hvordan de ble håndtert ble dokumentert i beboerens sykejournal. Personalet fikk opplæring i behandling av sensorene. I tillegg var det utarbeidet prosedyrer som var tilgjengelige i permer på vaktrommene, samt elektronisk lagring. Ansatte i pleie- og omsorgssektoren var hovedaktører i prosjektet. Det vil si sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere,- der noen arbeidet på dagtid, andre på natt. Data ble samlet inn via fem fokusgruppeintervju.

Blant ansatte syntes motivasjonen for å bruke velferdsteknologi i tjenesten generelt å være god, spesielt i starten av implementeringen. Det var lite frykt og motstand blant de som ble intervjuet. Imidlertid, kom det frem en del utfordringer med sensorteknologien, som i etterkant ga grunnlag for forbedringstiltak.

Analysene viste to hovedkategorier. Den første gikk på de praktiske erfaringene til de ansatte, og hadde to underkategorier som handlet om selve alarmene, og opplæring og bruk. Den andre hovedkategorien handlet om ledelsens påvirkning på implementeringen, og hadde to underkategorier som ansattes muligheter for medvirkning og organisering av de praktiske forhold.

Resultatet i sin helhet, bekrefter betydningen av å vektlegge de menneskelige utfordringene ved implementering av sensorteknologi. I prosjektet var det tatt høyde for at sensorene og systemet med alarmene skulle utprøves som et tillegg til ordinær omsorg, noe som sikret at brukernes behov ble ivaretatt. Imidlertid synes implementeringen av sensorene å føre med seg ulike former for utrygghet og merbelastning for personalet.

Utviklingssenter for hjemmetjenester, og ansatte i utprøvningsdistriktene i Værnesregionen har gjort et omfattende intervensjonsarbeid som pådriver for utprøving av de fire velferdsteknologiske sensorer. Det har fremkommet flere forhold som kan tas høyde for og utvikles videre for at teknologien skal bli mer robust, pålitelig og funksjonell. Studien viser at implementeringen trenger ytterligere ressurser med vekt på å skape et tettere samarbeid med ansatte i praksisfeltet. Videre kan det være fordelaktig å ha plan for jevnlige evalueringer av prosjektet sammen med de ansatte. Om en kun skal basere seg på Telenor sitt nett, må det tas høyde for den mangelfulle eller ustabile dekningen.

8.11 **Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger Nasjonalt velferdsteknologiprogram**



Rapport IS-2416
Helsedirektoratet 2015

Gevinstrealiseringsrapport nr. 1
Første gevinstrealiseringsrapport
med anbefalinger
Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Lasse Frantzen, Juni Bratberg Meltng

Helsedirektoratet presenterer i denne rapporten de første dokumenterte funnene fra deltagende kommuner i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det omfatter erfaringer fra totalt 34 kommuner. Funnene er basert på praktiske erfaringer og beregninger.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har følgeforskning og sammenstilte funn vil bli publisert i en tilsvarende rapport i 2016 og i en sluttrapport i 2017.

Utviklingskommunene kan vise til konkrete gevinster ved velferdsteknologiske løsninger. Disse erfaringene er så entydige at Helsedirektorat ønsker å gi de første anbefalingene allerede nå.

Realisering av gevinster ved bruk av velferdsteknologiske løsninger vil variere fra kommune til kommune. I samarbeid med KS har Helsedirektoratet utviklet Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi, som gir kommunene verktøy og veiledning i hvordan lykkes med å ta velferdsteknologiske løsninger i bruk og sikre at gevinster realiseres.

Helsedirektoratet ønsker med denne rapporten å gi anbefalinger om hvilke områder som bør prioriteres når de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal starte opp og videreføre prosjekter på velferdsteknologiområdet.

8.12 Markedet for velferdsteknologiske løsninger



DAMVAD

**Markedet for velferdsteknologiske
løsninger**
En kartlegging for NHO.

*Michael Mark, Vegard Salte Flatval,
Rolf Røtnes*

Rapporten kartlegger og analyserer markedspotensialet i og barrierer for utrulling og implementering av velferdsteknologiske løsninger i Norge.

Størrelsen på dagens marked

Velferdsteknologiske løsninger forstås som både produkter og tjenester rettet mot personer med behov for teknologisk assistanse til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrking av den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne. Velferdsteknologiske løsninger inkluderer også helse-IKT, definert som IKT-produkter og -løsninger anvendt i både helse- og omsorgssektoren i tillegg til av privatpersoner for helse- og omsorgsformål. DAMVAD anslår at leverandørmarkedet for velferdsteknologiske løsninger sysselsatte i underkant av 10 000 mennesker fordelt på 25 næringer og hadde en omsetning på rundt 27 mrd. kroner i 2014.

Mange næringer med et innslag av velferdsteknologi, men flest innen IT-tjenester.

Selv om velferdsteknologiske løsninger produseres i en rekke næringer er noen næringer mer rettet mot velferdsteknologi enn andre. Næringen 'IT-tjenester' beregnes til å ha flest antall sysselsatte rettet mot velferdsteknologi i 2014. Det er også betydelig sysselsetting i handelsnæringer og bygge- og anleggsvirksomhet.

Betydelig markedspotensial

Det forventes en betydelig vekst i markedet for velferdsteknologiske løsninger framover.

Gjennomsnittlig årlig sysselsetningsvekst i perioden 2011-2014 var på 1,5 prosent. Seks av ti respondenter i spørreundersøkelsen forventer sterk vekst. Etterspørselen forventes å øke betydelig som følger den demografiske utviklingen. Beregnet sysselsetningsvekst er 2,4 prosent i basialternativet for perioden 2014-2035, som betyr en sysselsetting på rundt 16 400 mot slutten av framskrivningsperioden. Vårt mest optimistiske scenario anslår at med en bred nasjonal satsing på velferdsteknologi vil det kunne forventes en sysselsetting på opp mot 37 000 i 2035.

Barrierer og løsninger

En hovedbarriere ser ut til å være avstanden mellom leverandør og bruker. Dette vanskeliggjør både utvikling av nye løsninger og tilpasning av eksisterende løsninger. Ett tiltak for å overkomme barrieren er å la NAV fungere som en markeds plass hvor brukerne kan teste eksisterende løsninger. Dette vil kreve et samarbeid mellom NAV, Arbeids- og sosialdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet og fylkeskommunene.

8.13 Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon



[http://dx.doi.org/10.6027/TN2015-](http://dx.doi.org/10.6027/TN2015-502)

[502](#) TemaNord 2015:502

ISSN 0908-6692

Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden

De nordiske landene står i dag overfor store utfordringer knyttet til å opprettholde og videreutvikle den sosiale velferden. Nordisk Ministerråd (NMR) har ved flere anledninger og på ulike måter satt disse utfordringene på dagsorden.

I 2012 ble det som en del av det norske formannskapet i NMR avholdt et nordisk seminar om sosialt entreprenørskap. Seminaret ga et innblikk i sosialt entreprenørskap i praksis og hvilke utfordringer sosiale entreprenører møter ved oppstart og i utvikling av virksomheten. Ulike former for samspill mellom aktører som legger til rette for sosialt entreprenørskap og sosiale entreprenører ble også presentert.

En erfaring fra seminaret er at det finnes flere forskjellige typer tilretteleggende innsatser i de nordiske landene, og at det derved også bør være et potensial for gjensidig læring.

Nordisk Ministerråd besluttet på denne bakgrunn høsten 2013 å nedsette i arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å kartlegge innsatser for sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i de nordiske landene.

8.14 Aksjon sommerjobb. Et bidrag til aktiv omsorg og framtidig rekruttering.



Universitetet i Agder
Høgskolen i Telemark
Senter for omsorgsforskning sør
Rapportserie nr. 2/2015

Aksjon sommerjobb. Et bidrag til aktiv omsorg og framtidig rekruttering. En evaluering

Per Gunnar Disch og Ellinor Bakke Aasen

Sommeren 2014 fikk 9 ungdommer i alderen 14 til 18 år tilbud om sommerjobb på to eldresentre og et bo-og behandlingssenter i Sandefjord kommune.

Ordningen ble organisert som et prosjekt i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold, med midler fra Fylkesmannen i Vestfold.

Målsettingen med prosjektet var:

- Gi økt kunnskap om helse- og omsorgstjenesten.
- Gi innsikt i arbeidslivet med de krav og forventninger det innebærer.
- Gi innsikt og erfaring i de tjenester som blir tilbudt brukere av de kommunale omsorgstjenester
- Bidra til å øke kvalitetstiden til brukerne knyttet til den kommunale omsorgstjenesten

Øke interessen for helse- og omsorgstjenesten blant ungdom og motivere til rekruttering til helse- og sosialfagutdanninger.

Ungdommene ble valgt ut fra en søknadsmasse på 190 flotte ungdommer, det var et trangt nåløye å komme gjennom.

Ungdommene arbeidet i 4-5 timer tre dager i uken i fire uker. Tilbakemeldingen fra ungdommene, ansatte og også brukerne, pårørende og ansatte er positive.

Gjennom prosjektet oppgir ungdommene at sommerjobben i omsorgstjenesten har gitt dem kunnskap og innsikt i arbeidslivet og de krav og forventninger som her stilles. I perioden har ungdommene også fått mulighet til å reflektere over brukernes behov og bidra inn med aktiviteter tilpasset den enkelte. Over halvparten av deltakerne oppgir at de kan tenke seg å muligheten av å velge en utdanning knyttet til omsorgstjenesten.

8.15 Sveriges Viktigaste Jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?



Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

Sveriges Viktigaste Jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?

Mer än en miljon människor arbetar i välfärden. Ungefär en tredjedel av dessa uppnår pensionsålder den närmaste tioårsperioden. Samtidigt ökar både andelen äldre och barn i befolkningen, vilket gör att behovet av skola, vård och omsorg växer. Detta leder till stora rekryteringsbehov. Om inga förändringar görs i arbetssätt, organisation och bemanning skulle det behövas över en halv miljon nya medarbetare i välfärden fram till 2023.

Utöver demografin kommer en mängd andra faktorer att påverka rekryteringsbehoven. Det handlar exempelvis om globalisering, konjunkturförändringar, innovationer, ökad rörlighet på arbetsmarknaden och politiska beslut och reformer.

Det finns mycket som arbetsgivarna själva kan göra för att påverka både storleken på rekryteringsbehovet och möjligheten att rekrytera rätt personer.

SKL har formulerat nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen. Några åtgärder är att använda den befintliga kompetensen på ett bättre sätt, utnyttja tekniken bättre och skapa bra möjligheter till löne- och karriärutveckling. Det handlar också om att utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation samt skapa förutsättningar för fler medarbetare att arbeta mer tid och stanna längre i arbetslivet.

SKL har beräknat hur strategierna Låt fler jobba mer och Förläng arbetslivet skulle kunna minska behovet av att rekrytera till olika verksamheter. Om fler anställda går upp i arbetstid och fler jobbar längre skulle rekryteringsbehoven i välfärden kunna minska med över 20 procent, eller 115 000 personer. Scenarierna är framtagna för att visa strategiernas potential på lång sikt. Det är inte en prognos av hur utfallet kommer att bli.

8.16 Nursing Older People – Competence Evaluation Tool

Nursing Older People -
Competence Evaluation Tool
*Development and psychometric evaluation
of an instrument measuring
community-based nursing staff competence*
Pia Cecilie Bing-Jonsson



Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor (PhD)

UNIVERSITETET I OSLO
Faculty of Medicine
Institute of Health and Society
Department of Nursing Science
August 2014

Universitetet i Oslo
Faculty of Medicine
Institute of Health and Society
Department of Nursing Science
August 2015

Nursing Older People – Competence Evaluation Tool

Pia Cecilie Bing-Jonsson

This study aims to contribute to the assessment of quality of municipal elderly care by developing an instrument for measuring nursing staff competence. Competence measurements are well known and frequently used within nursing education and practice but less common in municipal elderly care, and they have not been conducted in Norwegian municipal elderly care. Improving the competence of employed staff is at the essence of quality improvement processes, and quality of care requires that all staff members have sufficient competence to provide safe care to patients. Competence is understood as a contextual, multi-faceted concept consisting of knowledge, skills and personal attributes. The individual competence of a practitioner is seen as inherently bound to the competence of other practitioners.

The purpose of this study was to develop and evaluate a competence measurement instrument for nursing staff working in nursing homes and home care services. The aims were achieved through three sub-studies: (1) A systematic literature review and evaluation of instruments measuring the competence of nursing staff in community health care, (2) Identification of the competence necessary to provide safe services to older people in Norwegian municipal elderly care, and (3) Questionnaire development, testing, and comprehensive evaluation. The finding in Sub-study 1 was All instruments reviewed employed self-assessment as the main source of information. Self-assessment is found to be less valid in groups with low competence compared to groups with higher competence, and should therefore be supplemented with other methods for assessing competence, like testing. Although some instruments were evaluated for reliability and validity, all instruments reviewed fell short in terms of comprehensive instrument evaluation.

In Sub-study 2, the most relevant content of the new competence measurement instrument was found to be covered in 62 items within ten categories: health promotion and disease prevention, treatment, palliative care, ethics and regulation, assessment and taking action, covering basic needs, communication and documentation, responsibility and activeness, cooperation, and attitudes toward older people. Some competence items concerning advanced practices among nurses did not reach consensus, which conflicts with competence expected in government policy documents. The Nursing Older People - Competence Evaluation Tool (NOP-CET) was developed

based on the items that reached consensus in Sub-study 2, and consists of a total of 346 questionnaire items. The NOP-CET measures the competence of registered nurses, assistant nurses, and assistants working with older patients in nursing homes and/or home care services. The questionnaire contains items of self-assessment and test-items, and employs seven different response formats.

In Sub-study 3, the NOP-CET was tested on 1016 nursing staff in ten municipalities. The NOP-CET was evaluated and found appropriate for its purpose of measuring communitybased nursing staff competence. The NOP-CET was found to have good content validity and reliability, and acceptable construct validity. Precision was acceptable considering the wide range of competence – from registered nurses to assistants – that the NOP-CET measures. The scores of the NOP-CET are easily interpretable when reported either item-by-item or in sum-scores. The instrument, which was considered acceptable for RNs and ANs, can be improved for assistants. Filling out the NOP-CET was found feasible for the municipalities taking part in the first survey. This study contributes three aspects to the field of nursing practice, education and research. The first is a framework outlining what competence in municipal elderly care should consist of. Municipalities can use this framework to evaluate available competence and plan the competence to acquire in the future. The framework can be used when evaluating current education of nurses, and as a basis for international studies examining competence in community elderly care. The second contribution of this study is the new competence measurement instrument. The NOP-CET can be used to explore the competence of nursing staff employed in nursing homes, home care services, or entire municipalities. Finally, to decrease measurement error, this study advocates comprehensive instrument development procedures and instrument evaluation within nursing as a science.



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no