

Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet 2016

Publikasjonens tittel: Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet 2016

Utgitt: 02/2017

Bestillingsnummer: IS-2493

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

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

INNHold

INNHold	2
1. SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER	11
1.1 Dette skjer ikke! Eller gjør det?	11
1.2 Mat, måltider og ernæring på sykehjem	13
1.3 The Health and Well-Being of Older Adults with Dual Sensory Impairment (DSI) in Four Countries	14
1.4 Hearing, vision, and lightning conditions among older recipients of home care	15
1.5 Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011	17
1.6 Signs of Imminent Dying an Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study	18
1.7 Kartleggingsverktøy for pustebesvær hos palliative pasienter	19
1.8 Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag	20
1.9 Blåsdysfunktion hos äldre personer	21

INNHold

1.10 Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes	23
1.11 Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg	24
1.12 Sykdomsrelatert underernæring	26
2. DEMENS	27
2.1 Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen	27
2.2 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	28
2.3 Primary and secondary prevention interventions for cognitive decline and dementia	29
2.4 Demenslidelse kan gi feilbehandling	30
2.5 Balancing the use of language to enable care: a qualitative study of oral and written language used in assessments and allocations of community healthcare services for persons with dementia	31
2.6 Demens – möjligheter till livskvalitet	32
2.7 Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbudet for personer med demens	33
2.8 Å favne bredt og treffe rett	34
2.9 Quality of life in young onset dementia: an updated systematic review	35
2.10 Coping efforts and resilience among young adult children who grew up with a parent with young-onset dementia: a qualitative follow-up study	36

INNHold

3. FOREBYGGING, REHABILITERING OG HELSEFREMMENDE TILBUD	37
3.1 New Horizons: Reablement – supporting older people towards independence	37
3.2 Continued decline in hip fracture incidence in Norway: A NOREPOS study	38
3.3 Insatser och stöd til personer med funktionsnedsättning	39
3.4 Bättre liv för sjuka äldre	40
3.5 National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger	42
3.6 Assessing chronic disease management in European health systems	43
3.8 Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved nevrologiske tilstander	44
3.9 Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner	45
3.10 Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study	46
3.11 Understanding the «black box» of a health promotion program: Keys to enable health among older persons ageing in the context of migration	47
3.12 Oppsummert forskning om forebygging av trykksår	48
3.13 Forskning om behandling med musikkterapi uten samtidig behandling med antipsykotiske legemidler (legemiddelfri behandling) hos pasienter med psykoselidelser	49
	49
3.14 Effekt av fysisk trening for personer med kreft	50
3.15 Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten	51

INNHold

3.16 Hverdagsrehabilitering	53
4. PASIENT- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING OG FRIVILLIGHET	56
4.1 Aktivitetstjeneste og demens	56
4.2 Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjenesteterreng	57
4.3 Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children	58
4.4 At the heart of health. Realising the value of people and communities	59
4.5 Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016	60
4.6 Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer	62
4.7 Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv	63
4.8 Konsekvenser av indragen assistensersättning	64
4.9 Frivillige på plejecentre	65
4.10 Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy	66
4.11 Frivillighet og samfunnsengasjement blant unge eldre	68
4.12 Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid	70
5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	72

INNHold

5.1 Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014	72
5.2 Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2015	73
5.3 Att följa upp förskrivning av antibiotika i primärvård, en vägledning	74
5.4 Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt	75
5.5 Kunnskapsstatus: Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming	76
5.6 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse	77
5.7 Chefers syn på forbedringsarbeid i hälso- och sjukvården	79
5.8 Underbemanning er selvforsterkende	80
5.9 Er det nødvendig og mulig å styrke samiske mattradisjoner på kommunale sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i samiske bosetningsområder	81
5.10 Andre gevinstrealiseringrapport med anbefalinger	83
5.11 Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo	84
5.12 Legemiddelbruk og pasientsikkerhet	85
5.13 Patient transfer skills and safety culture	87
5.14 Våld mot äldre kvinnor	88
5.15 Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner	89
5.16 Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?	90
6. SAMHANDLING OG PLANLEGGING	92

INNHold

6.1 Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review	92
6.2 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent	93
6.3 Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester	94
6.4 Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus?	95
6.5 Rom for omsorg	96
6.6 Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers	97
6.7 Styrket indsats for den ældre medicinske patient	98
6.8 Evaluering af indsats for forløbskoordination	99
6.9 Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv	100
6.10 Kommunal legetjeneste – kan den ledes?	101
6.11 Evaluering av samhandlingsreformen	103
6.12 Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan	104
6.13 Samordnad vård och omsorg	105
6.14 Vad står på spel? Om nytta med digitala hälsouppgifter och risker ur et integritetsperspektiv	106
6.15 Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge	107
6.16 Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse	108
6.17 Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kroniske syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015	110

INNHold

7. STATISTIKK, EFFEKTIVET OG ORGANISERING	111
7.1 User need and resource allocation in public long-term care. The use of disability and impairment instruments	111
7.2 Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs	113
7.3 Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk	114
7.4 Verdiskapning i helsenæringen	115
7.5 Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestsystemet i elleve land: Norske resultater i 2016 og utvikling over tid	116
7.6 Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov	117
7.7 Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad	118
7.8 Chefer i välfärdens tjänst	119
7.9 Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Målgrupper og innhold	121
7.10 Hjemmetjenestens målgrupper og organisering	123
7.11 Kommunenes bruk av avlastere og støttekontakter	125
7.12 Vården ur befolkningens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder	126
7.13 Sykefraværsforskjeller	128
7.14 Effektivisering av kommunal planlegging. Sluttrapport	129
8. KOMPETANSE, UTVIKLING OG VELFERDSTEKNOLOGI	130

INNHold

8.1	Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren	130
8.2	Morgendagens sykehjem. Fra pilot til implementering?	131
8.3	Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060	132
8.4	Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff	133
8.5	How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Satisfaction of Minority Groups	134
8.6	The Changing role of nursing	135
8.7	Velferdsteknologi i sentrum	136
8.8	KODE-prosjektet - Kompetanse om delirium blant eldre	137
8.9	Sosiale entreprenører – partnerskap for nye løsninger	138
8.10	Arts for health and well-being. An evaluation framework	139
8.11	Mot en ny skandinavisk velferdsmodell?	140
8.12	Kompetansehevende tiltak i tjenesten for personer med utviklingshemming	141
8.13	Kunnskapsoppsummering. Eksisterende velferdsteknologiutprøvinger i Norden for barn og unge med funksjonsnedsettelse	142
8.14	Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg	143
8.15	Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger	144
8.16	Kompetenceudvikling for medarbejdere og ledere af plejeboliger	145

1. SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

1.1 Dette skjer ikke! Eller gjør det?



Dette skjer ikke! Eller gjør det?

Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem.

Wenche Malmedal
Maria H. Iversen
Valgjerd Frengen Sæbø
Astrid Kilvik

Pensjonistforbundet, NTNU, 2016

Dette skjer ikke! Eller gjør det?

**Wenche Malmedal, Maria H. Iversen, Valgjerd
Fringen Sæbø, Astrid Kilvik**

Hensikten med studien var å kartlegge kunnskapsstatus over temaet seksuelle overgrep mot eldre i institusjon, gjennom en litteraturstudie. Videre ble dette supplert av to empirisk studier hvorav én basert på et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem, og én spørreskjemaundersøkelse der målet med begge var å få fram ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet.

De ulike delstudiene viser at seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem forekommer, og at både eldre kvinner og menn er offer for denne type overgrep. Overgripere viser seg å være personalet, pårørende og medbeboere. De ansatte er usikre på hvordan de skal rapportere slike saker og sykehjem viser ofte mangelfull håndtering av overgrepssaker. Funn viser at seksuelle overgrep mot eldre fortsatt er et tabubelagt tema blant helsepersonell. Handlingen er for mange så utenkelig at en vanskelig kan forestille seg at det forekommer. Det at ansatte ikke er bevisst på at det kan skje, eller har vanskelig for å tro at det kan ha skjedd, kan forsterke de eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep. Det gjør det enda mer utfordrende å si fra om, eller avdekke overgrep.

Både funn fra litteraturstudien, fokusgruppen og spørreskjemaundersøkelsen viser at det er behov for kunnskap og videre forskning rundt temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Kunnskap om dette tabubelagte emnet bør gjøres kjent for ledere og andre ansatte som arbeider i den kommunale eldreomsorgen. Det er også behov for at dette emnet blir implementert i helsefaglige utdanninger. Ved at de som arbeider i eldreomsorgen får tilegnet seg en økt bevissthet om at seksuelle overgrep forekommer på sykehjem, vil det lettere føre til forebygging og tiltak ved seksuelle overgrep. Den betydelige usikkerheten som de ansatte rapporterer ved observerte seksuelle overgrep viser et behov for å utarbeide gode retningslinjer og innrapporteringssystemer ved de kommunale pleie- og omsorgssentrene.

Politiattest må innføres som et obligatorisk krav i alle kommuner. Videre forskning i en større målestokk enn denne etterlyses for å avdekke mer om dette tabubelagte området.

1.2 Mat, måltider og ernæring på sykehjem



Nordisk sykeplejeforskning
Nordic Nursing Research
No 2 2016 vol 6

DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07

Mat, måltider og ernæring på sykehjem

Åse Monica Leirvik, Sevald Høye, Kari Kvigne

SAMMENDRAG

Den overordnede målsetting for dette samarbeidsprosjektet mellom Høgskolen i Hedmark og seks sykehjem hvor sykepleierstudenter gjennomfører sine praksisstudier, var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innen området mat, måltider og ernæring. Hensikten var videre å styrke sykepleiepersonalet og studentene sin kompetanse i kritisk granskning av egen praksis, i tillegg til å gi erfaring i å søke etter forskningsresultater, vurdere disse og implementere endringer i praksis. Prosjektet hadde en aksjonsforskningsorientert tilnærming, og det ble benyttet både prosess- og summativ evaluering. Sykepleiepersonalet valgte selv forbedringsområder relatert til to hovedområder: 1) ro og trivsel rundt måltidene, og 2) kartlegging og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus. Gjennom arbeid i et sykepleienettverk, og ved å følge den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen, ble en rekke tiltak iverksatt, bl.a. gjennom at personalet ble mer bevisst eget ansvar for ro og trivsel under måltidene, tilrettelegging av spisesituasjonen, flere mellommåltider, energiberiket kost, og individuell kartlegging og oppfølging av pasientene. Prosjektet medførte verdifulle endringer innen området mat, måltider og ernæring på sykehjem. Personalet utviklet sin kompetanse i kritisk å granske egen virksomhet, og ble gradvis mer orientert mot forskningsbasert kunnskap.

Emneord

Kompetanseheving, kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling, Sykepleienettverk.

1.3 The Health and Well-Being of Older Adults with Dual Sensory Impairment (DSI) in Four Countries



PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0155073
May 5, 2016

The Health and Well-Being of Older Adults with Dual Sensory Impairment (DSI) in Four Countries

Dawn M. Guthrie, Anja Declercq, Harriet Finne-Soveri, Brant E. Fries, John P. Hirdes

Objectives

Dual sensory impairment (DSI) is a combination of vision and hearing impairments that represents a unique disability affecting all aspects of a person's life. The rates of DSI are expected to increase due to population aging, yet little is known about DSI among older adults (65+). The prevalence of DSI and client characteristics were examined among two groups, namely, older adults receiving home care services or those residing in a long-term care (LTC) facility in four countries (Canada, US, Finland, Belgium).

Methods

Existing data, using an interRAI assessment, were analyzed to compare older adults with DSI to all others across demographic characteristics, functional and psychosocial outcomes.

Results

In home care, the prevalence of DSI across the four countries ranged from 13.4% to 24.6%; in LTC facilities, it ranged from 9.7% to 33.9%. Clients with DSI were more likely to be 85+, have moderate/severe cognitive impairment, impairments in activities of daily living, and have communication difficulties. Among residents of LTC facilities, individuals with DSI were more likely to be 85+ and more likely have a diagnosis of Alzheimer's disease. Having DSI increased the likelihood of depression in both care settings, but after adjusting for other factors, it remained significant only in the home care sample.

1.4 Hearing, vision, and lightning conditions among older recipients of home care

Hearing, vision, and lightning conditions
among older recipients of home care

Gro Gade Haanes



Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor (PhD)
UNIVERSITETET I OSLO
2016

Series of dissertations submitted to the Faculty
of medicine, University of Oslo 2016

**Hearing, vision, and lightning conditions among
older recipients of home care**

Gro Gade Haanes

Background Hearing and vision impairments and poor indoor lighting conditions in the homes of older persons are risk factors for functional decline, reduced social participation, and accidents. A literature search revealed that few studies have focused on hearing and vision abilities in home-care patients older than 80 years, and on the indoor lighting in their homes.

Aims The main aims of this study were to obtain knowledge about the characteristics of hearing and vision impairments in elderly recipients of home care, and to determine whether there is consistency between self-assessments and standardized tests of hearing and vision in the elderly. Furthermore, the aim was to measure the effects of an intervention designed to improve their functional hearing and vision and the lighting conditions in their homes.

Design and method The study consists of two substudies. Substudy 1 (Papers I and II) had a cross-sectional design in which 93 elderly recipients of home care with a mean age of 89 years were screened for hearing and vision impairments. Paper I was a baseline description of the data on hearing and vision impairments, and Paper II was a Receiver Operating Characteristic Curve analysis used to compare self-assessments of hearing and vision abilities with a gold standard test. Substudy 2 (Paper III) was an exploratory, randomized, controlled trial involving an intervention group (n =46) and a control group (n =47) that tested whether improved indoor lighting, removal of earwax, and referrals to specialists can improve the functional hearing and vision in the elderly (Paper III).

Results Substudy 1 found that 41% of the 93 recipients of home care had slight and 47% had moderate hearing impairments according to the World Health Organization (WHO) measurement scale (1). The mean pure-tone average (PTAV) was 40.4 dB for the better ear in each subject. According to the WHO, the PTAV is < 25 dB for normal hearing. The measurements of visual acuity (VA) found that 40% of the subjects had slightly impaired and 56% had impaired vision according to the WHO measurement scale (2). The mean VA was 0,45 for the better eye in each subject. According to the WHO, the VA is > 0.8 for normal vision in the elderly. When the patients were asked to self-assess their hearing and vision function with a single global question ("Do you consider your hearing/vision to be good, not so good, poor or very poor/deaf/blind?"), the results were only weakly correlated with the PTAV and VA measurements. When they were asked about their communication and reading abilities more in detail, however, 72 % admitted it was difficult to understand speech. Nearly 30 % found it tiring to read and 41% could not read very small print (Paper I). Seventeen percent reported having difficulties in performing activities of daily living/instrumental activities of daily living because of hearing and vision impairments. To explore consistency

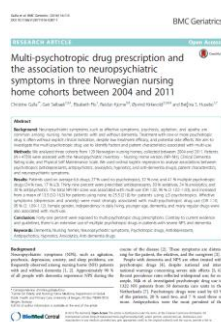
between standardized tests and global self-assessments, we used the cutoff points on the global self-assessment scale of hearing and vision with the corresponding results on the goldstandard

tests, which were PTAV < 35dB and VA > 0.7. Comparison of findings yielded 18 false negatives for hearing, and 40 false negatives for vision. This indicated that a significant proportion of the older people in this study reported their functional hearing and vision as good on the global question when standardized tests indicated that they were not (Paper II). Substudy 2 revealed that the elderly in this study lived in poorly lit environments with lux values far below what is recommended for older people (3). However, the maximum and minimum lighting values were significantly improved in the intervention group after the intervention ($P = 0.02$ and $P = 0.039$, respectively). All participants in the intervention group who were asked to remove their earwax had seen their general practitioner and had their earwax removed during the intervention (Paper III).

Conclusion Many elderly recipients of home care live with hearing and vision impairments which have not been sufficiently attended to. Asking elderly people aged 80+ years about their functional hearing and vision with a single global question will not provide accurate information about their hearing and vision problems. It is necessary to use standardized tests in addition. When asking more detailed questions about their communication and reading abilities, the elderly reported having difficulties. Indoor lighting levels in their homes showed that the lighting levels were far below recommended values, but were significantly improved in the intervention group after the intervention. Many elderly could not be expected to do all the self-care activities necessary to improve their functional sensory impairments and/or the indoor lighting conditions in their homes. Close monitoring and assistance is recommended.

Keywords Sensory impairment, hearing impairment, hearing loss, visual impairment, home lighting conditions, old people, home care, randomized controlled trial, cross sectional study, ROC curve analysis.

1.5 Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011



Gulla et al. BMC Geriatrics (2016) 16:115
DOI 10.1186/s12877-016-0287-1

Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011

Christine Gulla, Geir Selbaek, Elisabeth Flo, Reidun Kjome, Øyvind Kirkevold and Bettina S. Husebo

Abstract

Background: Neuropsychiatric symptoms, such as affective symptoms, psychosis, agitation, and apathy are common among nursing home patients with and without dementia. Treatment with one or more psychotropic drug is often without explicit clinical indication, despite low treatment efficacy, and potential side effects. We aim to investigate the multi-psychotropic drug use to identify factors and patient characteristics associated with multi-use.

Methods: We analysed three cohorts from 129 Norwegian nursing homes, collected between 2004 and 2011. Patients (N = 4739) were assessed with the Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home version (NPI-NH), Clinical Dementia Rating scale, and Physical Self Maintenance Scale. We used ordinal logistic regression to analyse associations between psychotropics (antidepressants, antipsychotics, anxiolytics, hypnotics, and anti-dementia drugs), patient characteristics, and neuropsychiatric symptoms.

Results: Patients used on average 6.6 drugs; 27 % used no psychotropics, 32 % one, and 41 % multiple psychotropic drugs (24 % two, 17 % ≥ 3). Thirty-nine percent were prescribed antidepressants, 30 % sedatives, 24 % anxiolytics, and 20 % antipsychotics. The total NPI-NH score was associated with multi-use (OR 1.02, 95 % CI 1.02–1.03), and increased from a mean of 13.5 (SD 16.3) for patients using none, to 25.5 (21.8) for patients using ≥ 3 psychotropics. Affective symptoms (depression and anxiety) were most strongly associated with multi-psychotropic drug use (OR 1.10, 95 % CI: 1.09–1.12). Female gender, independency in daily living, younger age, dementia, and many regular drugs were also associated with multi-use.

Conclusion: Forty-one percent were exposed to multi-psychotropic drug prescriptions. Contrary to current evidence and guidelines, there is an extensive use of multiple psychotropic drugs in patients with severe NPS and dementia.

Keywords: Dementia, Nursing homes, Neuropsychiatric symptoms, Psychotropic drugs, Antidepressants, Antipsychotics, Hypnotics, Anxiolytics, Anti-dementia drugs.

1.6 Signs of Imminent Dying an Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study



<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>

1525-8610/_ 2016 AMDA e The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Signs of Imminent Dying an Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study

Reidun K. Sandvik, Geir Selbaek, Sverre Bergh, Dag Aarsland, Bettina S. Husebo.

Objectives: To investigate whether it is possible to determine signs of imminent dying and change in pain and symptom intensity during pharmacological treatment in nursing home patients, from day perceived as dying and to day of death.

Design: Prospective, longitudinal trajectory trial.

Setting: Forty-seven nursing homes within 35 municipalities of Norway.

Participants: A total of 691 nursing home patients were followed during the first year after admission and 152 were assessed carefully in their last days of life.

Measurements: Time between admission and day of death, and symptom severity by Edmonton symptom assessment system (ESAS), pain (mobilization-observation-behavior-intensity-dementia-2), level of dementia (clinical dementia rating scale), physical function (Karnofsky performance scale), and activities of daily living (physical self-maintenance scale).

Results: Twenty-five percent died during the first year after admission. Increased fatigue (logistic regression, odds ratio [OR] 1.8, $P = .009$) and poor appetite (OR 1.2, $P = .005$) were significantly associated with being able to identify the day a person was imminently dying, which was possible in 61% of the dying ($n = 82$). On that day, the administration of opioids, midazolam, and anticholinergics increased significantly ($P < .001$), and was associated with amelioration of symptoms, such as pain (mixed-models linear regression, 60% vs 46%, $P < .001$), anxiety (44% vs 31%, $P < .001$), and depression (33% vs 15%, $P < .001$). However, most symptoms were still prevalent at day of death, and moderate to severe dyspnea and death rattle increased from 44% to 53% ($P = .040$) and 8% to 19% ($P < .001$), respectively. Respiratory symptoms were not associated with opioids or anticholinergics. **Conclusion:** Pharmacological treatment ameliorated distressing symptoms in dying nursing home patients; however, most symptoms, including pain and dyspnea, were still common at day of death. Results emphasize critical needs for better implementation of guidelines and staff education.

1.7 Kartleggingsverktøy for pustebesvær hos palliative pasienter



Forskning nr 2, 2016, 11: 13-145 doi:
10.4220/Sykepleienf.2016.57689
Originalartikkel

Kartleggingsverktøy for pustebesvær hos palliative pasienter

Kjersti Solvåg, Kristine Berg Titlestad og Kjetil Gundro

Bakgrunn: Pustebesvær er et vanlig og belastende symptom hos mange pasienter med alvorlig langtkommen sykdom. På grunn av symptomets subjektive natur trenger vi verktøy for å kartlegge pasientens egenopplevelse – pasientrapporterte resultatmål (PROMs).

Hensikt: Å identifisere tilgjengelige PROMs for å kartlegge pustebesvær hos palliative pasienter og oppsummere deres måleegenskaper. Kartleggingsverktøyene måtte inneholde dimensjoner for både pustebesvær og angst for å bli vurdert.

Metode: Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i mars 2014, som ble oppdatert i desember 2015. Uavhengig av hverandre gikk to personer gjennom søkeresultatene, valgte ut relevante studier og kvalitetsvurderte disse ved hjelp av COSMIN-sjekklisten. Måleegenskapene til de inkluderte kartleggingsverktøyene ble oppsummert i en kvalitativ syntese.

Hovedresultat: Vi screenet 1948 referanser for relevans og inkluderte 15 studier som evaluerte måleegenskaper ved fire ulike PROMs: CDS, SRI, DMQ og en respiratorisk symptomsjekkliste. Ingen av de inkluderte kartleggingsverktøyene er direkte validert for bruk i en palliativ setting, men de viser jevnt over lovende måleegenskaper i andre relevante settinger. Vi mangler fortsatt data om viktige måleegenskaper for alle de tilgjengelige kartleggingsverktøyene, og foreløpig er det bare SRI som er tilgjengelig i en norsk validert versjon. Videre forskning er nødvendig for å oversette og validere kartleggingsverktøyene for bruk i lindrende behandling i Norge.

Konklusjon: Flere PROMs for pustebesvær og angst viser lovende egenskaper, men videre forskning er nødvendig før vi kan trekke sikre konklusjoner og før kartleggingsverktøyene er tilgjengelige for bruk i en palliativ setting i Norge. Vår gjennomgang tyder på at bare SRI er oversatt til og validert i en norsk versjon.

1.8 Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag



Rapportserie nr. 4/2016 Senter for omsorgsforskning midt og Nord Universitet

Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjeneste i Nord-Trøndelag

Sire Andreassen Devik, Inger Lise Fiskvik, Tone Lassen, Terje Halbostad og Ingela Enmarker

Denne rapporten beskriver delprosjekt 1 i forskningsprosjektet Etablering av kommunale tverrfaglige læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag.

Hensikten med delprosjekt 1 var å kartlegge forekomst av legemiddelrelaterte problemer (LRP) funnet i legemiddelgjennomganger til eldre sykehjemsbeboere og hjemmeboende i 11 nordtrønderske kommuner som deltok i Læringsnettverk for riktig legemiddelbruk fra høsten 2013 til våren 2014. Ved hjelp av et norsk klassifiseringsverktøy identifiserte to farmasøyter legemiddelrelaterte problemer i kommunenes dokumentasjon om legemiddelgjennomgangene. Av de 11 kommunene var det 9 som samtykket til deltakelse. Utvalget bestod av 148 eldre pasienter (medianen for alder var 85 år) deriblant 55 sykehjemspasienter og 93 hjemmeboende. Det ble identifisert 675 legemiddelrelaterte problemer. Medianen for den enkelte var på 3 og 4, for henholdsvis sykehjemsbeboere og hjemmeboende.

Problemene som forekom hyppigst i hele utvalget var; unødvendig legemiddel, mangelfull føring av legemiddelliste og behov for tillegg av legemiddel. Problemene som forekom oftest hos sykehjemsbeboerne var behov for tillegg av legemiddel og unødvendig legemiddel, mens mangelfull føring av legemiddelliste toppet statistikken hos hjemmeboende. I likhet med andre studier var legemiddelgruppene psykoleptika, analgetika og psykoanaleptika overrepresentert i de identifiserte problemene. Dette er legemidler som klassifiseres som risikofylte i behandlingen av eldre personer.

I alt 85 % av deltakerne fikk endret sin legemiddelbehandling som følge av legemiddelgjennomgangene og endringene gjaldt først og fremst de typene LRP som hyppigst var avdekket. Uhensiktsmessig legemiddelbruk ble i minst grad hensyntatt hos sykehjemsbeboerne, mens bivirkninger og manglende monitorering utløste færrest endringer hos hjemmeboende. For begge omsorgsnivå dreide dette seg om svært potente legemidler som isolert sett kan oppfattes som uhensiktsmessige og være utfordrende i bruk hos eldre. Prosjektet har ikke data som kan utdype den kliniske relevansen for den enkelte. Funnene i dette prosjektet tyder på at legemiddelsikkerhet hos hjemmeboende krever mer oppmerksomhet. Kompleksiteten i sykdomsbildet og legemiddelbehandlingen her kan være minst like utfordrende som tilfellet er for beboere på sykehjem. Tverrfaglig samhandling, informasjonsutveksling (samstemte legemiddellister) og oppfølgende observasjoner er tydelige utfordringer i hjemmetjenesten.

Kommunenes dokumentasjonspraksis av legemiddelbehandling synes også å ha et stort forbedringspotensial. Farmasøyters dokumentasjon virker å være mer innarbeidet og standardisert enn hva sykepleieres og legers praksis er per i dag.

1.9 Blåsdysfunktion hos äldre personer

Blåsdysfunktion
hos äldre personer

SIR Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 2016
Artikelnummer 2016-9-33

Blåsdysfunktion hos äldre personer

Projektets uppdrag var att genomlys området blåsdysfunktion samt ge förslag på nya indikatorer som kan användas vid förebyggande arbete för äldre som riskerar att drabbas av urininkontinens.

Tidigare har vanligen begreppet urininkontinens använts för att beskriva området. Indikatorer för urininkontinens hos personer i särskilda boendeförhållanden introducerades för första gången genom Socialstyrelsens Kommun- och enhetsundersökning 2012. Det är en undersökning som genomförs årligen i arbetet med öppna jämförelser socialtjänst och hemsjukvård. I denna rapport används den bredare benämningen blåsdysfunktion som förutom inkontinens även omfattar urinläckage, urinträngningar, tömningsproblem och efterproblem.

Blåsdysfunktion drabbar framför allt äldre personer, både kvinnor och män är utsatta. I Sverige har drygt 530 000 personer över 65 år besvär och nästan 80 procent av alla personer i särskilt boende har sådant läckage att de behöver använda inkontinenshjälpmedel. När övriga blåsproblem såsom urin-trängningar, tömningsproblem samt efterproblem tillkommer så är prevalensen ännu större. Blåsdysfunktion är inte en del av det naturliga åldrandet utan orsaken hittas ofta i bakomliggande sjukdom eller funktionsnedsättning. Den enskilde ska erbjudas den hjälp som finns att få enligt tillgänglig kunskap. Oftast handlar det om små och enkla åtgärder som är lätta att genomföra.

Utebliven utredning och uteblivna åtgärder orsakar onödigt lidande och ökar risken för komplikationer vilket i sin tur kan ge ökade kostnader för samhället.

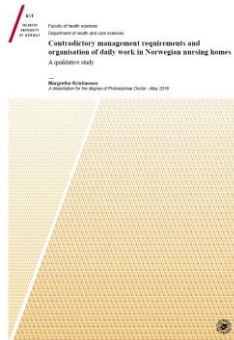
För att stärka utvecklingen inom området behöver vården av personer med blåsdysfunktion struktureras och personalens kompetens på området många gånger utvecklas. Indikatorer på området ger underlag för verksamhetsutveckling, uppföljning och jämförelser.

Projektet föreslår följande indikatorer eller bakgrundsinformation för användning i vården och omsorgen om äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård:

1. Andel äldre personer som behandlas med kvarliggande urinkateter.
2. Andel äldre personer som har kvarliggande urinkateter med dokumenterad indikation avseende denna behandling.
3. Andel äldre personer med blåsdysfunktion med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion.
4. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.
5. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som efter en basal utredning, erhållit minst en åtgärd eller behandling, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling.
6. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som har toalettassistans som behandling.
7. Andel sjuksköterskor som har specifik utbildning inom blåsdysfunktionsområdet.
8. Förekomst av rutiner (lokalt vårdprogram) för vård och behandling av äldre personer med blåsdysfunktion i kommunal hälso- och sjukvård.

Som datakällor för flera av indikatorerna kan befintliga informationskällor användas, exempelvis Socialstyrelsens årligt återkommande enhetsundersökning (Öppna jämförelser) och det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

1.10 Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes



The Arctic University of Norway
Faculty of health sciences
Department of health and care sciences, May 2016

Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes
A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor

We all know how it should be, and we know that we do not have the money for it, so it is a conflicting situation that one chooses to stay in. One cannot spend more money than is allocated in the nursing home's budget. So, as a manager, you must take a stand in order to explain to the staff why things are the way they are and, together, try to find new solutions to organise the work in a different and more efficient way (Siri, front-line manager and study participant).

The complexity of the organisation of daily work (i.e., how care is organised) in nursing homes has been an area of great interest for me. Indeed, during the almost 14 years I have practiced nursing in nursing homes, I repeatedly wondered why I felt increasing inadequate in my work. When I was promoted to front-line manager, I often felt like I was “fighting windmills”, trying to balance tensions between professional values with scarce economic resources as also expressed by Siri in the quote above.

I started to wonder what creates these tensions and how nursing home employees plan and organise their daily work to handle them. This is what I have explored in my PhD dissertation. I outline how NPM inspired reforms and their focus on efficiency and standardisation meet professional values, creating tensions and contradiction in daily work. Not only are NPM ideas inconsistent by themselves, new contradictions arise when NPM ideas and requirements meet existing practices in nursing homes.

This dissertation is also motivated by my master thesis in public administration. The main findings in the theses were that increased use of performance management was not reflected as intended by central leaders in the daily practices of nursing home employees. Indeed, the findings showed that the employees at the wards ignored demands to increase the use performance management (i.e. the use of objective standardised forms) thus protecting their professional values.

1.11 Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg



Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning
2016

Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg

Tine Rostgaard og Mads Ulich Matthiessen

Ældreplejen i Danmark har gennem de seneste år undergået en række ændringer i overordnet formål og kerneydelse, lige så vel som der over tid er stillet flere krav til effektivitet og dokumentation. Disse ændringer kan tænkes at have haft indflydelse på indholdet af jobbet for medarbejderne i ældreplejen, og hvordan de oplever deres arbejdsvilkår.

Dette analysenotat har til formål at undersøge, hvordan medarbejdernes opfattelse af deres arbejde og fortsatte lyst til at arbejde inden for sektoren har ændret sig over tid. Der tages i analysen højde for eventuelle ændringer i medarbejdernes opgaver og medarbejderkarakteristika. Analysenotatet beskriver således også en række karakteristika ved medarbejderne, som benyttes som baggrundsfaktorer i analysen, samt undersøger, hvilke opgaver medarbejderne tager sig af, og hvor meget tid de bruger på det. I analysen indgår spørgeskemadata fra et repræsentativt tværsnit af medarbejdere i hjemmeplejen og plejebolig, som er blevet spurgt i 2005 og 2015/6. Det er kun medarbejdere organiseret i FOA, som indgår, og analysen er dermed begrænset til kun at kunne udsige noget om deres arbejdssituation.

Indledende finder vi, at, ligesom befolkningen generelt bliver ældre, bliver medarbejderne i ældreplejen i den undersøgte periode også ældre. Langt størstedelen af medarbejderne er i dag stadig kvinder, og der er i dag flere medarbejdere i plejebolig med anden etnisk baggrund end dansk. Flere medarbejdere end tidligere arbejder i dag under 35 timer; størstedelen arbejder mellem 30 og op til 35 timer. Og langt flere medarbejdere har i dag mere end to års uddannelse inden for området, ligesom der over tid er kommet flere medarbejdere i den private sektor. Analysen finder, at også opgaveporteføljen og den tid, der bruges på opgaverne, har ændret sig over tid. Der er især kommet en øget fokus på personlig pleje, sundhedsfaglige opgaver samt opgaver relateret til rehabilitering: Medarbejderne tager sig således i langt mindre grad i dag af en opgave som rengøring. Næsten alle medarbejdere arbejder til gengæld, og mere ofte end tidligere, med personlig pleje, og flere står for fysiske forflytninger af borgeren, fx fra seng til stol. Flere medarbejdere bruger tid på administrative opgaver som dokumentation, og de finder generelt, at de bruger for meget tid på denne opgave. Ligeledes er der flere medarbejdere, der bruger mere tid på opgaver relateret til madsituationen og generelt på sundhedsrelaterede opgaver. Færre medarbejdere yder til gengæld social omsorg som at drikke en kop kaffe med borgeren, men især medarbejdere i hjemmeplejen akkompagnerer i stigende grad borgeren på ærinder og gåture. Medarbejderne i både plejebolig og hjemmeplejen giver udtryk for en stigning i antal af forskellige borgere, som de ser i løbet af en dag. På en typisk dagvagt i hjemmeplejen er det samlede antal besøg også steget. Til gengæld bruger man kortere tid på besøgene i hjemmeplejen.

Medarbejderne er i undersøgelsen blevet bedt om at tage stilling til en række arbejdsrelaterede forhold. Denne del af analysen viste en generel stigning i nogle faktorer, der kan medvirke til øget stress og oplevelsen af ikke at slå til: Medarbejderne fandt således, at arbejdet fortsat giver mening, men en stor, og mange gange øget andel, er ofte bekymrede for deres jobsikkerhed, og de er i dag ofte pressede i forhold til tid, samt mangel på jobautonomi, faglig udvikling, sparring og ledelse.

Disse ændringer kan dog skyldes, både at medarbejderne i dag udfører andre opgaver, som redegjort for ovenfor, men kan også skyldes de nævnte ændringer i medarbejderkarakteristika. Når vi kontrollerede for ændringer i medarbejderkarakteristika og i, hvor ofte de udførte en given arbejdsopgave, var der dog nogle generelle indtryk, der stod tilbage og ganske unikt for hver sektor: Hvor det blandt medarbejderne i hjemmeplejen således især er faktorer som jobautonomi, videreuddannelse og meningsfuldhed, som medarbejderne i mindre grad oplever i dag, er det for medarbejderne i plejebolig især faktorer relateret til oplevelsen af at have mindre tid og dermed føle sig utilstrækkelig, samt at færre oplever støtte fra leder. Og for begge sektorer gælder, at flere medarbejdere i dag end tidligere er urolige for deres jobsikkerhed.

1.12 Sykdomsrelatert underernæring



Nasjonalt råd for ernæring
IS-0611

**Sykdomsrelatert underernæring. utfordringer,
muligheter og anbefalinger**

Nasjonalt råd for ernæring

Sykdomsrelatert underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring for helsetjenesten. Det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring, noe som er assosiert med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet. Det er publisert en rekke rapporter de siste 30 årene om hvordan utfordringen skal løses, men det er fremdeles et stort potensiale for forbedring når det gjelder å ivareta pasientenes ernæringsstatus i pasientforløpet.

Mattilbud og måltidsservice er ikke alltid tilstrekkelig tilpasset pasientenes behov. Uklar ledelse og uklar ansvarsfordeling bidrar til at ernæringspraksis ikke er tilstrekkelig systematisk. Ved overføringer mellom omsorgsledd representerer en mangelfull dokumentasjon og dårlig samhandling mellom helsepersonell og ulike instanser en risiko for pasienten. En stor utfordring i dag er mangelfull ernæringskunnskap blant grupper av helsepersonell og mangel på tilgjengelighet av kliniske ernæringsfysiologer.

Ernæringsarbeidet har store oppgaver som kunne trenge en nasjonal løsning. Det foreslås at det utarbeides en overordnet nasjonal ernæringsstrategi som inkluderer behandling, utdanning, opplæring og forskning. Ernæringsrådet foreslår videre en rekke tiltak for å styrke ernæringskompetansen hos helsepersonell og kvalitetssikre ernæringsarbeidet i tjenestene.

Det er mange muligheter for å jobbe mer strukturert og målrettet med ernæring enn i dag. En ledelsesforankret ernæringsstrategi med tilhørende handlingsplan, som forplikter, er en mulighet for å integrere ernæring bedre i sykehusets øvrige aktivitet. En investering i mer Ernæringskompetanse enn i dag, i både kommuner og sykehus, vil være kostnadsbesparende. Avkastningen vil være bedre livskvalitet og redusert sykkelighet for pasientene, samt færre liggedøgn i institusjon.

2. DEMENS

2.1 Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen



Sundhedsstyrelsen, 27.06.2016

www.sst.dk

Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen

Sundhedsstyrelsen

Vi danskere har gennem de seneste mange år opnået en stadigt stigende levealder, og vi har også fået lagt mange sunde år til vores levealder. Det er en udvikling vi vil se fortsætte. Men i takt med, at vi bliver ældre, vil flere af os også få en demenssygdom.

Det er af afgørende betydning, at de medborgere, der udvikler en demenssygdom kan opnå så høj en livskvalitet som muligt. Dette vil gavne både borgeren med demens og hendes eller hans pårørende.

Omkring 35.000 danskere har fået stillet diagnosen demens, men vi ved også, at mange flere har en demenssygdom uden at have fået stillet diagnosen.

Regeringen og Folketingets satspuljepartier indgik i efteråret 2015 en aftale om at afsætte midler til at understøtte udviklingen på demensområdet. Dette bliver i efteråret 2016 udmøntet i den nationale demenshandlingsplan 2025.

Med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til den nationale handlingsplan giver vi vores bidrag til Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med at udforme den nationale demenshandlingsplan 2025.

Det faglige oplæg er udarbejdet med bred inddragelse af centrale parter på området i Danmark. De forskellige parter har dels deltaget gennem en referencegruppe, dels gennem tematiserede arbejdsgrupper, der alle har bidraget til dette faglige oplæg med gode, konstruktive indspil til arbejdet. Jeg vil derfor gerne takke alle aktører, der har medvirket, for det gode samarbejde. Det faglige oplæg indeholder en række anbefalinger, som alle har til hensigt at styrke kvaliteten i indsatsen og forbedre livskvaliteten for den enkelte borger med demens og hendes eller hans pårørende, og samtidig give personalet på landets plejecentre bedre redskaber til brug for den vigtige arbejdsopgave, de står med.

Med dette faglige oplæg håber vi, at vi kan bidrage til at gøre Danmark til et demensvenligt land, hvor det enkelte menneske med demens kan leve et trygt og værdigt liv.

2.2 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Nationella riktlinjer för vård
och omsorg vid
demenssjukdom
Stöd för styrning och ledning
Rekommendationer

 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, artikelnr. 2016-11-07

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och omsorg vid demenssjukdom.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område samt att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Det här är en remissversion av riktlinjerna. Syftet med att publicera en remissversion är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer, innan vi tar slutlig ställning.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett nationellt seminarium för beslutsfattare och andra berörda. På seminariet har regionerna, landstingen och kommunerna möjlighet att redovisa sina analyser av vilka organisatoriska och ekonomiska konsekvenser riktlinjerna kommer att innebära för dem. Dessa analyser blir sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna. Berörda landsting, intresseorganisationer, yrkesföreningar, privata vård- och omsorgsgivare och andra kan också senast 2017-03-31 lämna skriftliga synpunkter till Socialstyrelsen på riktlinjerna. Den slutliga versionen kommer att publiceras under hösten 2017.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

2.3 Primary and secondary prevention interventions for cognitive decline and dementia



Folkehelseinstituttet, Oversikt over oversikter, prosjektnr. 798, 2016

Primary and secondary prevention interventions for cognitive decline and dementia

Gerd M Flodgren, Rigmor C Berg

Demens er en sykdom kjennetegnet ved svekket hukommelse, tenkning, atferd og evne til å utføre daglige aktiviteter, som til slutt ofte fører til total avhengighet og død. Siden verdens befolkning stadig blir eldre forventes antall personer med demens å øke dramatisk. Det er derfor viktig å identifisere effektive strategier for å forebygge eller utsette sykdomsdebuten. De viktigste funnene i denne oversikten over oversikter er basert på evidens fra åtte oversikter. For enkelt-tiltak rettet mot kognitivt friske eldre personer tyder resultatene på at sammenlignet med kontroll:

- Blodtrykksenkende legemidler fører muligens til en liten reduksjon i forekomst av demens hos eldre personer med høyt blodtrykk (lav tillit til effektestimatene).
- Kolesterol senkende legemidler (statiner) fører trolig til liten eller ingen forskjell i forekomst av demens hos eldre personer med hjerte- og karsykdommer (moderat tillit).
- Omega-3 fettsyretilskudd fører til liten eller ingen forskjell i kognitive testresultater (moderat til høy tillit).
- Datastyrt kognitiv trening fører trolig til en liten bedring i kognitive testresultater direkte etter treningen (moderat tillit).
- Aerob trening fører muligens til liten eller ingen forskjell i kognitive testresultater (lav tillit).

For tiltak rettet mot personer med mild kognitiv svikt, tyder resultatene på at sammenlignet med kontroll:

- Kolinesterasehemmere fører trolig til en liten reduksjon i forekomst av demens, men fører til signifikant flere bivirkninger (moderat tillit).
- Vitamin E fører trolig til liten eller ingen generell forskjell i forekomst av Alzheimers demens (moderat tillit).
- Omega-3 fettsyretilskudd fører trolig til liten eller ingen forskjell i kognitive testresultater (moderat til høy tillit).

Vi fant ingen oversikter som evaluerte effekten av tiltak rettet mot mer enn én risikofaktor, og vi kan det derfor ikke si noe om effekten av å kombinere disse tiltakene.

2.4 Demenslidelse kan gi feilbehandling

Demenslidelse kan gi feilbehandling

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Personer med demens blir utsatt for akutt innleggelse på sykehus, noe som kan gi dem en feilbehandling.

Sykepleien.no/ Forskning
10.4220/Sykepleiens.2016.58563

Demenslidelse kan gi feilbehandling

Rita Jakobsen

Det er ikke en vanlig dag på postoperativ avdeling. Tre nyopererte med lårhalsbrudd skulle vært greit å håndtere. utfordringen er imidlertid knyttet til en av pasientene, som er svært urolig både motorisk og verbalt. Personalet er fortvilet, og en av dem sier: «Jeg synes det er forferdelig vanskelig med disse pasientene. De seponerer utstyr og tar ikke inn informasjon. Vi får rett og slett ikke gjort jobben vår.»

PASSER IKKE INN

Personer med demens er særlig utsatt for forvirring (konfusjon) og delirium ved akuttinnleggelser i sykehus (1). Delirium (også kalt konfusjon) er en klinisk diagnose forårsaket av ulike påvirkning av hjernens funksjon. Diagnosen kjennetegnes ved forstyrrelse av bevissthet, oppmerksomhet, vurderingsevne, psykomotorisk atferd og søvnrytme.

Forløpet er svingende og kan ha ulike alvorlighetsgrad.

Ofte registreres tegn på forvirring allerede i ambulansen. Postoperativt, for eksempel etter behandling av lårhalsbrudd, viser personene ikke sjelden symptomer på delirium (2). Mye tyder på at symptomene ikke alltid tolkes som tegn på delirium, men forstås som en del av demensdiagnosen.

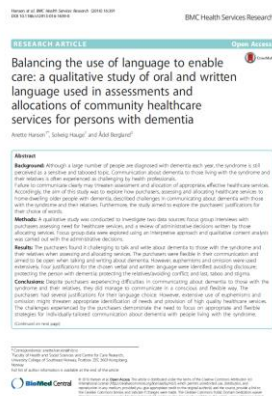
Personalets utsagn i eksemplet over gir grunn til å tenke i disse baner. «Personer med demens passer ikke inn.» En slik forståelse kan imidlertid ha en betydelig større og mer alvorlig konsekvens enn det man umiddelbart kanskje tenker; uroen kan være noe mer enn en tidlig konfusjon grunnet i demenslidelsen. Uroen kan være tegn på en deliriumtilstand og dermed være livstruende. Sykepleierens uttalelse tyder derfor på en forståelse av årsakssammenheng der pasientens liv i verste fall står på spill.

Hennes oppfatning av hva som er jobben hennes, kan selvsagt også problematiseres. Hun sier rett ut at slike pasienter gjør at man ikke får gjort jobben sin. Utsagnet kan forstås i lys av debatten om funksjonen til helseprofesjonene. En slik diskusjon er nødvendig fordi helsetjenesten i stadig større grad preges av standardisering og forhåndsdefinerte

© Opphavsrett Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleiens.2016.58563

prosedyrer. Profesjonelt skjønn og situasjonsforståelse synes å være mindre viktig (3).

2.5 Balancing the use of language to enable care: a qualitative study of oral and written language used in assessments and allocations of community healthcare services for persons with dementia



Hansen et al. BMC Health Services Research (2016)
16:391 DOI 10.1186/s12913-016-1659-0

Balancing the use of language to enable care: a qualitative study of oral and written language used in assessments and allocations of community healthcare services for persons with dementia

Anette Hansen, Solveig Hauge, Ådel Bergland

Background: Although a large number of people are diagnosed with dementia each year, the syndrome is still perceived as a sensitive and tabooed topic. Communication about dementia to those living with the syndrome and their relatives is often experienced as challenging by health professionals. Failure to communicate clearly may threaten assessment and allocation of appropriate, effective healthcare services. Accordingly, the aim of this study was to explore how purchasers, assessing and allocating healthcare services to home-dwelling older people with dementia, described challenges in communicating about dementia with those with the syndrome and their relatives. Furthermore, the study aimed to explore the purchasers' justifications for their choice of words.

Methods: A qualitative study was conducted to investigate two data sources: focus group interviews with purchasers assessing need for healthcare services, and a review of administrative decisions written by those allocating services. Focus group data were explored using an interpretive approach and qualitative content analysis was carried out with the administrative decisions.

Results: The purchasers found it challenging to talk and write about dementia to those with the syndrome and their relatives when assessing and allocating services. The purchasers were flexible in their communication and aimed to be open when talking and writing about dementia. However, euphemisms and omission were used extensively. Four justifications for the chosen verbal and written language were identified: avoiding disclosure; protecting the person with dementia; protecting the relatives/avoiding conflict; and last, taboo and stigma.

Conclusions: Despite purchasers experiencing difficulties in communicating about dementia to those with the syndrome and their relatives, they did manage to communicate in a conscious and flexible way. The purchasers had several justifications for their language choice. However, extensive use of euphemisms and omission might threaten appropriate identification of needs and provision of high quality healthcare services. The challenges experienced by the purchasers demonstrate the need to focus on appropriate and flexible strategies for individually-tailored communication about dementia with people living with the syndrome.

2.6 Demens – möjligheter till livskvalitet



norden
Nordens Velfärdscenter

Nordens Velfärdscenter

Juni 2016

Demens – möjligheter till livskvalitet

Anne Danielsson Öberg, Bengt Rolfer

Demens har länge antagits ha främst med åldrandet att göra. Steg för steg har dock insikten om att det handlar om en sjukdom ökat. Om det är både vårdpersonal och forskare överens. Var tredje sekund beräknas en människa insjukna i en demenssjukdom. Forskarna är överens om att antalet demenssjuka kommer att fortsätta öka. Sjukdomen är en global utmaning och dramatiska ökningstal väntar även Norden.

I dag beräknas cirka 418 000 människor i Norden vara demenssjuka. År 2050 väntas siffran ha ökat till cirka 778 000 personer. När representanter från olika nordiska organisationer har träffats i olika arbetsmöten som Nordens Velfärdscenter har arrangerat har en tydlig bild utkristalliserats: de siffror som används är förmodligen i underkant. Många som är demenssjuka får inte någon diagnos. En annan sak som uppmärksammas är att de vård- och omsorgsmetoder som har bäst effekt inte finns sammanställda.

För att öka kunskapsutbytet mellan olika nordiska aktörer har ett gemensamt nordiskt demensnätverk inrättats med Nordens Velfärdscenter som sekretariat.

Demenssjukdomar utgör en stor utmaning för hälso- och socialvårdssystemen. Samtidigt som beslutsfattarna måste se till att forskningen får mer pengar finns ett stort behov för regeringar att införa regler och nationella riktlinjer för en bättre livskvalitet för de sjuka.

Det är glädjande att kunna konstatera att Norden ligger i framkant när det gäller att ta fram så kallade demensplaner. Norge är det land som var först ut och antog en plan redan 2007. Den senaste planen, Ett demensvänligt samhälle, gäller fram till år 2020. De övriga nordiska länderna har hunnit olika långt i arbetet med att ta fram demensplaner och nationella riktlinjer.

När vi pratar om de demenssjuka får vi inte glömma deras anhöriga. Demens kallas ju ibland för "de anhörigas sjukdom". Det finns dagverksamheter och boenden i de olika länderna men många demenssjuka vårdas av anhöriga. I de nationella riktlinjer som tas fram ser vi fram emot ett uttalat stöd för anhöriga. De behöver avlastning men också mer kunskap om den sjukdom som drabbat deras familjemedlem.

I den rapport du nu håller i din hand kan du läsa om hur vi i Norden agerar, var för sig och tillsammans, för att möta utmaningarna med demens. Det sker mycket i varje land men tillsammans kan vi göra mer. Klart är att det behövs mer kunskap, till såväl personal som arbetar med demenssjuka som anhöriga och i samhället i stort. Och inte minst de sjuka själva behöver kunskap. Med tidig diagnos, rätt behandling och kunskap kan den sjuke leva ett liv med god livskvalitet.

2.7 Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbudet for personer med demens



SINTEF Fag 33 KS FoU Prosjektnummer: 102009637

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

Karin Høyland, Øyvind Kirkevold, Ruth Woods, Gørill Haugan

Bakgrunn for oppdraget og metodetilnærming

Det er ventet sterk vekst i antall eldre de neste tiårene. Norske kommuner har et stort behov for utbygging av omsorgsplasser. Utfordringene for kommunen blir å skaffe tilveie tilstrekkelig tilrettelagte botilbud med god kvalitet. Boformer som støtter en god og tilpasset tjeneste og bidrar til ressurseffektive løsninger på driftssiden. Bygg er tunge og stive strukturer som vil forme hverdagen for ansatte og beboere i mange tiår framover. Det er derfor viktig med et regelverk, kunnskap og incentiver for å utvikle gode boformer.

Med utgangspunkt i eksisterende kunnskap og kjennskap til pågående prosjekter beskriver og drøfter denne rapporten ulike modeller for botilbud for personer med demens. Det er gjennomført en systematisk gjennomgang av relevant nyere forskning, og laget en kunnskapsstatus utgitt som eget notat (SINTEF Notat 16.). Videre er det beskrevet og besøkt ulike bo og tjenestetilbud (inn og utland) der vi tverrfaglig har drøftet ulike modellens konsekvenser for bemanning, fysiske løsninger, tjenesteorganisering /driftsfilosofi og kvalitative målsettinger.

Det er gjennomført intervjuer med enhetsledere og rådgivere i kommuner om erfaringer med ulike tilbud og hvilke strategier de har for utvikling av nye. Gjennom et eget prosjekt har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse foretatt en kartlegging av kommunenes tilbud til personer med demens i dag (Gjøra, 2015), dette trekkes inn i drøftingene. Vedrørende økonomiske betraktninger bygger rapportene Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling. SØF-rapport nr. 04/13,(Borge, 2013) og Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) (Vossius, 2015) samt noen egne beregninger.

Oppgaven som ønskes besvart er kompleks. Både fysiske løsninger, tjenestemodell og økonomi er egne forskningsfelt, men også faktorer som påvirker hverandre. Det handler altså om å se alle disse tre perspektivene samtidig og se nærmere på hvordan de virker sammen. Vi har derfor satt sammen et tverrfaglig forskerteam. Eksemplene er også drøftet i norske og et nordisk forskerverksted.

2.8 Å favne bredt og treffe rett



Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
2016

**Å favne bredt og treffe rett. En sammen fatning av
satsingen under Demensplan 2015**

Linda GjØra

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet er å gi en kortfattet gjennomgang av de forskjellige satsingsområdene og se nærmere på hva satsingen har betydd for utviklingen av tjenester til personer med demens og deres pårørende.

I Demensplan 2015 ble det beskrevet fem hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Med utgangspunkt i disse fem strategiene presenteres det i denne rapporten erfaringer og resultater fra satsinger som har blitt gjennomført i planperioden som gikk fra 2007 til 2015.

Resultater fra de ulike satsingsområdene knyttes opp mot informasjon fra de nasjonale kartleggingene av tilrettelagte tilbud til personer med demens som er gjennomført i planperioden. Rapporten bygger på en rekke rapporter, handbøker og andre publikasjoner som er utarbeidet i tilknytning til utviklingsprosjekter og satsinger i Demensplan 2015, samt andre relevante kilder produsert i samme tidsrom.

Det har vært flere bidragsytere til denne rapporten og det rettes en stor takk til medarbeidere ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som har bidratt med skriftlig materiell; Betty Døble, Marit Fossberg, Per Kristian Haugen, Kirsti Hotvedt, Øyvind Kirkevold, Marit Mjørud, Anne Marie Mork Rokstad, Janne Røsvik, Elin Aarø Strandli og Liv Bjerknes Taranrød. I tillegg rettes en spesiell takk til Arnfinn Eek ved Aldring og helse for støtte og mange gode innspill underveis i skriveprosessen.

2.9 Quality of life in young onset dementia: an updated systematic review



Trends Psychiatry Psychother. 2016;38(1) – 6-13

Quality of life in young onset dementia: an updated systematic review

Maria Alice Tourinho Baptista, Raquel Luiza Santos, Nathália Kimura, Isabel Barbeito Lacerda, Aud Johannenssen, Maria Lage Barca, Knut Engedal, Marcia Cristina Nascimento Dourado

Abstract

Introduction: Young onset dementia (YOD) develops before 65 years of age and has specific age-related adverse consequences for quality of life (QoL). We systematically examined factors related to the QoL of people with YOD and their caregivers. **Method:** This systematic review used the PRISMA methodology. The literature search was undertaken on July 5, 2015, using Cochrane, PubMed, SciELO, PsycINFO, Scopus and Thomson Reuters Web of Science electronic databases. The search keywords included early onset and young onset combined with, dementia, Alzheimer, vascular dementia, mixed dementia, frontotemporal dementia, quality of life, well-being and unmet needs. Nine studies were included. We revised objectives, study design, sample, instruments and results related to QoL.

Results: People with YOD rated their own QoL significantly higher than their caregivers. Greater awareness of disease among people with YOD is associated with better QoL in caregivers. A relationship was found between unmet needs and daytime activities, lack of companionship and difficulties with memory. Issues associated with unmet needs were prolonged time to diagnosis, available health services and lack of caregiver's own future perspective.

Conclusion: Consideration should be given to conducting investigations with more homogeneous samples and use of a clear concept of QoL. The present study highlights the need for future research in a wider range of countries, using instruments specifically for YOD. It would be interesting if studies could trace parallels with late onset dementia groups. **Keywords:** Young onset dementia, quality of life, well-being, unmet needs, people with young onset dementia, caregivers.

2.10 Coping efforts and resilience among young adult children who grew up with a parent with young-onset dementia: a qualitative follow-up study



International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2016

Coping efforts and resilience among young adult children who grew up with a parent with young-onset dementia: a qualitative follow-up study

Aud Johannessen, Knut Engedal, Kirsten Thorsen

Background: It is estimated that one in four persons with young-onset dementia (YOD) (B65 years old) has children younger than 18 years old at the onset of the dementia. These children experience a childhood different from what is expected. Adult children of parents with YOD are seldom addressed in research, and the impact of the dementia on the children's development over time has rarely been studied.

Aim: The goal of this study was to explore how adult children experienced the influence of their parents' dementia on their own development during adolescence; what coping efforts, strategies, and resources they employed; and how they evaluated the most recent changes in their life situation.

Method: A follow-up, grounded theory approach in two phases was used. Qualitative interviews with 14 informants (18_30 years of age) were conducted in 2014 and one year later, in 2015.

Findings: Nearly all the informants expressed that their emotional well-being and their life situation were better at the second interview compared to the time of dementia onset in their parents. To overcome the difficulties of being a child of a parent with YOD, they used different instrumental, cognitive, and emotional coping strategies, subsumed analytically under the concept detachment. This category covers three subcategories of coping strategies: moving apart, greater personal distance, and calmer emotional reactions. Another category, resilience, designates combinations of the coping strategies. Vital for the development of coping resources and resilience was the need the informants had for social support for people they saw who listened to them and responded to their needs.

Conclusion: Most of the informants reported that they experienced a better life situation and less emotional stress over time as their parent's dementia progressed. They developed better coping capacities and greater resilience. Vital for the development of coping resources and resilience was the need the informants had for social support.

Key words: Adult children, coping, early-onset dementia, experiences, longitudinal qualitative study, resilience, services, support

3. FOREBYGGING, REHABILITERING OG HELSEFREMMENDE TILBUD

3.1 New Horizons: Reablement – supporting older people towards independence



Age and Ageing 2016; 0: 1–5

doi: 10.1093/ageing/afw094

New horizons: Reablement – supporting older people towards independence

Fiona Aspinall, Jon Glasby, Tine Rostgaard, Hanne Tuntland, Rudi G. J. Westendorp.

Abstract

As the overwhelming majority of older people prefer to remain in their own homes and communities, innovative service provision aims to promote independence of older people despite incremental age associated frailty. Reablement is one such service intervention that is rapidly being adopted across high-income countries and projected to result in significant cost-savings in public health expenditure by decreasing premature admission to acute care settings and long-term institutionalisation. It is an intensive, time-limited intervention provided in people's homes or in community settings, often multi-disciplinary in nature, focussing on supporting people to regain skills around daily activities. It is goal-orientated, holistic and person-centred irrespective of diagnosis, age and individual capacities. Reablement is an inclusive approach that seeks to work with all kinds of frail people but requires skilled professionals who are willing to adapt their practise, as well as receptive older people, families and care staff. Although reablement may just seem the right thing to do, studies on the outcomes of this knowledge-based practice are inconsistent-yet there is an emerging evidence and practice base that suggests that reablement improves performance in daily activities. This innovative service however may lead to hidden side effects such as social isolation and a paradoxical increase in hospital admissions. Some of the necessary evaluative research is already underway, the results of which will help fill some of the evidence gaps outlined here.

3.2 Continued decline in hip fracture incidence in Norway: A NOREPOS study



Osteoporos Int DOI 10.1007/s00198-016-3516-8

Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study

**A. J. Sjøgaard, K. Holvik, H. E. Meyer, G. S. Tell, C. G. Gjesdal, N. Emaus,
G. Grimnes, B. Schei, Forsmo, T. K. Omsland**

Abstract

Summary The previously reported decline in age-adjusted hip fracture rates in Norway during 1999–2008 continued after 2008. The annual number of hip fractures decreased in women and increased in men.

Introduction

Norway has among the highest hip fracture incidence rates ever reported despite previously observed declining rates from 1999 through 2008. The aim of the present study was to investigate whether this downward trend continued through 2013, and to compare gender-specific trends in 5 year age-groups during three time periods: 1999–2003, 2004–2008, and 2009–2013.

Methods

All hip fractures (cervical, trochanteric, and subtrochanteric) admitted to Norwegian hospitals were retrieved. Annual age-standardized incidence rates of hip fracture per 10,000 person-years by gender were calculated for the period 1999–2013. Time trends were tested by age-adjusted Poisson regression.

Results

From 1999 through 2013 there were 140,136 hip fractures in persons aged 50 years and above. Age-adjusted hip fracture incidence rates declined by 20.4 % (95 % CI: 18.6–20.1) in women and 10.8 % (95 % CI: 7.8–13.8) in men, corresponding to an average annual age-adjusted decline of 1.5 % in women and 0.8 % in men. Except for the oldest men, hip fracture rates declined in all age-groups 70 years and older. The average annual number of fractures decreased in women (−0.3 %) and increased in men (+1.1 %).

Conclusions

During the past 15 years, hip fracture rates have declined in Norway. The forecasted growing number of older individuals might, however, cause an increase in the absolute number of fractures, with a substantial societal economic and public health burden.

Keywords Age . Gender . Hip fracture . Incidence . Trend

3.3 Insatser och stöd til personer med funktionsnedsättning



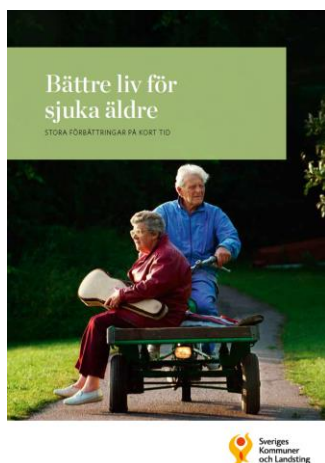
Socialstyrelsen, 2016
Artikelnummer 2016-2-20

**Insatser og stöd til personer med
funktionsnedsättning**

I denna lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och enligt LSS. Analyserna av insatsen personlig assistans omfattar endast stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS, om inget annat anges.¹ Vi kommenterar även visst stöd som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, exempelvis inom hjälpmedelsområdet.

Socialstyrelsens delmål för funktionshinderspolitiken innefattar anhörigstöd, delaktighet i genomförandeplaner, ökad kunskap om icke verkställda beslut samt jämlik vård och omsorg. Dessa områden utgör några av grunderna i Socialstyrelsens arbete med funktionshindersfrågor, varför de även utgör några av rapportens fokus. Ytterligare ett fokus är jämställdhet. I rapporten försöker Socialstyrelsen, där så är möjligt, att redogöra för skillnader mellan män och kvinnor samt resonera kring tänkbara orsaker. I rapporten utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad vård och omsorg, självbestämmande, tillgänglighet och säker vård och omsorg.

3.4 Bättre liv för sjuka äldre



Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

Bättre liv för sjuka äldre

Då

Goda medicinska resultat och förmodligen världens bästa äldreomsorg men ändå dålig kontinuitet och många kontakter med vård och omsorg som inte hängde ihop. Vid satsningens start 2010 genomfördes en intervjuundersökning av nästan 300 sjuka äldre med stor konsumtion av vård och omsorg. De berättade om ett system där det var lättare att ringa efter ambulans och åka till sjukhus än att få en tid på vårdcentralen. Många saknade en fast vårdkontakt i primärvården. Var femte sjuk äldre som skrevs in på sjukhus blev återinskriven inom 30 dagar. Användningen av olämpliga läkemedel var hög liksom antalet läkemedel som förskrevs samtidigt. Personalen arbetade hårt men osynkroniserat och utan kännedom om helheten och resultatet av alla sina aktiviteter. Förutsättningar att följa nationella riktlinjer och tillämpa ny kunskap om demensområdet saknades. Förebyggande arbete bedrevs splittrat och osystematiskt eller inte alls. Att få en samordnad vårdplan i öppen vård var ovanligt liksom läkarbesök i hemmet. Förbättringar skedde ofta i tillfälliga projekt som inte sällan lades ner när pengarna tog slut. Döden kom som en överraskning och var inget någon talade om. Under lång tid har bristande samverkan på många nivåer varit ett problem. Kommuner, landsting och primärvård har inte haft några naturliga gemensamma arenor. Första gången högnivåchefer från både kommuner och landsting träffades i samma rum för att diskutera gemensamma utmaningar var på våren 2011. Det kan sägas vara starten för den revolution i det tysta, som präglade vård och omsorg om äldre de senaste åren.

Nu

Idag, fem år senare, arbetar personal i vård och omsorg med nya standardiserade, gemensamma och evidensbaserade arbetssätt. Systematiska skattningar och riskbedömningar gör att förebyggande åtgärder sätts in och det är möjligt att följa viktiga resultat i realtid. Bättre koll på trycksår, undernäring och fall har lett till färre allvarliga trycksår. Undernäring minskar och fallen förebyggs i allt högre grad.

Kvalitetsregister har blivit vardag i den kommunala vården. Tillgång till resultat från vård och omsorg har medfört att det blivit uppenbart att vården är ojämlik. Var man bor och vårdas spelar stor roll. Kvinnor och män behandlas inte alltid lika. Till exempel är kvinnor som söker hjälp för misstänkt demenssjukdom äldre och har en sämre kognitiv förmåga än män. Förbättringsarbetet som sker i den ordinarie verksamheten ger resultat. Läkemedelsbehandlingen har blivit klart

förbättrad. Sömnmedel ersätts i stor utsträckning av fysisk aktivitet på dagen och ett näringsrikt kvällsmål. God omvårdnad ersätter neuroleptika i demensvården. Om ännu på en blygsam nivå får fler personer med demenssjukdom tidig och korrekt diagnos. Bättre liv för sjuka äldre. Många blir uppringda efter utskrivning från sjukhus. Då kan oklarheter redas upp och eventuella problem åtgärdas. Smärtskattningar ökar möjligheten att få smärtbehandling och ett värdigt avslut på livet. Samverkan och kontinuitet fungerar fortfarande inte överallt och alltid. Men det har aldrig varit så bra som nu!

3.5 National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger



Sundhedsstyrelsen 2016

**National klinisk retningslinje for
ernærings- og træningsindsatser til
ældre med geriatriske
problemstillinger**

Sundhedsstyrelsen

↑ Overvej at tilbyde styrketræning (8-12 RM) fremfor anden træning til ældre med geriatriske problemstillinger (22222).

✓ Det er god praksis at tilbyde træning af mere end 8 ugers varighed til ældre med geriatriske problemstillinger.

↑ Overvej at tilbyde en kombination af balance og styrketræning til faldtruede ældre med geriatriske problemstillinger (22222).

↑ Overvej at anvende ADL træning til ældre med geriatriske problemstillinger (22222).

✓ Det er god praksis at tilbyde en langvarig (> 3 måneder) ernæringsindsats (sikring af at min. 75 % af beregnet energi- og proteinbehov dækkes) til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor.

↑ Overvej at tilbyde en individuel ernæringsindsats fremfor en standardiseret ernæringsindsats til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor (22222).

↑ Overvej at tilbyde en kombineret trænings- og ernæringsindsats (dagligt supplement med min. 200 kcal og 9 g protein) til ældre med geriatriske problemstillinger (22222).

↑ Overvej at give en ernæringsindsats (min. supplement med 400 kcal og 18 g protein dagligt eller sikring af at min. 75 % af beregnet energi og proteinbehov dækkes) sammen med kombineret træning til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor (22222).

3.6 Assessing chronic disease management in European health systems



European Observatory on Health
Systems and Policies
A partnership hosted by WHO

**Assessing chronic disease management in 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.

3.8 Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved neurologiske tilstander



Folkehelseinstituttet, Systematisk oversikt, mars 2016

Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved neurologiske tilstander

Lidal, Ingeborg B; Underland, Vigdis; Straumann, Gyri H; Dahm, Kristin T; Vist, Gunn E.

Hovedfunn

I dag er det forskjeller mellom hvordan kommuner organiserer sine habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Vi har systematisk innhentet og vurdert forskning om effekt av ulike måter å organisere habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunen for personer med neurologiske tilstander. Eksisterende forskningskunnskap baserer seg på ti randomiserte kontrollerte studier. Det må tas i betraktning at studiene er små, og noen er for gamle til at resultatene er direkte sammenlignbare med dagens praksis. Innen nevrologi, har vi kun funnet dokumentasjon om hjerneslag.

Hovedfunnene er:

- Dagrehabilitering ved helsesenter i kommunen er muligens en like bra måte å organisere tjenesten på for å oppnå funksjonsendring i dagliglivets aktiviteter og bedret balanse hos voksne pasienter nylig utskrevet fra sykehus etter hjerneslag, sammenliknet med om tjenesten gis hjemme hos pasienten.
- Større mengde ukentlig rehabiliteringstjeneste gir muligens en liten fordel sammenliknet med om tjenesten gis sjeldnere (færre møter mellom pasient og tjenesteytere ukentlig), målt som høyere skåre for pasientens deltakelse i samfunnet.

Studiene som funnene er hentet fra, har kun inkludert pasienter med hjerneslag som helsemessig og funksjonsmessig ikke trenger døgntinuerlig pleie- og omsorgstjenester (det vil si pleietjenester på døgnbasis).

Oversikten viser at organisering av tjenester spenner vidt. Organisering kan omfatte dimensjonene leveranse av helsetjenester, finansiering og karakteristikk av selve tjenestene. Oversikten avdekker også store kunnskapshull. Spesielt mangler studier om effekt av måter å organisere tjenester på til målgrupper som barn og unge med neurologiske tilstander, personer med tilstander som gradvis forverres, personer med store kognitive-emosjonelle utfall og til neurologiske pasienter som også har behov for døgntinuerlig pleie- og omsorgstjenester (det vil si pleietjenester på døgnbasis). Det er viktig å styrke feltet med gode effekt-evalueringer når organisatoriske tiltak igangsettes.

Tittel:

Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved neurologiske tilstander

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet

Søk etter studier ble avsluttet Juni 2015.

Fagfeller:

Cecilie Røe, professor II, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo Universitetssykehus

Inger Johansen, Phd, spesialist i allmennmedisin, Stavern legekonsult

3.9 Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner



Rapportserie nr. 6/2016

Senter for omsorgsforskning vest

Høgskolen i Bergen

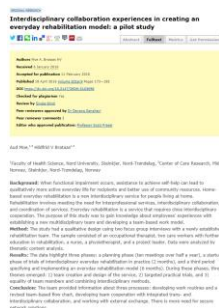
CHARM (Forskningssenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester, Universitetet i Oslo)

Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner

Eva Langeland, Oddvar Førland, Eline Aas, Arvid Birkeland, Bjarte Folkestad, Ingvild Kjekken, Frode Fadnes Jacobsen og Hanne Tuntland

Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som de siste årene har spredd seg raskt både i Norge og Norden for øvrig. Det er knyttet store forventninger til rehabiliteringens effekt både på brukernivå og kommunenivå. Høsten 2013 fikk Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen i oppdrag av Helsedirektoratet å følgeevaluere implementeringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Evalueringen er utført i samarbeid med CHARM (Forskningssenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester) ved Universitetet i Oslo. Hovedformålet med evalueringen var å få mer kunnskap om hvilken effekt hverdagsrehabilitering har for brukerne, hvilken effekt det har for kommunenes økonomi og om noen modeller fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene. Rapporten gir en sammenfatning av hovedresultatene i følgeevalueringen. Vi takker Helsedirektoratet for oppdraget og alle kommunene for et godt samarbeid.

3.10 Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study



Journal of Multidisciplinary Healthcare
DOI <https://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S103696>

Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study

Aud Moe, Hildfrid V. Brataas

Background: When functional impairment occurs, assistance to achieve self-help can lead to qualitatively more active everyday life for recipients and better use of community resources. Home-based everyday rehabilitation is a new interdisciplinary service for people living at home. Rehabilitation involves meeting the need for interprofessional services, interdisciplinary collaboration, and coordination of services. Everyday rehabilitation is a service that requires close interdisciplinary cooperation. The purpose of this study was to gain knowledge about employees' experiences with establishing a new multidisciplinary team and developing a team-based work model.

Method: The study had a qualitative design using two focus group interviews with a newly established rehabilitation team. The sample consisted of an occupational therapist, two care workers with further education in rehabilitation, a nurse, a physiotherapist, and a project leader. Data were analyzed by thematic content analysis.

Results: The data highlight three phases: a planning phase (ten meetings over half a year), a startup phase of trials of interdisciplinary everyday rehabilitation in practice (2 months), and a third period specifying and implementing an everyday rehabilitation model (6 months). During these phases, three themes emerged: 1) team creation and design of the service, 2) targeted practical trials, and 3) equality of team members and combining interdisciplinary methods.

Conclusion: The team provided information about three processes: developing work routines and a revised team-based flow chart, developing team cooperation with integrated trans- and interdisciplinary collaboration, and working with external exchange. There is more need for secure network solutions.

Keywords: everyday rehabilitation, focus groups home-based rehabilitation, interdisciplinary teamwork

3.11 Understanding the «black box» of a health promotion program: Keys to enable health among older persons ageing in the context of migration



International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2016

Understanding the “black box” of a health promotion program: Keys to enable health among older persons ageing in the context of migration.

**EMMELIE BARENFELD, SUSANNE GUSTAFSSON, LARS WALLIN
SYNNEVE DAHLIN-IVANOFF**

Although the need to make health services more accessible to persons who have migrated has been identified, knowledge about health-promotion programs (HPPs) from the perspective of older persons born abroad is lacking. This study explores the design experiences and content implemented in an adapted version of a group-based HPP developed in a researcher–community partnership. Fourteen persons aged 70–83 years or older who had migrated to Sweden from Finland or the Balkan Peninsula were included. A grounded theory approach guided the data collection and analysis. The findings showed how participants and personnel jointly helped raise awareness. The participants experienced three key processes that could open doors to awareness: enabling community, providing opportunities to understand and be understood, and confirming human values and abilities. Depending on how the HPP content and design are being shaped by the group, the key processes could both inhibit or encourage opening doors to awareness. Therefore, this study provides key insights into how to enable health by deepening the understanding of how the exchange of health-promoting messages is experienced to be facilitated or hindered. This study adds to the scientific knowledge base of how the design and content of HPP may support and recognize the capabilities of persons aging in the context of migration.

Key words: Immigrant, emigrant, occupation, group intervention, person-centeredness, grounded theory, health-promoting messages.

3.12 Oppsummert forskning om forebygging av trykksår



Folkehelseinstituttet, Systematisk oversikt, 2016

Oppsummert forskning om forebygging av trykksår

Hilde H Holte, Vigdis Underland, Elisabet Hafstad

Hovedfunn

Norske studier viser at mellom 7 og 15 prosent av innlagte pasienter på sykehus får trykksår. Forekomsten er ofte høyere i noen pasientgrupper, som pasienter med ryggmargsskade eller hoftebrudd og intensivpasienter.

Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk alene eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Trykksår oppstår raskt, det er dokumentert at det kan oppstå i løpet av en time. Risikofaktorene for at trykksår kan oppstå er mange, muligens over 100 ulike faktorer. Alder, komorbiditet, dårlig ernæringsstatus, nedsatt aktivitet, immobilitet, svekket følsomhet og sirkulasjonsforstyrrelser er noen av dem.

Vi oppsummerte systematiske oversikter publisert i Cochrane Database of Systematic Reviews i 2010 eller senere som hadde evaluert effekten av tiltak innen innsatsområdet Forebygging av trykksår. Vi inkluderte syv systematiske oversikter.

- Ernæringstilskudd som består av både energi og protein gir trolig liten eller ingen reduksjon i utvikling av trykksår hos pasienter med dårlig ernæringsstatus.
- Noen madrasser reduserer trolig utvikling av trykksår sammenlignet med standard skum sykehusmadrass. Hva som er en standard sykehusmadrass er sjelden beskrevet. Identifisert dokumentasjon er utilstrekkelig for å kunne veilede i et valg mellom ulike madrasser. Det er et behov for en oversikt over madrasser og puter som vil kunne hjelpe helsesektoren i å gjøre kloke valg ved innkjøp.
- Bruk av bandasjer over benfremspring som har risiko for å utvikle trykksår vil muligens redusere utvikling av trykksår.
- For flere tiltak er det uklart om de har effekt, ofte fordi det er få omfattende studier. Disse tiltakene omfatter sning, frekvens av sning, andre typer underlag sammenlignet med underlag med vekseltrykk og bruk av risikovurderingsverktøy.

Svært mange tiltak er kun undersøkt i én studie. For å få et mer pålitelig resultat er det nødvendig at studiene gjentas.

Tittel:

Oppsummert forskning om forebygging av trykksår

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt

er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helse Vest RHF

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter oversikter ble avsluttet juni 2016.

Fagfeller:

Ida Marie Bredsen, sykepleier og PhD-kandidat, OUS, Edda Johansen, førsteamanuensis, Institutt for sykepleievitenskap, Drammen

3.13 **Forskning om behandling med musikkterapi uten samtidig behandling med antipsykotiske legemidler (legemiddelfri behandling) hos pasienter med psykoselidelser**



Folkehelseinstituttet, Notat, april 2016

Forskning om behandling med musikkterapi uten samtidig behandling med antipsykotiske legemidler (legemiddelfri behandling) hos pasienter med psykoselidelser. Litteratursøk.

Anne Mette Bjerkan, Kari Ann Leiknes

Hovedfunn

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag av Bestillerforum RHF å gjennomføre et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av relevante publikasjoner omhandlende effekten av musikkterapi i behandlingen av psykoselidelser uten samtidig bruk av legemidler.

Metode

En søkestrategi for et systematisk litteratursøk ble utarbeidet. Søket ble gjennomført i medisinske og samfunnsvitenskapelige databaser etter systematiske oversikter på temaområdet musikkterapi uten samtidig behandling med legemidler for pasienter med psykoselidelser. To forskere gikk uavhengig av hverandere gjennom titler og sammendrag og vurderte relevans i forhold til problemstillingen og inklusjonskriteriene.

Resultater

Vi inkluderte fem systematiske oversikter som mulig relevante.

Oversiktene omhandlet i hovedsak musikkterapi som tillegg til standardbehandling og ikke musikkterapi alene uten samtidig bruk av legemidler. Vi har ikke lest studiene i fulltekst og har derfor ikke kritisk vurdert studiene. Det er derfor ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner om resultatene i studiene. Vi presenterer kommenterte sammendrag i de identifiserte systematiske oversiktene.

Forskning om behandling med musikkterapi uten samtidig behandling med antipsykotiske legemidler (legemiddelfri behandling) hos pasienter med psykoselidelser. Litteratursøk.

Publikasjonstype:

Systematisk litteratursøk med sortering

Systematisk litteratursøk med sortering er resultatet av å

- søke etter relevant litteratur ifølge en søkestrategi og
- eventuelt sortere denne litteraturen i grupper presentert med referanser og vanligvis sammendrag

Svarer ikke på alt:

- Ingen kritisk vurdering av studienes kvalitet
- Ingen analyse eller sammenfatning av studiene
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet, avdeling for psykisk helsevern og rus

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet April 2016

3.14 Effekt av fysisk trening for personer med kreft



Folkehelseinstituttet, Systematisk oversikt, 2016

Effekt av fysisk trening for personer med kreft

Kristin T. Dahm, Lillebeth Larun, Ingvild Kirkehei, Liv Merete Reinart

Hovedbudskap

Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonale kreftstrategi 2013-17 påpeker at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle både under og etter avsluttet behandling for kreft. Vi har oppsummert resultater fra fem systematiske oversikter om effekt av fysisk trening for pasienter under og etter behandling, med funn fra til sammen 119 randomiserte kontrollerte studier.

Samlet viser de systematiske oversiktene:

- Det er usikkert om fysisk trening under aktiv kreftbehandling har effekt på livskvalitet, selvrapportert fysisk funksjon, angst, depresjon og utmattelse.
- Fysisk trening etter gjennomgått kreftbehandling kan ha en positiv effekt på livskvalitet, selvrapportert fysisk funksjon, angst og utmattelse.
- Styrketrening ser ikke ut til å påvirke alvorlighetsgrad av lymfødem hos kvinner operert for brynkreft.

Resultatene fra denne gjennomgangen av oversiktene må tolkes med forsiktighet fordi dokumentasjonen gjennomgående er av lav eller svært lav kvalitet, pga. små studier med metodiske svakheter.

Det etterlyses studier som undersøker hvilken type, varighet og intensitet av fysisk trening som gir best effekt på ulike endepunkter både under og etter kreftbehandling.

Det er en gjennomgående mangel på forskning om effekt av fysisk trening under og etter kreftbehandling på utfallene overlevelse, tilbakefall av kreft og alvorlige uønskede hendelser.

Tittel:

Effekt av trening for personer med kreft

Publikasjonstype:

Oversikt over systematiske oversikter

Svarer ikke på alt:

- Oppsummerer ikke funn fra andre studier enn de som er inkludert i eksisterende systematiske oversikter
- Ingen helseøkonomiske evalueringer
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Kreftforeningen og Aktiv mot kreft

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet april 2015

Eksterne fagfeller:

Inger Thune, overlege/professor, Oslo Universitetssykehus, Universitetet i Tromsø og Line Merethe Oldervoll, seniorforsker/professor, LHL- klinikkene, NTNU

3.15 **Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten**



Helsedirektoratet, mai 2016
IS-2467

**Habilitering, rehabilitering og bruk av
avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten**

Kari Hårstad Mehus

SAMMENDRAG

Sammendraget består i hovedsak av ingressene til de ulike kapitlene i rapporten. For mer detaljerte tall og beskrivelser henviser vi til de respektive kapitlene.

Kapittel 1 Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon

Tall fra SSB viser at andel kommuner med en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering har gått ned de siste årene. Samtidig viser en kartleggingsundersøkelse foretatt av Helsedirektoratet i 2014 at 93 prosent av kommunene mener at rehabiliteringstilbudet i kommunen bør styrkes. Det er særlig tilbudet til pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus kommunene mener er for dårlig.

I 2014 var det om lag 15 100 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i primærhelsetjenesten. Dette er en vekst på over 3 000 mottakere siden 2009, noe som tilsvarer 25,3 prosent. Veksten har kommet i alle landets regioner, men har vært minst for kommunene i Nord. Også når vi kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon. I 2009 var det 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det i 2014 var 2,9. Det siste året, fra 2013 til 2014, har det imidlertid vært en liten nedgang og det er særlig kommunene i Midt-Norge som har hatt en reduksjon i antall mottakere i denne typen habilitering/rehabilitering.

Mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon har gått opp i perioden 2009 til 2014, har antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon gått ned i samme periode. I 2014 var det drøyt 29 100 som mottok habilitering/rehabilitering utenfor institusjon, en nedgang på nesten 3 300 mottakere siden 2009. Dette tilsvarer i overkant av ti prosent. Utviklingen har imidlertid vært veldig ulik for kommunene og regionene. Kommunene i Nord har hatt en stor vekst i denne typen behandling i perioden, mens trenden i de andre regionene har vært nedadgående. Det siste året, fra 2013 til 2014, er det imidlertid en vekst i antall mottakere for alle regioner, med unntak av Sør-Øst.

Kapittel 2 Bruk av avtalefysioterapeuter

Bruk av fysioterapi er et viktig virkemiddel i rehabiliteringsprosessen for svært mange pasienter. I 2014 var det nesten 460 000 mottakere av fysioterapi fra avtalefysioterapeuter i Norge. Dette er en vekst på 29 000 mottakere fra 2011, noe som tilsvarer 6,8 prosent. Veksten i bruk av denne

typen fysioterapi har kommet for alle landets regioner. Det er imidlertid til dels store variasjoner i nivået når man kontrollerer for befolkningsgrunnlag i regionene. Kommunene i Nord er de som har klart flest mottakere av fysioterapi med 114 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014. Landsgjennomsnittet, som også tilsvarer nivået for kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge, var 89 mottakere. Kommunene i Vest hadde det klart laveste nivået med i gjennomsnitt 77 mottakere per 1 000 innbyggere. 6

Det er personer med plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet som utgjør den klart største mottakergruppen av fysioterapi med en andel på 76 prosent i 2014, der artroser og ryggplager er de største enkeltdiagnosegruppene. Sykdommer i nervesystemet er den nest største hoveddiagnosegruppen blant mottakerne av fysioterapi, med en andel på sju prosent. Rundt tre prosent av de som går til private fysioterapeuter med driftsavtale har en diagnose knyttet til hjerte- karsystemet, og her er det pasienter som har hatt hjerneslag som er den største enkeltdiagnosegruppen.

3.16 Hverdagsrehabilitering



Omsorgsbiblioteket. Oppsummering nr. 2, mars 2016

Senter for omsorgsforskning vest

Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap

Oddvar Førland, Reidun Skumsnes

Oppsummeringen inkluderer 112 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter relatert til emnet.

UTVIDET REHABILITERINGSTILBUD I HJEM OG NÆRMILJØ

Personer med funksjonsfall, og særlig eldre, har etter etablering av hverdagsrehabilitering fått et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

GODE ERFARINGER I KOMMUNENE, MEN SVAK FORSKNINGSEVIDENS

Mange kommuner gir uttrykk for at de har gode erfaringer. Det er stor entusiasme omkring tilbudet, og det er utviklet en rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler. Forskingen som foreligger, peker i retning av positive gevinster for brukerne og kommunene, men resultatene er få og ikke entydige.

VESENTLIGE KJERNEPUNKTER VED ETABLERING OG DRIFT AV HVERDAGSREHABILITERING ER:

- At tilbudet forankres i politisk og faglig ledelse i kommunen.
- Grundig planleggingsfase knyttet til valg av organisasjonsmodell, identifikasjon av målgrupper, opplæring av ansatte og informasjonsarbeid.
- Tverrfaglige rehabiliteringsteam etableres og ansatte i de ordinære hjemmetjenestene deltar i rehabiliteringsarbeidet.
- Det er gjensidig anerkjennelse mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert hverdagsrehabiliteringstjenesten, og respekt for hverandres ulikheter og egenart.
- Bevisstgjøring av at hovedmålgruppe er personer med funksjonsfall. Diagnose og alder er underordnet, mens brukers motivasjon for trening og mestring er grunnleggende. Det er respekt for at ikke alle brukere av hjemmetjenester er i målgruppen.
- Rehabiliteringen startes opp tidlig etter funksjonsfallet (tidlig innsats).
- Det lages en rehabiliteringsplan sammen med brukeren, med utgangspunkt i hans/hennes mål for hverdagsmestring (brukerstyrt rehabiliteringsplan).
- Intensiv brukeroppfølging i en tidsavgrenset periode.
- Helsepersonell veileder, støtter og stimulerer brukerens egentrening
- og mestringsbestrebelser, framfor å utføre oppgavene for dem. De kompenserer der det er nødvendig, men søker å unngå «hjelpefeller».
- Helsepersonellet samarbeider også med brukerens pårørende.
- Helsepersonellet foretar oppfølgingsbesøk etter endt rehabiliteringsperiode.
- Resultatene dokumenteres på en slik måte at brukerens utvikling kan vurderes.

De fleste av disse punktene har hverdagsrehabilitering til felles med generelle prinsipper for rehabilitering. Det som særpreger hverdagsrehabilitering, er tilbudets politiske og faglige

forankring i kommunen, tett samarbeid med øvrige hjemmetjenester og at hjem og nærmiljø er rehabiliteringsstedet.

ØKENDE INVESTERINGSTENKNING

Satsningen på hverdagsrehabilitering kan tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i kommunene. Den er i tråd med nasjonale og internasjonale føringer som vektlegger «aktiv aldring» og «rehabiliterende tjenester», og i tråd med økende vektlegging av verdier som autonomi og uavhengighet («selvstendig aldring»). Investeringstenkningen kan føre til at brukergrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjelpenhet, blir nedprioritert i kommunene.

MER KUNNSKAP TRENGS

Hverdagsrehabilitering er et nytt tilbud i Norge, og det har ikke satt seg i kommunene ennå. Det trengs mer forsknings- og erfaringskunnskap, både om hvilke organiseringer som er mest hensiktsmessige og om hvilke hverdagsrehabiliteringstiltak som er mest virkningsfulle for ulike brukergrupper. Det trengs også mer kunnskap om økonomiske konsekvenser av satsningen og om den bidrar til en styrking av det totale tjenestetilbudet i kommunene eller medfører ugunstige prioriteringer.

og

4. PASIENT- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING OG FRIVILLIGHET

4.1 Aktivitetstjeneste og demens



Rapportserie nr. 2/2016
Senter for omsorgsforskning midt og Nord Universitet

Aktivitetstjeneste og demens

Bente Northug

Bedriften Noen AS, har siden 2008, kommersialisert aktivitetstjeneste til personer med demens. Ideen bak var at slik tjeneste ville gi økt livskvalitet for personer med demens og dernest dempe belastningen på pårørende og behovet for offentlige pleie og omsorgstjenester. Tjenesten fungerer som et supplement til familiebasert omsorg og offentlige tjenester. I samarbeid med andre institusjoner som stiftelsen SINTEF, MATCH fra University of Nottingham, Senter for omsorgsforskning, midt / Nord universitet, samt bedrifter som UNO IT, og Kantega AS, fikk bedriften økonomiske midler fra Norges Forskningsråd for å forbedre sine tjenester. Midlene ble gitt fra BIA – programmet (Innovasjonsprosjekt i næringslivet – BIA, med NRF prosjektnummer 219842). En konsortieavtale har styrt de ulike instansenes ansvar og oppgaver i prosjektperioden. Midlene er brukt til å utvikle kunnskapsbasert persontilpasset aktivitetstjeneste for personer med demens, som en intervensjon, med dertil elektronisk nettbrettbasert program. Denne rapporten er fra et delprosjekt der tanken var at en skulle bidra med forskningsbasert kunnskap om den helsefremmende effekten av den nyutviklede aktivitetstjenesten. På grunn av lite antall deltakere i studien og designmessige forhold ble studien endret til en komparativ pilotstudie. En sammenlignet livskvaliteten, fysisk aktivitet og kognisjon til en gruppe personer med demens som fikk aktivitetstjenester fra firmaet med en tilsvarende gruppe personer med demens som ikke hadde tjenester fra firmaet. Det ble gjort to målinger i hver gruppe med tre måneders mellomrom. Det er bedriften Noen AS og Senter for omsorgsforskning, midt / Nord universitet som er ansvarlig for delprosjektet. Sistnevnte har stått for forskningen og rapporten, mens bedriften Noen AS har innhentet deltakere til studien fra egen bedrift.

4.2 Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjensteterreng



Forskning nr 2, 2016, 11: 158-165 doi:
10.4220/Sykepleienf.2016.57818. Originalartikkel

Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjensteterreng

Kirsti Lauvli Andersen, Anita Strøm, Kari Korneliussen og May Solveig Fagermoen

Bakgrunn: Pårørendes støtte har betydning for hvordan hjemmeboende personer som har hjertesvikt, mestrer sykdommen og hverdagen. Støtte fra pårørende kan også påvirke utfallet av sykdommen og redusere sykehusinnleggelser.

Den sentrale rollen som pårørende er tiltenkt i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, gjør det nødvendig for ansatte å ha kunnskap om pårørendes erfaringer og behov.

Hensikt: Å få kunnskap om hvilke erfaringer og oppfatninger pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt har når det gjelder behov for kunnskap, støtte og samarbeid med helsepersonell.

Metode: Studien har et utforskende design med individuelle intervjuer av 19 pårørende, som ble rekruttert via hjertesviktpoliklinikker og hjemmesykepleien. Vi transkriberte intervjuene og gjennomførte strukturell innholdsanalyse – først av det enkelte intervju og deretter på tvers av alle.

Hovedresultat: Tre hovedtemaer ble avdekket:

- 1) Pårørende involverte seg i sykdomssituasjonen og var ansvarsvillige og vitebegjærlige.
- 2) Pårørende erfarte uklare ansvarsforhold og manglende informasjonsflyt.
- 3) Tilgjengelige og kompetente støttespillere i helsetjenesten var betydningsfullt.

Konklusjon: For at pårørende skal kunne være en ressurs slik de selv ønsker og som de er tiltenkt, må de få relevant informasjon og involveres som sentrale samarbeidspartnere. Økt satsing på samhandling og kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten har potensial i seg til å bedre situasjonen for hjertesviktpasienter og deres pårørende.

4.3 Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children



Eur J Ageing, 2016
DOI 10.1007/s10433-016-0403-2

Caring too much? Lack of public services to older people reduces attendance at work among their children

Heidi Gautun, Christopher Bratt

Abstract The need to provide care for older people can put a strain on their adult children, potentially interfering with their work attendance. We tested the hypothesis that public care for older people (nursing homes or home care services) would moderate the association between having an older parent in need of care and reduced work attendance among the adult children.

The analysis used data from a survey of Norwegian employees aged 45–65 (N = 529). Institutional care for older people in need of care (i.e. nursing homes) was associated with improved work attendance among their children—their daughters in particular. Data also indicated a moderating effect: the link between the parents' reduced health and reduced work attendance among the children was weaker if the parent lived in a nursing home.

However, the results were very different for home-based care: data indicated no positive effects on adult children's work attendance when parents received non-institutionalised care of this kind. Overall, the results suggest that extending public care service to older people can improve their children's ability to combine work with care for parents. However, this effect seems to require the high level of care commonly provided by nursing homes. Thus, the current trend towards de-institutionalising care in Europe (and Norway in particular) might hamper work attendance among care-giving adult children, women in particular. Home care services to older people probably need to be extended if they are intended as a real alternative to institutional care.

4.4 At the heart of health. Realising the value of people and communities



This report explores the value of people and communities at the heart of health, in support of the NHS Five Year Forward View vision to develop a new relationship with people and communities. Our starting point is that health and care services need to work alongside individuals, carers, families, social networks and thriving communities. This report seeks to bring together in one place a wide range of person- and community-centred approaches for health and wellbeing. It provides an overview of the existing evidence base with a particular focus on the potential benefits of adopting person- and community-centred approaches.

We hope this report will help commissioners, policymakers and practitioners to understand the range of approaches available, some of the key components and their potential to improve health and wellbeing outcomes, NHS sustainability and social value.

Person- and community-centred approaches to health and wellbeing have come a long way over the past fifteen years: from pioneering practice situated outside of the mainstream, to a central place in NHS England's vision for the NHS. There is growing consensus about the need for health and care services to embrace the benefits of taking a more person- and community-centred approach. Yet, despite this policy focus and many good examples of person- and community-centred approaches being implemented in frontline practice, it is still far from being 'the way we do things' within health and care services.

It is important that we now do much more to better understand which person- and community-centred approaches work in what circumstances and how to achieve much greater take up and spread of the most effective approaches.

4.5 Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016

Så tycker de äldre om
äldreomsorgen 2016
En riksförädlingsundersökning av äldre uppfattning
om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende

Socialstyrelsen, 2016
Artikelnummer 2016-10-2

Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016

 Socialstyrelsen

De flesta som har äldreomsorg i Sverige tycker att den är bra. Det visar även årets resultat av Socialstyrelsens undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? I undersökningen får personer med äldreomsorg möjlighet att tala om vad de tycker om äldreomsorgen. Majoriteten av de äldre som besvarat enkäten har uppgett positiva svarsalternativ för i stort sett samtliga frågor. Här är några exempel för äldre med hemtjänst:

- 91 procent har förtroende för alla eller flertalet i personalen
- 78 procent tycker att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov
- 82 procent upplever att personalen alltid eller ofta har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.

Här är några exempel för äldre i särskilt boende:

- 87 procent har förtroende för alla eller flertalet i personalen
- 85 procent tycker att det är lätt att få kontakt med personalen vid behov
- 70 procent upplever att måltiderna är en trevlig stund på dagen

Denna rapport fokuserar på äldre som upplever ett dåligt välbefinnande, då välbefinnande är ett av målen för äldreomsorgen (5 kap. 4 § SoL). Med dåligt välbefinnande avses de som har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, de som ofta besvärar av ensamhet och de som känner sig otrygga. Äldre med dåligt välbefinnande är en liten men utsatt grupp. Genom att beskriva deras upplevelser av äldreomsorgen ökar kunskapen om deras behov och möjligheterna för förändring.

Många upplever besvär av ångslan, oro eller ångest Uppskattningsvis är det cirka 115 000 personer med äldreomsorg, 52 procent, som upplever lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Undersökningen visar också att cirka 126 000 personer i äldreomsorgen, 58 procent, ibland eller ofta besvärar av ensamhet. Äldre med dåligt välbefinnande enligt definitionen ovan uppskattas till:

- 19 200 äldre som har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, 9 procent
- 32 700 äldre som ofta besvärar av ensamhet, 15 procent
- 8 900 äldre som känner sig mycket eller ganska otrygga, 4 procent.

Många med ett dåligt välbefinnande har upplevt olämpligt agerande från personalen

Äldre som upplever ett dåligt välbefinnande uppger i högre grad än övriga äldre med

äldreomsorg att de har upplevt olämpligt agerande från personalen det senaste året. Det gäller:

- 31 procent av de äldre med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest

- 31 procent av de äldre som ofta besvärar av ensamhet
- 53 procent av de äldre som känner sig otrygga.

Tillgången till läkare upplevs som svår i särskiltboende av de som besvärar av ängslan, oro eller Ångest.

Totalt 31 procent, av de äldre i särskilt boende som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest uppger att det är svårt att få tag på läkare. Andelen har ökat sedan 2013. Av de som inte upplever besvär av ängslan, oro eller ångest är andelen 13 procent. Tillgången till läkare kan vara en avgörande faktor för att äldre ska få den vård och omsorg som de behöver.

Dålig möjlighet till utomhusvistelse tycker äldre som besvärar av ensamhet. Äldre i särskilt boende som ofta besvärar av ensamhet uppger i högre grad än andra äldre i särskilt boende att de är missnöjda med de aktiviteter som erbjuds och att möjligheten till utomhusvistelse är dålig. Både andelen som är missnöjda med aktiviteter och andelen som tycker att möjligheterna till utomhusvistelse är dåliga har ökat sedan 2013.

Få förändringar har skett sedan 2013

För samtliga frågor i undersökningen har äldre som upplever ett dåligt välbefinnande uppgett negativa svar i högre grad än de med ett bra välbefinnande. Jämförelser med 2013 visar att det inte skett några större förändringar men att det finns tendenser i både positiv och negativ riktning för vissa frågor. Kvinnor och män med dåligt välbefinnande har besvarat frågorna på ungefär samma sätt. Inga skillnader som inte kan förklaras av upplevd hälsa, ensamboende eller ålder har noterats mellan könen.

4.6 Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer



Folkehelseinstituttet, Notat om kvalitetsutvikling nr. 5, 2016

Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer

Toril Bakke, Ellen Udness, Berit Therese Larsen, Arnfinn Aarnes, Michael De Vibe, Anders Vege.

I februar 2016 gjennomførte Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Seksjon for kvalitetsutvikling i Folkehelseinstituttet (FHI) en turné i Norge sammen med et fagmiljø innenfor psykisk helse fra Trento i Nord-Italia. Hensikten var todelt:

1. Inspirere ansatte og brukere innenfor helse- og omsorgstjenesten til å lære av det systematiske arbeid med brukermedvirkning som foregår i Trento.
2. Innhente og presentere norske eksempler på en ny brukerrolle.

Eksempelene som ble hentet inn kom fra både kommuner og sykehus, og de dekket et bredt fagfelt; alt fra tjenester til demente til oppfølging av kreftpasienter, rus, psykisk helse, velferdsteknologi, lærings- og mestringssentre og brukerstyrte poliklinikker. Presentasjonene av eksemplene ble filmet, og i tillegg er de dokumentert skriftlig. Etter turnéen har materialet blitt gjennomgått, og suksessfaktorer for å fremme en ny pasient- og brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten har blitt identifisert. Suksessfaktorene presenteres i dette notatet.

Målgruppene er ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, bruker- og pårørendeorganisasjoner, enkeltbrukere/pasienter/pårørende, politikere og utdanningsinstitusjoner.

4.7 Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv



Rapportserie nr. 1/2016 Senter for omsorgsforskning – vest og Høgskolen i Bergen

Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv

Oddvar Førland og Bjarte Folkestad

BAKGRUNN OG INNHOLD

Hjemmetjenesten har fått en stadig mer sentral rolle i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og er større enn institusjonstjenestene både når det gjelder ressursinnsats og antall brukere. De siste årene har den fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse behov. Det er gjort mange studier og analyser av hjemmetjenestenes utvikling og innhold i Norge, men vi har manglet store kvantitative studier som viser hvordan «folk flest» oppfatter disse tjenestene, og hvordan brukerne erfarer dem.

Første del av rapporten retter seg mot hjemmetjenestene i et generelt befolkningsperspektiv. Vi undersøker her hjemmetjenestenes omdømme i befolkningen. Vi stiller også spørsmålet om hva som karakteriserer de eldre brukerne i forhold til de eldre ikke-brukerne av hjemmetjenester. Hvilke forhold avgjør bruk og ikke-bruk av hjemmetjenester?

Del to retter seg kun mot de reelle brukerne av hjemmetjenestene og vi stiller spørsmålet om hvordan de erfarer hjemmetjenestene.

4.8 Konsekvenser av indragen assistansersättning



Konsekvenser av indragen assistansersättning
En studie om medförfärd och hur kostnader skiftar från samhället till brukarna och dess omväg.

Rapport för STIL om förändrat stöd enligt LSS och SFB

Martin Stenroos

Umeå Universitet
Umeå Papers in Economic History
No 46/2016

Umeå Universitet
Umeå Papers in Economic History
No 46/2016

Konsekvenser av indragen assistansersättning

Denna rapport utreder hur samhällets stöd och service till personer med funktionshinder har förändrats sedan 1994, då lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, infördes. Speciellt fokus ligger på tiden 2006-2009 då Försäkringskassan förändrade sin normering kring tolkningen av grundläggande behov, vilket lett till att färre beviljas assistansersättningen (personlig assistans från Försäkringskassan) och fler får sin tillgång till assistansersättning indragen. Rapporten är skriven för föreningen STIL i projektet Kostnader för assistans i förändring och publicerad med deras godkännande.

Rapporten argumenterar för att det fokuserats starkt på att kontrollera kostnadsutvecklingen för insatser enligt LSS i allmänhet, men assistansersättningen i synnerhet. Sedan 2015 har fokus skiftats, speciellt med hänseende på assistansersättningen. Istället för kostnadskontroll finns det nu ett tryck på att minska kostnaderna för assistansersättningen. Detta syns tydligt i den ny tillsatta utredningens direktiv (dir. 2016:40).

Rapporten finner belägg för att tala om en mer medikaliserad syn på stöd och service till personer med funktionshinder och i den meningen även en medikaliserad syn på personer med funktionshinder. Rapporten argumenterar för att ett starkt fokus på att kontrollera kostnader i sin tur lett till striktare kontroller av stödmottagare. Detta har fått resultatet att stödet och stödinsatser till personer i personkrets 3, den personkrets vars tillhörighet inte bedöms utifrån diagnos, minskat.

Rapporten hittar stöd för att rättighetslagen LSS behandlats som ett mellanting mellan rättighetslag och ramlag. Dels eftersom lagen gett skiftande utfall över den studerade perioden utan att lagen som sådan har ändrats och dels beroende på att kommunernas bedömningar skiljer sig åt mellan kommunerna och att kommunerna generellt beviljar mindre tid personlig assistans än vad Försäkringskassan tidigare gjort för samma individ.

Slutligen visar rapporten på att det som händer när assistansersättningen från Försäkringskassan dras in och inte kompenseras fullt ut av insatser i kommunerna är att anhöriga tar över en stor del tar över ansvaret för att tillgodose behovet av stöd och service till personer med funktionshinder. Det betyder att kostnader flyttar, från staten till kommunen, brukaren och dess anhöriga, från den formella till den informella sektorn. Ett omfattande anhängigstöd får mest troligt negativa konsekvenser för hälsa, arbete och inkomst.

Rapporten avslutas med policyförslag där det bland annat föreslås att göra staten till enskild huvudman för insatsen personlig assistans samt att beslut om minskade ambitioner inom LSS-området måste föregås av riksdagsbeslut.

4.9 Frivillige på plejecentre



Sundhedsstyrelsen, mars 2016

www.sst.dk

Frivillige på plejecentre

Sundhedsstyrelsen

Denne rapport formidler erfaringerne fra initiativet Styrkelse af rekruttering og samarbejde med frivillige i plejebolig, der sætter fokus på rekruttering, organisering og samarbejde med frivillige på plejecentre.

Rapporten er del af et samlet materiale fra Program for livskvalitet og selvbestemmelse for beboere i plejebolig, der blev iværksat i regi af Socialstyrelsen¹ som opfølgning på Ældrekommissionens anbefalinger fra 2012. Yderligere information om og publikationer fra programmet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Initiativet blev afprøvet i samarbejde med tre kommuner. Indsigterne i publikationen er baseret på en indsamling af erfaringerne med rekruttering, organisering og samarbejde med frivillige på plejecentre i de tre kommuner. Rapporten beskriver ikke de juridiske aspekter af samarbejde med frivillige. For oplysninger om lovgivning på området henvises til § 18 i Lov om social service og tilhørende vejledning.

4.10 Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy

Nasjonale kvalitetskrav til
samvalgsverktøy

Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

HEL-2016

Helsedirektoratet 30.12.2016

**Nasjonale kvalitetskrav til
samvalgsverktøy**

1.1 Oppdraget

Det vises til oversendelsesbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), datert 19.05.2016 – Statsbudsjettet 2016 – Helsedirektoratet – Tillegg til tildelingsbrevet nr. 13, der Helsedirektoratet blir bedt om å utarbeide faglige kriterier for samvalgsverktøy.

«Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy. Verktøy som utarbeides av ulike interessenter (helseforetak, pasientorganisasjoner eller andre) må tilfredsstille disse kravene for at samvalgsverktøyet skal kunne publiseres på www.helsenorge.no. Kravene skal sikre at samvalgsverktøyet er kunnskapsbasert. De skal også sikre at de valgmulighetene som presenteres kan håndteres innenfor gjeldende økonomiske rammer for tjenesten og ikke påfører pasientene uønskede kostnader. Kravene skal også sikre at verktøyet har en pedagogisk utforming, synliggjør pasient- og brukerpreferanser og legger til rette for god dialog mellom pasient/bruker og helsepersonell. Verktøyet må ha et format som gjøre det mulig å publisere på www.helsenorge.no. Arbeidet skal skje i samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner og andre aktuelle interessenter. Frist for oppdraget er 1. januar 2017».

Forståelse av oppdraget

Formålet med et samvalgsverktøy er å bidra til at pasienten kan foreta informerte valg i helsetjenesten. Et digitalt samvalgsverktøy skal ikke erstatte dialogen mellom pasient og helsepersonell, men være et supplement til denne. Samvalg er en norsk oversettelse av shared decision-making, mens samvalgsverktøy er oversatt fra shared decision aid. I dette dokumentet velger vi å benytte samvalgsverktøy som et synonymt begrep for beslutningsverktøy.

I et møte med departementet er det presisert at kravene som utvikles skal være normative minimumskrav.

Organisering av oppdraget

Som første ledd i prosessen med å utarbeide nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy, inviterte direktoratet brukere, helsepersonell, utviklere av samvalgsverktøy, forskere og byråkrater fra Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, til en workshop. Målet med denne workshopen var å sikre en god oppstart, samt å gi eierskap og engasjement til sentrale interessenter i den videre prosessen. Deltagerne fra workshop ble invitert med i det videre i arbeidet, gjennom å delta i referansegruppe. Det ble etablert en intern og en ekstern referansegruppe. Prosjektet har hentet mye kunnskap og informasjon fra fagmiljøene som arbeider med samvalgsverktøy i Helse Sør-Øst RHF og ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN).

Workshop, 27. september 2016

Deltagerne hadde ulikt utgangspunkt og kunnskapsgrunnlag om samvalg og eksisterende

forskningsgrunnlag. Derfor ble grupper satt sammen for, på best mulig måte, å sikre felles plattform og forståelse i det videre arbeidet. Fordi direktoratets mandat er å forankre prosessen og drive den, og ikke minst sørge for tydelig brukermedvirkning, ble metoden behovsdrevet tjenestedesign brukt for gjennomføring av workshop. Tjenestedesign handler om å ha oppmerksomheten rettet mot bruker og brukers behov. (Bruker kan her også være helsepersonell). Gjennom aktiv medvirkning blir sluttbrukere og fagpersoner sett og hørt. Dette skal resultere i løsninger som er riktige for de involverte og som samtidig bygger på etablert kunnskap. Professor Dawn Stacey fra Canada, som er ledende innen arbeidet med samvalg internasjonalt, var innleder på workshopen. Hennes innledning ble etterfulgt av et innlegg fra Simone Kinelin og Øystein Eiring som begge har lang erfaring med samvalg og utvikling av samvalgsverktøy i Norge. I andre del av workshop ble deltakerne delt inn i grupper med blandet aktørbakgrunn. Sammen skulle de diskutere spørsmål knyttet til innhold og kvalitet i samvalgsverktøy. Oppgavene var laget på forhånd, de var generelle og nært knyttet opp mot oppdragsteksten fra HOD. Oppgavene ble introdusert ved at tre forskjellige brukere, både pasienter og helsepersonell, ble intervjuet i form av en samtale, hvor de formidlet sine erfaringer med både pasientforløp og samvalg og samvalgsverktøy. Formålet var at workshopdeltakerne skulle få en kontekst å drøfte oppgavene i. Et eksternt firma (Sopra Steria) gjennomførte og fasiliterte workshop for oss. I vedlegg 2 oppsummeres innspillene fra workshop nærmere.

4.11 Frivillighet og samfunnsengasjement blant unge eldre



Nordlandsforskning. Arbeidsnotat nr. 1007/2016, prosjektnr. 1610

Frivillighet og samfunnsengasjement blant unge eldre

Ragnhild Holmen Waldahl

Hensikten med studien har vært å få frem kunnskap om unge eldre sitt forhold til frivillighet og deltakelse i frivillig sektor. Unge eldre er i denne studien forstått som personer mellom 62 og 75 år. Studien har særlig konsentrert seg om frivillighet blant unge eldre og deres opplevelse av å være pensjonist. Studien har også sett på hva denne aldersgruppa tenker om og ønsker av tilbud fra Tusehjemmet kultur- og kunnskapssenter. Målgruppen for kartleggingen har vært unge eldre med bostedsadresse i Bodø kommune.

Dataene som ligger til grunn for arbeidsnotatet er en spørreundersøkelse. Den ble sendt til et utvalg unge eldre med bostedsadresse i Bodø kommune. Spørreundersøkelsen oppnådde en svarprosent var på 27.

43 prosent av de som har svart på undersøkelsen har drevet ulønnet, frivillig arbeid for en organisasjon de siste 12 månedene. I gjennomsnitt har de unge eldre arbeidet 13 timer i måneden. Sett i forhold til en nasjonal undersøkelse fra 2010, kan dette tyde på at det er noen færre unge eldre bosatt i Bodø kommune som arbeider frivillig, men at disse til gjengjeld utfører flere timer frivillig, ulønnet arbeid.

Det er flere menn enn kvinner som oppgir å ha utført frivillig arbeid siste 12 måneder. Det er en svak sammenheng mellom omfanget av frivillig arbeid og høyere utdanning.

21 prosent av respondentene har utført tidsavgrenset ulønnet arbeid siste 12 måneder.

Eksempler på frivillig arbeid som er tidsavgrenset kan være frivillighet knyttet til en festival, et sportsarrangement eller det å være bøssebærer.

Når det gjelder ønske om å gjøre mer frivillig arbeid, gir undersøkelsen ikke et entydig svar på dette. Det er en svak negativ sammenheng mellom lyst til å gjøre mer frivillig arbeid og alder. Jo eldre respondentene blir, jo mindre lyst har de til å gjøre frivillig arbeid.

Undersøkelsen viser at det er tre ulike dimensjoner som pensjonistene i utvalget har lyst til å bruke tiden sin på. Disse tre tidsdimensjonene er: familien, frivillig arbeid og selvrealisering. Det er særlig de som vil bruke tid på frivillig arbeid og selvrealisering som har lyst til å gjøre mer frivillig arbeid.

Den viktigste rekrutteringsmåten til frivillig arbeid er at en venn eller bekjent tok kontakt med respondenten og oppfordret til frivillig arbeid. Totalt har 68 prosent blitt rekruttert via eksisterende sosiale nettverk.

Det er to hoveddimensjoner i grunner for frivillig, ulønnet arbeid. Den ene er selvutvikling og samfunnsnytte, og den andre er sosialt press. Dimensjonen selvutvikling og samfunnsnytte forklarer i større grad hvem som arbeider frivillig og som kan tenke seg å engasjere seg i frivillig sektor.

De fire viktigste forholdene for å ville engasjere seg frivillig er «Det er sosialt og en anledning til å bli kjent med lokalmiljøet», «Jeg vil være til nytte/bidra med noe positivt for samfunnet eller i mitt lokalmiljø», «Jeg brenner for en sak eller aktivitet» og «Det er godt for min egen fysiske og psykiske helse».

De viktigste barrierene er å være opptatt med andre aktiviteter og at ingen har spurt. Det er en tendens til at de yngste, de med høyest inntekt og høyest utdanning svarer at mangel på tid er en barriere. Det er ingen sammenheng mellom antall venner og størrelsen på sosiale nettverk, og det å bli spurt om å arbeide frivillig.

For de fleste har overgangen til å bli pensjonist vært positiv. Få har opplevd at overgangen har ført med seg ensomhet.

Det er flere som ønsker å bruke pensjonisttilværelsen på forhold som er knyttet til familie og venner, enn det er som vil bruke tiden sin på forhold som er knyttet til organisasjonsarbeid og frivillig arbeid.

Drøyt halvparten av respondentene kjenner til Tusenhjemmet kultur- og kunnskapssenter. Det er flere kvinner enn menn som kjenner til senteret og flere blant de eldste enn blant de yngste. De aktivitetene som flest synes ville være interessante å ta del i, er en god sosial møteplass og ulike kultur og aktivitetstilbud. Minst interessant er det å delta som frivillig medarbeider.

De tre viktigste forholdene for å gjøre Tusenhjemmet kultur- og kunnskapssenter attraktiv er: «Senteret må ha et mangfold av tilbud som kan tilpasset alle deltakerne», «At tilbudene i senteret er for alle aldersgrupper» og «At det er folk på min alder der (62-75år)». Minst viktig er «at det er mulighet for transport».

4.12 Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid



Omsorgsbiblioteket. Oppsummering nr. 4, mars 2016.
Senter for omsorgsforskning nord.

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. En oppsummering av kunnskap

Rita Kristin Klausen

BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSEARBEID

Denne oppsummeringen gir et innblikk i brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i en norsk kontekst, med en særlig vekt på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Brukerne er voksne personer (over 18 år) som mottar tjenester direkte, eller personer som blir berørt av tjenesten indirekte. Oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid, lover og forskrifter, offentlige dokument og annet materiale som kan gi den enkelte leser oversikt over temaet.

SENTRALE UTVIKLINGSTREKK

Brukermedvirkning stiller store krav til både tjenesteutøvere og kommunene. Det er et økende behov for brukermedvirkning for å kunne utvikle det psykiske helsearbeidet i kommunene. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid er i dag lite systematisert. Det er ikke en innarbeidet del av det psykiske helsearbeidet i de fleste kommunene, hverken ved individuell behandling eller ved organisatoriske beslutninger. Brukermedvirkning rommer mange ulike former for medvirkning i psykisk helsearbeid, alt fra brukerdeltakelse i kommunale råd til at brukerne uttrykker egne ønsker og behov under behandling.

Recovery beskrives som en grunnlagsforståelse og et fundament i det psykiske helsearbeidet i norske kommuner. En forutsetning for recovery-orienterte helsetjenester er ansettelse av medarbeidere med brukererfaring.

Med utviklingen mot mer kommunale tjenester, har det også skjedd endring i synet på pasientrollen i psykisk helsearbeid. Fra å være tilskrevet en passiv mottakerrolle, blir brukeren nå ansett som en aktiv deltaker i behandlingen. Den nye rollen krever at brukerne tilegner seg og bruker sin erfaringskompetanse, samt at ansatte er innstilte på å la brukerne medvirke.

Medarbeidere med brukererfaring og erfaringskonsulenter er et av resultatene innenfor nytenkningen i fagfeltet. Det er uenighet i feltet hva gjelder både krav til kompetanse, utdanning og forventninger til utføring av arbeidet for erfaringskonsulenter. Ordninger med brukeransatte er ennå ny, og mye er uavklart.

Fagmiljøene preges av rask diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualer og generaliserte, evidensbaserte behandlingsformer som vanskeliggjør brukermedvirkning.

UTFORDRINGER OG BEHOV

Norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukermedvirkning på systemnivå. Mye av brukermedvirkningen i praksis skjer imidlertid som individuell tilpasning i relasjonen mellom brukere og kommunale tjenesteytere. Det er behov for å arbeide mer systematisk med implementering av brukermedvirkning på individuelt plan i kommunene. Videre er det et behov for flere ansettelser av brukere med egenerfaring. Dette krever blant annet gode utdanningsforløp for brukere som ønsker å arbeide som erfaringskonsulenter eller medarbeidere

med brukererfaring, og etablering av rutiner for ansettelse i kommunene. Det er også nødvendig med mer oppmerksomhet på brukernes medvirkning i kommunale utviklingsprosjekter og i forskning. Kunnskap om brukarmedvirkning er nødvendig og nyttig i de kommunale tjenestene, og medvirkning bør derfor inn som en mer sentral del av opplæring, utøvelse, utdanning og forskning.

5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

5.1 Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014



Folkehelseinstituttet, Notat, april 2016

**Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold.
Resultater for sykehus og kommuner 2014. Kvalitetsmåling**

***Doris Tove Kristoffersen, Tonya Moen Hansen, Anja Schou Lindman,
Oliver Tomic, Jon Helgeland.***

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet ved å fremskaffe gyldig og pålitelig informasjon om det norske helsesystemets kvalitet og prestasjoner, og stimulere til forbedringsarbeid ved norske sykehus (1). Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres på www.helsenorge.no(2), administrert av Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet beregner årlig kvalitetsindikatorer for Risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus (3, 4).

Gode kvalitetsmålinger er avgjørende for at fagmiljøene, virksomhetsledelse og helsemyndigheter får informasjon om hva helsetjenesten yter, for å identifisere områder for forbedring og for å avklare hva man eventuelt kan oppnå med økt ressursinnsats. Befolkningen og pasienter bør også ha tilgang til god kunnskap om helsetjenestens kvalitet. I forsøk på å beskrive kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten er det utviklet mange kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer kan sies å være målbare variabler som gir informasjon om kvaliteten innen et område som vanligvis ikke lett lar seg måle direkte. Ingen enkeltstående indikator er alene et direkte mål på behandlingskvaliteten ved et behandlingssted. Ved å vurdere flere indikatorer som beskriver relevante sider ved behandlingsstedet, kan man få et inntrykk av den generelle kvaliteten ved virksomheten.

En indikator bør beregnes rutinemessig for de enhetene som skal vurderes og som regel sammenliknes med relevante enheter. Ved hjelp av slike måleverktøy kan man identifisere forhold og områder som bør studeres nærmere for å kunne identifisere årsakssammenhenger og muligheter for forbedring.

5.2 Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2015



Folkehelseinstituttet

Årsrapport. Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2015

Bernardo Guzman Herradr, Thale C. Berg, Katrine Borgen, Oliver Kacelnik, Georg Kapperud, Ragnhild Tønnessen, Line Vold, Karin Nygård.

Denne rapporten gir en oversikt over utbrudd som har blitt varslet til Folkehelseinstituttet fra 1. januar til 31. desember i 2015. Det er viktig å påpeke at denne oversikten ikke gir det fulle og hele bildet av utbrudd i Norge i denne perioden. Grunnen til dette er at det alltid vil være en del utbrudd som ikke oppdages, og også en del utbrudd som ikke varsles til instituttet selv om de oppdages.

Graden av underreportering varierer betydelig. Følgende typer utbrudd blir oftere oppdaget enn andre og rapportert:

- Utbrudd av svært alvorlig sykdom (f. eks. HUS)
- Store utbrudd (f. eks. vannbårne)
- Utbrudd der mange blir syke samtidig (f. eks. intoksikasjoner)
- Utbrudd i en liten, lukket populasjon (f. eks. selskap, institusjon)
- Utbrudd som rammer barn
- Utbrudd av sykdom der det finnes gode metoder for diagnostikk og subtyping av smittestoff (agens)

Vi regner med at underreporteringen er størst for smittestoffer som ikke gir alvorlig sykdom (f.eks. kortvarige intoksikasjoner), og for smittestoffer som i liten grad types på landets laboratorier (f. eks. Campylobacter)

Denne rapporten bygger på informasjon fra det vevbaserte systemet for utbruddsvarsling (Vesuv) som inneholder informasjon om utbrudd av smittsom sykdom i befolkningen og årsaken til utbruddene. Dataene brukt i rapporten er basert på lovpålagt varsling til Folkehelseinstituttet (www.utbrudd.no; www.vesuv.no).

5.3 Att följa upp förskrivning av antibiotika i primärvård, en vägledning



Folkhälsomyndigheten, 2016
Artikelnr. 16046

Att följa upp förskrivning av antibiotika i primärvård, en vägledning

Sammanfattning

Ett viktigt verktyg för att utvärdera om antibiotika används enligt ehandlingsrekommendationer och för att arbeta mot en klok antibiotikaanvändning är att analysera, sammanställa och återkoppla diagnoskopplade antibiotikaförskrivningsdata.

En vägledning för insamling och tolkning av data på ett enhetligt sätt. I Sverige saknas det idag ett nationellt verktyg för att automatiskt sammanställa diagnoskopplade data från journaler. På lokal nivå har dock flera initiativ tagits för att upprätta olika register och system för att automatiskt generera diagnoskopplade data från journaler inom öppenvård. Oavsett verktyg är det angeläget att insamlingen av diagnoskopplade data sker på ett enhetligt sätt så att resultaten blir jämförbara med varandra och över tid. Denna vägledning syftar till att vara ett underlag för hur diagnoskopplad antibiotikaförskrivning för luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner kan samlas in i primärvård. Vägledningen består av ett protokoll med indikatorer och definitioner för dessa.

Vid analys av diagnoskopplade data är det viktigt att ta hänsyn till sådana faktorer som påverkar statistiken. Följande faktorer har i detta projekt identifierats och beskrivs i vägledningen som viktiga vid analys av diagnoskopplade antibiotikaförskrivningsdata på lokal- och regional nivå:

- Den listade befolkningen.
- Rutiner för användning av diagnoskoder.
- Organisation och rutiner inom sjukvården.
- Datakälla för antibiotikaförskrivning.

Fortsatt utveckling

Ambitionen är att denna vägledning vidareutvecklas till att inkludera indikatorer för uppföljning av hud- och mjukdelsinfektioner. Dessutom planeras vägledningen att årligen utvärderas och uppdateras baserat på synpunkter och erfarenheter från användare.

Förskrivare använder många olika diagnoskoder för likartade infektioner. I denna vägledning finns därför en lista över vilka diagnoskoder som arbetsgruppen föreslår bör användas för uppföljning av specifika diagnoser.

5.4 Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt



Folkehelseinstituttet, hurtigoversikt, 2016

Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt

*Meneses, Jose; Flodgren, Gerd;
Bera. Riamor C.*

Hovedbudskap

Liverpool Care Pathway (LCP) har blitt fremmet som en tiltaksplan for helhetlig omsorg til døende og deres pårørende i livets siste dager og timer. Vi utførte en hurtigoversikt for å vurdere effekten av LCP på palliativ omsorg til personer i livets slutfase.

Vi inkluderte to nylig publiserte kontrollerte studier som sammenlignet effektene av LCP med standard palliativ omsorg. Resultatene viser:

- LCP fører muligens til liten eller ingen forskjell i den generelle kvaliteten på omsorgen som gis til døende pasienter og deres pårørende.
- LCP fører muligens til bedre symptomkontroll hos den døende med hensyn til åndenød.
- LCP fører muligens til ønsket endring i administrasjon av medisiner:
 - økt bruk av en av seks medisiner betegnet som hensiktsmessige (medisiner for lungesekret)
 - lavere bruk av en av ti medisiner betegnet som uhensiktsmessige (vasodilaterende medisiner)
 - økt bruk av medisiner gitt kun subkutant.
- Det er usikkert om det er forskjell mellom LCP og standard palliativ omsorg når det gjelder den døendes symptomer og symptombyrde i livets slutfase.

Tilgjengelig dokumentasjon om effekten av LCP er av lav til svært lav kvalitet. Det mangler publiserte studier av høy metodisk kvalitet som gir svar på om LCP er bedre enn standard palliativ omsorg i livets slutfase.

Tittel:

Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt

Publikasjonstype:

Hurtigoversikt

En hurtigoversikt er resultatet av å sammenfatte forskningsbasert kunnskap

- med kort tidsfrist og
- med mindre omfattende metode enn ved systematisk kunnskapsoppsummering.

Svarer ikke på alt:

- Ingen ny statistisk analyse
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet desember, 2015.

Eksterne fagfeller:

Anne Kari Knudsen, prosjektleder, European Palliative Care Research Centre, NTNU og Kreftklinikken, St. Olavs Hospital

5.5 Kunnskapsstatus: Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming



Nordlandsforskning. NF-rapport nr. 4/2016

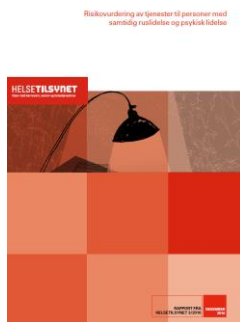
Kunnskapsstatus: Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming

Terje Olsen, Patrick Kermit, Hild Rønning, Jon Hakon Hustad, John Eriksen

RAPPORT

TITTEL: Kunnskapsstatus: Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming	OFF.TILGJENGELIG: Ja	NF-RAPPORT NR: 4/2016
FORFATTER(E): Terje Olsen, Nordlandsforskning Patrick Kermit, NTNU Samfunnsforskning Hild Rønning, Politihøgskolen, avd. Bodø Jon Haakon Hustad, Institutt for samfunnsforskning John Eriksen, Nordlandsforskning	PROSJEKTANSVARLIG (SIGN): Terje Olsen	FORSKNINGSLEDER: Bent-Cato Hustad
PROSJEKT: Kunnskapsstatus: Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming	OPPDRAUGSGIVER: Bufdir	OPPDRAUGSGIVERS REFERANSE: Christin Marsh Ormhaug
SAMMENDRAG: Sammenstilling og oppsummering av forskningsresultater fra de siste ti år som spesifikt omhandler utviklingshemmedes rettssikkerhet på ulike livsområder.	EMNEORD: Rettssikkerhet, rettigheter, menneskerettigheter, utviklingshemming, nedsatt funksjonsevne, funksjonshemming KEYWORDS: Human rights, intellectual disabilities, disability studies, law, justice, CRPD	
<i>Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning</i>	ANTALL SIDER: 126	SALGSPRIS: NOK 150,-

5.6 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse



Rapport fra Helsetilsynet 3/2016
Desember 2016

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Tilsyn skal være viktig, relevant og kunnskapsbasert. Tilsyn skal føre til at pasienter og brukere får gode tjenester og må derfor føre til endring og forbedring av tjenester når det er nødvendig. Prosessene for å beslutte hva det skal føres tilsyn med og hvilke tilsynsaktiviteter som skal prioriteres er derfor svært viktige.

Statens helsetilsyn besluttet i 2014 at det skal gjennomføres tilsyn i alle landets fylker med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i 2017 og 2018. Tilsynet skal omfatte både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Personer med ROP-lidelser er en sårbar gruppe med behov for sammensatte tjenester. Svikt på ett eller flere områder kan gi svært alvorlige konsekvenser.

For å komme nærmere hvilke temaer og problemstillinger som skal undersøkes i tilsynet, ble det gjennomført en risikovurdering av disse tjenestene høsten 2015. Resultatet – risikobildet sett med fagmiljøets øyne – beskrives i denne rapporten.

Fagfeltet er omfattende, i rask utvikling, flere tjenesteområder og -nivåer er involvert, og tjenestemottakerne er en sårbar gruppe. Formålet med en risikovurdering var å få oversikt over utfordringene, identifisere hvor det er størst fare for svikt for uønskede hendelser og hva svikten består i.

Forarbeid og forberedelser ble gjort i Helsetilsynet frem mot en fagpanelsamling over to dager.

Fagpanelet besto av representanter for ulike nivå og enheter i helse- og omsorgstjenesten, for sosialtjenesten i Nav og for bruker- og pårørendeorganisasjoner. Etter en konsensusprosess endte fagpanelet opp med tretten punkter. De tretten punktene ble rangert etter hyppighet og konsekvens. De tre områdene som ble rangert som mest risikoutsatte er:

Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Bruker/pasient får ikke tilpasset bolig (inkludert ikke tilpasset innholdet av tjenester i boligen)

Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet)

Risikovurderingen viste at tilbudet til personer med ROP-lidelser kan svikte innen både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester. Helsetilsynet vil benytte resultatet av risikovurderingen som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

Vi ønsker også at resultatet og denne rapporten skal være nyttig og bli brukt aktivt av ledere i de ulike tjenestene for å vurdere hvordan deres egen praksis er på de områdene som er pekt på som særlig risikofylte.

Vi ønsker å takke alle som har bidratt i dette arbeidet, og rette en spesiell takk til deltakerne i fagpanelet.

5.7 Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården



Vårdanalys PM 2016:3

Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

I dag finns ett starkt och berättigat fokus på vårdens och omsorgens utvecklingsförmåga. En rad omvärldsfaktorer, till exempel demografi, teknisk utveckling och förväntningar, gör att vården och omsorgen står inför helt nya krav och möjligheter. För att kunna möta dessa måste förändringstakten öka. På nationell och regional nivå görs en hel del för att bidra till en ökad utvecklingskraft. Lagstiftning ses över, visioner formuleras, överenskommelser sluts och storregioner bildas. Samtidigt vet vi att vårdens och omsorgens värde ytterst skapas där patienter och brukare, närstående, professioner och stödsystem möts i vardagen. Sett ur ett patient- och brukarperspektiv innebär det att nödvändiga förändringar måste genomföras och få genomslag på verksamhetsnivå – och ytterst omsättas i mötet med den enskilde patienten och brukaren. Kravet på ökad förändringstakt ställs därför på sin spets på verksamhetsnivå. Cheferna på verksamhetsnivå har här en nyckelroll. De beslutar om utvecklingsarbetets inriktning, hur det ska bemannas, prioriteras och följas upp i sina organisationer. Deras förmåga och förutsättningar att driva förbättringsarbete är avgörande för utvecklingskraften i svensk vård och omsorg.

För att bättre förstå hur vården är rustad för att möta kraven på en högre förändringstakt har vi undersökt hur verksamhetscheferna ser på sitt utvecklingsarbete.

De resultat vi presenterar ska ses utifrån att cheferna är en del av ett större system som påverkar deras agerande. Det handlar bland annat om vilka resultat högre ledningar prioriterar och följer upp, budgetsysteem, chefsutbildningar, tillgängligt utvecklingsstöd, vilken forskning som görs och vad som är meriterande vid chefstillsättningar.

Genom att skrapa på ytan kring verksamhetschefers syn på kvalitets- och effektivitetsutveckling hoppas vi stimulera till en fortsatt diskussion om vad som krävs av högre ledningar och politiker för att stärka verksamhetschefernas möjligheter att driva ett patientcentrerat, datadrivet och lärandestyrkt förbättringsarbete som är relevant och effektivt.

Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till alla de chefer som tagit sig tid att svara på undersökningen och gett oss möjligheten att ta del av deras erfarenheter. Jesper Olsson har varit projektledare för arbetet. Undersökningen har genomförts av Helseplan Consulting Group AB på uppdrag av Vårdanalys.

5.8 Underbemanning er selvforsterkende



NOVA Velferdsforskningsinstituttet
Høgskolen i Oslo og Akershus
Rapport nr. 6/16

Underbemanning er selvforsterkende
Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem

Heidi Gautun, Henning Øien og Christopher Bratt

NOVA fikk i januar 2016 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt om konsekvenser av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Forskerne har i prosjektet ved hjelp av registerdata, to undersøkelser blant tillitsvalgte og en spørreundersøkelse blant 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, for det første kartlagt mangel på sykepleiere, for det andre undersøkt hvilke konsekvenser mangel på sykepleiere har for kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet for de ansatte. Et tredje hovedspørsmål som er undersøkt, er hva som skal til for å rekruttere og beholde sykepleiere i disse tjenestene. Vi vil gjerne takke sykepleierne som har deltatt i undersøkelsene.

Spesialrådgiver Merete Lyngstad, seniorrådgiver Jo Cranner, fagsjef Kari Elisabeth Bugge, seniorrådgiver Hedda Kristine Mellingen, forhandlingssjef Harald Jesnes, kommunikasjonssjef Arvid Libak, og kommunikasjonsrådgiver Tore Bollingmo i NSF har fulgt prosjektet. De skal ha en stor takk for å ha bidratt med å ekspertvalidere spørreskjemaene til sykepleierne, og for å ha gitt mange gode kommentarer til rapportutkast. Seniorrådgiver Jo Cranner stod også for den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen blant tillitsvalgte i februar 2016. Seniorkonsulent Idar Eidseth og konsulent Marit Heitkøtter Lien (Respons Analyse) skal ha en stor takk for et godt og effektivt samarbeid om datainnsamlingen som de gjennomførte på oppdrag fra NOVA blant de 4945 sykepleierne i mars 2016.

Prosjektet har blitt gjennomført innenfor svært stramme tidsrammer, og hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten at et forskersteam stod sammen om oppdraget. PhD Henning Øien (NOVA) har utarbeidet oversikten over mangel på sykepleiere ved hjelp av offentlig statistikk samt presentert data fra kartleggingen av korttidsfravær i kapittel 2. PhD Christopher Bratt (Statistisk Analyse) har analysert data fra spørreundersøkelsen blant de 4945 sykepleierne i kapittel 5 og 6. Undertegnede har skrevet det meste av teksten i kapittel 5 og 6, og skrevet hele kapittel 1, 4 og 7. Kapittel 2 Metode og data er skrevet i et samarbeid mellom de tre forskerne. Forskningsleder Marijke Veenstra ved NOVA har kvalitetssikret rapporten.

5.9 Er det nødvendig og mulig å styrke samiske mattradisjoner på kommunale sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i samiske bosetningsområder



Utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkning (USH)
Prosjektrapport 24/09 2016

Er det nødvendig og mulig å styrke samiske mattradisjoner på kommunale sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i samiske bosetningsområder

Raanhild Lydia Nvstad, Anders Guttorm, Ane

Prosjektet har belyst hva samisk mat er og hvorfor det er viktig at samiske pasienter/brukere i kommunale institusjoner får tilgang på. Personalet i sju Finnmarks kommuner har svart på spørreskjema om samiske mattradisjoner ved deres institusjon. Det er holdt tre miniseminarer og fem prosjektmøter om samisk mat i perioden

Resultatene viste at organiseringa av kjøkkentjenester var som forventet. Alle kommunene hadde fagutdannede kokker, mens et mindretall hadde diettkokker, som organiserte matlaginga til pasientene/brukerne. Institusjonene burde ha alle forutsetninger til å lage næringsrik og god mat til pasientene/brukerne. Ingen av kommunene hadde ernæringsfysiologitjenester, og ingen nevnte noe om de kjøpte slike tjenester.

De fleste av kommunene brukte anbudsprinsippet ved innkjøp av råvarene, i hovedsak ble matvarene innkjøpt fra store leverandører som for eksempel Askø, Bama, Tine, Gilde. Prisen var avgjørende ved bestilling av matvarene og ingen av kommunene hadde avtaler med lokale leverandører og fikk derfor ikke innsparinger ved innkjøp fra dem.

Det var tydelig at Mattilsynets regelverk skapte restriksjoner på anskaffelse av innmat fra reinsdyr og fersk fisk og bær fra lokale leverandører. Derfor brukte ingen av institusjonene reinblod og innmat i matlagingen.

Fire av institusjonene tilbød tradisjonell samisk mat til pasientene/brukerne ukentlig, mens en institusjon hadde tradisjonell samisk mat en gang/måned og to svarte sjeldnere. Ingen institusjon tilbød samisk mat daglig.

De fleste visste hva samisk mat var og kjente til konserveringsmetodene. Imidlertid kom det fram at personalet trenger økt kompetanse om samisk mattradisjoner og om økonomi.

Veien videre bør bli å styrke kompetansen hos personalet på kjøkkenet. Dette gjelder både i henhold til samisk kosthold og drift av institusjonskjøkken som økonomi, ernæring til personer med spesielle kostholdsbehov og dietter.

Institusjonene bør utvikle årshjul over pasientenes/brukernes kosthold, som ivaretar det samiske samfunnets åtte årstider. Dette vil gi god oversikt over tidspunktet når institusjonene lettest kan få tak i riktige og billigste råvarer. Menyene bør være langsiktige, fordi dette vil forenkle innkjøpsrutinene og være mer forutsigbare både for pasientene/brukerne, pårørende og pleiepersonalet.

Gjennom samarbeid og nettverk med andre fagpersoner kan kjøkkenpersonalet styrke sin

kunnskap om samisk kosthold og utnytte råvarene og ressursene på best mulig måte. Det ligger et potensiale i å utvikle nye næringsrike produkter av rein og bær, som for eksempel kan nevnes næringsrike drikker (buljong), pateer, kabareer og moset mat, desserter, supper og med bruk av urter og sopp. Elever og studenter, som har matlaging som sitt interessefelt, bør få mulighet å ha praksistid på kommunale institusjonskjøkken.

Det at man ikke får kjøpt blod, rengjorte reintarmer i Norge, må det gjøres noe med, fordi brukbare ressurser går til dyrefor eller kastes. Vi har forståelse for at det må være hygienekontroll av alle næringsmidler og spesielt blod og innmat. Imidlertid blir husdyrblod av okse og gris tatt vare på og frosset og selges i kjedeforretninger. Det er forståelig at småbedriftene vil ha problemer med å skaffe seg et lukket system for å ivareta reinblod og reintarmer, derfor burde det offentlige bevilge midler til utvikling av et slikt system, når det har vært mulig å utvikle dette for husdyr.

Prosjektgruppen vil anbefale at prosjektet følges opp på flere plan, slik at det er mulig å bruke alle råvarene av reinsdyr.

5.10 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger



Rapport IS-2557
Helsedirektoratet 2017

Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Juni B. Meltling

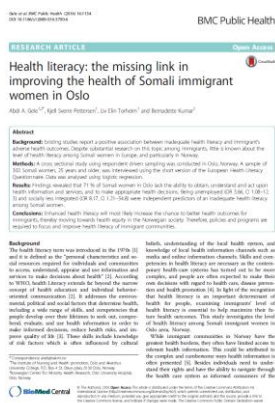
Stortinget etablerte gjennom RNB 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) «Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknolog 2014-2020». Den nasjonale satsingen har som hovedmålsetning å møte kommunenes informasjons- og kunnskapsbehov for å tilrettelegge for bred bruk av velferdsteknologiske løsninger.

Det nasjonale programmet presenterer her den andre gevinstrapporten fra utprøvinger av trygghets- og mestrings teknologi som er foretatt av utviklingskommunene. Kommunene har høstet mange nye erfaringer i året som har gått og resultatene som fremkommer er entydige; velferdsteknologi gir betydelig gevinst. Resultatene gir grunnlag for anbefalinger om nye teknologiområder som du kan lese om i denne rapporten, i tillegg til flere erfaringer fra tidligere anbefalte løsninger.

Utviklingskommunene i det nasjonale programmet har lagt ned et imponerende arbeid: Fra det første tilskuddet ble gitt i 2013 og frem til i dag har kommunene tatt kvantesprang i prosjektstyring, tjenesteutvikling, evaluerings- og dokumentasjonsarbeid, bestillerkompetanse og generell kunnskap om velferdsteknologi. Disse kommunene besitter nå en verdifull kompetanse om muligheter og nytteverdi for sluttbruker, pårørende og tjenesten som helhet. Denne kunnskapen vil gjøre veien lettere for andre kommuner som vil i gang med velferdsteknologi, når stafettpinnen nå går videre.

Helsesektoren er i konstant endring - både behov og muligheter utvikler seg. Kommuner som ser muligheter i teknologien og legger om måten de leverer helse- og omsorgstjenester på står bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer.

5.11 Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo



BMC Public Health

Gele et al. BMC Public Health (2016) 16:1134

DOI 10.1186/s12889-016-3790-6

Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo

Abdi A. Gele, Kjell Sverre Pettersen, Liv Elin Torheim, Bernadette Kumar

Abstract

Background: Existing studies report a positive association between inadequate health literacy and immigrant's adverse health outcomes. Despite substantial research on this topic among immigrants, little is known about the level of health literacy among Somali women in Europe, and particularly in Norway.

Methods: A cross sectional study using respondent driven sampling was conducted in Oslo, Norway. A sample of 302 Somali women, 25 years and older, was interviewed using the short version of the European Health Literacy Questionnaire. Data was analysed using logistic regression.

Results: Findings revealed that 71 % of Somali women in Oslo lack the ability to obtain, understand and act upon health information and services, and to make appropriate health decisions. Being unemployed (OR 3.66, CI 1.08–12.3) and socially less integrated (OR 8.17, CI 1.21–54.8) were independent predictors of an inadequate health literacy among Somali women.

Conclusions: Enhanced health literacy will most likely increase the chance to better health outcomes for immigrants, thereby moving towards health equity in the Norwegian society. Therefore, policies and programs are required to focus and improve health literacy of immigrant communities.

5.12 Legemiddelbruk og pasientsikkerhet



Omsorgsbiblioteket. Oppsummering nr 1, 2016.
Senter for omsorgsforskning.

Legemiddelbruk og pasientsikkerhet

Rose Mari Olsen, Siri Andreassen Devik

Oppsummeringen inkluderer 91 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientsikkerhet relatert til legemiddelbruk i omsorgstjenesten i kommunen. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for legemiddelbruk i omsorgstjenesten i kommunen.

UTFORDRINGSBILDET

Legemiddelrelaterte problemer forekommer ofte i den eldre befolkningen, og er betydelige både hos sykehjemsbeboere og mottakere av hjemmesykepleie. Legemidler som betegnes som risikofylte for eldre, er i utstrakt bruk. Forekomst av legemiddelrelaterte problemer synes å ha en sammenheng med legemiddelbrukerens alder, kjønn, økonomi, tilstedeværelse av depresjon, bruk av angstdempende legemidler, kognitiv svikt og falltendens. Det antas at også legedekning kan virke inn.

Det er store utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling omkring legemiddelbruk. Informasjonen som deles mellom ulike behandlere og omsorgsnivå, er ofte ikke samsvarende. Pasientene selv oppgir også at de mangler kunnskap om bruk og bivirkninger. Når feil og avvik oppdages, er også helsepersonell for dårlige til å dokumentere og rapportere dette. Dermed blir det vanskelig å lære av de feil som blir gjort.

TILTAK OG ERFARINGER FRA FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSPROSJEKT

Gjennomføring av læringsnettverk gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet har tilført sykehjem og hjemmetjenesten økt kunnskap, bevissthet og verktøy som antas å bidra til bedre sikkerhet i legemiddelbruken. Hvorvidt læringsnettverk bidrar til varige praksisforbedringer, vet man imidlertid ikke.

Systematiske og tverrfaglige legemiddelgjennomganger med samstemming av legemiddellister gjør det lettere å avdekke legemiddelrelaterte problemer, og det bidrar til å redusere uhensiktsmessig behandling. Farmasøytens kompetanse og bidrag i det tverrfaglige samarbeidet er mest utforsket, mens vi vet mindre om hvordan legens og sykepleierens rolle og ansvar påvirker og utfordrer bildet. Den kliniske effekten av legemiddelgjennomgang og samstemming på pasientnivå mangler også kunnskap, og kvaliteten på studiene er ofte for lav til å gi evidens for effekter eller gevinster.

Multidose har ført til større grad av samstemte legemiddellister og mer enhetlig uttak av legemidler i apotek. Samtidig finner man at multidosebrukere kan ha høyere risiko for uhensiktsmessig legemiddelbruk, med unntak av alvorlige interaksjoner. Helsepersonells oversikt over pasientens legemiddelbruk rapporteres i noen tilfeller å bli bedre med multidose, i andre tilfeller vanskeligere. Inntrykket er at både sykepleiere og leger opplever seg tryggere på at

pasienten får riktig medisin. Samtidig er det usikkert hvorvidt multidoseordningen i seg selv sikrer kvaliteten på selve legemiddelbehandlingen og gir mer hensiktsmessig legemiddelbruk.

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

- studier som måler klinisk effekt (for eksempel bivirkninger, livskvalitet, sykehusinnleggelser og dødelighet) av kvalitetsforbedrende tiltak som legemiddelgjennomganger og samstemming av legemiddellister
- longitudinelle studier som kan kartlegge hvorvidt læringsnettverk for riktig legemiddelbruk gir reelle og varige praksisforbedringer
- studier som utforsker teamarbeid (både innad og mellom ulike profesjoner) relatert til legemiddelbruk
- studier som beskriver pasientenes opplevelser og erfaringer av samhandlingen med helsepersonell knyttet til legemiddelbruk
- studier som beskriver hvordan hjemmeboende pasienter forstår og etterlever sin legemiddelbehandling
- studier som ser på forskjeller mellom pasienter ved ulike omsorgsnivå når det gjelder forekomst og type legemiddelrelatert problem.

5.13 Patient transfer skills and safety culture

ORIGINAL RESEARCH

Patient transfer skills and safety culture

Nanna S. Helles, Bente Nordtug, Hildrid V. Brataas

Department of Health Science, Nordlandssykehuset, Steinkjer, Norway

Received 1 February 2016; accepted 1 May 2016; online published 1 June 2016

DOI: 10.1016/j.nurse.2016.05.007

ISSN: 1872-8228

© 2016 The Authors. Published by Elsevier Ltd.

This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Keywords: Patient transfer; Safety culture; Health care; Nursing; Patient safety

Background: Nursing practice includes a lot of patient handling and transfer movement, with high risk of work related back injuries. The article discusses employee perspectives on the meaning of a multi-component intervention and its impact on ergonomic patient transfer practice and safety culture.

Method: This was a qualitative study using content analysis approach. Data were answers to open questions about patient transfer practice and the meaning of a multi-component intervention carried out in one Norwegian municipality. Research focus were on patient transfer skills, safety culture, and psychosocial climate at the workplace. Data gathered one and a half year after termination of the intervention. Purposive sampling included sixty-one health care personnel. All had been participating in the intervention.

Results: The analysis revealed the theme "Competence, practice and health impact" with sub themes "Measures facilitates change" and "Influence over time". The intervention seemed to promote a safety climate with positive impact on employees' health. Further, the transfer movements were more comfortable and safe for the patients and they became more self-reliant. Comprehensive, educational, and technical measures facilitated for change. After intervention termination, the intervention had persistent influence over time on daily ergonomic patient transfer practices. Findings also revealed some challenges.

Conclusion: The findings shed light on impact of management that focus on comprehensive educational measures for an entire staff at a local work place. The study do not provide transferability to other contexts, but nurse leaders can use study findings to inform their efforts on learning and culture change among the workforce.

Key Words: Ergonomics, Employee health, Health care, Patient-transfer, Safety climate

Journal of Nursing Education and Practice 2016, Vol 6, No 10

Patient transfer skills and safety culture

Nanna S. Helles., Bente Nordtug, Hildrid V. Brataas

ABSTRACT

Background: Nursing practice includes a lot of patient handling and transfer movement, with high risk of work related back injuries. The article discusses employee perspectives on the meaning of a multi-component intervention and its impact on ergonomic patient transfer practice and safety culture.

Method: This was a qualitative study using content analysis approach. Data were answers to open questions about patient transfer practice and the meaning of a multi-component intervention carried out in one Norwegian municipality. Research focus were on patient transfer skills, safety culture, and psychosocial climate at the workplace. Data gathered one and a half year after termination of the intervention. Purposive sampling included sixty-one health care personnel. All had been participating in the intervention.

Results: The analysis revealed the theme "Competence, practice and health impact" with sub themes "Measures facilitates change" and "Influence over time". The intervention seemed to promote a safety climate with positive impact on employees' health. Further, the transfer movements were more comfortable and safe for the patients and they became more self-reliant. Comprehensive, educational, and technical measures facilitated for change. After intervention termination, the intervention had persistent influence over time on daily ergonomic patient transfer practices. Findings also revealed some challenges.

Conclusion: The findings shed light on impact of management that focus on comprehensive educational measures for an entire staff at a local work place. The study do not provide transferability to other contexts, but nurse leaders can use study findings to inform their efforts on learning and culture change among the workforce.

KeyWords: Ergonomics, Employee health, Health care, Patient-transfer, Safety climate

5.14 Våld mot äldre kvinnor



Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid
NDK-rapport 2016:1

Våld mot äldre kvinnor. En forsknings- och kunskapsöversikt

Madelene Sundström

Våld mot kvinnor är en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter och ett globalt samhällsproblem. Många stater har genom antagandet av politiska viljeyttringar och styrdokument uttryckt vikten av att våld mot kvinnor motarbetas och att våldsutsatta kvinnor ges stöd och hjälp. I Sverige trädde Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, även kallad Istanbulkonventionen, i kraft i november 2014. I konventionen finns bestämmelser om bland annat skydd och stöd samt förebyggande åtgärder. Det ska i enlighet med Istanbulkonventionen säkerställas att de förebyggande åtgärderna och de åtgärderna som rör skydd och stöd tillgodoser särskilt utsatta kvinnors särskilda behov. Våldsutsatta äldre kvinnor kan befinna sig i en situation av särskild sårbarhet.

Syftet med denna rapport är att presentera en forsknings- och kunskapsöversikt om våld mot äldre kvinnor. Vägledande frågor för litteraturgenomgången har varit i vilken utsträckning äldre kvinnor utsätts för våld, vilka former av våld det rör sig om och vilka förövarna är. Kunskapen som genererats hitintills om våldsutsattheten bland äldre kvinnor inkluderar forskning om såväl våld mot kvinnor generellt och våld mot äldre kvinnor specifikt, som studier om våld mot äldre. När det har gått att utläsa resultaten för äldre kvinnor och män separat i studier om våld mot äldre redogör rapporten även för resultaten gällande män i syfte att beakta eventuella könsskillnader.

5.15 Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner



Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Rapport 8 / 2016

**Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i
nære relasjoner**

Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utført en kvalitativ undersøkelse av hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner. Undersøkelsen inngår som et av tiltakene i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner i perioden 2014-2017, «Et liv uten vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

Formålet med undersøkelsen var å få kunnskap om hva slags erfaringer ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har gjort seg når det gjelder arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ tilnærming var hensiktsmessig for å få et innblikk i den enkeltes opplevelse av arbeidet. Blant helse- og omsorgstjenestene valgte vi ut fire tjenester vi ønsket å se nærmere på: helsesøstre i skolehelsetjenesten, jordmødre på helsestasjon, fastleger og sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien. Begrunnelsen for å velge ut disse fire tjenestene, var et mål om å få snakke med helsepersonell som møter mennesker i ulike situasjoner og faser av livet. Slik kunne vi få innblikk i arbeidet med både barn og unge, voksne og eldre av begge kjønn.

Ved å ha erfaring med arbeid med vold som et utvalgs-kriterium, ønsket vi å få gode og konkrete eksempler på hvordan dette arbeidet foregår, og hvilke muligheter og utfordringer de ansatte opplever. Samtidig medførte dette at rekrutteringen ble tidkrevende, fordi vi var avhengig av at ansatte med denne typen erfaring ønsket å delta på intervju. Det er foretatt til sammen 15 kvalitative intervjuer innenfor de utvalgte tjenestene.

Materialet er analysert med en tematisk tilnærming. Selv om vi så enkelte likhetstrekk mellom resultatene fra de ulike tjenestene, har hver av dem sine særegne rammer og forutsetninger som spiller inn i den helhetlige analysen av deres arbeid.

Vi har derfor valgt å formidle det som kom frem adskilt i ulike kapitler for hver tjeneste. Til slutt vil vi fremheve hva som kan sies å være de viktigste fellestrekkene for et godt arbeid med vold i nære relasjoner blant helse- og omsorgstjenestene, basert på det som kommer frem i denne undersøkelsen.

5.16 Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?



Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Rapport 9 / 2016

Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?

Astrid Sandmoe

Vold i nære relasjoner har fått økt oppmerksomhet i samfunnet de siste tiårene, blant annet på grunn av de nasjonale handlingsplanene. Hovedinnsatsen i det forebyggende arbeidet har vært rettet mot barn, ungdom og yngre voksne. Mange gode og viktige tiltak er satt i gang (Jonassen, 2013). De siste årene har voldsutsatte eldre voksne blitt en synligere målgruppe og det fremheves at tilbudet til eldre utsatte personer bør styrkes (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013a, 2013b).

Kommunene er ikke pålagt, men sterkt oppfordret til, å utarbeide handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. En handlingsplan kan være et utmerket middel for å synliggjøre hvilket tjenestetilbud kommunen har til innbyggere som utsettes for vold eller trusler om vold fra noen i nær relasjon. I henhold til krisesenterloven (2009) er kommunen forpliktet til å ha et helhetlig tilbud til voldsutsatte og en samordnet oppfølging fra krisesenteret og kommunens tjenesteapparat. Kommunens internkontroll skal sikre dette, og fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte plikter. For fylkesmannen kan således handlingsplanen være et viktig grunnlag ved tilsyn av det kommunale krisesentertilbudet.

En plan løser imidlertid ikke problemer i seg selv. For at en plan skal være virksom må den brukes både av de menneskene som gir og desom mottar tjenester. Det er mange som gjør et utmerket arbeid for voldsutsatte selv om det ikke er utarbeidet en kommunal handlingsplan. Men det forebyggende arbeidet mot vold i nære relasjoner, er ikke en oppgave for enkeltpersoner, men for alle innen det kommunale tjenesteapparatet. En kommunal handlingsplan kan derfor være et nyttig verktøy hvis politikere og ansatte ønsker å gjøre en felles innsats for å forebygge vold i nære relasjoner blant sine innbyggere. En kommunal handlingsplan kan bidra til at arbeidet mot vold i nære relasjoner kvalitetssikres og at det ligger forpliktelser på tjenestenivå som går ut over enkeltpersoners engasjement (H Samene er urbefolkningen i Norge. Deres rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenestene reguleres av internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk. Det er store else- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Det er viktig å presisere at denne rapporten beskriver resultatene fra dokumentanalyser av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, og er

- således ikke en evaluering av kommunenes tjenestetilbud slik den utøves i praksis.

6. SAMHANDLING OG PLANLEGGING

6.1 Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review



Global Health Action, Dec. 2015, 8: 29842 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.29842>

Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review

*Sheila Cyril, Ben J. Smith, Alpha Possamai-Inesedy and
Andre M. N. Renzaho Responsible Editor: Stig Wall, Umeå University, Sweden.*

Background: Although community engagement (CE) is widely used in health promotion, components of CE models associated with improved health are poorly understood. This study aimed to examine the magnitude of the impact of CE on health and health inequalities among disadvantaged populations, which methodological approaches maximise the effectiveness of CE, and components of CE that are acceptable, feasible, and effective when used among disadvantaged populations.

Design: The systematic review followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. We carried out methodological assessments of the included studies using rating scales. The analysis focussed on model synthesis to identify the key CE components linked to positive study outcomes and comparative analysis between positive study outcomes, processes, and quality indicators of CE.

Results: Out of 24 studies that met our inclusion criteria, 21 (87.5%) had positively impacted health behaviours, public health planning, health service access, health literacy, and a range of health outcomes. More than half of the studies (58%) were of good quality, whereas 71% and 42% of studies showed good community involvement in research and achieved high levels of CE, respectively. Key CE components that affected health outcomes included real power-sharing, collaborative partnerships, bidirectional learning, incorporating the voice and agency of beneficiary communities in research protocol, and using bicultural health workers for intervention delivery.

Conclusions: The findings suggest that CE models can lead to improved health and health behaviours among disadvantaged populations if designed properly and implemented through effective community consultation and participation. We also found several gaps in the current measurement of CE in health intervention studies, which suggests the importance of developing innovative approaches to measure CE impact on health outcomes in a more rigorous way.

Keywords: community engagement; health; disadvantaged populations; ethnic minorities; culturally and linguistically diverse.

6.2 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent



Rapport fra Helsetilsynet 1/2016, mars 2016

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen
Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent

I 2015 har Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og fylkesmennene gjennomført landsomfattende tilsyn² med samhandling om utskrivning av pasienter³ fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Fylkesmennene undersøkte om helseforetakene ved systematisk styring sikret forsvarlig utskrivning av pasienter som ble utskrevet til egen bolig⁴ og som hadde behov for hjemmesykepleie. Tilsynet omfattet somatiske helsetjenester, men var ikke avgrenset til bestemte diagnoser eller aldersgrupper.

Videre undersøkte fylkesmennene om kommunene ved systematisk styring sikret forsvarlig mottak og helsehjelp til pasienter skrevet ut til egen bolig ved hjemkomst og de første dagene etterpå. Hjemmesykepleiens samhandling med fastlegene de første to ukene etter utskrivning var også en del av tilsynet.

Helseforetak og kommuner er pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Som ledd i tilsynet undersøkte fylkesmennene om virksomhetene hadde samarbeidsavtaler og om avtalene inneholdt retningslinjer om samarbeid om utskrivningsklare⁵ pasienter.

Informasjon om hvilke legemidler pasienten skulle bruke var gjennomgående markør for samhandling mellom tjenestene og for informasjon til pasientene og/eller pårørende ved utskrivning. Tilsynet omfattet også å undersøke om pasienter og eventuelt pårørende fikk annen nødvendig informasjon og så langt som mulig ble gitt mulighet til å medvirke i utforming av tjenestetilbudet.

6.3 Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester



University of Oslo, Health Economics Research Network
Working paper 2016: 3

Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester

Terje P. Hagen

Kommunal medfinansiering ble innført i 2012 og innebar at kommunene ble belastet for en andel av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten for utvalgte pasientgrupper, primært pasienter med indremedisinske lidelser. Ordningen hadde som formål å gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling. I dette notatet analyserer vi om og eventuelt hvilke effekter kommunal medfinansiering hadde på forbruket av sykehustjenester i perioden 2012-2014 sammenliknet med perioden 2010-2011. Tre forhold analyseres: 1) Antall døgnopphold (opphold der pasienten har minst en overnatting), 2) antall dagopphold og 3) totalt antall opphold (summen av døgn- og dagopphold). Analysen gjøres med kommuner som analyseenhet, dvs. at vi studerer antall innleggelser fordelt til kommunenivå. Det gjøres separate analyser av ulike aldergrupper. I den statistiske modellen kontrolleres det for etterspørselsvariable som alderssammensetning og dødelighet. Som identifiseringsstrategi benytter vi en «dif-in-dif»-tilnærming der vi utnytter at medisinske diagnoser ble omfattet av betalingsordningen mens kirurgiske ikke ble omfattet av ordningen. Vi benytter faste effekter for kommune. Hovedresultatet er at kommunal medfinansiering ikke hadde signifikante statistiske effekter på antall døgnopphold. Dette gjelder både for pasientpopulasjonen totalt og for aldergruppen 80 år og over. For totalt antall opphold (døgn- og dagopphold) finner vi en økning som er korrelert med innføringen av kommunal medfinansiering. Dette er neppe en kausal effekt av kommunal medfinansiering, men kan være en effekt av at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter har ledet til en generell reduksjon i liggetider og dermed større muligheter for å bli behandlet i sykehus. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avviklet fra 1. januar 2015.

6.4 Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus?



University of Oslo, Health Economics Research Network
Working paper 2016: 1

Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatisk sykehus?

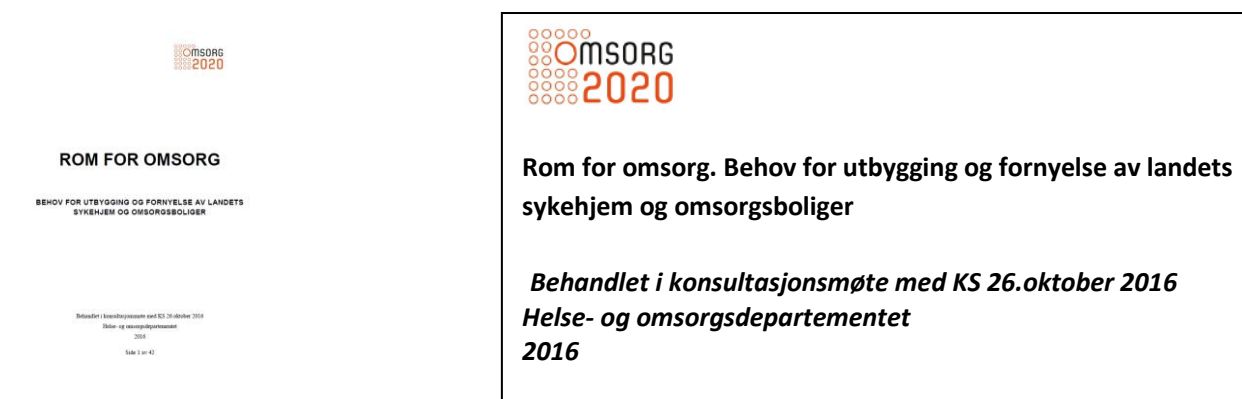
Jayson Swanson, Nina Alexandersen og Terje P. Hagen

I følge helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 skal kommunene tilby heldøgns medisinsk akuttberedskap fra 1. januar 2016. Målet med tilbudet som er kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD), er å redusere antall innleggelser ved sykehusene særlig for den eldre befolkningen. I notatet analyseres om etablering av ØHD-er faktisk har påvirket antall innleggelser ved sykehusene. Vi har hentet inn data om antall innleggelser fra Norsk pasientregister, data om demografiske variabler og data om det kommunale tilbudet av tjenester utover ØHD-ene fra Statistisk sentralbyrå og data om tidspunktet for etableringen av ØHD-ene fra kommunene. Data er analysert som et panel med faste effekter for kommune. Konklusjonene er at innføring av ØHD-ene har hatt effekter, men også at effektene varierer betydelig med hvordan ØHD-ene er organisert. I gjennomsnitt finner vi effekter av innføring av ØHD-er på innleggelser for pasienter over 80 år på knapt (minus) 2%. Det er ØHD-ene som er samlokalisert med legevakt og som har god legeberedskap som har effekter. ØHD-er som har annen organiseringen enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt, men det er store variasjoner på kommunenivå.

JEL-klassifisering: I12, I18, H75

Stikkord: Kommuner, øyeblikkelig hjelp, sykehusinnleggelser.

6.5 Rom for omsorg



Stortinget vedtok gjennom behandlingen av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg å videreføre investeringstilskuddsordningen i Husbanken til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger. Tilskuddsordningen var en del av Omsorgsplan 2015, men knyttes nå opp til Omsorg 2020, som økonomisk virkemiddel for å gjennomføre regjeringens plan for omsorgsfeltet. Regjeringen har samtidig forsterket ordningen, slik at tilskuddet fra 2014 dekker i gjennomsnitt 50 % av anleggskostnadene (45 % til omsorgsbolig og 55 % til sykehjem).

Som varslet i Prop. 123 S (2015-2016) Kommuneproposisjonen 2017, foreslår regjeringen i budsjettet for 2017 endringer i dagens investeringstilskudd, slik at det fra 2021 utelukkende gis investeringstilskudd til prosjekter som gir netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Det legges opp til en gradvis innføring av den nye ordningen i 2017, 2018, 2019 og 2020.

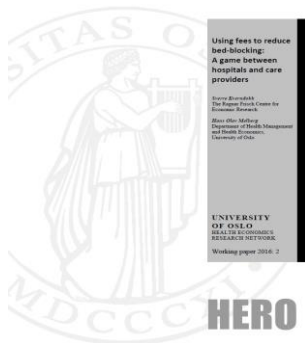
Tilskuddsordningen ble etablert med grunnlag i erfaringene med lignende tilskuddsordning under Handlingsplan for eldreomsorgen, samt framskrivninger og vurderinger av behov i St. meld. nr. 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer. Tilsvarende behovsframskrivninger ble utarbeidet i samarbeid med SSB i Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

For å kunne planlegge investeringsvolum og investeringstakt i årene som kommer, er det imidlertid behov for å bygge på mer treffsikre analyser, som både er basert på nye og oppdaterte framskrivninger, undersøkelser i kommunene, evaluering, forskning og vurderinger av fornyelsesbehov. Det er etablert et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om undersøkelser av kommunale planer og behov, med SSB om nye prognoser og med Husbanken om ulike spørsmål som berører framtidens tilskuddordninger.

Det legges på denne bakgrunn opp til et løpende planarbeid, som gir bedre grunnlag for fastsettelse av de årlige investeringsrammene etter konsultasjoner med KS, og med gode strategier for å møte de krevende utfordringene denne sektoren står overfor, i første omgang fram mot 2030.

Denne rapporten er ment som underlag for behandlingen i høstens konsultasjonsmøte med KS. Rapporten er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med administrasjonen i KS, og skisserer en plan for investeringer i sykehjem og omsorgsboliger som en del av Omsorg 2020, med planperspektiv fram mot 2030 (jf kap 5).

6.6 Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers



University of Oslo, Health Economics Research Network
Working paper 2016: 2

Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers

Sverre Kverndokk, Hans Olav Melberg

In 2012, a health reform (the Coordination Reform) was introduced in Norway with an aim to change the incentives of the agents in the health sector to consider the consequences of their actions on other institutions.

We study one of the policy measures in the reform, namely the introduction of a fee for bed-blocking in hospitals accompanied by budget transfers from hospitals to municipalities (care institutions).

We do this by first introducing a Stackelberg game where the hospital is the leader and the care institution is the follower. The hospital decides the discharge date, taking into account the reactions of the care institution. The model shows that the reform does not necessarily lead to less bed-blocking as this depends on the relative strength of the players' concern for income and patients' health. While a tax gives an incentive to reduce bed-blocking, the effect also depends on the change in the discharge health level.

A reasonable outcome is that discharge time goes down, but this may again give an incentive for the care institution to let the patient stay longer at the hospital if it has a positive health effect. This may partly outweigh the effect of the tax.

We test the analytical results with data, and find that the reform had a large effect in terms of reducing bed-blocking, and that the effect of the fee becomes significantly larger when we consider the hospitals' strategic behaviour in reducing the discharge time and increasing the number of patients that were reported to be ready for discharge.

The interpretations of this may be that the financial incentives count more than the health incentives, or that the health effects of bed-blocking are insignificant.

Keywords: Bed-blocking; care services; hospital services; health reform; Stackelberg game.

6.7 Styrket indsats for den ældre medicinske patient



Sundhedsstyrelsen 01.04.2016

www.sst.dk

**Styrket indsats for den ældre
medicinske patient**

Sundhedsstyrelsen

Dette faglige oplæg 'Styrket indsats for den ældre medicinske patient' indeholder anbefalinger, der vil forbedre indsatsen for ældre medicinske patienter.

Det faglige oplæg vil bidrage til at:

- skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse
- reducere antallet af (gen)indlæggelser
- understøtte øget patient og pårørendeinddragelse
- understøtte ensartet og høj kvalitet på tværs af landet.

Realisering af anbefalingerne forudsætter bred opbakning og aktiv medvirken fra beslutningstagere, de faglige miljøer, patient- og interesseorganisationer mv.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af det faglige oplæg blevet rådgivet af Følgegruppe for den ældre medicinske patient. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

6.8 Evaluering af indsats for forløbskoordination



Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA)

Erfaringer af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner

Martin Sandberg Buch, Marie Jakobsen, Christophe Kolodziejczyk og Else Ladekjær

I Folketingets nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter udgør fælles forløbskoordination i overgangen mellem hospital og kommune det største af de prioriterede indsatsområder. Formålet med indsatsen er, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb, når de indlægges og udskrives fra hospital.

KORA har af Sundhedsstyrelsen fået til opgave at evaluere indsatsen vedrørende forløbskoordination. Evalueringen følger og understøtter for det første den overordnede fremdrift og udmøntning i regioner og kommuner. For det andet indsamler og formidler den anvisninger til det fremadrettede arbejde med forløbskoordination via casestudier af fire strategisk valgte modeller for forløbskoordination. Denne rapport omhandler evalueringens casestudier og giver viden om:

- Hvordan de fire modeller er udviklet, organiseret, bemandet og ledet, samt hvordan de ansvarlige medarbejdere opsporer patienter og generelt arbejder med at skabe sammenhæng i forløb
- Hvorfor og hvordan patienter og pårørende oplever bedre kommunikation, inddragelse og sammenhæng, når der bliver koblet forløbskoordination på deres forløb
- Hvordan de fire modeller påvirker patienternes forbrug af sundhedsydelser, om de forebygger genindlæggelser, samt i hvilket omfang modellerne er omkostningseffektive.

Rapporten opstiller, med afsæt i ovenstående vidensgrundlag, en række konkrete og fremadrettede anbefalinger til kommuner og hospitaler, der overvejer at arbejde med lignende modeller for forløbskoordination fremadrettet. Rapporten henvender sig på denne baggrund til ledere og fagpersoner i sundhedsvæsenet, som arbejder med at koordinere indlæggelser og udskrivninger for ældre medicinske patienter.

Undersøgelsen er gennemført af seniorprojektlederne Martin Sandberg Buch, Marie Jakobsen samt projektleder Else Olesen og seniorforsker Christophe Kolodziejczyk. Analyse og forskningschef Vibeke Normann Andersen har kvalitetssikret evalueringen.

KORA ønsker at takke de ledere, medarbejdere og patienter, der har deltaget i casestudierne. Også tak til evalueringens følgegruppe, der løbende har ydet sparring på casestudierne og kommenteret første udkast af rapporten.

6.9 Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv



Forskning nr 1, 2016, 11: 14-23 doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
Originalartikkel

Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv

Siri Tønnessen, Bente Lilljan Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll

Bakgrunn: Samhandling mellom aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten om pasienter som skrives ut fra sykehus har vært en utfordring. Ett av målene med tiltakene i samhandlingsreformen er at denne samhandlingen skal bedres.

Hensikt: I denne studien har vi sett på samhandlingen mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Hensikten var å få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innføringen av samhandlingsreformen.

Metode: En kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju av sju sykepleiere i hjemmesykepleien ble gjennomført sommeren 2014. Datamateriale ble analysert og fortolket etter fenomenologisk-hermeneutisk metode.

Resultat: Sykepleierne beskriver at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt. Samhandlingen om andre pasienter er imidlertid utfordrende. Samhandlingen er preget av ulike perspektiver på hva som skal tillegges vekt. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever også å ha begrenset makt og innflytelse samt at informasjonsflyten er begrenset.

Konklusjon: Samhandlingen mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie om pasienter som skrives ut fra sykehus fungerer ikke etter hensikten. Dette ser ut til å ha sammenheng med skjev maktfordeling mellom aktørene og at det ikke er etablert en felles forståelse av hva de skal samhandle om, og hvordan. Bedring krever organisatoriske endringer slik at maktrelasjonen mellom aktørene balanseres. I tillegg må aktørene utvikle kunnskap, vilje og evne til å samarbeide på tvers av organisatoriske enheter.

6.10 Kommunal legetjeneste – kan den ledes?



AGENDA
KAUPANG

KS FoU

Kommunal legetjeneste – kan den
ledes?

Rapport
Februar 2016

KS FoU, Agenda Kaupang
Rapportnr. R9010, februar 2016

Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

FoU-prosjektet har hatt som målsetting å vurdere om kurativ legetjeneste i kommunene kan ledes. Endringer innen helse- og omsorgstjenestene gir kommunene et behov for å lede legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er dette krevende i mange kommuner. Et overordnet mål for dette FoU-prosjektet, har derfor vært å kartlegge og analysere i hvilken grad kommunenes handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste er tilstrekkelig, og hvorvidt kommunene benytter seg av dette handlingsrommet.

Problemstillingene KS ønsker å få belyst, er:

- Hvordan leder kommunene legetjenesten, hvem er legenes administrative leder og hvor i organisasjonen er dette forankret? Hvordan forankres ledelse av legetjenesten inn mot politisk og administrativ ledelse i kommunen?
- Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten, og hvordan tar de i bruk dette? Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning?
- Hvordan ønsker kommunene at ledelsen av legetjenesten skal foregå, og ser kommunene behov for endringer av virkemiddelapparatet for å kunne lede tjenestene i ønsket retning?
- Enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn. Hva er årsaken til dette, hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger gir dette, og hvilke resultater (positive og negative) oppnår kommunene ved å fastsette, fremfor å bruke fastlegeavtaler?

I dette kapitlet oppsummerer vi de viktigste funnene fra den kvalitative undersøkelsen knyttet til ledelse av kurativ legetjeneste i kommunene. Det er undersøkt hvordan ledelse av legene praktiseres i 15 utvalgs kommuner, og det er totalt intervjuet 134 informanter, hvorav flere er leger. For å svare ut spørsmålet knyttet til ledelse av legene, er både ledelse og styring viktige perspektiver. I rapporten avgrenser vi begrepet ledelse til å være samspillet mellom leder og medarbeidere, og styring til å være det som kan kalles indirekte ledelse, det vil si å styre atferd gjennom systemer og regler. Sentrale og lokale avtaler samlet sett gir rimelig gode muligheter for ledelse av fastlegetjenesten i kommunen: ASA 4310, SFS 2305, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, fastlegeforskriften og individuelle avtaler om fastlegetjeneste. Regelverk er imidlertid ikke et tilstrekkelig virkemiddel alene. Det må også bygges en kultur for samhandling og gjensidig respect mellom leder av den kommunale legetjenesten og den enkelte lege. Hovedinntrykket i denne utredningen er at utvalgs kommunene i liten grad benytter seg av dagens tilgjengelige virkemidler og handlingsrom

for å utøve god ledelse av sin legetjeneste. Samtidig er kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegene noe begrenset. I de følgende underpunktene vil vi belyse hovedårsakene til dette.

6.11 Evaluering av samhandlingsreformen



Norges Forskningsråd, Divisjon for samfunn og helse
2016

Evaluering av samhandlingsreformen
Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert
følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

Bakgrunn

Bakgrunnen for samhandlingsreformen var erkjennelsen av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare. Flere utredninger har påpekt behovet for bedre samhandling og samordning, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Reformen inneholder et bredt sett virkemidler, både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske. Disse forskjellige typene virkemidler er i fokus for evalueringen.

Evalueringen har blitt administrert av Norges forskningsråd på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Den har hatt et samlet budsjett på 41 mill. kroner og en varighet på fem år. Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe for evalueringen og vedtok mandatet for styringsgruppens arbeid. Styringsgruppen for evaluering av samhandlingsreformen har hatt ansvaret for utlysningen av prosjektmidler og utvelgelsen av de i alt seks evalueringsprosjektene som ble gjennomført i perioden 2012-2015.

6.12 Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan



NIBR-rapport 2016:9

**Sluttevaluering av Helse og omsorg i
plan
Status og ringvirkninger 2013-2015**

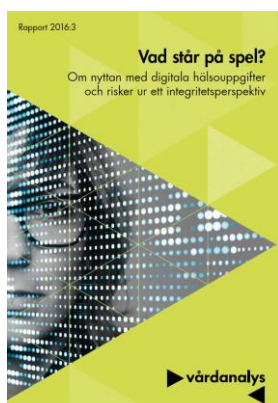
Hege Hofstad, Heidi Bergsli

By- og regionforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en fireårig følgeevaluering (2012-2015) av «Helse og Omsorg i Plan» (Helomplan), et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskapen om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gitt KS i samarbeid med fem høyskoler og universiteter i oppgave å drifte Helomplan.

Denne rapporten utgjør sluttrapporten til følgeevalueringen hvor hovedfokus er på etter- og videreutdanningsprogrammets ringvirkninger gjennom å se på utviklingen over tid – fra starten i 2012 til utgangen av 2015.

Forfatterne vil rette en stor takk til informantene som har svart på spørreundersøkelser og stilt opp i intervjuer. Stor takk også til utdanningsinstitusjonene og ikke minst KS ved John Jacobsen for meget godt samarbeid.

6.14 Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur et integritetsperspektiv



Vårdanalys Rapport 2016:3

**Vad står på spel? Om nyttan med digitala
hälsouppgifter och risker ur et
integritetsperspektiv**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

En ökad digitalisering av hälso- och sjukvården ses som en nyckelfaktor för att möta välfärdens stora utmaningar: den demografiska utvecklingen med ett förändrat sjukdomspanorama och stora kostnadsökningar. Potentialen som ligger i att systematiskt nyttiggöra data för en rad ändamål är utan tvekan enorm; vården kan bli säkrare, bättre, mer effektiv, transparent och tillgänglig, och kan även stärka individens möjligheter till delaktighet och inflytande i sin egen vård. Samtidigt ställer utvecklingen nya krav på vårdens arbetssätt och prioriteringar – den enorma mängden information som samlas in och hanteras måste också skyddas. Om känsliga uppgifter hamnar i orätta händer kan det få stora konsekvenser, både för den enskilde och för vården och samhället i stort om befolkningens förtroende skadas. Det är med andra ord nödvändigt att lägga såväl nytta som risker i vågskålarna när digital informationshantering diskuteras. Exakt hur nyttan och riskerna ser ut, och hur tungt de väger, råder det dock delade uppfattningar om vilket har försvårat avgörande beslut på området och bromsat utvecklingen. För att komma vidare behövs ökad kunskap, men också en förståelse för att frågan rymmer värderingar och värdekonflikter. Här krävs politiska ställningstaganden, som i sin tur behöver fattas med demokratisk förankring.

I ett pågående projekt undersöker Vårdanalys därför befolkningens syn på värdet av personlig integritet i förhållande till andra värden som säker vård, kvalitetsutveckling och forskning. Under 2017 kommer vi att presentera resultatet av det arbetet. Den kartläggning av aspekterna frågan inrymmer som presenteras i den här rapporten har genomförts i syfte att identifiera sådant som måste hanteras för att utvecklingen ska kunna gå vidare på ett sätt som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för.

Projektledare har varit Sara Belfrage. I arbetet med rapporten har även utredaren Johanna Lind medverkat. Vårdanalys vill tacka alla som har ställt upp på intervjuer, deltagit i diskussioner eller på andra sätt medverkat till innehållet i rapporten. Tack också till Linnea Wickström Östervall, vid tiden forskare vid Uppsala universitet, som deltagit i intervjuarbetet.

6.15 Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge



Omsorgsbiblioteket. Oppsummering nr 3, 2016.
Senter for omsorgsforskning.

Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge

Bodil Hansen Blix

Samene er urbefolkningen i Norge. Deres rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenestene reguleres av internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk. Det er store individuelle og lokale språklige, kulturelle og næringsmessige variasjoner innenfor det samiske samfunnet. Det er av stor betydning at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om sosiale, historiske og kulturelle faktorer som kan ha betydning for møter mellom samer og helse- og omsorgstjenestene. I Norge har den politiske målsettingen vært å gi et kulturelt tilrettelagt tilbud til den samiske befolkningen innenfor de etablerte tjenestene i stedet for å utvikle tjenester spesifikt for den samiske befolkningen.

Den samiske befolkningen bruker helsetjenestene i like stor grad som majoritetsbefolkningen, men er mindre tilfreds med hjelpetilbudet. Det er lite som tyder på at det er forskjeller mellom den samiske befolkningen og majoritetsbefolkningen når det gjelder helsetilstand og forekomst av sykdom, men en del litteratur fokuserer på at samer har en annen forståelse av helse, sykdom og behandling enn majoritetsbefolkningen. Det er imidlertid grunn til å være forsiktig med å betrakte dette som en sannhet som gjelder for alle samer. Det finnes også litteratur som peker på at samer snakker om sykdom og helse på indirekte måter og ved hjelp av metaforer. Oppfatningen av at samisktalende personer foretrekker å bruke samisk i samhandling med helse- og omsorgstjenestene nyanseres i nyere forskning, som viser at preferanser for bruk av språk er individ- og situasjonsavhengige. Betydning av slektskap og tradisjoner for selvhjelp vektlegges i deler av litteraturen. Samtidig viser forskning at samer etterlyser mer hjelp fra det offentlige. Egne og andres erfaringer med fornorskning og stigmatisering kan ha betydning for samers møter med helse- og omsorgstjenester. Forskningen er ikke entydig på om denne typen erfaringer har betydning for selvopplevd helse. Litteraturen illustrerer videre at identitet er et komplekst begrep.

Litteraturen peker på betydningen av at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om samisk språk og kultur i møte med samiske personer med demens. Det foreligger lite forskning som fokuserer på situasjonen til samiske personer med demens, deres familier og samhandling med offentlige helse- og omsorgstjenester. Nye forskningsprosjekter er imidlertid igangsatt på disse områdene.

Individuell tilrettelegging og lokal forankring av konkrete tiltak er både nødvendig og viktig, i og med at den samiske befolkningen er mangfoldig.

6.16 Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse



NOVA Velferdsforskningsinstituttet Høgskolen i Oslo og Akershus
Rapport nr. 7/16

Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse

Aisha Synnøve Demiri, Tonje Gundersen

Denne rapporten handler om foreldres opplevelser av offentlige tjenester når foreldre har barn med funksjonsnedsettelse¹. Følgende forskningsspørsmål belyses: Hvordan opplever foreldre hjelpetjenester når de har barn med funksjonsnedsettelse? Og hvilke mulige følger kan resultatene ha? Vi besvarer disse ved en litteraturgjennomgang, avgrenset til perioden 2009 og frem til 2016, med studier fra Norge, Danmark, Sverige, Finland, England, Australia/New Zealand og Canada. I januar–mars 2016 gjennomførte vi i tillegg en intervjuundersøkelse blant 10 foreldre til barn med funksjonsnedsettelse i Oslo og omegn.

Funnene fra litteraturgjennomgangen viser at foreldres opplevelser er varierte, og at noen er godt fornøyd med informasjonen og tjenestene de får, og hjelperne de møter. Særlig ser dette ut til å gjelde foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse som oppdages i forbindelse med fødselen, og som får hjelp av sosionom ved sykehuset til å komme i kontakt med øvrig hjelpeapparat. Samtidig opplever mange at det er svært utfordrende å forholde seg til hjelpesystemet som helhet og å utløse hjelp fra de ulike instansene, blant annet fordi systemet er fragmentert og styres av ulike lovverk, noe som fordrer ulike krav til dokumentasjon. Det er også forskjeller i tjenester og hvilke omfang de gis i, avhengig av kommunen eller bydelen foreldrene bor i. Mange foreldre opplever også at informasjon om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at det er opp til dem å finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. Siden foreldre har ulike muligheter til å gjøre dette, blant annet på grunn av sosioøkonomisk bakgrunn og utdanningsnivå, impliserer funnene at hjelpen potensielt skjevfordeles. De utfordringene majoritetsforeldre møter, synes å gjelde minoritetsforeldre i enda større grad, for eksempel ved at informasjonsutfordringer forsterkes, og at terskelen for hjelp blir høyere. Vedvarende manglende og tilfeldig informasjon, tilfeldig støtte og usystematisk hjelp medfører at foreldre blir slitne, stressede og utbrente. Resultatene viser at det er behov for tiltak som blant annet sikrer at foreldre får informasjon og riktige tjenester til rett tid. Det er også nødvendig at hjelpere aktivt og systematisk avlaster foreldre i søknadsprosesser og hjelper dem med å ha oversikt over tjenester og ytelser, søknader, vedtak og dokumentasjonskrav. På denne måten kan foreldre og familien systematisk få informasjon og hjelp, uavhengig av foreldres ressurser.

Resultatene fra intervjuene samsvarer med funnene fra litteraturundersøkelsen.

Flere fortalte at selv om de var fornøyde med enkelte tjenester og hjelpere, ble mange utslitt av å forholde seg til hjelpesystemet, og av den kontinuerlige innsatsen de måtte legge ned for å få og beholde hjelp. Selv når hjelpen fungerte godt, kunne de ikke ta for gitt at den ville vare. De måtte derfor stadig passe på, være aktive og ligge i forkant. På tross av tiltak som individuell plan og koordinator viser resultatene at mange foreldre fortsatt har hovedansvaret for å få, koordinere og beholde hjelpen. For flere av foreldrene gikk dette ansvaret utover deres arbeidstid, fritid og mulighetene til å opprettholde sosiale relasjoner. Samtlige ønsket én person å forholde seg til som hadde oversikt over hjelpesystemet, informerte om tjenester, og hjalp dem å søke, holde orden på vedtak, dokumentasjonskrav og søknadsfrister. Det er nærliggende å tenke seg at denne personen kan være koordinator. Hvis koordinator skal oppleves som en hjelp for foreldrene, er det en forutsetning at koordinator har nødvendig kompetanse om hjelpesystemet, eller at denne tilegner seg dette, og er personlig egnet. En profesjonalisering av koordinatorrollen fremstår derfor som nødvendig. I tillegg er det nødvendig at koordinator gis gode nok rammer i form av opplæring, tid og ressurser til å utøve rollen til den enkelte familienes beste, herunder å bli kjent med familien og de enkelte medlemmenes ønsker og hjelpebehov.

En profesjonalisering av koordinatorrollen kan bidra til å sikre mer systematisk hjelp, at foreldre får informasjon om og tilgang til tjenester, og at de avlastes fra det omfattende ansvaret mange opplever å ha. Å ha en koordinator som kjenner familien, kan også bidra til at mer treffsikre og skreddersydde tiltak iverksettes. Dermed kan foreldrenes tid frigjøres og bekymringer og stress reduseres. Foreldre kan da få økte muligheter til å kun være foreldre, noe som også kommer barnet til gode. De kan også få mulighet til å arbeide mer, og forbedre familiens økonomi. Fordi foreldre som jobber mer, også betaler mer skatt, vil en profesjonalisering av koordinatorrollen også være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Viktigst er likevel at foreldre som får riktige tiltak tidlig, kan ivareta barnet over tid. Dermed gis barnet mulighet til å vokse opp hjemme, i tråd med rettighetene det har etter Barnekonvensjonen. Ved at kommunene har fått flere oppgaver gjennom Samhandlingsreformen uten at ressursene øremerkes, er det i større grad enn tidligere opp til kommunene å beslutte hvor pengene brukes. Siden lovverket også tolkes forskjellig, synes Samhandlingsreformen å ha bidratt til økte forskjeller i hjelpen familiene får. Siden resultatene viser at utfordringene hovedsakelig ligger på et strukturelt og politisk nivå, er det behov for politikk som sikrer tilstrekkelige ressurser, kompetanse og rammer for hjelperne, slik at foreldre systematisk får den hjelpen de trenger. Tilsvarende funn er påpekt over lengre tid, og det er derfor på tide at foreldres opplevelser nå tas på alvor. Den logiske konsekvensen av dette er at konkrete strukturelle tiltak rettet mot å forbedre hjelpesystemet og foreldrenes situasjon, iverksettes snarest.

6.17 Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kroniske syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015



Folkehelseinstituttet, Notat om kvalitetsutvikling nr. 4, 2016

Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015

Michael de Vibe, Ellen Udness, Andres Vege

To læringsnettverk for eldre og kronisk syke er gjennomført etter planen. Deltakernes erfaringer er gode. Det er indikasjoner på at læringsnettverket har bidratt til en retningsendring i tjenestene med økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten, og at kommunene i større grad tilbyr tjenester ut ifra dette. Hvorvidt pasientforløpene i de deltakende kommunene har blitt bedre for pasientene, er det for tidlig å si noe sikkert om. Imidlertid har alle kommuner i Læringsnettverk Sør valgt å bli med i videreføringen av læringsnettverkene i Agder og Rogaland. Dette kan tyde på at de har opplevd deltakelsen i nettverket som nyttig. Det gjenstår mye arbeid før alle kommunene måler kvaliteten på pasientforløpet. Manglende integrering av måleverktøy i kommunenes fagsystemer har vært en vesentlig hindring.

Det regionale Læringsnettverk Sør hadde en sterkere involvering fra sykehusenes side, og både kommuner og sykehus opplevde dette som viktig. I videreføringen legges det derfor opp til regionale nettverk med sykehusene som aktive og likeverdige deltakere.

Det ble ikke lagt opp til følgeforskning i de to gjennomførte læringsnettverkene. I videreføringen av læringsnettverkene bør dette prioriteres, da det er et stort behov for forskning på denne type forbedringsarbeid.

7. STATISTIKK, EFFEKTIVET OG ORGANISERING

7.1 User need and resource allocation in public long-term care. The use of disability and impairment instruments



Doctoral thesis at NTNU, 2016: 98

Norwegian University of Science and Technology

Thesis for the degree of Philosophiae Doctor

Faculty of Medicine

Department of Public Health and General Practice

User need and resource allocation in public long-term care. The use of disability and impairment instruments

Øystein Døhl

In the coming decades, the European countries will witness great demographic changes. Within the next 25 years, the number of people aged 80 years or older will double. The elderly's overall use of resources will increase considerably. Disability is the most important cause of the amount of care needed. The overall aim of this thesis is to assess the relationship between factors describing disability and impairment and the use of long-term care services both in a nursing home setting and at home.

Since 2006, all Norwegian municipalities have been required to assess user needs using a standardised national registration system (IPLOS) that contains variables describing physical disability and cognitive impairment. This is the only instrument used across all Norwegian municipalities. Here, we utilised the same variables as those used in the national registration system and combined them with detailed time studies with recipients in the municipality of Trondheim.

Our findings from study 3 show that the Norwegian instrument had difficulties in differentiating the need of the least disabled elderly individuals. However, this is a wellknown problem of disability instruments due to the trade-off between administrative burden and an "ideal" instrument. Introducing new variables to close these gaps should be considered.

In study 1, we found that the amount of individual care received depends on both individual disability and differences between nursing homes. Approximately ¼ of

individual differences could be explained by differences between nursing homes. Furthermore, we found that within a financial reimbursement model with no adjustment for case-mix, the amount of care that patients receive depends not only on the patients' own needs but also on the needs of all the other residents. Thus, if one lives with less disabled patients, one receives more care than an individual who lives with more heavily disabled patients.

In study 2, we found that home-dwelling elderly's public use of care could largely be explained by disability and cognitive impairment. IPLOS seems to explain use of public care to the same extent as other indices. Those with comorbidity received 21 percent more public care than others. Those living alone received more public care than those living with others. Cohabiting women received approximately 30 percent less care than those living alone, while cohabiting men received approximately 50 percent less care. Furthermore, we found that behaviour is the most important predictor of the amount of public care for intellectually disabled persons but that help in performing everyday activities is also important for these persons, as it is for elderly individuals. Care from relatives or other private care is complementary and does not affect the amount of public care. Thus care from relatives or others act as a substitute for public care for home-dwelling elderly while it is complementary to public care for intellectually disabled persons.

The results from this study could be used in overall administrative planning of public long-term care. The municipality of Trondheim has changed its reimbursement model for nursing homes and home-dwelling elderly since these results were found. Furthermore, the municipality is now changing its reimbursement system for intellectually disabled persons according to the results of this study.

7.2 Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs



Nordic Journal of Nursing Research, 2016

DOI: 10.1177/2057158516676429

njn.sagepub.com

Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs

Ida Hellum Andresen, Thomas Hansen and Ellen Karine Grov

With the expected future nurse shortage we need knowledge on nurses' life and work situation.

The aim of this study is to examine 498 nurses' satisfaction with life (SwL) and job (SwJ), and intention to change job (IchJ), and to compare this with a control group of non-nurses (n=3,714).

With data from a Norwegian population-based survey, we analysed associations between socio-demographic and work-related variables. In order to study SwL, SwJ and IchJ we performed bivariate and multivariate statistical analyses.

The results show that nurses reported significantly higher SwL and SwJ than non-nurses. For nurses, high SwL was significantly associated with lower age, higher SwJ and appreciative leaders. Significant predictors of higher SwJ were: intention to stay in current job, autonomy, appreciative leader, less monotonous tasks and less stressful work. Intention to change job was associated with low age, nagging colleagues, temporary position and low SwJ

The conclusion is that nurses reported high SwL and SwJ; however, leaders should aim to promote permanent positions, and to minimize stressful work conditions and nagging coworkers.

7.3 Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk



Helsedirektoratet, februar 2016
IS-2375

Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk

***Linda Haugan, Julie Kjelvik, Yvonne Solberg,
Solveig M. Herbern***

Rapporten inneholder seks kapitler som kan lese uavhengige av hverandre, men som alle omhandler eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 1 redegjøres det for utviklingen i eldres bruk av helsetjenester i hjemmet og i antallet eldre som oppholder seg på institusjon.

Kapittel 2 omhandler bruk av fastlege- og legevaktstjenester. Eldres bruk av disse tjenestene ses opp mot yngres bruk. Det ses på omfanget av kontakter og konsultasjoner, samt på forskjeller i bruk og på kontaktårsaker blant innvandrere og den øvrige befolkningen.

I kapittel 3 redegjøres det for kunnskapsgrunnlaget rundt omfanget av skader og ulykker. Dagens kunnskapsgrunnlag på området knytter seg stort sett til forekomster som behandles i spesialisthelsetjenesten. I kapitlet redegjøres det for kontaktårsaken og skadested for eldre, 80 år +, som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg redegjøres det blant annet for omfanget av skader i form av brudd blant eldre og for fall og fallforebyggende arbeid.

Kapittel 4 beskriver utviklingen i dødsårsaker og i bruken av noen av de mest brukte legemidlene blant eldre. Det er en økende legemiddelbruk blant eldre og mange eldre står på flere legemidler.

I kapittel 5 beskrives «omsorgstrappa», som er et begrep som viser det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Tanken er at tjenestemottakerne skal starte med å få et tilbud på lavest effektive omsorgsnivå, for så å øke tilbudet dersom det blir behov. Ved å bruke registerdata kan vi si noe om hvordan tjenestemottakerne beveger seg i trappa, samt noe om hvor langt det er mellom trinnene.

Kapittel 6 omhandler faktorer som er essensielle for en sunn og aktiv aldring. I kapitlet beskrives aktivitetsutviklingen knyttet til bruk av individuell plan, samfunnsdeltakelse, støttekontakt, dagaktivitetstilbud og fysisk aktivitet.

7.4 Verdiskapning i helsenæringen



RAPPORT
VERDISKAPING I HELSENÆRINGEN



Menon Economics. Rapport, mai 2016

Verdiskapning i helsenæringen

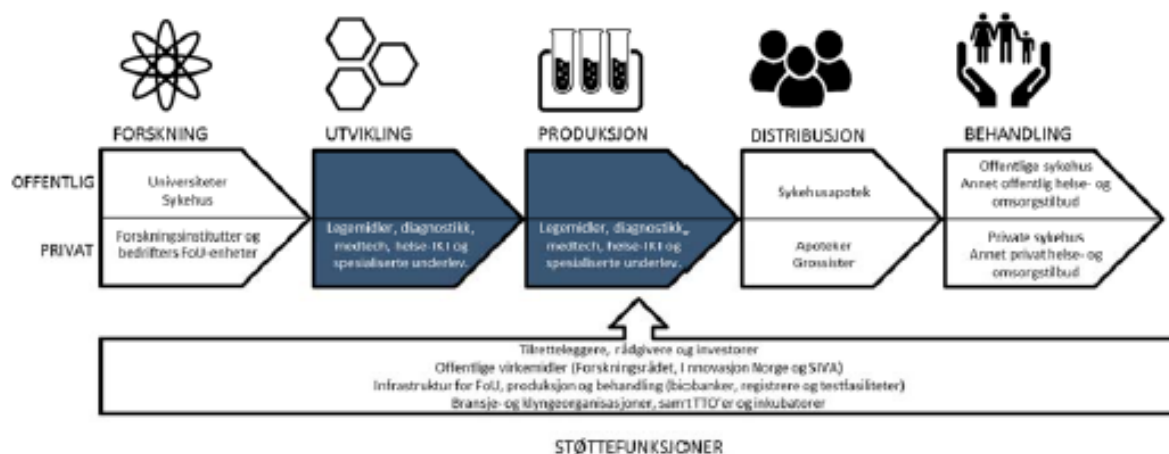
Erik W. Jacobsen, Rune G. Nellemann, Erland Skogli, Marcus G. Theie

Sammendrag

For første gang i Norge har de toneangivende aktørene innen helseindustrien gått sammen for å utarbeide en rapport hvor målet er å beskrive hele helsenæringen i tall. Det vil si hele verdikjeden, og både de private og de offentlige aktørene, langs denne verdikjeden.

Rapportens hovedfokus er næringens bidrag i form av *verdiskaping*. Næringens bidrag i form av samfunnsøkonomisk verdi for innbyggere og helsevesen, er trolig større enn verdiskapingsbidrag målt i form av arbeidsplasser og skatteinntekter.

I denne rapporten ser vi først og fremst fremover. Det er fortsatt nok av utfordringer for den norske velferdsstaten. Mange vil til og med hevde at utfordringene knyttet til eldrebølge og folkesykdommer som kreft og demens gir større utfordringer enn noensinne de neste tiårene, særlig i lys av den økonomiske utviklingen. Det er nettopp her helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra flere andre store næringer i Norge vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en av de aller største med utgangspunkt i et sterkt voksende globalt marked. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene de neste tiårene.



7.5 Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land: Norske resultater i 2016 og utvikling over tid



Folkehelseinstituttet, 2016

Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land: Norske resultater i 2016 og utvikling over tid

Kjersti Eeg Skudal, Ingeborg Strømseng Sjetne, Øyvind Andresen Bjertnæs, Anne Karin Lindahl, Magne Nylenna.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2016 viser at det er lettere å få helsehjelp utenfor kontortid i Norge enn i de andre landene. En liten andel av de norske svarerne rapporterer problemer med å betale for helsehjelp. Det er på nivå med de andre landene, men andelen har økt fra fem prosent i 2010 til åtte prosent i 2016. I Norge rapporterer mer enn én av fem at de droppet tannlegebesøk på grunn av kostnader.

Norske svarere rapporterer om dårligere erfaringer med sin faste lege enn svarere i andre land på områder som:

- kommunikasjon
- brukermedvirkning
- konsultasjonstid

På flere spørsmål om tilgjengelighet og tilgang skårer Norge dårligere enn de andre landene. Dette gjelder:

- ventetid på time hos legespesialist
- time samme eller neste dag hos fastlegen

Norge skårer noe dårligere enn snittet av de andre landene på:

- informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester
- utskrivningsprosessen fra sykehus

Flere aspekter ved utskrivning fra sykehus har blitt bedre over tid i Norge:

- informasjon om legemidler
- skriftlig informasjon ved utskrivning på sykehusene

Tittel:

Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land: Norske resultater i 2016 og utvikling over tid

Publikasjonstype:

Kvalitetsmåling

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet

7.6 Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov



Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov.

Innledning

KS gjennomførte ved årsskiftet en undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser i alle landets kommuner. Kommunene er spurt om sine planer for ferdigstilling av antall nye plasser og utfasing av og fornyelse/moderniseringer av plasser, i 2016, i økonomiplanperioden 2016-2019 og i perioden frem til 2030.

Datagrunnlaget

227 av 428 kommuner (53 pst av kommunene), med i alt 70 pst av befolkningen har svart på spørreundersøkelsen. Figur 1 viser fordeling på kommunegrupper og folketall.

Figur 1. Kommunegrupper og folketall

Gruppe	Totalt antall kommuner	Andel kommuner	Andel svar	Befolkning i kommuner med svar	Andel svar
1. < 2000	94	46	0,51	118 212	61,129
2. 2001-5000	151	61	0,46	424 937	201 454
3. 5001-20000	148	82	0,55	1 446 304	798 558
4. 20001-60000	45	26	0,58	1 441 035	830 590
5. >60001	70	35	1,00	1 778 461	1 778 461
	428	227	0,53	5 187 987	3 009 281

Spørsmålene stiller i undersøkelsen

- 1) Hvor mange heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger har kommunene pr. 31.12.2015?
- 2) Planlegger kommunene å ferdigstille nye heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger til neste år (2016)?
- 3) Hvor mange nye heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger planlegger kommunene å bygge/ferdig neste år (2016)?
- 4) Hvor mange av dagens omsorgsboliger og eldre- og sykehjemsplasser til heldøgnsformål planlegges utfaset neste år (2016)?
- 5) Hvor mange av dagens sykehjemsplasser og omsorgsboliger planlegges fornyet/modernisert til heldøgnsformål neste år (2016)?

I økonomiplanperioden:

- 6) Hvor mange nye heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger planlegges kommunene å bygge/ferdig i planperioden (2016-2019)?

¹ I KS17A regnes også Sveibø med i antall kommuner.

KS, 2016

www.ks.no

Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov

Innledning

KS gjennomførte ved årsskiftet en undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser i alle landets kommuner. Kommunene er spurt om sine planer for ferdigstilling av antall nye plasser og utfasing av og fornyelse/moderniseringer av plasser, i 2016, i økonomiplanperioden 2016-2019 og i perioden fram til 2030.

7.7 Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad



AGENDA
KAUPANG



Heldøgns omsorg –
kommunenes dekningsgrad

Færre institusjonsplasser,
mer omfattende hjemmetjenester



Agenda Kaupang, VID vitenskapelige høyskole, KS FoU
Rapportnr. R9342. April 2016

Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad
Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester

Liv Wergeland Sørbye og Per Schanche

Dette prosjektet er gjennomført på oppdrag fra KS. Prosjektet omhandler kommunenes dekningsgrad av heldøgns omsorg, og undersøker muligheten for en mer lik praksis for beregning av behovet for heldøgns omsorg i kommunene, og hvorvidt dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå. Prosjektet har vært gjennomført i perioden august 2015 til mars 2016.

Sentrale kontaktpersoner i KS har vært fagleder Anne Gamme, rådgiver Hilde Ravnås, spesialrådgiver Geir Halstensen, seniorrådgiver Trond Hjelmervik Hansen og rådgiver Ann Lisbeth Sandvik. Prosjektet har vært gjennomført i et samarbeid mellom VID vitenskapelige høyskole (tidligere Diakonhjemmet høyskole) og Agenda Kaupang. Medarbeidere fra VID vitenskapelige høyskole har vært professor Liv Wergeland Sørbye, som også har vært prosjektleder, professor Sidsel Sverdrup og dosent Birgit Brunborg. Medarbeidere fra Agenda Kaupang har vært seniorrådgiver Per Schanche og kvalitetssikrer seniorrådgiver Svein Lyngroth.

Prosjektet har hatt en referansegruppe. Den har bestått av kommunaldirektør Velferd Eva Waaler fra Bærum kommune, fagsjef Eva Hurtig fra Byrådsavdeling og spesialrådgiver Elisabeth Bøe fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, Kjell Andreas Wolff, Bergen kommune og Pål Arne Edvinsen fra Ullensaker kommune.

I forbindelse med datainnsamlingen har det vært gjennomført en rekke informantintervjuer. Det har også vært gjennomført en dialogkonferanse med referansegruppen, berørte aktører og eksperter på området.

Vi ønsker å takke alle som har bidratt gjennom intervjuer, samtaler og konferanse for nyttige og viktige erfaringer, synspunkter og konstruktive kommentarer.

7.8 Chefer i välfärdens tjänst



Vision, september 2016

**Chefer i välfärdens tjänst – En
forskningsrapport om hur personalgruppens
storlek påverkar kvalitet och hälsa**

Detta är en kunskapsöversikt om hur antalet medarbetare per chef skiljer sig mellan olika delar av arbetsmarknaden och hur det kan påverka såväl verksamhet som chefer och medarbetare. Rapporten är på Visions uppdrag sammanställd av Klara Regnö, verksam vid Göteborgs

universitet och Mälardalens högskola. I rapporten används begreppet kontrollspann för att beskriva antalet medarbetare per chef. Om kontrollspannet är brett har chefen förhållandevis många direktrapporterande medarbetare.

Vård, omsorg och socialt arbete är den bransch på arbetsmarknaden där chefer har flest medarbetare

Rapporten visar att vård, omsorg och socialt arbete är den bransch på arbetsmarknaden där chefer har flest medarbetare, i snitt 30. Därefter kommer branschen utbildning med i snitt 27 medarbetare per chef. Snittet i dessa båda branscher, som är arbetsmarknadens mest kvinnodominerade, ligger betydligt högre än genomsnittet på arbetsmarknaden.

Med undantag för branschen transport och magasinering, som i snitt har 23 medarbetare per chef, har resten av arbetsmarknaden ett snitt på ungefär hälften eller mindre.

Sociala verksamheter är inte lämpade att organiseras med många medarbetare per chef

Utifrån rapporten kan vi dra slutsatsen att sociala verksamheter ofta är felorganiserad. Vård, omsorg och socialt arbete är inte en bransch särskilt lämpad att organiseras med stora grupper av medarbetare och få chefer. Tvärtom, enligt forskningen kännetecknas verksamheterna av att det är mer lämpligt med betydligt mindre grupper av medarbetare per chef.

Att sociala verksamheter organiseras med för många medarbetare per chef ökar risken för ohälsa och försämrar måluppfyllelsen

Rapporten visar att stora grupper av medarbetare per chef inom vård, omsorg och socialt arbete medför allvarliga negativa konsekvenser. Det gäller både för cheferna själva och för deras medarbetare samt för organisationen i stort. Exempelvis har studier av sjukhusmiljö visat att stora grupper av medarbetare per chef är associerat med minskad patientnöjdhet och fler incidenter i verksamheten. Studier visar också på minskad arbetstillfredsställelse, ökad stress och överbelastning bland både chefer och medarbetare.

7.9 Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Målgrupper og innhold



Statistisk sentralbyrå
Rapporter 2016/43

Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Målgrupper og innhold

***Dag Abrahamsen, Linda Allertsen og
Othilde Skjøstad***

Tjenesten skal bidra til å vedlikeholde dagliglivets funksjoner og øke trivsel og livskvalitet, slik at behov for andre tjenester om mulig kan forebygges eller utsettes. Tilbudet kan variere mye mellom kommunene, og skal tilpasses lokale forhold og brukerbehov. Denne rapporten har som mål å belyse aktiviteter, organisering, brukere og omfang, både for tjenesten som helhet og etter ulike målgrupper. Undersøkelsen tar sikte på å fylle ut en del huller på et område som det er lite helhetlig og detaljert kunnskap om. Kombinert med andre datakilder vil undersøkelsen gi bedre innsikt i hvordan den enkelte kommune har valgt å innrette seg når det gjelder dagaktivitetstilbud, samt bidra til og foreslå tiltak for kvalitetsheving i registreringer på kommunenivå.

Utgangspunktet for SSBs kartlegging av dagaktivitetstilbudet høsten 2015 er relevante virksomheter i Enhetsregisteret, med brukere som har enkeltvedtak om dagaktivitet. I alt ble det rapportert 789 slike virksomheter, fordelt på 308 kommuner. Rene lavterskeltilbud, der ingen brukere har noen form for kommunalt vedtak eller avtale, er ikke med. Denne undersøkelsen gir i seg selv ikke et fullstendig bilde av alle dagaktivitetstilbud i landets kommuner, men må først og fremst ses på som en beskrivelse av registrerte virksomheter der brukerne har enkeltvedtak om tjenesten.

Kartleggingen søker å angi kapasitet for tilbudene målt i antall dagplasser per uke, beregnet som antall plasser per dag multiplisert med antall dager i uken som tilbudet er tilgjengelig.

Undersøkelsen viser at virksomhetene i gjennomsnitt har åpent 4,5 dager per uke, og – for kveldstilbud – i overkant av 2 kvelder per uke. Samme lokale kan brukes av ulike grupper på forskjellige tider, så fordelt på målgrupper varierte antall dager per uke fra 3,4 for personer med rusproblemer til 4,7 for personer med utviklingshemming. Kartleggingen viser videre at personer med demens har tilbud i 69 prosent av kommunene i utvalget. Personer med utviklingshemming er den største målgruppen målt i antall dagplasser per uke, med

dagaktivitetstilbud i 66 prosent av kommunene i utvalget. For denne gruppen er det rapportert totalt 23 000 dagplasser per uke. For hver av målgruppene personer med demens og eldre med fysiske begrensninger er det rapportert rundt 11 000 plasser per uke, for personer med psykiske lidelser drøyt 6 000 plasser, mens det for personer med rusproblematikk var rapportert 1 300 plasser per uke.

Mange virksomheter har dagaktivitetstilbud til flere målgrupper. Det er ikke uvanlig at målgrupper som hører naturlig sammen mottar samme tilbud samtidig. Med andre ord kan samme plass være tilgjengelig for flere målgrupper til samme tid, og en kan derfor ikke summere plassene fra ulike målgrupper for å få total kapasitet i kommuners dagaktivitetstilbud. Sosialt samvær, mat og måltider og kulturaktiviteter er de mest vanlige aktivitetene, uavhengig av målgruppe. De mer spesielle aktivitetene ser ut til å være rettet mot ulike målgrupper. Mens habilitering eller rehabilitering er svært viktig for yngre med fysiske funksjonsnedsettelse, er dette ikke prioritert for de eldre, som kanskje får slike tjenester fra annet hold. Arbeidsrelaterte aktiviteter er særlig utbredt for virksomheter rettet mot personer med rusproblemer, men også personer med psykiske lidelser eller yngre med fysiske funksjonsnedsettelse har ofte brukere av tilbud om slike aktiviteter. For øvrig er flere aspekter ved brukerforhold og organisering av tjenesten undersøkt, som lokalisering og integrering med andre tjenester, transport- og bistandsordninger samt brukernes bosted.

7.10 Hjemmetjenestens målgrupper og organisering



Statistisk sentralbyrå
Rapporter 2016/13

Hjemmetjenestens målgrupper og organisering

*Dag Abrahamsen, Linda Allertsen og
Othilde Skjøstad*

Hjemmetjenesten er en del av omsorgstjenesten i norske kommuner, og omfatter blant annet praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Hjemmetjenester gis både til dem som bor i egen private bolig og i kommunalt disponerte boliger, og ytes fra virksomheter i kommunen som enten er ambulerende hjemmetjeneste eller boligbaser. Boligbaser er personalbaser fast tilknyttet beboere i kommunalt disponerte boliger og private boliger i nærområdet.

I 2014 var kommunenes utgifter til hjemmetjenesten på nesten 50 milliarder. Til tross for dette finnes det lite kunnskap om hvordan utgiftene fordeles seg mellom ulike virksomhetstyper og målgrupper. På grunn av antakelse om utbredt integrasjon mellom hjemmetjeneste og institusjonstjeneste er det heller ikke publisert egne tall for årsverk og utdanningsnivå for de ansatte.

Formålet med kartleggingen av hjemmetjenesten er femdelt:

- ☐ Å belyse hvilke målgrupper virksomhetene i hjemmetjenesten er rettet mot.
- ☐ Å undersøke hvordan hjemmetjenesten er organisert.
- ☐ Å vurdere i hvilken grad hjemmetjenesten er integrert med andre typer tjenester som institusjon eller dagaktivitetstilbud
- ☐ Å undersøke hvordan kommunene regnskapsfører utgiftene i hjemmetjenesten.
- ☐ Å vurdere estimering av utgifter med utgangspunkt i årsverk fordelt etter målgrupper

Kartleggingen hadde en svarprosent på 90, og påviste i alt 2 680 virksomheter i hjemmetjenesten. Av disse var:

- ☐ 52 prosent rene boligbaser
- ☐ 15 prosent ren ambulerende hjemmetjeneste
- ☐ 14 prosent en kombinasjon av boligbaser og ambulerende hjemmetjeneste
- ☐ 16 prosent hjemmetjenester kombinert med annen type virksomhet, som sykehjem eller dagsenter.

Kartleggingen har kun sett på forekomsten av ulike virksomheter. Omfang gitt ved antall ansatte eller antall brukere ved virksomhetene er ikke undersøkt i denne omgang.

Den målgruppen som flest virksomheter retter sine tjenester mot, er personer med utviklingshemming. Samlet sett var 45 prosent av virksomhetene i hjemmetjenesten rettet mot denne målgruppen, eventuelt i kombinasjon med andre målgrupper. En annen målgruppe som er tilknyttet mange virksomheter, er personer med psykiske

lidelser. Denne målgruppen er ofte kombinert med målgruppene utviklingshemming eller rusproblemer. Det vanlige er at boligbasene betjener kun en målgruppe, mens den ambulerende tjenesten oftest betjener to eller ingen spesifikk målgruppe. Selv om eldre hjemmetjenestebrukere er mange, har virksomhetene i mindre grad disse som eneste målgruppe. «Rene» virksomheter som kun har en målgruppe kan for øvrig gi ny innsikt i hvordan tjenestene er utformet for bestemte målgrupper, både når det gjelder personelldata og brukerdata.

Når det gjelder regnskapsføring, viser resultatene at mange kommuner regnskapsfører mer detaljert enn det som pålegges. De fleste kommunene har likevel ikke virksomheter rettet mot kun én målgruppe. Flertallet av rapportørene ser heller ikke behovet for en mer detaljert regnskapsføring enn dagens standard. Analysen viser at kommunestørrelsen spiller en stor rolle for virksomhetenes organisering, målgrupper og regnskapsføring. Det er derfor naturlig å vurdere en mer detaljert regnskapsføring kun for store og andre frivillige kommuner i første omgang.

Beregning av ressursbruk gjennom årsverk og utdanning kan uansett være et enklere alternativ å utforske før en eventuelt innfører et mer detaljert regnskap, særlig siden omfanget av integrasjon mellom hjemmetjenester og sykehjem er mindre enn tidligere antatt. I første omgang kan en vurdere en utredning av muligheten for publisering av årsverkstall fordelt på KOSTRA-funksjoner på kommunenivå.

Kvalitetssikrede årsverkstall for hjemmetjenesten totalt er en forutsetning for å kunne fordele årsverkene videre på målgrupper, for eksempel hovedgruppen utviklingshemming.

7.11 Kommunenes bruk av avlastere og støttekontakter



KS FoU, Proba samfunnsanalyse
Rapport 2016-07
Prosjekt nr. 16010, mai 2016

Kommunenes bruk av avlastere og støttekontakter

Sosiale tjenester i kommunene skal omfatte avlastningstiltak og personlig assistanse, herunder støttekontakt, for personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Kommunens plikt til å yte slike tjenester fremgår av § 3-1. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

For å oppfylle sine forpliktelser bruker mange kommuner tiltakene støttekontakt og avlaster. Flere organiserer tiltakene som oppdrag der vedkommende som utfører oppdraget har en oppdragskontrakt med kommunen. Oppdragstakere omfattes ikke av arbeidsmiljøloven og har dermed ikke samme rettigheter som arbeidstakere ansatt i kommunen.

Det vil bero på en konkret vurdering om den enkelte støttekontakt eller avlaster kan organiseres som et oppdragsstakerforhold eller arbeidstakerforhold. I og med at skillet mellom arbeidstaker og oppdragsstaker vil ha rettslig betydning i flere sammenhenger har KS ønsket å få kartlagt omfanget og bruken av oppdragsstakere og arbeidstakere som støttekontakter og avlastere, både i avlasters eget hjem og i brukers hjem.

Det har vært flere rettsvister knyttet til denne avgrensningen. Høyesterett avsa to dommer 20. mars 2013 med ulikt resultat om grensen mellom arbeidstaker og oppdragsstaker.

I juni i år skal Høyesterett igjen behandle en sak om grensen mellom oppdragsstaker og arbeidstaker.

FAFO gjennomførte en kartlegging av omfang og utbredelse av oppdragskontrakter i 2009. Kartleggingen fant at oppdragskontrakter var en utbredt praksis og brukes hyppig av norske kommuner til forskjellige funksjoner innenfor pleie og omsorg og barnevern (Andersen mfl., 2009). I kartleggingen svarte 93 av 99 kommuner at de alltid eller tilnærmet alltid bruker oppdragskontrakter for støttekontakter. For avlastere var andelen 88 av 99 kommuner. Det ble anslått at det fantes omtrent 23 000 oppdragsstakere i norske kommuner innenfor helse- og sosialsektoren og barnevern, av disse var omtrent 18 000 støttekontakter og vel 5 000 avlastere (ibid).

7.12 Vården ur befolkningens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder



Vårdanalys PM 2016:5

Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) publicerar varje år den svenska delen av den internationella undersökningen "The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 countries" (IHP-studien).

IHP-studien är en årlig undersökning av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården i elva olika länder. I ett rullande treårsschema vänder sig studien till tre olika grupper – befolkningen, patienter 65 år och äldre och läkare i primärvården. 2016 års undersökning riktar sig till befolkningen (18 år och äldre). IHP-studien ger en unik möjlighet att med andra relevanta länder jämföra den svenska befolkningens erfarenheter av sina kontakter med vården, vad gäller till exempel tillgänglighet, information, delaktighet och samordning av patientens vårdkontakter. IHP-studien gör det på så sätt möjligt att se den utvecklingspotential som finns i svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv. Undersökningen är inte en attitydundersökning utan i första hand frågar den om erfarenheter och faktiska förhållanden i mötet med vården, det vill säga om vad som skett i kontakten med vårdpersonalen.

Tyvärr kan vi återigen konstatera att årets studie visar att Sverige har svaga resultat på flera viktiga områden så som tillgänglighet, information, delaktighet och samordning. Dessutom ser vi i år att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet sjunker – andelen som tycker att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra har minskat avsevärt sedan 2010. Vi såg samma sak i förra årets undersökning som riktade sig till primärvårdsläkarna. Det är en oroande signal att allt färre i befolkningen, liksom av primärvårdsläkarna, anser att hälso- och sjukvården fungerar väl. Undersökningen visar på något av en paradox i svensk hälso- och sjukvård – de svenska patienterna har i många avseenden sämre erfarenheter av vården än patienterna i övriga länder, samtidigt som andra studier visar att Sverige har medicinska resultat som står sig mycket väl i en internationell jämförelse. Att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården är viktigt för att garantera ett långsiktigt och hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Därför måste vi skapa förutsättningar för en hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov. Ett första steg

är att fördjupa analysen av vad som ligger bakom det sjunkande förtroendet och vad som skulle få vården att fungera bättre ur patienternas perspektiv. Under 2017 kommer Vårdanalys återkomma med en fördjupningsstudie där vi analyserar de svenska resultaten vidare.

Arbetet vid Vårdanalys har letts av Kajsa Westling och i arbetet har Karl Kjäll, Marianne Svensson, Joakim Ramsberg och Annika Stjernquist deltagit. På uppdrag av The Commonwealth Fund har SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) har på uppdrag av Vårdanalys genomfört den svenska datainsamlingen. Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till de som har besvarat enkäten. Vår förhoppning är att denna resultatredovisning av IHP-studien 2016 kan fungera som ett underlag för att förbättra svensk hälso- och sjukvård för att bättre möta befolkningens behov.

7.13 Sykefraværsforskjeller mellom sektorer



Sykefraværsforskjeller

Rapport 2016 - 11



Proba-rapport nr. 2016 – 11, prosjekt nr. 16038.

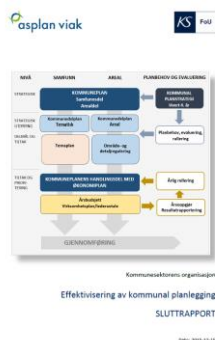
AG/SK, HB, okt. 2016

Utarbeidet for KS

Sykefraværsforskjeller mellom sektorer

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med Harald Dale-Olsen ved Institutt for samfunnsforskning og Arne Mastekaasa ved Universitet i Oslo. Prosjektet består av flere ganske selvstendige deler. Kapittel 3 dokumenterer forskjeller i sykefraværet mellom sektorer og hvor mye forskjeller i sammensetningen av arbeidsstokken og arbeidet bidrar til disse forskjellene. Analysene er gjennomført av Synne Klingenberg fra Proba under veiledning av Dale-Olsen. Kapittel 4 inneholder analyser av utvikling i av sykefraværet blant arbeidstakere som flytter seg mellom sektorene. Det er Mastekassa som har gjort disse analysene, i samarbeid med Dale-Olsen. I kapittel 5 drøfter vi om kommunesektoren i en viss forstand kan sies å være mer inkluderende som arbeidsgiver enn privat sektor og om dette kan bidra til å forklare forskjeller i sykefraværet. Dale-Olsen har laget analysene. Audun Gleinsvik fra Proba har vært prosjektleder og har sydd sammen rapporten. Helene Berg fra Proba har vært kvalitetssikrer.

7.14 Effektivisering av kommunal planlegging. Sluttrapport



Asplan Viak as, KS 1/15. des 2015

Oppdrag 535382

Effektivisering av kommunal planlegging. Sluttrapport

Erik Plathe, May Britt Hernes

Asplan Viak er engasjert av Kommunesektorens organisasjon (KS) til å gjennomføre et FoU-prosjekt om «Effektivisering av kommunal planlegging». Prosjektet er delt i to delprosjekt. Den første delen skal belyse forholdet mellom planlegging som redskap for iverksetting av nasjonal politikk versus planlegging som redskap for lokal initiert samfunnsutvikling, mens det andre delprosjektet skal undersøke i hvilken grad kommunale planer blir gjennomført. Kunnskap utviklet i prosjektet skal blant annet brukes i KS folkevalgtprogram, og som innspill til fylkeskommunene som planfaglig veiledning til kommunene.

Prosjektet bygger på informasjonsinnhenting fra politisk og administrativt nivå i 14 utvalgskommuner samt informasjonsinnhenting fra departementene knyttet til statlige plankrav spesielt. Det er også gjennomført webundersøkelser for uttesting av funn i et større utvalg kommuner. Prosjektets anbefalinger bygger på denne informasjonen og planfaglige vurderinger der informasjon fra ulike kommuner blir sett i sammenheng. Takk til kommunene som har delt sine erfaringer og refleksjoner omkring disse problemstillingene. Informasjonen fra kommunene er anonymisert.

I denne sluttrapporten rapporteres begge delprosjektene samlet. Det foreligger råmateriale fra prosjektets informasjonsinnhenting til hvert delprosjekt.

Det har vært opprettet to referansegrupper som har fulgt prosjektet. Styret i Forum for kommunal planlegging har vært faglig referansegruppe i tillegg til referansegruppen bestående av Rådmannsutvalget i Østfold.

Det er utarbeidet en flyer som presenterer et utvalg av funnene i prosjektet.

Prosjektet er gjennomført i perioden fra juni 2014 til november 2015 med seniorplanlegger Erik Plathe som prosjektleder og seniorplanlegger May Britt Hernes som prosjektmedarbeider.

8. KOMPETANSE, UTVIKLING OG VELFERDSTEKNOLOGI

8.1 Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren



Helsedirektoratet, mai 2016

IS-2469

Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren

Elisabeth Djønné, Siw Myhrer, Michael Kaurin

Denne rapporten er svar på oppdrag om styringsparametere i tildelingsbrev for 2015:

«Identifisert og analysert utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren, blant annet knyttet til utvikling av ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og utvikling av organisatoriske og fysiske rammer.»

Kunnskapsgrunnlaget som er brukt i rapporten er basert på statistikk om kommunale helse- og omsorgstjenester fra IPLOS-registeret og KOSTRA, forskningsbaserte enkeltstudier, tilsynsrapporter, rapporter fra evaluering av nasjonale planer og erfaring med utviklingsprogram i tjenestene.

Rapporten er beskrivende i formen. Analysen av identifiserte utviklingstrekk og endringer fremkommer i sammendraget.

8.2 Morgendagens sykehjem. Fra pilot til implementering?



Rapportserie nr. 5/2016
Senter for omsorgsforskning midt
Nord Universitet

Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner

Trude Fløystad Eines, Elfrid Måløy og Stephanie Helland

BAKGRUNN: Sykehjem står ovenfor store utfordringer når det gjelder å levere tjenester av høy kvalitet innenfor de rammene de forvalter. Tjenstedesign som tenkning – og metode for endringsarbeid er foreløpig forholdsvis ukjent innen offentlig sektor. Denne rapporten beskriver pårørende, ansatte og lederes erfaringer med bruk av tjenstedesign i en endringsprosess ved et sykehjem.

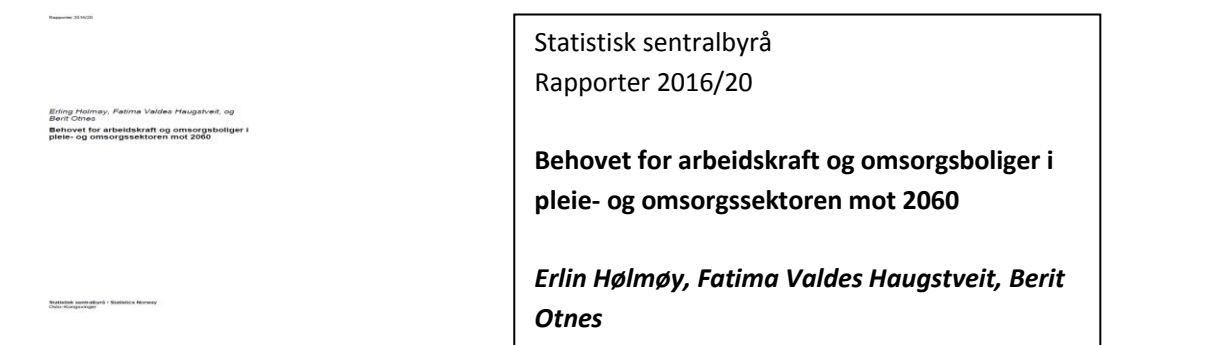
METODE: Dette er en kvalitativ studie med bruk av fokusgruppeintervju som metode. 17 ansatte, seks pårørende og tre ledere deltok i til sammen fem ulike fokusgrupper. Tematisk innholdsanalyse ble benyttet i analyseprosessen.

RESULTAT: Funnene viser at både ansatte og ledere ble motivert av å benytte tjenstedesign med bruk av ukjente verktøy som ny tilnærming i endringsprosesser. Tjenstedesigneres evne til å fremme god involvering av ansatte og pårørende, løftes frem som avgjørende for gode resultat av prosjektarbeid, samt kontinuerlig og tilpasset informasjon – og dialog med alle aktører.

KONKLUSJON:

Samarbeidet med tjenstedesignere i en endringsprosess, har gitt både ledere og ansatte nye erfaringer og kunnskap som er viktig i videre endringsarbeid. Fokuset på reell brukerinvolvering, bruk av nye og kreative metoder, involvering av ansatte og mange spennende diskusjoner og refleksjoner, er positive effekter av å benytte tjenstedesign som tilnærming. Pårørende er mest opptatt av kvaliteten på tjenestene i mindre grad enn teaminndeling og organisasjonsmodellen som benyttes.

8.3 Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060



Rapporten fremskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger innenfor pleie- og omsorg frem til 2060. Etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester varierer betydelig med hensyn til alder og kjønn. Nøkkelelementene i frem-skrivningene er derfor realistiske fremskrivninger av antall kvinner og menn i ettårige aldersgrupper, og aldersprofiler for kvinner og menns bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. I tillegg yter eldres familiemedlemmer fremdeles anslagsvis 90 000 årsverk som ulønnet omsorgsarbeid, og endringer i denne innsatsen har potensielt stor betydning for ressursbehovet i den formelle omsorgen. Rapporten viser hvor mye behovet for arbeidskraft, institusjonsplasser og omsorgsboliger i den formelle omsorgssektoren påvirkes av forutsetninger om demografi, eldres helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Seniorforsker Erling Holmøy har ledet prosjektet og arbeidet med rapporten. Forfatterne takker Steinar Barstad i HOD for kommentarer til et tidligere utkast av rapporten.

8.4 Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff



Bing-Jonsson et al. BMC Nursing (2016) 15:5
DOI 10.1186/s12912-016-0124-z

Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff

Pia Cecilie Bing-Jonsson, Dag Hofoss, Marit Kirkevold, Ida Torunn Bjørk and Christina Foss

Abstract

Background: Multi-morbidity, poly-pharmacy and cognitive impairment leave many old patients in a frail condition with a high risk of adverse outcomes if proper health care is not provided. Knowledge about available competence is necessary to evaluate whether we are able to offer equitable and balanced health care to older persons with acute and/or complex health care needs. This study investigates the sufficiency of nursing staff competence in Norwegian community elderly care.

Methods: We conducted a cross-sectional survey of 1016 nursing staff in nursing homes and home care services with the instrument “Nursing Older People – Competence Evaluation Tool”. Statistical analyses were ANOVA and multiple regression.

Results: We found that nursing staff have competence in all areas measured, but that the level of competence was insufficient in the areas nursing measures, advanced procedures, and nursing documentation. Nursing staff in nursing homes scored higher than staff in home care services, and older nursing staff scored lower than younger nursing staff.

Conclusions: A reason for the relatively low influence of education and training on competence could be the diffuse roles that nursing staff have in community elderly care, implying that they have poor standards against which to judge their own competence. Clearer role descriptions for all groups of nursing staff are recommended as well as general competence development in geriatric nursing care.

8.5 How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Satisfaction of Minority Groups



World Views on Evidence-based Nursing 2016

DOI: 10.1111/wvn.12176

How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Satisfaction of Minority Groups? A Systematic review of Literature

Linda Govere, Ephraim M. Govere

Background

With the rapid growth of minority populations in the United States, the need to train healthcare providers to give culturally competent care has never been greater. Extensive research on cultural competence of healthcare providers has been conducted, but no systematic review specifically focused on the effect of cultural competence training on patient satisfaction of clients from minority groups.

Aims

To search and critically appraise published research articles that evaluated the effectiveness of cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of clients from minority groups.

Methods

Using MeSH entry terms: Competency, Cultural; Cultural Competencies; Cultural Competence; Competence, Cultural; Satisfaction, Patient; and non-MeSH text words: Cultural Awareness, Cultural Sensitivity, Cultural Competence Training, Cultural Sensitivity Training, and Cultural Awareness Training, a comprehensive literature search of peer-reviewed articles from 2002 to 2014 in CINAHL, Cochrane, PsycINFO, PubMed, and Web of Science databases was conducted. Original studies that reported cultural competence training and measured its impact on patient satisfaction were included. Quality of the reviewed studies was assessed on the basis of methodological limitations related to experimental design, sample size and sampling approaches, and ethnic spread of the participants.

Results

Seven studies met the inclusion criteria. Six studies revealed that cultural competence training intervention significantly increased the cultural competence level of healthcare providers. Five studies demonstrated that cultural competence training of healthcare providers was significantly associated with increased patient satisfaction.

8.6 The Changing role of nursing



Eurohealth

Quarterly of the European Observatory on Health
Systems and Policies

Volume 22 Number 1 2016

The changing role of nursing

Eurohealth Observer

THE STATE OF **NURSING IN THE EUROPEAN UNION** –

Britta Zander, Linda H. Aiken, Reinhard Busse, Anne Marie Rafferty, Walter Sermeus and Luk Bruyneel

NURSE MIGRATION IN THE EU: A MOVING TARGET? –

Claudia Leone, Ruth Young, Diana Ognyanova, Anne Marie Rafferty, Janet E. Anderson and Gilles Dussault

EU ACCESSION: **A POLICY WINDOW FOR NURSING?** –

Paul De Raeye, Anne Marie Rafferty and Louise Barriball

IS THERE AN **EU FRAMEWORK FOR NURSE EDUCATION?** – Tom Keighley

Eurohealth International

THE NETHERLANDS EU PRESIDENCY ON HEALTH –

Edith Schippers

THE CROSS-BORDER CARE DIRECTIVE:

IMPLEMENTATION STATUS – Willy Palm

MAKING SENSE OF **EUROPEAN UNION HEALTH LAW** –

Tamara Hervey

Eurohealth Systems and Policies

MANAGED ENTRY AGREEMENTS FOR NEW MEDICINES

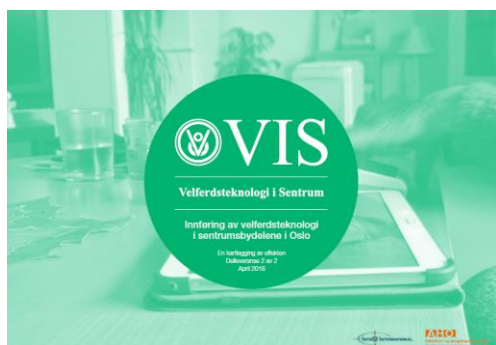
IN THE **BALTIC COUNTRIES** – Diāna Arāja and Keili Kõlves

Opinion

WHAT, IF ANYTHING, DOES THE **EURO HEALTH**

CONSUMER INDEX ACTUALLY TELL US? – Jonathan Cylus, Ellen Nolte, Josep Figueras and Martin McKee

8.7 Velferdsteknologi i sentrum



Intro-International
Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo

Velferdsteknologi i sentrum

Bydelene St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka satt i gang prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) tidlig 2014. Intro International og Arkitektur – og designhøgskolen i Oslo (AHO) ble valgt som partnere til å forske på effektene av prosjektet underveis. Første delrapport ble ferdigstilt april 2015. Her ble det samlet inn data fra før velferdsteknologien ble tatt i bruk (baselinedata) og fra korttid etter at den ble tatt i bruk. Dataene ble analysert og effektene rapportert for et begrenset antall brukere. I andre delrapport er antall brukere utvidet og langtidseffektene inkludert. Studien inneholder en kvantitativ del og en kvalitativ del. Intro International har vært ansvarlig for den kvantitative delen og AHO den kvalitative delen. I tillegg er det foretatt en kartlegging av relevante prosjekter i Norge og en litteraturstudie av internasjonale studier.

Litteraturstudie indikerer at velferdsteknologi i hjemmet bidrar til å redusere behovet for helsetjenester i form av nedgang i legevaktbesøk, innleggelser og liggedager. Internasjonale studier viser også at velferdsteknologi fører til økt involvering i eget sykdomsforløp. Direkte kliniske effekter kan ikke påvises. Flere av studiene viser imidlertid at teknologien er med på å opprettholde brukernes livskvalitet, og dette for en brukergruppe som generelt blir dårligere med tiden. Velferdsteknologi fører også til bedre samhandling mellom brukerne, primær- og spesialisthelsetjenesten ifølge ett studie. To studier viser også at opplæring av brukerne og av hjemmetjenestens personell er kritiske faktorer for å lykkes.

8.8 KODE-prosjektet - Kompetanse om delirium blant eldre



Utviklingssenter for sykehjem
Oppland
Gjøvik kommune,
Høgskolen i Gjøvik
Desember 2015

KODE-prosjektet

Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) ny helse- og omsorgstjenestelov (REF) og ny folkehelselov (REF) samt utvikling av effektive pasientforløp med redusert innleggelsestid for pasienter i sykehus har endret arbeidsoppgavene for pleie- og omsorgstjenestene både i spesialist – og kommunehelsetjenesten. En konsekvens av utviklingen er at behandlingsoppgaver som tidligere ble utført i spesialist-helsetjenesten nå i større grad utføres i kommunene. For noen pasientgrupper betyr det at distrikts- og lokalmedisinske sentre og/eller allerede eksisterende institusjoner i kommunen, helt eller delvis erstatter sykehusopphold.

Den nye organiseringen krever et høyt kompetent pleie- og helsepersonell i de kommunale helsetjenestene for å kunne ivareta bruker - /pasientgrupper med mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. For mange ansatte innebærer dette behov for ny kunnskap. Sykepleie til eldre pasienter som har eller som er i fare for å få delirium, er et eksempel på et spesialområde som krever utvidede kunnskaper blant personalet.

8.9 Sosiale entreprenører – partnerskap for nye løsninger



UNI Research Rokkansenteret

KS FoU

Rapport 1-2016, mars 2016

Sosiale entreprenører – partnerskap for nye løsninger

Jill M. Loga, Ivar Eimhjellen, Jenny Eschweiler, Eline L. Ingstad, Sigrid Stokstad, Marte Winsvold

Denne rapporten belyser etablering av sosialt entreprenørskap i en kommunal- og fylkeskommunal kontekst. Prosjektet har en kvalitativ tilnærming som inkluderer intervju med sosiale entreprenører, offentlige aktører og inkubatormiljøer.

Formålet er å avdekke utfordringer i samspillet mellom aktører i ulike sektorer, potensialer for samarbeid og muligheter for å utvikle og tilrettelegge for en bedre der det norske datamaterialet sammenlignes med policyutviklingen på feltet i Danmark, Storbritannia og Spania. Prosjektets tilnærming vektlegger fire perspektiv:

- 1) Sosiale entreprenørers perspektiv
- 2) offentlige arbeidsgiveres perspektiv
- 3) juridiske rammebetingelser og
- 4) erfaringer fra andre europeiske land.

Det er altså den lokale konteksten som står sentralt og samspillet mellom lokale sosiale entreprenører, ideelle organisasjoner, investor- og inkubatormiljø og deres kontakt med lokale politikere, bestillere- og kontraktsansvarlige i det fylkeskommunale Navkontoret, ansatte innen ulike sektor i kommuner og i samarbeidsplattformer mellom offentlig og frivillig sektor.

8.10 Arts for health and well-being. An evaluation framework



Public Health England, The University of Winchester, Aesop (Arts Enterprise with a Social Purpose)

www.gov.uk/phe

Arts for health and wellbeing: an evaluation framework

Public Health England

The arts, including music, dance, theatre, visual arts and writing, are increasingly recognised as having the potential to support health and wellbeing. However, in order for arts to be included in commissioning of health and social care services, there needs to be robust evidence of their effectiveness, impacts and costs. This document provides guidance on appropriate ways of documenting the impacts of arts for health and wellbeing, whether through small scale project evaluations or large scale research studies. It suggests a standard framework for reporting of project activities that will strengthen understanding of what works in specific contexts and enable realistic assessment and appropriate comparisons to be made between programmes. The document is modelled on standard public health evaluation frameworks and is in three parts. Part one provides background discussion to help make sense of the framework. There is a discussion of evaluation principles and practice, encompassing project planning, the role of advocacy and the importance of consultation and stakeholder involvement.

In part two the different types of evaluation are outlined, with suggested tools for arts for health and wellbeing evaluation, including outcomes measurement. There is also an introduction to key concepts such as theories of change, and approaches such as logic modelling that can be used to support evaluation.

Part three of the document presents the reporting tool in two sections. Section one captures the key components of project delivery, including the nature of the intervention, the populations engaged, the settings where the project takes place, the resources needed to support it, procedures for quality assurance, and the outcomes that the project is designed to achieve. Section two captures evaluation details and is intended to encourage clear identification of important aspects such as rationale, evaluation questions, evaluation design, sampling, data collection and analysis, process evaluation, ethics and consent, reporting and dissemination, evaluation management and the resources needed to undertake evaluation.

The document is intended for health commissioners, third sector organisations, trainers, funders, practitioners, managers, arts organisations, researchers and others with an interest in the development and evaluation of arts for health and wellbeing programmes. Some arts for health and wellbeing activities, such as clinical evaluation of one-to-one arts therapies, or population-level assessment of the social effects of the arts are outside the scope of this document. The document does not include evaluation theory or detailed guidance about how to use the methodologies suggested. Rather, it seeks to provide a framework whereby the use of arts interventions to support health and wellbeing is built on increasingly robust evaluation.

8.11 Mot en ny skandinavisk velferdsmodell?



Institutt for samfunnsforskning
Rapport 2016: 01

Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap

Karl Henrik Sivesind (red)

Den bærende ideen i denne rapporten er at velferdsmix er for viktig til at den bør overlates til tilfeldighetene. Velferdsmix handler om fordelingen av sysselsetting mellom offentlige, ideelle og kommersielle leverandører av offentlig finansiert velferd. De tre sektorene har ulike særtrekk som kan være styrker på noen velferdsområder, men ulemper på andre. Hvilke roller og hvor stort omfang de skal ha, bør derfor utformes bevisst for å få fram den optimale sammensetningen. Hvilke særtrekk man ønsker å fremme på et bestemt tjenesteområde, vil det imidlertid kunne være politisk uenighet om. Dette betyr at man trenger kunnskap om konsekvensene av velferdsmix for å få en diskusjon som kan gi rasjonelle resultater.

Denne rapporten oppsummerer noen viktige funn fra prosjektet «Utkontraktering av skandinaviske velferdssamfunn? Konsekvenser av privat og nonprofit tjenesteyting for aktivt medborgerskap», som pågår fra 2012 til 2016 med finansiering fra Norges forskningsråd gjennom programmet Velferd, arbeidsliv og migrasjon (VAM). Det skandinaviske prosjektet blir koordinert fra Institutt for samfunnsforskning (ISF) i Oslo med Karl Henrik Sivesind, forsker I, som prosjektleder. Det er imidlertid flere ISF-forskere på prosjektet: Stipendiat Håkon Solbu Trætteberg har samlet data i tre norske kommuner (Trætteberg 2014a, 2014b, 2014c) og skriver ph.d.-avhandling i statsvitenskap basert på sammenligninger av prosjektets skandinaviske casestudier. Signe Bock Seggaard, som er forsker II, har hatt hovedansvaret for en analyse av institusjonelle og legale rammevilkår for private leverandører av offentlig velferd i Skandinavia. Jo Saglie, som er forsker I, har også bidratt til analysen av institusjonelle og legale rammevilkår samt med samordning av bidragene fra de skandinaviske prosjektmedarbeiderne.

I tillegg har forskere fra de andre skandinaviske landene deltatt på prosjektet. I Sverige har David Feltenius, universitetslektor ved Statsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Umeå, gjennomført casestudier i to svenske kommuner, og særlig bidratt til analysen av styring av eldreomsorgsinstitusjoner. I Danmark har Malene Thøgersen, ph.d. og analytiker ved idencentret for Folkeoplysning, gjennomført casestudier i to danske kommuner og særlig bidratt til analysen av grunnskoleområdet, med vekt på styring og relasjoner mellom stat og sivilsamfunn. Dessuten har Lars Skov Henriksen, professor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, bidratt til koordineringen av den danske delen av prosjektet. En stor takk til Malene og David for at de har gjort datainnsamling, skrevet dokumentasjonsrapporter fra kommunene (Feltenius 2014a, 2014b; Thøgersen 2015b) og gjort analyser som deler av denne rapporten bygger på.

8.12 Kompetansehevende tiltak i tjenesten for personer med utviklingshemming



Rapportserie nr. 7/2016
Senter for omsorgsforskning sør
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Kompetansehevende tiltak i tjenesten for personer med utviklingshemming

Gunnar Disch og Ida Eide Johansen

Sandefjord kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V), har med tilskuddsmidler fra Fylkesmannen i Vestfold og Helsedirektoratet, utviklet et e-læringsprogram rettet mot nyansatte og ufaglærte som skal arbeide med mennesker med utviklingshemming. E-læringsprogrammet er utviklet i et samarbeid med fagnettverket innen utviklingshemming i Vestfold og Feber film.

E-læringsprogrammet var ferdig produsert og ble lansert i juni 2015 gjennom KS portalen – KS læring.

Målsettingen med opplæringsprogrammet er å bidra til å styrke den grunnleggende opplæringen for nyansatte og ufaglærte og å kvalitetsutvikle og kvalitetssikre tjenestene som gis til mennesker med utviklingshemming.

En viktig målsetting for utvikling av e-læringsprogrammer av denne type, er at det også skal ha en nasjonal overføringsverdi. Dette gjøres mulig ved å legge programmet tilgjengelig på KS-læring.

Formålet med denne rapporten er å beskrive hva som kom frem ved evaluering av programmet. Det er evaluert opp mot prosjektets hovedmålsettinger og nytteverdi. Resultatene fra evalueringen vil bli benyttet som en pekepinn i arbeidet med å videreutvikle programmet i forhold til de behov som både ledere og utøvere til nå har erfart.

Senter for omsorgsforskning Sør, ble høsten 2015 engasjert for å bidra inn i evalueringen av e-læringsprogrammet i et samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold.

Prosjektleder Ida Eide Johansen og førstelektor Per Gunnar Disch har gjennomført evalueringen og har skrevet rapporten i fellesskap.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Senter for omsorgsforskning Sør vil rette en takk til fagnettverk, ledere og tjenesteutøvere som har vært viktige veivisere og informanter i evalueringsprosessen.

Evalueringen er gjennomført i henhold til de retningslinjene Datatilsynet har for denne typen undersøkelser.

8.13 Kunnskapsoppsummering. Eksisterende velferdsteknologiutprøvinger i Norden for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Kunnskapsoppsummering

Eksisterende velferdsteknologiutprøvinger i Norden
for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Undine Knarvik og Marianne V. Trondsen

Nasjonalt senter for e-helseforskning
NSE-rapport nr. 02-2016

**Kunnskapsoppsummering. Eksisterende
velferdsteknologiutprøvinger i Norden for
barn og unge med funksjonsnedsettelse**

Undine Knarvik, Marianne V. Trondsen

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har av Direktoratet for e-helses Nasjonalt velferdsteknologiprogram¹ fått i oppdrag å gi en kunnskapsoppsummering om eksisterende velferdsteknologiutprøvinger i Norden for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Kunnskapsoppsummeringen inngår som innsiktsarbeid i et følgeforskningsoppdrag knyttet til to teknologiutprøvningsprosjekter for barn og unge med funksjonsnedsettelse i henholdsvis Horten og Drammen kommune. Dette dokumentet representerer leveranse M3 i oppdraget. Kommunene skal prøve ut velferdsteknologiske løsninger til barn og unge med funksjonsnedsettelse slik at de kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habilitering- og rehabiliteringsprosesser. Hensikten med kunnskapsoppsummeringen er å avdekke det teknologiske mulighetsrom og erfaringer fra utprøvinger i Norge og Norden som letter kommunenes ovennevnte arbeid.

8.14 Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg



Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016

Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg

Marit K. Helgesen, Torunn Kvinge, Dorothy S. Olsen, Arne Holme, Rannveig Røste

Dette er sluttrapporten fra en følgeevaluering av Kompetanseløftet 2015 (K2015), som er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan. K2015 er en handlingsplan under Omsorgsplan. Følgeevalueringen er gjennomført av NIBR og NIFU i samarbeid med Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo for Helsedirektoratet.

Formålet med følgeevalueringen er å beskrive og vurdere virkemiddelbruk, resultater og måloppnåelse. Oppdraget omfatter flere devalueringer og underveisrapporter er publisert i 2014 og 2015.

Vi ønsker å takke representanter for kommuner som har svart på survey og deltatt i intervjuer. Vi ønsker også å takke fylkesmannsembetene, Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå og KS for tilgang til data. Videre takk til deltakere i referansegruppen for interessante og nyttige diskusjoner.

Rapporten består av 9 kapitler. Det har vært forskjellige forfattere med på ulike kapitler. Torunn Kvinge har bidratt i alle kapitler.

Marit K. Helgesen har bidratt i kapitlene 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 og 9.

Dorothy S. Olsen har bidratt i kapitlene 2, 4 og 9, Arne Holm har

bidratt i kapittel 4. Dorothy S. Olsen, Arne Holm, Marit K.

Helgesen og Rannveig Røste har gjennomført alle intervjuer som er gjort som del av datainnsamlingen.

8.15 Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger



NIBR-rapport 2016:16

Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger

Hege Hofstad, Marit K. Helgesen

NIBR
NORSK INNSATS
I Helse og omsorg

By- og regionforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en fireårig følgeevaluering (2012-2015) av «Helse og Omsorg i Plan» (Helomplan), et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskapen om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn (se Hofstad og Bergsli 2016). Denne rapporten springer direkte ut av evalueringen av Helse og omsorg i Plan.

Helse og omsorg i plan sin styringsgruppe ønsket et tilleggsoppdrag som direkte følger opp Helse og omsorg i plan, men hvor en hever blikket og ser mer generelt på kompetanseheving knyttet til større reformer (i dette tilfellet Samhandlingsreformen), samt en vurdering av om Helse og omsorg i plan-modellens egnethet. Resultatene fra følgeevalueringen av Helomplan holdes opp mot resultatene fra evalueringen av kompetanseløftet 2015. Denne sammenlikningen gir så grunnlag for vurdering av Helomplanmodellens egnethet og muligheter for videreutvikling. Forfatterne vil rette en stor takk til informantene som har svart på spørreundersøkelser og stilt opp i intervjuer som en del av evalueringene av Helse og omsorg i plan og Kompetanseløftet 2015. Stor takk også til KS ved John Jacobsen for meget godt samarbeid.

8.16 Kompetenceudvikling for medarbejdere og ledere af plejeboliger



Sundhedsstyrelsen, mars 2016

www.sst.dk

**Kompetenceudvikling for
medarbejdere og ledere af
plejeboliger**

Sundhedsstyrelsen

Denne publikation har til formål at beskrive resultater og erfaringer fra afprøvning af fire kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere og ledere af plejeboliger til styrkelse af livskvalitet og selvbestemmelse for beboerne. De fire kompetenceudviklingsforløb omhandler:

- Styrkelse af mellemlederes ledelseskompetencer
- Styrkelse af medarbejderes fokus på den gode hverdag i plejebolig
- Styrket fokus på god kontinenspleje i plejebolig
- Styrket palliation i plejebolig

Publikationen skal fungere som inspiration for landets øvrige kommuner i deres arbejde med at øge livskvaliteten for beboere i plejebolig. Der lægges i publikationen vægt de forhold, som i afprøvningen af de fire kompetenceudviklingsforløb viste sig virksomt i forhold til at øge livskvalitet og selvbestemmelse for beboerne, og hvad man særligt som ledelse bør være opmærksom på, når man arbejder med kompetenceudvikling i en plejeboligkontekst.

Publikationen er en del af et samlet materiale fra Program for livskvalitet og selvbestemmelse for beboere i plejebolig, der blev iværksat i regi af Socialstyrelsen¹ som opfølgning på anbefalinger i Ældrekommissionens rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" fra 2012. Yderligere information om og publikationer fra programmet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kompetenceudvikling som driver af kulturforandring

Målet med de fire kompetenceudviklingsforløb var at udvikle og afprøve metoder til at skabe en kulturændring og en forandringsproces i landets plejeboliger, der i endnu højere grad skulle sætte beboernes livskvalitet og selvbestemmelse i centrum for det gode liv i plejeboliger. En sådan kulturændring forudsætter ændringer i den daglige praksis, som involverer både ledere, medarbejdere, frivillige, pårørende og ikke mindst beboerne selv. Derfor skulle fire af programmets initiativer fungere som afprøvning af, hvorvidt kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere ville fremme den ønskede forandring for beboere i plejebolig.

Kompetenceudviklingsforløbene blev understøttet med tranfer som gennemgående

metode til at arbejde med overførsel af ny viden til praksis. Begreberne livskvalitet og selvbestemmelse er tæt forbundne. Friheden til at kunne træffe egne beslutninger og oplevelsen af at være med til at forme sin hverdag og sit liv, er af stor betydning for oplevelsen af livskvalitet². Det gælder også for beboere i plejebolig. Når behovet for at flytte i plejebolig opstår, er det pga. fysisk eller kognitiv svækkelse, der kræver pleje og omsorg fra andre. Muligheden for selvbestemmelse og indflydelse på egen hverdag kan således være begrænset, hvilket har betydning for oplevelsen af livskvalitet. Det gode liv i plejebolig bygger således på en balance imellem det at modtage pleje og omsorg fra andre og forsat have mulighed for at træffe egne valg i hverdagen. Arbejdet med de fire kompetenceudviklingsforløb viste, at det kræver et målrettet fokus, investering af ressourcer og tålmodighed at arbejde med kulturforandring i plejeboliger. Det har været en udfordring at gøre livskvalitet og selvbestemmelse for den enkelte beboer til en mere integreret og aktiv del af hverdagen. Når det lykkes, har medarbejdere og ledelse givet udtryk for, at det er meningsfuldt og fører til en bedre hverdag for medarbejdere og beboere. Hvert enkelt plejecenters organisation har betydning for, hvordan arbejdet med livskvalitet og selvbestemmelse kan tilrettelægges. Derfor kan erfaringerne ikke forventes at blive de samme på alle landets plejecentre, men vil forme sig afhængigt af det sted og de mennesker, der er involveret i en given indsats.

Læsevejledning

Publikationen indledes med afsnittet Transfer – fra viden til praksis, som er en beskrivelse af den metode der er anvendt for at sikre overførsel af ny viden til praksis. Afsnittet indeholder desuden en række spørgsmål og redskaber, som kan bruges som inspiration til videre arbejde med transfer i landets kommuner. Herefter gennemgås erfaringer fra de fire kompetenceudviklingsforløb. For hvert forløb beskrives: Formål, baggrund, deltagende parter, resultater og erfaringer, beskrivelse af kompetenceudviklingsforløb og centrale indsigter for initiativet.



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