



**Riksrevisjonen**

## Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

Dokument 3:5 (2018–2019)



Denne publikasjonen finnes på Internett:  
[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

Trykte eksemplarer kan bestilles fra  
Departementenes sikkerhets-  
og seviceorganisasjon  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
tlf. 22 24 99 60

ISBN 978-82-8229-448-5

Forsideillustrasjon: Flisa Trykkeri AS.

# Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

## BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Eldre som blir tildelt helse- og omsorgstjenester i kommunene, skal ha de riktige tjenestene i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Vedtakene skal være basert på en faglig vurdering av den enkeltes behov, og kommunene skal legge stor vekt på hva den eldre selv mener. Kommunene skal arbeide kontinuerlig og systematisk med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen og sørge for at tjenestene er trygge og sikre. Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå skal støtte kommunene.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om eldre får kommunale helse- og omsorgstjenester i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger om likeverdig tilgjengelighet og god kvalitet, og hvordan de statlige virkemidlene er innrettet for å understøtte kommunenes arbeid med å forbedre tjenestene.



## Funn og anbefalinger

### Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet

- I flere av sakene som er gjennomgått i undersøkelsen, mangler det relevante opplysninger om den eldre behov for hjelp.
- De eldre blir ikke godt nok involvert før kommunen tildeler tjenester.
- Vedtak om hjemmesykepleie gir for lite informasjon om kommunens vurderinger og om hvilken hjelp den eldre vil få i praksis.
- Retten til å klage blir ikke godt nok ivaretatt.

### Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen

- Staten har ikke kommet langt nok i arbeidet med å utvikle gode måter for å måle kvalitet i eldreomsorgen. Det er behov for flere og bedre kvalitetsindikatorer.
- Det gjennomføres få tilsyn og forskes lite på kvaliteten i eldreomsorgen.

### Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen

- Det er store utfordringer med blant annet ernæring, legemidler og fall.
- Kommunene kan forbedre forutsetningene for god pasientsikkerhet ved å organisere arbeidet i tjenestene på andre måter.
- Mange kommuner har ikke tatt i bruk tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet.

### Mer kunnskap om forbedringsarbeid vil bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen

- Kunnskap om forbedringsarbeid har gitt gode resultater i noen kommuner.
- Flere kommuner vil ha nytte av å lære hvordan kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres.

### Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen

- Investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av omsorgsplasser, men det er usikkert om kapasiteten innen heldøgns omsorg for eldre er økt.
- Kommunene bruker i varierende grad virkemidler som kan gi et bedre tilbud til eldre som bor hjemme.
- Antall eldre vil øke sterkt, men fylkesmennene har lite informasjon om kommunenes planer for eldreomsorgen.

### Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- sikrer at statlige virkemidler bidrar til at kommunene utreder de eldre behov og ønsker bedre, før de tildeler helse- og omsorgstjenester
- sikrer at de eldre klagerettigheter blir bedre ivaretatt, både i kommunene og gjennom fylkesmennenes behandling
- bidrar til mer presis kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen, blant annet ved å utvikle flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer
- bidrar til å spre anerkjent kunnskap i kommunene om hvordan arbeid med kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres
- sørger for å ha god informasjon om hvordan kommunene forbereder seg på konsekvensene av den forventede økningen i antall eldre, og vurderer hvordan statlige virkemidler best kan brukes for å bistå kommunene i arbeidet
- vurderer hvordan departementets virkemidler kan hjelpe kommunene i deres arbeid med å redusere det høye sykefraværet og den omfattende bruken av deltid
- avklarer, i samarbeid med KS, hva «heldøgns omsorg» for eldre innebærer og hvordan begrepet skal brukes i planlegging og statistikk

# Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

---

Dokument 3:5 (2018–2019)



## Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2018–2019) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*.

Dokumenter i denne serien har følgende inndeling:

- oppsummering av hovedfunn, Riksrevisjonens merknader, anbefalinger, departementet/-enes oppfølging og Riksrevisjonens sluttmerknad
- vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden(e)
- vedlegg 2: statsråden(e)s svar
- vedlegg 3: rapport om forvaltningsrevisjonsavdelingens undersøkelse og vurderinger

Riksrevisjonen benytter følgende begreper for kritikk, med denne rangeringen etter høyest alvorlighetsgrad:

1. **Svært alvorlig** brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.
2. **Alvorlig** benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.
3. **Sterkt kritikkverdig** angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.
4. **Kritikkverdig** brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.

Riksrevisjonen, 20. november 2018

For riksrevisorkollegiet

*Per-Kristian Foss*  
riksrevisor



# Innhold

<b>1 Hovedfunn</b>	<b>8</b>
<b>2 Riksrevisjonens merknader</b>	<b>8</b>
<b>3 Riksrevisjonens anbefalinger</b>	<b>13</b>
<b>4 Departementets oppfølging</b>	<b>13</b>
<b>5 Riksrevisjonens sluttmerknad</b>	<b>14</b>
<b>Vedlegg 1 Riksrevisjonens brev til statsråden</b>	<b>17</b>
<b>Vedlegg 2: Statsrådets svar</b>	<b>21</b>
<b>Vedlegg 3: Rapport</b>	<b>29</b>
1 Innledning	35
2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	37
3 Revisjonskriterier	41
4 Tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre	50
5 Kvalitet og pasientsikkerhet	64
6 Kapasitet og planlegging	90
7 Vurderinger	112
8 Referanseliste	119

**Utbrett: Undersøkelsens bakgrunn, formål, funn og anbefalinger.**





# Helse- og omsorgsdepartementet

## Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om eldre får kommunale helse- og omsorgstjenester i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger om likeverdig tilgjengelighet og god kvalitet, og hvordan de statlige virkemidlene er innrettet for å understøtte kommunenes arbeid med å forbedre tjenestene.

Den enkelte kommune er gjennom *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* pålagt å tilby nødvendige tjenester til personene som oppholder seg der. Prinsippet om kommunalt selvstyre gir kommunene stor frihet til å innrette tjenestetilbudet sitt ut fra lokale forhold og prioriteringer, forutsatt at de oppfyller Stortingets krav til tilgjengelighet og kvalitet. Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå skal støtte kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene blir nådd.

Omtrent 60 prosent av dem som blir tildelt helse- og omsorgstjenester i kommunene, er over 67 år. Tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen innebærer blant annet at riktige tjenester skal gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Vedtak om tjenester skal være basert på en faglig vurdering av den enkeltes behov, og kommunene skal legge stor vekt på hva den eldre selv mener. Kommunene skal arbeide kontinuerlig og systematisk med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen og sørge for at tjenestene er trygge og sikre.

Undersøkelsen omfatter hovedsakelig perioden 2014–2018 og tar utgangspunkt i blant annet følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven)
- *lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (forvaltningsloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- Innst. 477 S (2012–2013), jf. Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*
- Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- Innst. 217 S (2015–2016), jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Innst.11 S (2016–2017), jf. Prop.1 S (2016–2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 17. august 2018. Departementet har i brev 11. september 2018 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 17. oktober 2018 og statsrådets svar 31. oktober 2018 følger som vedlegg.

---

## 1 Hovedfunn

- Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet.
- Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen.
- Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen.
- Mer kunnskap om forbedringsarbeid vil bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen.
- Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen.

---

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet

Helse- og omsorgstjenesteloven forutsetter at kommunene tildeler sykehjemsplass og helsetjenester i hjemmet på bakgrunn av individuelle behovsvurderinger. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal det legges stor vekt på hva brukeren mener. Kommunen må gjøre nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon, jf. forvaltningsloven. Vedtak om tjenester som forventes å vare ut over to uker, skal begrunnes.

Gjennomgangen av et utvalg saker fra tolv kommuner viser at den eldre selv ikke blir godt nok involvert før kommunen tildeler tjenester. I tre av ti saker der kommunen har fattet vedtak om helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie), går det ikke fram av saken hvilken hjelp brukeren selv ønsker. I én av fire saker har ikke kommunen vært i kontakt med brukeren før vedtaket ble gjort.

Dersom en person er ute av stand til å ivareta sine interesser og å forstå hva et samtykke innebærer, kan vedkommende mangle samtykkekompetanse. I minst 20 prosent av sakene som er gjennomgått, burde samtykkekompetanse vært omtalt, for eksempel fordi brukeren åpenbart har demens eller pårørende opptre på vegne av den eldre. I knapt noen av disse sakene er samtykkekompetanse nevnt. Det går også fram av undersøkelsen at samtykkekompetanse er et tema det er for lite kunnskap om i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Økt aldring i befolkningen vil føre til at flere får demens, noe som gjør at behovet for god kunnskap om samtykkekompetanse vil bli stadig viktigere. Vurderinger om samtykkekompetanse har betydning for hvordan kommunen legger til rette for medvirkning fra den eldre selv og fra pårørende.

Undersøkelsen viser videre at det i flere saker mangler relevante opplysninger om søkerens funksjonsnivå. Kommunen har ikke utredet godt nok hva den eldre klarer selv og trenger hjelp til. Bare én av kommunene i saksgjennomgangen har utformet et eget kartleggingsverktøy. Det er kommunen som har ansvar for at saksbehandlingen og tildelingen av tjenester er i samsvar med kravene i lover og forskrifter, men staten kan bidra med virkemidler som kan være til hjelp for kommunene. Helsedirektoratet har for eksempel utarbeidet en veileder som skal være et hjelpemiddel i saksbehandlingen. I prosjektet *Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene* tester fire kommuner ulike verktøy som kan bidra til at kommunene innhenter informasjon mer systematisk, blant annet samtaleguider.

Undersøkelsen viser at vedtak om hjemmesykepleie ofte er ufullstendig begrunnet. I over halvparten av sakene som er gjennomgått i undersøkelsen, er det for lite relevant informasjon i vedtaket om fakta som ligger til grunn, og om hvilke vurderinger kommunen har gjort av brukerens ønsker og behov. Videre gir vedtakene lite konkret informasjon om hvilken bistand brukeren vil få, og hva som er hensikten med hjelpen.

Dette gjelder tre av ti saker der den eldre har blitt tildelt hjemmesykepleie. Det betyr at det er vanskelig for brukeren å forstå hvilken hjelp han eller hun i praksis vil motta.

Når kommunen mangler informasjon om søkerens ønsker og funksjonsnivå, er det Riksrevisjonens vurdering at tjenester ikke blir tildelt etter individuelle behovsvurderinger. Videre mener Riksrevisjonen at ufullstendige og lite informative vedtak gjør det vanskelig for brukeren og de pårørende å vite om de tildelte tjenestene møter behovene, og om det er grunnlag for å klage.

### **2.1.1 Klagerettighetene blir ikke godt nok ivaretatt**

Vedtak om helsetjenester i hjemmet eller sykehjems plass kan påklages, jf. forvaltningsloven. Det gjelder både avslag og innvilgelse av tjenester. Det kan for eksempel være aktuelt å klage på et vedtak om helsetjenester i hjemmet dersom brukeren mener at tjenestene som er tildelt, ikke er i samsvar med behovene. Klagen skal behandles av den kommunen som har fattet vedtaket. Dersom kommunen opprettholder vedtaket, skal klagen sendes videre til fylkesmannen.

Undersøkelsen viser at fylkesmannsembetene mottar få klager på helse- og omsorgstjenester til eldre sammenlignet med antall vedtak som kommunene fatter (ca. én promille). I 2017 kom det i gjennomsnitt inn færre enn én klage fra hver kommune. Det går også fram av undersøkelsen at kommunene ikke har god nok kompetanse om brukernes klagerettigheter, noe som kan bety at de eldre ikke får tilstrekkelig veiledning om rettighetene sine.

Nær halvparten av embetene nådde i 2017 ikke målet om at klagen skal bli behandlet innen tre måneder. Samtidig gjorde de om vedtaket i tre av ti saker som gjelder eldre. Det betyr at rask behandling av klagen er viktig for at brukerne skal få de tjenestene de trenger til rett tid.

Klageordningene er et virkemiddel som skal bidra til at rettigheter blir ivaretatt, og at tjenester blir tildelt etter behov. Riksrevisjonen mener det er nødvendig at kommunene og fylkesmennene følger bedre opp at eldre får god veiledning om klagerettighetene, og at klagen blir behandlet innen rimelig tid.

### **2.2 Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen**

Helsedirektoratet har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å utvikle objektive kvalitetsindikatorer. Undersøkelsen viser at selv om det er utviklet noen nye indikatorer de siste årene, er det få kvalitetsindikatorer for eldreomsorgen. Det gjelder særlig i hjemmetjenestene, samtidig som mange kommuner i økende grad tildeler hjemmetjenester istedenfor plass i sykehjem.

Det går fram av undersøkelsen at mange av kvalitetsindikatorene har dårlig datakvalitet. Indikatorne er basert på data fra kommunene, i hovedsak IPLOS-registeret (individbasert helse- og omsorgsstatistikk). Mange kommuner har ikke gode nok rutiner for å sikre at IPLOS-variablene blir registrert som forutsatt. Det betyr at det er usikkert om indikatorne gir et riktig bilde av kvaliteten i tjenestene, og at det er vanskelig å sammenligne kvaliteten i eldreomsorgen mellom kommuner.

Kommunene er pålagt gjennom *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* å bruke erfaringer fra brukere og pårørende. Undersøkelsen viser at noen kommuner gjennomfører brukerundersøkelser for å få informasjon om opplevd kvalitet, og at det vil bli utviklet en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse.

Kunnskapsbasert praksis er viktig for å sikre god kvalitet i omsorgstjenestene. Forskning er en sentral kunnskapskilde. Forskning kan også bidra til at Helse- og

omsorgsdepartementet får informasjon om hvordan de nasjonale målene realiseres i kommunene. Undersøkelsen viser at det har blitt mer forskning om kommunale helse- og omsorgstjenester, men at det fortsatt forskes lite på disse tjenestene. Lite forskning på kvaliteten i tjenestene har flere konsekvenser, blant annet at kunnskapsgrunnlaget for å utvikle indikatorer og faglige retningslinjer er begrenset.

Fylkesmannens tilsyn er et statlig virkemiddel som blant annet skal bidra til økt kvalitet og understøtte kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring. Det går fram av undersøkelsen at Helse- og omsorgsdepartementet ser på tilsyn som sin viktigste kilde til kunnskap om kvaliteten i tjenestene. Samtidig viser undersøkelsen at det gjennomføres få planlagte tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre. Mange embeter er lite tilfreds med det antallet tilsyn de har gjennomført, og viser blant annet til begrenset kapasitet som forklaring på lav tilsynsaktivitet.

Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at staten ikke har kommet lenger i arbeidet med å utvikle gode måter å måle kvalitet i eldreomsorgen på. Objektive kvalitetsindikatorer er viktige for at staten skal kunne vurdere om det er behov for tiltak på nasjonalt nivå for å redusere uønskede kvalitetsforskjeller, og for å gi kommunene informasjon om resultater som grunnlag for kvalitetsforbedring. Også for brukere, pårørende og offentligheten er det viktig å ha informasjon om kvaliteten i eldreomsorgen. Etter Riksrevisjonens vurdering mangler det nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen på grunn av lav tilsynsaktivitet, lite forskning og få gode kvalitetsindikatorer.

### **2.3 Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen**

God kvalitet i eldreomsorgen forutsetter at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Det innebærer å gi faglig forsvarlige tjenester og verne eldre mot skader som følge av helsehjelp eller mangel på helsehjelp. Kravene til forsvarlighet følger av helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven.

Undersøkelsen viser at det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, blant annet når det gjelder ernæring, legemidler og fall. Mange eldre er underernært, og det er behov for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle underernæring. Problemene knyttet til legemidler handler blant annet om bruk av for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler og manglende oversikt over legemiddelbruken. Fall er en vanlig årsak til at eldre skader seg og må legges inn på sykehus eller i sykehjem.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Det statlige pasientsikkerhetsprogrammet inneholder flere virkemidler som kommunene kan ta i bruk for å forbedre pasientsikkerheten, blant annet tiltakspakker og læringsnettverk. Det er for eksempel utviklet tiltakspakker med anbefalte metoder for å forebygge underernæring, sikre riktig legemiddelbruk og forebygge fall i sykehjem. Kommunene som deltar i læringsnettverk, får bistand i forbedringsarbeidet sitt og lærer av hverandre. Undersøkelsen viser at én av tre kommuner ikke har deltatt i et læringsnettverk, og at det er vanskelig for pasientsikkerhetsprogrammet å nå ut med virkemidlene sine til alle kommunene.

Samtidig går det fram av undersøkelsen at sentrale forutsetninger for god pasientsikkerhet i mange kommuner ikke er på plass, og at dette henger sammen med organisering og arbeidsmåter. Selv om stillingsandelen blant sykepleiere har økt, er det fortsatt høyt sykefravær og omfattende bruk av deltidsstillinger. I hjemmetjenestene er det ofte mange ulike personer som følger opp brukeren. Det betyr blant annet at det blir vanskelig å få til god informasjonsutveksling og å oppdage endringer i brukerens

funksjonsnivå og helsetilstand. Mange ufaglærte arbeider med brukerne, og det gjenstår mye før kompetansen i eldreomsorgen er i samsvar med behovene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, og at disse utfordringene har vedvart over tid. Riksrevisjonen mener at mange kommuner kan forbedre forutsetningene for god pasientsikkerhet ved å organisere arbeidet i tjenestene på andre måter, særlig i hjemmetjenesten. Riksrevisjonen viser også til at pasientsikkerhetsprogrammet er et viktig statlig virkemiddel, men at mange kommuner ikke har tatt i bruk tiltakene i programmet som kan forbedre pasientsikkerheten.

## **2.4 Mer kunnskap om forbedringsarbeid vil bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen**

Helse- og omsorgstjenesteloven og forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i tjenestene.

Undersøkelsen viser at kunnskap om hvordan forbedringsarbeid bør ledes og gjennomføres, er en stor fordel i arbeidet med kvalitetsforbedringer i eldreomsorgen. Slik kunnskap har blant annet vært viktig for lederne som har lyktes med å ta i bruk velferdsteknologi i Grimstads eldreomsorg, og for lederne som har forbedret pasientsikkerheten ved Oppsalhjemmet i Oslo. Begge steder har forbedringsarbeidet i stor grad fulgt anerkjente modeller for kvalitetsforbedring, som også forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsprogrammet er basert på. Måling av resultater står sentralt i systematisk forbedringsarbeid og kommer til uttrykk blant annet i planene for gevinstrealisering i Grimstad og i Oppsalhjemmets arbeid med legemiddelgjennomgang. Forbedringskunnskap omfatter også kunnskap om hvordan medarbeidere kan involveres i endringsprosesser på en god måte, noe som er viktig for å lykkes med endringer. Kunnskap om systematisk forbedringsarbeid inngår i den nasjonale lederutdanningen som er et tiltak i *Kompetanseløft 2020*.

Etter Riksrevisjonens vurdering vil mer kunnskap om hvordan forbedringer bør ledes og gjennomføres bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen. Forbedringskunnskap kan blant annet gi kommunene bedre forutsetninger for å kunne etterleve kravene til systematisk arbeid med pasientsikkerhet. Riksrevisjonen mener derfor at det er en oppgave for staten å bidra til at kommunene styrker sin kompetanse om forbedringsarbeid.

## **2.5 Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen**

### **2.5.1 Investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av omsorgsplasser, men det er usikkert om kapasiteten i heldøgns omsorg for eldre er økt**

Alle kommuner må sørge for at de kan gi sykehjemsplass eller annet heldøgns omsorgstilbud til dem som ikke kan få nødvendige og forsvarlige tjenester på andre måter. Husbanken forvalter et statlig investeringstilskudd til utbygging og modernisering av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp bruken av de statlige midlene og sikre seg informasjon om måloppnåelsen, slik økonomiregelverket i staten forutsetter.

Undersøkelsen viser at investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av omsorgsplasser, men det er usikkert om kapasiteten innen heldøgns omsorg for eldre har blitt bedre. I 2017 var det en netto tilvekst av plasser, men det finnes ikke tall for netto tilvekst før dette. Det er derfor ikke mulig å vite hvor mange nye plasser investeringstilskuddet over tid har bidratt til. Det går også fram av undersøkelsen at

kommunene, Husbanken og Statistisk sentralbyrå legger ulikt innhold i begrepet «heldøgns omsorg». Helse- og omsorgsdepartementet og kommuneorganisasjonen KS samarbeider om å avklare hva et heldøgns omsorgstilbud er, og hvilken kapasitet som vil være nødvendig i årene framover.

Riksrevisjonen har merket seg at investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av sykehjem og omsorgsboliger, men konstaterer at det er usikkert om kapasiteten innen heldøgns omsorg for eldre er økt. Riksrevisjonen legger til grunn at samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS vil gi mer kunnskap om hvorvidt utbyggingen av omsorgsplasser er tilstrekkelig.

### **2.5.2 Kommunene bruker i varierende grad virkemidler som kan gi et bedre tilbud til eldre som bor hjemme**

Mange kommuner reduserer bruken av institusjoner i eldreomsorgen og tildeler i større grad hjemmetjenester. Det finnes flere virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger, men undersøkelsen viser at det varierer mellom kommunene hvor mye de bruker disse virkemidlene.

Undersøkelsen viser at selv om flertallet av kommunene har tatt i bruk velferdsteknologi, er det mange kommuner som fortsatt ikke gjør det. Velferdsteknologi kan bidra til større trygghet for hjemmeboende og pårørende, gjøre det mulig for eldre å bo lenger hjemme og effektivisere arbeidet i hjemmetjenestene.

Dagaktivitetstilbud er viktig for den eldre selv, men kan også bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorg. I 2017 ble tilskudd til dagaktivitetstilbud for personer med demens tildelt sju av ti kommuner. Det finnes foreløpig ikke oppdatert oversikt over hvor mange som mottar et slikt tilbud. Innen 2020 skal alle kommuner ha dette, men ifølge regjeringen er det fortsatt langt igjen før tilbudet er utbygget over hele landet.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det en viktig oppgave for fylkesmannen og Helsedirektoratet å motivere og legge til rette for at kommunene bruker tilskudd og andre tilgjengelige virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger med gode tjenester. Det er særlig viktig å følge med på om statlige virkemidler blir tatt i bruk i de kommunene der antallet eldre vil øke sterkt.

### **2.5.3 Fylkesmannen har lite informasjon om kommunenes planer for eldreomsorgen**

Alle kommuner skal sikre at langsiktige utfordringer, mål og strategier er beskrevet i kommunens planverk, jf. *lov om planlegging og byggesaksbehandling*. Siden 2005 har Helse- og omsorgsdepartementet i flere stortingsmeldinger pekt på at framtidens omsorgsutfordringer bør være tema i kommunenes planarbeid.

Framskrivninger av befolkningsutviklingen viser at antallet eldre vil øke sterkt. Aldringen vil være betydelig sterkere i noen kommuner enn i andre, særlig i mindre distriktskommuner der andelen eldre allerede er høy.

Fylkesmennene skal følge opp kommunenes arbeid med planlegging. Undersøkelsen viser at de har begrenset informasjon om hvor mange kommuner som har planer, og om innholdet i og kvaliteten på planene. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet til fylkesmannen satt som mål at minst 70 prosent av kommunene skal ha planer for å møte framtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet, blant annet kompetanse- og rekrutteringsplaner. Undersøkelsen viser at det i flere år har vært vanskelig å beholde og rekruttere nok kvalifisert personell.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at staten sikrer seg god informasjon om kommunenes arbeid med analyser og planer. I flere kommuner synes det å være behov for mer arbeid med analyser av det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester og planer for hvordan kommunen skal sikre riktig kapasitet i tjenestene, både når det gjelder omsorgsplasser, hjemmetjenester og bemanning. Det er særlig viktig at statlige myndigheter følger med på situasjonen i de kommunene der andelen eldre vil øke sterkt, og der det er vanskelig å rekruttere helsepersonell.

---

### 3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- sikrer at statlige virkemidler bidrar til at kommunene utreder de eldres behov og ønsker bedre, før de tildeler helse- og omsorgstjenester
- sikrer at de eldres klagerettigheter blir bedre ivaretatt, både i kommunene og gjennom fylkesmennenes behandling
- bidrar til mer presis kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen, blant annet ved å utvikle flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer
- bidrar til å spre anerkjent kunnskap i kommunene om hvordan arbeid med kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres
- sørger for å ha god informasjon om hvordan kommunene forbereder seg på konsekvensene av den forventede økningen i antall eldre, og vurderer hvordan statlige virkemidler best kan brukes for å bistå kommunene i arbeidet
- vurderer hvordan departementets virkemidler kan hjelpe kommunene i deres arbeid med å redusere det høye sykefraværet og den omfattende bruken av deltid
- avklarer, i samarbeid med KS, hva «heldøgns omsorg» for eldre innebærer og hvordan begrepet skal brukes i planlegging og statistikk

---

### 4 Departementets oppfølging

Eldre- og folkehelseministeren gir i sitt svar uttrykk for at Riksrevisjonens rapport beskriver viktige tema og utfordringer som har betydning for tilgjengelighet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Statsråden viser til at det er behov for større kunnskap om de faktiske forholdene ute i tjenestene, og mener at Riksrevisjonens rapport og anbefalinger er et viktig bidrag til bredere forståelse av tjenestene og hva som kan vurderes av forbedringer.

Statsråden beskriver Riksrevisjonens funn om utfordringene med pasientsikkerheten i eldreomsorgen som alvorlig. Hun viser til at regjeringen har sendt på høring et forslag om å etablere et nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud. Ombudet skal bidra til å styrke oppmerksomheten om eldres behov, være et talerør for eldre og bedre rettssikkerheten og pasientsikkerheten. Statsråden viser også til at Stortinget har vedtatt en utvidelse av varslingsordningen om alvorlige hendelser, som vil styrke eldres rettigheter. Videre viser statsråden til at bevilgningene til grunn-, etter- og videreutdanning er økt, noe som vil bidra til bedre samsvar med kompetansebehovene, og dermed styrket pasientsikkerhet. Statsråden peker på fallskader med brudd hos eldre som et stort folkehelseproblem, og opplyser at regjeringen arbeider med tiltak som skal støtte kommunene i arbeidet med å forebygge fallulykker.

Når det gjelder Riksrevisjonens vurdering om behovet for mer arbeid med analyser og planer i kommunene for å sikre riktig kapasitet, viser statsråden til samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Statistisk sentralbyrå om framskrivninger



av ressursbruk og tilbud av arbeidskraft i helse og omsorg. Statsråden peker også på at regjeringen samarbeider med KS – kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon – om analyser av behovet for heldøgns omsorgsplasser.

Ifølge statsråden er kvalitetsindikatorer det viktigste instrumentet for å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Statsråden peker på at antallet indikatorer har økt, og at Helsedirektoratet jobber systematisk med å utvikle og forbedre indikatorene. Statsråden viser videre til at det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet i kommunene er viktig, og at kvalitetsreformen *Leve hele livet* skal sette gode erfaringer i system og spre dem til andre kommuner.

Statsråden mener at styrking av heltidskultur og reduksjon av sykefravær er en forutsetning for god kvalitet på tjenestene, økt pasientsikkerhet og bedre kontinuitet i oppfølgingen av brukerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hun viser til at *lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* ble endret i 2015, slik at det er mulig for partene lokalt å avtale lengre vakter, og at spørsmål knyttet til lønns- og arbeidsvilkår først og fremst er en sak for partene i arbeidslivet.

Statsråden opplyser at hun vil se nøye på hvordan departementet kan følge opp Riksrevisjonens anbefalinger.

---

## 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 13. november 2018

**Per-Kristian Foss**

**Helga Pedersen**

**Heidi Grande Røys**

**Gunn Karin Gjul**

**Arve Lønnum**

---

Jens Arild Gunvaldsen





Vedlegg 1

---

## Riksrevisjonens brev til statsråden





**Riksrevisjonen**

Vår saksbehandler  
Cathrine Neegaard 22241470  
Vår dato 17.10.2018  
Deres dato 2017/00366-118  
Vår referanse  
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Att.: statsråd Åse Michaelsen

### **Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen**

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2018–2019) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 17. august 2018, og på departementets svar 11. september 2018.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 31. oktober 2018.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss  
riksrevisor

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:x (2018–2019) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*

*Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.*



Vedlegg 2

---

**Statsrådets svar**





Riksrevisjonen  
Postboks 8130 Dep  
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,  
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

16/6230-21

31. oktober 2018

## Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

Jeg viser til Riksrevisjonens brev datert 17. oktober.

Som eldre- og folkehelseminister er jeg opptatt av at eldre skal ha tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, og at alle skal motta et tjenestetilbud som er forankret i grunnleggende verdier som respekt og menneskeverd. Riksrevisjonens rapport beskriver viktige tema og utfordringer som har betydning for tilgjengelighet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for større kunnskap om de faktiske forholdene ute i tjenestene, og denne rapporten og anbefalingene fra Riksrevisjonen er et viktig bidrag til å få en bredere forståelse av tjenestene og hva som kan vurderes av forbedringer.

Ett av Riksrevisjonens hovedfunn er utfordringer knyttet til pasientsikkerheten ved helse- og omsorgstjenester til eldre. Det er et alvorlig funn, som jeg tar på største alvor. Regjeringen har nå sendt på høring et forslag om å etablere et nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud som skal ha særlig fokus på eldre og tjenestene de mottar. Ved å etablere et nasjonalt eldre-, pasient- og brukerombud ønsker regjeringen å styrke oppmerksomheten om de eldres behov og styrke tjenestetilbudet til eldre. Det vil også gi de eldre et talerør som kan sette eldres behov og ønsker på dagsorden. Som også Riksrevisjonens undersøkelser viser, er vi kjent med at mange eldre ikke etterspør den hjelpen de trenger og ikke ønsker å være til bry. Dette kan også medføre at mange eldre ikke klager på manglende eller mangelfullt tjenestetilbud. Gjennom denne styrkingen skal ombudene rette større oppmerksomhet mot pasient- og brukerbehov hos eldre, og på den måten være et bidrag til å styrke både rettssikkerheten og pasientsikkerheten for eldre pasienter og brukere.

Regjeringen foreslo i 2017 i ny helsetilsynslov at dagens varslingsplikt for alvorlige hendelser også skal gjelde de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette ble vedtatt av Stortinget. I budsjettet for 2019 foreslås Statens Helsetilsynet styrket med til sammen 23 mill. kroner, blant annet begrunnet med utvidelsen av varselsordningen. I tillegg til at plikten til å varsle utvides til alle som yter helse- og omsorgstjenester, har vi også sikret at pasienter og pårørende kan varsle Statens Helsetilsyn om alvorlige hendelser. Varslene skal behandles på tilsvarende måte som i tilfeller hvor varslene blir sendt fra virksomhetene. En slik lovfestet rett til å varsle Statens Helsetilsyn har ikke eldre, brukere og pårørende hatt tidligere. Utvidelse av varslingsordningen vurderes derfor som en styrking av eldre, brukere og pårørendes rettigheter. Det vil også gi eldre som ikke har pårørende større trygghet, siden virksomhetene selv blir pliktig til å melde fra om alvorlige hendelser.

Regjeringen har videre styrket satsingen på grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene med om lag 165 mill. kroner, til en samlet bevilgning på om lag 355 mill. kroner i 2018. Satsingen bidrar blant annet til å kvalifisere ufaglærte til en utdanning innenfor helse- og sosialfag, og på den måten bidra til at kompetansen i eldreomsorgen er i samsvar med behovene og derigjennom blant annet bidra til styrket pasientsikkerhet.

Det er viktig at eldre blir tilstrekkelig involvert i tildelingen og utformingen av den enkeltes tjenestetilbud. Jeg er kjent med at Statens helsetilsyn og fylkesmennene har brukerinvolvering i tilsyn som satsingsområde fram til 2018, og er glad for at dette er tema også hos instansene som fører tilsyn med de kommunale tjenestene. Dette ble valgt ut som et satsingsområde på bakgrunn av et særskilt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016. Jeg ser frem til å gjøre meg kjent med hvilke erfaringer satsingen har bidratt til og hva Statens helsetilsyn tar med seg videre fra denne satsingen.

Riksrevisjonen vurderer at det er viktig at staten sikrer seg god informasjon om kommunenes arbeid med analyser og planer. I den sammenheng påpeker Riksrevisjonen videre at flere kommuner synes å ha behov for mer arbeid med analyser av det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester og planer for hvordan kommunen skal sikre riktig kapasitet i tjenestene, både når det gjelder omsorgsplasser, hjemmetjenester og bemanning. Jeg vil i den sammenheng vise til samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Statistisk sentralbyrå om framskrivninger av ressursbruk og tilbud av arbeidskraft i helse og omsorg, inklusive heldøgns omsorgsplasser. I første omgang består samarbeidet av en leveranse til den varslede stortingsmeldingen om nasjonal helse- og sykehusplan i 2019, med framskrivninger og analyser på nasjonalt nivå for helse- og omsorgssektoren. Samarbeidet er imidlertid tenkt å være et langvarig samarbeid, der det også skal utvikles modeller og analyser som skal kunne benyttes av kommuner og helseforetak på regionalt/lokalt nivå, blant annet i deres arbeid med å sikre tilstrekkelig kapasitet i tjenestene.

Videre har regjeringen etablert et samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. KS har også i 2018 gjennomført en undersøkelse av kommunenes utbyggingsplaner og behovsanslag i den neste

fireårsperioden. Regjeringen og KS sammenholder foreliggende materiale fra KS, SSB, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjett. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Plansamarbeidet har også bl.a. resultert i et felles notat om forståelsen av heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk.

Riksrevisjonen trekker fram at det er behov for mer presis kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen, blant annet ved å utvikle flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer. Videre anbefaler Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å spre anerkjent kunnskap i kommunene om hvordan arbeid med kvalitetsforbedringer bør ledes og gjennomføres. Helsedirektoratet jobber systematisk med utvikling og forbedringer av nasjonale kvalitetsindikatorer for omsorgstjenestene. Vi har i dag 17 kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren, fra fire før 2015. Flere kvalitetsindikatorer er under utvikling. Kvalitetsindikatorer er det viktigste instrumentet for å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er en kvalitetsindikator et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Den er ikke et helhetlig mål. Det er derfor behov for å se på det totale virkemiddelapparat for å ha kunnskap om kvaliteten i tjenestene.

En viktig dimensjon er også det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet. Gjennom Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre, skal de gode erfaringene med kvalitetsarbeid settes i system og spres til andre kommuner. Kommunene oppfordres til å sette kvalitet i tjenesten på dagsorden og ta stilling til reformens gode løsninger og hvordan de vil tilpasse disse til sin lokale kontekst og integrere dette i sitt ordinære kvalitetsforbedringsarbeid. Det er i Prop. 1 S (2018-2019) foreslått å bevilge midler til et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformen, som skal gi tilbud om støtte og veiledning til utvikling, iverksetting og evaluering av lokalt planarbeid. Alle kommunene skal inviteres til å delta i læringsnettverk der de kan dele erfaringer og bli inspirert av hverandre. Et sentralt hjelpemiddel i planarbeid er gode data og et valid faktagrunnlag. Det foreslås derfor også i Prop. 1 S (2018-2019) en styrking av ressursportalen for analyse og planlegging som er utviklet av fylkesmannsembetet i Trøndelag.

Antall eldre vil øke betydelig i årene fremover. Regjeringens politikk er at flere eldre skal bo hjemme, og fremover vil det være viktig å tilrettelegge for at boligen skal være trygg, og at eldre har mental og fysisk kapasitet til å være selvhjulpne. Fallskader med brudd hos eldre er et folkehelseproblem som medfører store samfunnskostnader. Regjeringen vil utarbeide en nullvisjon som skal bidra til å samordne statens virkemidler og støtte kommunene i arbeidet med å forebygge fallulykker. Følgende prinsipper legges til grunn: oversikt og skadedata, systematisk arbeid, tidlig innsats, samordning av statlige virkemidler, samarbeid på tvers av sektorer (frivillig-offentlig-privat) og bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestenes muligheter for fallforebygging. Arbeidet vil foregå langs hele akse mellom forebygging og behandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med relevante departementer stå ansvarlig for utformingen av tiltakene, og det er aktuelt å utfordre direktoratene til å lage en implementeringsplan.

Styrking av heltidskultur og reduksjon av sykefravær er en forutsetning for god kvalitet på tjenestene, økt pasientsikkerhet, og bedre kontinuitet i oppfølgingen av pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det var blant annet derfor regjeringen i 2015 endret arbeidsmiljøloven og åpnet for at det skulle bli enklere for partene lokalt å avtale vakter opp til tolv og en halv time. Når det gjelder spørsmål knyttet til lønns- og arbeidsvilkår, er dette imidlertid først og fremst en sak for partene i arbeidslivet og ligger innenfor arbeids- og sosialministerens sektoransvar.

Riksrevisjonens rapport avdekker viktige forhold knyttet til tilgjengelighet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Jeg vil se nøye på hvordan vi kan følge opp Riksrevisjonens anbefalinger, og vil sammen med regjeringen fortsette å jobbe kontinuerlig med å sikre gode og forsvarlige tjenester til eldre pasienter og brukere.

Med hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Åse Michaelsen', with a stylized, cursive script.

Åse Michaelsen





Vedlegg 3

---

**Rapport: Riksrevisjonens  
undersøkelse av tilgjengelighet  
og kvalitet i eldreomsorgen**



**Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.**

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>35</b>
1.1	Bakgrunn	35
1.2	Mål og problemstillinger	36
<b>2</b>	<b>Metodisk tilnærming og gjennomføring</b>	<b>37</b>
2.1	Gjennomgang av et utvalg saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre	37
2.2	Caseundersøkelse	38
2.3	Statistikk	38
2.4	Intervjuer	39
2.5	Spørreundersøkelser til fylkesmannsembetene og pasient- og brukerombudene	39
2.6	Gjennomgang av dokumenter	39
2.7	Referansegruppe	40
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	<b>41</b>
3.1	Krav til kommunene om å sørge for nødvendige og likeverdige helse- og omsorgstjenester	41
3.2	Krav til kvalitet i kommunenes helse- og omsorgstjenester	42
3.2.1	Forsvarlige helse- og omsorgstjenester	42
3.2.2	Brukermedvirkning	44
3.3	Krav til kommunenes styring og ledelse av helse- og omsorgstjenestene	44
3.3.1	Systemer for internkontroll og kvalitetsforbedring	44
3.3.2	Bemanning og kompetanse	45
3.3.3	Helhetlig tjenestetilbud	46
3.3.4	Innovasjon og velferdsteknologi	46
3.3.5	Forskning	47
3.3.6	Saksbehandling	47
3.3.7	Planlegging	47
3.4	Krav til statlige myndigheter	48
3.4.1	Helse- og omsorgsdepartementet	48
3.4.2	Helsedirektoratet	48
3.4.3	Statens helsetilsyn og fylkesmannen	49
3.4.4	Pasient- og brukerombudene	49
<b>4</b>	<b>Tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre</b>	<b>50</b>
4.1	Helse- og omsorgstjenester	50
4.2	Kommunenes saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester	51
4.2.1	Tildelingsprosessen	51
4.2.2	Kartlegging av funksjonsnivå og behov for tjenester	52
4.2.3	Brukermedvirkning	54

4.2.4	Vedtak om tjenester	55
4.3	Ulikheter i tildelingspraksis	58
4.4	Klager på vedtak	60
<b>5</b>	<b>Kvalitet og pasientsikkerhet</b>	<b>64</b>
5.1	Kunnskap om kvalitet som grunnlag for oppfølging og kvalitetsforbedring	64
5.1.1	Kvalitetsindikatorer	64
5.1.2	Tilsyn	66
5.1.3	Forskning og fagutvikling	67
5.2	Pasientsikkerhet – utfordringer og virkemidler	69
5.2.1	Pasientskader og uønskede hendelser	69
5.2.2	Ernæring	70
5.2.3	Legemidler	72
5.2.4	Fall	73
5.2.5	Legetjenester	74
5.2.6	Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»	75
5.2.7	Forutsetninger for pasientsikkerhet	76
5.3	Ledelse og kvalitetsforbedring	77
5.3.1	Suksessfaktorer ved ledelse av forbedringsarbeid	78
5.3.2	Kompetanseutvikling for ledere	88
<b>6</b>	<b>Kapasitet og planlegging</b>	<b>90</b>
6.1	Framskrivninger av behovet for helse- og omsorgstjenester	90
6.2	Kapasitet i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud	92
6.2.1	Institusjoner og omsorgsboliger	92
6.2.2	Investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser	93
6.2.3	Terskel for plass i institusjon	96
6.3	Virkemidler som kan bidra til at eldre bor hjemme lenger	96
6.3.1	Dagaktivitetstilbud for personer med demens	97
6.3.2	Velferdsteknologi	98
6.3.3	Forebyggende tiltak	99
6.4	Personell	100
6.4.1	Utvikling i årsverk og kompetanse	100
6.4.2	Tilgang på helsepersonell	102
6.4.3	Bruken av personellressursene	103
6.5	Analyser og planlegging i kommunene	107
6.5.1	Analyser	107
6.5.2	Planlegging	108
<b>7</b>	<b>Vurderinger</b>	<b>112</b>
7.1	Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet	112
7.1.1	Kartleggingene av hjelpebehov mangler ofte viktig informasjon	112
7.1.2	Brukere blir ofte ikke involvert før tjenestene blir tildelt	112

7.1.3	Mange vedtak er ufullstendig begrunnet og mangler informasjon om innholdet i tjenestene	113
7.1.4	Klagerrettighetene blir ikke godt nok ivaretatt	113
7.2	Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen	114
7.2.1	Staten har utviklet få gode måter å måle kvalitet på	114
7.2.2	Det er forsket lite på eldreomsorg	114
7.2.3	Fylkesmannens tilsyn gir ikke tilstrekkelig informasjon om kvaliteten i eldreomsorgen	115
7.3	Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen	115
7.4	Mer forbedringskunnskap kan bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen	116
7.5	Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen	116
7.5.1	Det er arbeidet for lite med lokale analyser og planer	116
7.5.2	Mulighetene for å bruke de tilgjengelige personellressursene for å sikre nok og kompetent bemanning blir ikke godt nok utnyttet	117
7.5.3	Investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av omsorgsplasser, men det er usikkert om kapasiteten i heldøgns omsorg for eldre er økt	117
7.5.4	Virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger, brukes for lite	118
<b>8</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>119</b>

### Figuroversikt

Figur 1	Variasjon mellom kommunene i brutto driftsutgifter per innbygger (alle aldre) til hjemmetjenester og til institusjonstjenester. 2017	50
Figur 2	Tildelingsprosessen – fra behov til tildeling av tjeneste	51
Figur 3	Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene. Antall avsluttede saker og andel med mer enn 3 måneders saksbehandlingstid. 2012–2017	62
Figur 4	Antall personer over 65 år i 2018 og framskrivning av veksten i denne aldersgruppen fram mot 2040	90
Figur 5	Andel i alderen 70+ i kommunene, framskrevet i hovedalternativet i 2040	91
Figur 6	Andel innbyggere som har langtidsopphold på institusjon per 31.12, for ulike aldersgrupper. 2009–2016.	92

### Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	IPLOS	53
Faktaboks 2	Anonymiserte utdrag fra vedtak	56
Faktaboks 3	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	60
Faktaboks 4	Saksgangen i rettighetsklager	61
Faktaboks 5	Nasjonale kvalitetsindikatorer i eldreomsorgen	65
Faktaboks 6	Gode pasientforløp	76
Faktaboks 7	Trygghetsstandard for sykehjem	77
Faktaboks 8	Livsgledehjem	82
Faktaboks 9	Begrepet heldøgns omsorg	93
Faktaboks 10	Eksempler på gevinster	99
Faktaboks 11	Frivillige særavtaler i Tromsø	105



# 1 Innledning

---

## 1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene består av mange typer tjenester til personer i alle aldre. I denne revisjonen brukes begrepet «eldreomsorg» om tjenester til personer over 67 år, selv om *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (helse- og omsorgstjenesteloven) ikke skiller mellom ulike aldersgrupper, men stiller krav om at det er behovene som skal avgjøre hvilke tjenester personer skal få. Begrepet «eldreomsorg» brukes likevel i flere andre sammenhenger, for eksempel i forskrifter og stortingsdokumenter.

Undersøkelsen handler i hovedsak om helse- og omsorgstjenester som blir tildelt gjennom vedtak fra kommunen, for eksempel sykehjemsplass og helsetjenester i hjemmet. I løpet av 2017 mottok om lag 360 000 personer én eller flere slike tjenester fra kommunen, og kommunenes samlede utgifter var ca. 114 milliarder kroner.<sup>1</sup> Personer over 67 år utgjorde omtrent 60 prosent av brukerne.<sup>2</sup>

Den enkelte kommunen har et lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg der. Prinsippet om kommunalt selvstyre gir kommunene stor frihet til å innrette tjenestetilbudet sitt ut fra lokale forhold og prioriteringer, forutsatt at de ivaretar Stortingets krav til tilgjengelighet og kvalitet.

Det går fram av mange kilder at det er risiko for at pasientsikkerheten ikke er god nok i eldreomsorgen, for eksempel når det gjelder oppfølging av ernæring og legemiddelbruk. I flere sammenhenger er det vist til at det er behov for å styrke arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring, inkludert arbeid for å forbedre pasientsikkerheten.<sup>3</sup>

Det er risiko for at tildelingen av tjenester i kommunene ikke er basert på hvilket behov den eldre har for tjenester, men kan påvirkes av for eksempel kapasiteten i kommunens tjenestetilbud og saksbehandlingspraksis.<sup>4</sup> Det er også risiko for at kravene om medvirkning i *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) ikke ivaretas godt nok.<sup>5</sup>

Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, innebærer at flere pasienter skal få hjelp i kommunen framfor i spesialisthelsetjenesten. Det er risiko for at kommunene ikke har økt kapasiteten og styrket kompetansen i samsvar med de økte behovene.<sup>6</sup> Samtidig viser framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) at antallet eldre vil øke sterkt om noen år. For mange kommuner vil det bety at utfordringene med tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen forsterkes, noe som krever god planlegging og endring i arbeidsmåter for at eldre skal få de tjenestene de har behov for.<sup>7</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene blir nådd. Tiltak og virkemidler på nasjonalt

1) <https://www.ssb.no/pleie>

2) SSB: Statistikkbanken.

3) Meld. St. 26 (2014–2015), Meld. St. 6 (2017–2018), Helsetilsynets tilsynsmelding for 2017, *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020* og høringsnotat om *Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*.

4) Gautun, H og Hermansen, A (2011) og Gjevjon, E og Romøren, T (2010).

5) Pasient- og brukerombudenes årsmeldinger for 2016 og 2017.

6) Dokument 3:5 (2015–2016).

7) Rogne, A og Syse, A (2017), St.meld. nr. 25 (2005–2006) og Meld. St. 26 (2014–2015).

nivå skal understøtte tjenestenes ansvar for kvaliteten.<sup>8</sup> Til tross for flere statlige planer for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, som *Omsorgsplan 2015* og *Omsorg 2020*, er det risiko for at de statlige virkemidlene ikke bidrar godt nok til at kommunene forbedrer kvaliteten i eldreomsorgen. I mai 2018 la regjeringen fram Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Hensikten med reformen er å hjelpe kommunene til å finne løsninger for å forbedre kvaliteten på tjenestene til eldre.

---

## 1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om eldre får kommunale helse- og omsorgstjenester i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger om likeverdig tilgjengelighet og god kvalitet, og hvordan de statlige virkemidlene er innrettet for å understøtte kommunenes arbeid med å forbedre tjenestene.

### Problemstillinger:

- 1 I hvilken grad sikrer kommunene at eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester basert på individuelle behovsvurderinger?
- 2 I hvilken grad finnes det kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen som grunnlag for kommunenes forbedringsarbeid og statens oppfølging?
- 3 Hvordan blir pasientsikkerheten i eldreomsorgen ivaretatt, og i hvilken grad tar kommunene i bruk statlige og egne virkemidler for å forbedre pasientsikkerheten?
- 4 Hva gjør ledere som lykkes med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen?
- 5 Er kommunene godt forberedt på hvilke konsekvenser den forventede økningen i antallet eldre vil ha for kapasiteten og kvaliteten i eldreomsorgen?
- 6 Hvordan er de statlige virkemidlene innrettet for å understøtte kommunenes arbeid med å forbedre eldreomsorgen?

8) Meld. St. 6 (2017–2018).

## 2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst ved bruk av statistikk, intervjuer, saksgjennomgang, caseundersøkelse, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelser.

---

### 2.1 Gjennomgang av et utvalg saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre

For å belyse tildelingspraksisen i kommunene er et utvalg saker undersøkt. Sakene gjaldt vedtak om innvilgelse av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) eller avslag på søknad om sykehjemsplass (korttids- eller langtidsopphold i institusjon).

Totalt er 270 saker fra 12 kommuner gjennomgått. Fra hver kommune ble det innhentet opptil 25 vedtak fra 2016: 15 innvilgelser av hjemmesykepleie og 10 avslag på sykehjemsplass. I tillegg til selve vedtaket ble kommunene bedt om å oversende dokumentasjonen som var brukt i saksbehandlingen, for eksempel søknad og relevante opplysninger om søkerens helse, funksjonsnivå og bistandsbehov.

De tolv kommunene ble valgt ut tilfeldig etter følgende framgangsmåte:

- Totalt åtte kommuner med mer enn 5000 innbyggere ble trukket fra de ulike helseregionene: én kommune blant kommunene som hører til Helse Nord, to kommuner fra henholdsvis Helse Vest og Helse Midt, og tre kommuner fra Helse Sør-Øst.
- I tillegg ble fire kommuner trukket ut blant de største kommunene.<sup>9</sup>

Vedtakene med tilhørende dokumentasjon ble gjennomgått av tre uavhengige sakkyndige. Alle sakene ble gjennomgått av en sakkyndig konsulent fra Ikks Omsorgskompetanse, og en tredel av disse ble gjennomgått av en sakkyndig fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller fra Fylkesmannen i Vestfold. Sakene ble valgt ut slik at de sakkyndige fra fylkesmannen gjennomgikk minst ett vedtak der hjemmesykepleie ble innvilget, og ett der institusjonsopphold ble avslått, fra alle kommunene i utvalget. All dokumentasjonen ble aidentifisert, og opplysninger om kommune ble strøket, slik at de sakkyndige ikke skulle vite hvilken kommune saken kom fra.

For hver sak skulle de sakkyndige vurdere kommunens saksbehandling og konklusjoner og svare på spørsmål om blant annet behovskartlegging, brukervedvirkning, begrunnelsen for vedtaket og om det går klart fram av vedtakene hvilke tjenester mottakeren skal få. Revisjonen og de tre sakkyndige drøftet funnene fra gjennomgangen i et møte. Oppsummeringen fra møtet er verifisert av de sakkyndige.

Revisjonen besøkte også tildelingskontoret i to av kommunene som var omfattet av saksgjennomgangen, for å få styrket forståelse for saksbehandlingsprosessen og funnene i gjennomgangen.

9) Disse fire kommunene ble valgt fra KOSTRA-gruppene 13, 14 og 15 (slått sammen).



---

## 2.2 Caseundersøkelse

For å belyse hva ledere som lykkes med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen gjør, er det gjennomført en caseundersøkelse. Hensikten med denne undersøkelsen har vært å bidra til læring mellom kommuner gjennom å vise god praksis i forbedringsarbeidet.

Caseundersøkelsen omfatter kvalitetsforbedringer i Grimstads eldreomsorg og ved Oppsalhjemmet i Oslo. Disse ble valgt etter at revisjonen hadde gjennomgått informasjon om kvalitetsforbedringsarbeid i mange kommuner og tjenester. Kilder til informasjon har vært blant annet nasjonale konferanser, rapporter og medieomtale. Valget ble også drøftet med revisjonens referansegruppe, se punkt 2.7. Det ble lagt særlig vekt på at

- kommunen/tjenesten hadde dokumentert forbedringer på en eller annen måte
- forbedringene har betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenester til eldre
- forbedringene er relevante for andre kommuner og tjenester
- flere ulike kilder pekte på god praksis
- det var indikasjoner på at ledelse på ett eller flere nivåer har vært viktig for forbedringene som er oppnådd

Datainnsamlingen i caseundersøkelsen har bestått av til sammen 16 intervjuer med ledere i ulike roller, helsepersonell (en helsefagarbeider, en lege og flere sykepleiere) og ressurspersoner som blant annet fagutvikler. I tillegg er ulike typer dokumenter gjennomgått, blant annet planer, konferansepresentasjoner, styringsdokumenter og rapporter. Det ble gjort opptak av intervjuene, og referatene er kodet i NVivo, som er et verktøy for tekstanalyse. Deretter er det gjort en samlet analyse basert på alle informasjonskildene i caseundersøkelsen for å finne fram til faktorer som peker seg ut som viktige for å lykkes med ledelse av kvalitetsforbedringer, og som er overførbare til andre kommuner. Det er videre undersøkt om disse faktorene samsvarer med anerkjent teori om forbedringsprosesser. Faktaopplysninger som er brukt i undersøkelsen, er verifisert av revisjonens kontaktpersoner ved Oppsalhjemmet og i Grimstad kommune.

---

## 2.3 Statistikk

I undersøkelsen er det brukt statistikk fra KOSTRA. Data er hentet fra SSBs statistikkbank. Statistikken er blant annet brukt til å belyse

- forventet utvikling i antall eldre fram mot 2040
- andelen eldre som har langtidsopphold på institusjon, over tid
- andelen brukere med omfattende bistandsbehov, over tid og fordelt på ulike typer tjenester
- utvikling i årsverk og utdanningsnivå innenfor pleie- og omsorgstjenester

Videre er enkelte av de nasjonale kvalitetsindikatorene brukt i undersøkelsen. Disse er hentet fra *helsenorge.no*. Fra Helsedirektoratet og Husbanken er det innhentet data om investeringstilskuddet og tilskuddet til dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Fra Helsetilsynet er det innhentet statistikk over rettighetsklager som er behandlet av fylkesmannen i 2016 og 2017, det vil si klager på vedtak om helse- og omsorgstjenester jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.

Kommunesektorens organisasjon KS utarbeider statistikk med utgangspunkt i lønns- og persondata fra kommunesektoren, som samles inn to ganger i året (PAI-registeret). Statistikk om deltidsansatte og gjennomsnittlig stillingsstørrelse er hentet fra tabeller som er gjort tilgjengelig på *KS.no*.

---

## 2.4 Intervjuer

Det er gjennomført møter/intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet. Referatene er verifisert.

---

## 2.5 Spørreundersøkelser til fylkesmannsembetene og pasient- og brukerombudene

Det er gjennomført to spørreundersøkelser: én til de 16 fylkesmannsembetene og én til de 15 pasient- og brukerombudene. Samtlige besvarte undersøkelsen. Undersøkelsene inneholdt blant annet spørsmål om kommunenes saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester, tilsyn og klager. Spørreskjemaet ble testet hos ett ombud og ett embete.

---

## 2.6 Gjennomgang av dokumenter

I arbeidet med revisjonskriteriene og datainnsamlingen er ulike typer dokumenter gjennomgått. Dokumentgjennomgangen omfatter blant annet

- lover, forskrifter og rundskriv
- stortingsdokumenter (proposisjoner, meldinger, komitéinnstillinger)
- veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet
- tildelingsbrev, planer og andre styringsdokumenter
- årsrapporter fra fylkesmannen, årsmeldinger fra pasient- og brukerombudene og årsrapporter fra Helsetilsynet
- rapporter fra forskning, evalueringer mv.

Det er gjennomført en dokumentanalyse av fylkesmennenes rapporter fra systemtilsyn rettet mot helse- og omsorgstjenester til eldre fra og med 2016 til og med april 2018. Formålet med gjennomgangen var å oppsummere funnene fra tilsynene. Relevante tilsynsrapporter er identifisert ved hjelp av søkeverktøyet på Helsetilsynets nettsider. Det ble søkt etter tilsynsystemaene «eldre», «hjemmetjenester», «legemiddelbehandling», «legemiddelhåndtering», «pleie- og omsorgstjenester» og «sykehjem». Treff som dreide seg om tjenester til andre grupper, som barn, personer med utviklingshemming eller personer med psykisk helse-/rusutfordringer, ble ekskludert. Alle treff som gjaldt eldre med publiseringsdato<sup>10</sup> fra 2014 og framover, til sammen 249, ble samlet i en oversikt der også blant annet revisjonstype, tema og hvorvidt det ble funnet avvik, ble registrert. Alle systemtilsyn der det ble funnet avvik fra 2016 og framover (33), ble analysert videre. Tilsynsfunn ble kategorisert og oppsummert etter tema: ernæring, legemidler, forsvarlige tjenester, fallforebygging mv. Det ble gjort en egen analyse av tilsyn som handlet om tvang, for å oppsummere funn om vurderinger av samtykkekompetanse.

10) Publiseringsdatoen stemmer ikke nødvendigvis med tidspunktet for tilsynet.

---

## 2.7 Referansegruppe

En referansegruppe har fulgt undersøkelsen. I sammensetningen av gruppen er det blant annet tatt hensyn til innspill fra Helse- og omsorgsdepartementet. Deltakerne har vært:

- Anne Gamme, KS
- Anders Vege, Folkehelseinstituttet
- Hilde Lurås, Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning
- Anita Vatland, Pårørendealliansen
- Heidi Gautun, NOVA / OsloMet – storbyuniversitetet
- Frode F. Jacobsen, Senter for omsorgsforskning Vest / Høgskolen i Bergen

Referansegruppen har hatt tre møter. Referansegruppen har gitt innspill til revisjonen, men møtene med referansegruppen inngår ikke i datagrunnlaget for revisjonen. Deltakerne har ikke ansvar for konklusjonene og vurderingene i undersøkelsen.

## 3 Revisjonskriterier

### 3.1 Krav til kommunene om å sørge for nødvendige og likeverdige helse- og omsorgstjenester

Ifølge *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (helse- og omsorgstjenesteloven) skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg der, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som ligger i kravet om nødvendige tjenester, må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester, som betyr at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.<sup>11</sup> For å oppfylle dette sørge for-ansvaret skal kommunen kunne tilby blant annet helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon.<sup>12</sup> Retten til nødvendige tjenester går også fram av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven).

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven at tjenesten skal dimensjoneres ut fra en konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av den hjelpetrequendes behov. Dette betyr at kommunen må vurdere den enkeltes behov individuelt og tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud på bakgrunn av denne vurderingen.<sup>13</sup> Da forslaget til helse- og omsorgstjenestelov ble behandlet, presiserte helse- og omsorgskomiteen at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester skal være basert på en faglig vurdering av den enkeltes behov. Videre framhevet komiteen at det er viktig å kvalitetssikre inntaksprosedyrene til sykehjem og sikre at helsefaglige behovsvurderinger legges til grunn.<sup>14</sup>

Pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven ble endret i 2016 for å tydeliggjøre retten til heldøgns omsorg.<sup>15</sup> Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller i tilsvarende bolig som er særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-2 a i helse- og omsorgstjenesteloven. Da Stortinget behandlet lovendringen, viste flertallet<sup>16</sup> i helse- og omsorgskomiteen til at lovendringen blant annet skulle sikre at det er den enkeltes behov for sykehjemsplass som er avgjørende, og ikke kapasiteten der den enkelte bor.

Helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen. Av forarbeider og rundskriv går det fram at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av forhold som økonomi, alder, kjønn og bosted mv.<sup>17</sup>

I Innst. 424 L (2010–2011) uttalte komiteen at det er viktig å sikre et lokalpolitisk handlingsrom for å tilpasse tjenestetilbudet til ulike behov og prioriteringer, men at dette handlingsrommet kan ivaretas gjennom frihet til å utforme tjenestene på ulike måter, uten at kravene til kvalitet og den enkelte brukers rettigheter svekkes. Komiteen merket seg at den enkeltes behov skal kunne veies opp mot fellesskapets behov, og at det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Komiteen viste i den forbindelse til sin omtale av forsvarlighetskravet, lovens formålsbestemmelse med tilhørende verdighetsgaranti og kravet om brukermedvirkning.

11) Prop. 99 L (2015–2016).

12) Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

13) Prop. 99 L (2015–2016).

14) Innst. 424 L (2010–2011) jf. Prop. 91 L (2010–2011).

15) Innst. 372 L (2015–2016) jf. Prop. 99 L (2015–2016).

16) Medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

17) Prop. 91 L (2010–2011).

---

## 3.2 Krav til kvalitet i kommunenes helse- og omsorgstjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven skal blant annet bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene som kommunene tilbyr, holder god kvalitet, jf. rundskrivet *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Ifølge rundskrivet må kravet om god kvalitet sees i lys av kravet til forsvarlige tjenester, og kvalitetsvurderinger må gjøres med utgangspunkt i pasientens/brukerens ståsted.

### 3.2.1 Forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven og gjelder både kommunen, virksomheten og helsepersonellet.

Helsepersonell skal utføre arbeidet i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes basert på helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. *lov om helsepersonell* (helsepersonelloven) § 4. Forsvarlighetskravet skal beskytte pasienten både mot handlinger som ikke er i tråd med faglige normer, og mot at helsepersonellet *ikke* handler. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse, men arbeidsgiver/leder skal legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet, for eksempel sørge for rutiner og bemanning.

I Prop. 91 L (2010–2011) sies følgende om forsvarlighetskravet:

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.»

Ved behandlingen av lovforslaget sa helse- og omsorgskomiteen seg tilfreds med departementets henvisning til at forsvarlighetskravet peker på god praksis som norm for tjenestene.<sup>18</sup> Komiteen viste i denne sammenhengen til Helsedirektoratets nasjonale, faglige retningslinjer, som beskriver god praksis, og til at innholdet i forsvarlighetskravet utvikles i takt med faglig kunnskap. Komiteen pekte på blant annet tilsynsmyndighetenes beslutninger som viktige for å bestemme det konkrete innholdet i forsvarlig praksis.

For å bidra til forsvarlige tjenester skal kommunen ifølge helse- og omsorgstjenesteloven tilrettelegge tjenestene slik at

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

18) Innst. 424 L (2010–2011) jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Det betyr blant annet at tjenestene må ha helsepersonell med nødvendig kompetanse til å vurdere behov og gi tilstrekkelig hjelp og omsorg.

Det følger av kravet om forsvarlige tjenester at helse- og omsorgstjenestene må ivareta grunnleggende behov. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* og *forskrift om en verdig eldreomsorg* (verdighetsgarantien) konkretiserer hvilke behov det kan forventes at eldreomsorgen skal ivareta, og hva et verdig tjenestetilbud innebærer. Forskriftene reflekterer grunnleggende menneskerettigheter, som retten til beskyttelse mot mishandling og nedverdiggende behandling og retten til respekt for personlig integritet.

### **Medisinsk behandling og oppfølging**

Pasienter eller brukere skal få en faglig forsvarlig oppfølging av lege og nødvendige medisinske undersøkelser og behandling. For beboere i sykehjem innebærer dette blant annet tilsyn fra institusjonens lege, jf. *forskrift for sykehjem mv.* Fastlegen har ansvar for å følge opp brukere av hjemmetjenester, jf. *forskrift om fastlegeordning i kommunene*.

### **Ernæring**

Ifølge forskriftene om verdighet og kvalitet bør brukerne få et variert og tilstrekkelig kosthold, tilpasset hjelp ved måltider, rimelig valgfrihet med hensyn til mat og nok tid og ro til å spise.

Stortinget har i flere sammenhenger understreket betydningen av å forbedre helse- og omsorgstjenestene når det gjelder ernæring for eldre, blant annet i Innst. 365 S (2015–2016), jf. Dokument 8:83 S (2015–2016) og ved behandlingen av statsbudsjettet for 2017, jf. Innst. 11 S (2016–2017). Komiteen understreker at oppfølging av pasientenes ernæringsstatus er en del av behandleransvaret, og at ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen.

### **Aktivitet**

Stortinget har ved flere anledninger pekt på dagaktivitetstilbud til personer med demens som et særlig viktig tiltak, blant annet ved behandlingen av statsbudsjettet for 2017, jf. Innst. 11 S (2016–2017).

### **Legemidler**

Kravet om forsvarlige tjenester innebærer at pasienten/brukeren skal motta trygge og sikre tjenester. God håndtering og riktig bruk av legemidler er viktig i denne sammenhengen, og riktig legemiddelbruk og samstemming av legemiddellister er blant innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender*. Ifølge *forskrift om legemiddelhåndtering* skal helsepersonell sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Virksomhetslederen skal sørge for at legemiddelhåndteringen i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Virksomhetslederen skal sørge for internkontroll og for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Fra 1. januar 2017 er det krav om at legemiddelgjennomgang skal gjennomføres ved innkomst i sykehjem og deretter årlig, eventuelt oftere dersom forsvarlighetskravet gjør det nødvendig.

Ifølge *forskrift om fastlegeordning i kommunene* skal fastlegen koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. For pasienter som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud. Komiteen mente ved behandlingen av

stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014, i Innst. 217 S (2015–2016), at fastlegene har et særlig ansvar for å sørge for å gjennomføre legemiddelgjennomganger ofte nok til å dekke pasientenes behov.

### Dokumentasjon

Riktig dokumentasjon er viktig for å sikre pasienten forsvarlige tjenester og ivareta pasientsikkerheten. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven, *lov om pasientjournal* og *forskrift om pasientjournal*.

### 3.2.2 Brukermedvirkning

Ifølge forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantien skal tjenestene gis med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett.

I stortingsmeldingene Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er brukermedvirkning framhevet som viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet. Det er et mål å utvikle «pasientens helsetjeneste». Stortinget støttet dette i Innst. 477 S (2012–2013) og Innst. 40 S (2015–2016). Også i Innst. 250 S (2012–2013) jf. Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* ga komiteen uttrykk for at aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten og bedre utnyttelse av ressursene.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten/brukeren, og ved tildeling av tjenester som helsetjenester i hjemmet og sykehjem skal det legges stor vekt på hva pasienten/brukeren mener. Formen på medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Demens kan for eksempel gjøre det aktuelt å avklare samtykkekompetansen. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

---

## 3.3 Krav til kommunenes styring og ledelse av helse- og omsorgstjenestene

Kommunen skal etter § 11-1 i helse- og omsorgstjenesteloven sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak som kommunen etter loven har ansvaret for. God ressursutnyttelse er ett av formålene med loven.

### 3.3.1 Systemer for internkontroll og kvalitetsforbedring

Sørge for-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.<sup>19</sup>

I Innst. S nr. 150 (2006–2007), jf. St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, viste komiteen til at forskriftene om kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenestene innebærer klare plikter for kommunene til å sikre at den enkelte får tjenester av forsvarlig kvalitet. Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2004 en veileder til kvalitetsforskriften.<sup>20</sup> Veilederen legger vekt på at

19) Med pasient- og brukersikkerhet menes «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser». Kilde: Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

20) Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene IS-1201.

virksomheten har et forskriftsfestet ansvar for prosedyrer som sikrer at brukernes grunnleggende behov blir ivaretatt.

1. januar 2017 trådte *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* i kraft og erstattet den tidligere *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. Kravene til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er presisert. Begge forskriftene stiller krav om at kommunens ledelse og ledelsen i de virksomhetene som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal ha et styringssystem som sikrer at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres slik at det gis forsvarlige tjenester, og at kravene i helse- og omsorgstjenesteloven og tilhørende regelverk blir etterlevd. Dette innebærer blant annet at ledelsen skal

- ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- ha oversikt over mål og relevant regelverk for virksomheten og sikre at dette er kjent
- følge med på om regelverket etterleves, og ha oversikt over risiko, uønskede hendelser og behov for forbedringer
- utnytte eksisterende kunnskap og erfaringer, sørge for personell med nødvendig kompetanse og ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- bruke erfaringer fra pasienter/brukere og pårørende til å forbedre tjenestene
- følge med på hvordan styringssystemet/internkontrollen fungerer, og sørge for nødvendige forbedringer

Stortingsmeldingene Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* framhever at god ledelse har betydning for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Meldingene omtaler ledelse på alle nivåer i kommunen og beskriver forventninger til god ledelse. I meldingene er det understreket at god ledelse forutsetter både ledelseskompetanse og faglig kompetanse om helse- og omsorgstjenestene, og at godt lederskap er noe annet enn administrasjon. I meldingen om framtidens primærhelsetjeneste er god ledelse beskrevet som det å sette mål og sørge for at de ønskede resultatene blir oppnådd, og å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte. Ved behandlingen av meldingen påpekte komiteen at god ledelse er avgjørende for å skape «pasientens helsetjeneste», jf. Innst. 40 S (2015–2016). Dersom pasienten og brukeren skal få helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, stiller dette ifølge komiteen høye krav til ledelse og styring i en stadig mer kompleks sektor.

Ved behandlingen av stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet for 2014 uttalte komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten må skje kontinuerlig og systematisk, og at dette er et ledelsesansvar. Da meldingen for 2015 ble behandlet, understreket komiteen at det er et overordnet politisk ansvar å sørge for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, jf. Innst. 234 S (2016–2017). Komiteen viste til at regjeringens årlige meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet skal «styrke det politiske ledelsesfokuset på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene».

### **3.3.2 Bemanning og kompetanse**

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven sørge for at de som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Ved behandlingen av stortingsmeldingen om morgendagens omsorg la komiteen i Innst. 477 S (2012–2013) vekt på behovet for målrettet satsing på kompetansebygging i kommunene. Komiteen viste i denne sammenhengen også til betydningen av at



kommunene opptrer som gode arbeidsgivere, slik at de kan rekruttere og beholde nødvendig kompetanse.

I Innst. 217 S (2015–2016) jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet* 2014 viste komiteen til at riktig og nok bemanning ved sykehjem og i hjemmesykepleien er svært viktig for kvaliteten i tilbudet. I Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* understreket komiteen at utdanning og kompetanseutvikling er vesentlig for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes.

### 3.3.3 Helhetlig tjenestetilbud

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. I kvalitetsforskriften er det presisert at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Det lovpålagte ansvaret kommunen har for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av loven.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og andre tjenesteytere. Kommunen skal sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. *forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Hjemmesykepleien må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonellet i kommunen, jf. *forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*.

### 3.3.4 Innovasjon og velferdsteknologi

Stortinget har gjennom behandlingen av Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* sluttet seg til at innovasjon og velferdsteknologi er viktige virkemidler for å forbedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, jf. Innst. 477 S (2012–2013). Komiteen ga uttrykk for at god ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i omsorgstjenesten.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2017 uttalte helse- og omsorgskomiteen følgende:

«Komiteen vil at kommunene skal ta i bruk ny teknologi som kan understøtte den enkeltes egne ressurser og bidra til trygghet, mestring og selvstendighet. Velferdsteknologi og ulike hjelpemidler kan bidra til at eldre mennesker kan bo i eget hjem lengst mulig, og også gjøre arbeidet enklere og hverdagen bedre på sykehjem.»<sup>21</sup>

Også ved behandlingen av kommuneproposisjonen for 2017 ga kommunalkomiteen i Innst. 410 S (2015–2016) uttrykk for at de nye mulighetene som velferdsteknologien gir, må tas i bruk i større grad enn i dag.

Kommunen har plikt til å ta i bruk kunnskap som kan forbedre tjenestene, jf. forskriftene om internkontroll, ledelse og kvalitetsforbedring. Det må derfor legges til grunn at det er et lederansvar å fremme innovasjon, for eksempel i form av nye arbeidsmåter, og å ta i bruk velferdsteknologi.

21) Innst. 11 S (2016–2017) jf. Prop. 1 S (2016–2017).

### 3.3.5 Forskning

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Da forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble behandlet, ga komiteen i Innst. 424 L (2010–2011) uttrykk for at en slik medvirkning ville bidra positivt til å videreutvikle gode helse- og omsorgstjenester, og viste til at det finnes lite forskning i og på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen understreket betydningen av slik forskning og ga uttrykk for at forskning er en viktig forutsetning for å øke kvaliteten på tjenestene og for å gjøre feltet mer faglig attraktivt.

### 3.3.6 Saksbehandling

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang for å sikre forsvarlige tjenester, jf. Helsedirektoratets *Veileder for saksbehandling* (2016). I veilederen er det vist til at det i størst mulig grad bør være forutsigbart for brukere og saksbehandlere hvilke tjenester et behov vil utløse, og at like saker skal behandles likt. Vurderinger og begrunnelser skal kunne etterprøves. Enkeltvedtak skal begrunnes, og begrunnelsen skal gis samtidig med vedtaket, jf. forvaltningsloven § 24. Av begrunnelsen skal det framgå hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn, og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys, vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte.

Forvaltningsloven stiller krav om at kommunen gjennomfører nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon.<sup>22</sup> Ifølge Helsedirektoratets veileder for saksbehandling må kommunene aktivt gå inn for å få med pasienten/brukerens synspunkter når de utformer tilbudet, og ikke vente på pasientens/brukerens initiativ.

Enkeltvedtak kan påklages, jf. forvaltningsloven § 28. Kommunen har veiledningsplikt innenfor sitt saksområde og skal av eget tiltak vurdere partens behov for veiledning om plikter og rettigheter, jf. forvaltningsloven § 11.

### 3.3.7 Planlegging

Kommunen skal etter plan- og bygningsloven § 10 ha en kommunal planstrategi som avklarer hvilke planoppgaver kommunen skal prioritere for å møte kommunens behov. Kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, jf. § 11. Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg fra statlige og regionale myndigheter til grunn. Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon.

Utviklingen innenfor helse- og omsorgstjenestene bør være en viktig del av kommuneplanarbeidet, jf. blant annet St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Kommunens vurderinger kan gå fram av kommuneplanens samfunnsdel eller av en egen kommunedelplan for helse og omsorg. Det legges til grunn at planene bør inkludere vurderinger av det framtidige behovet for kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester og tiltak for å møte dette behovet, inkludert behovet for kompetent personell.

22) § 17 i forvaltningsloven gjelder enkeltvedtak, for eksempel vedtak om sykehjemsplass eller helsetjenester i hjemmet. Ulovfestede prinsipper for forsvarlig saksbehandling innebærer at det skal gjøres betryggende utredning også i andre saker, jf. Helsedirektoratets veileder for saksbehandling.

---

### 3.4 Krav til statlige myndigheter

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene blir nådd. I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* legger Stortinget til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil føre til best mulig realisering av målene.

Kommunalkomiteen pekte i Innst. 270 S (2011–2012) på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor innbyggerne for å løse grunnleggende oppgaver, yte tjenester, drive samfunnsutvikling, utøve myndighet og være en lokalpolitisk institusjon. Samtidig har staten et ansvar for å gi kommunesektoren muligheter til å løse oppgavene til beste for innbyggerne, og komiteen framhever at staten har et bredt spekter av virkemidler i styringen av kommunene.

#### 3.4.1 Helse- og omsorgsdepartementet

Departementet må sikre seg informasjon om måloppnåelse og hvordan statlige virkemidler bidrar til det, jf. reglementet og bestemmelsene for økonomistyring i staten. Det gjelder både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler. Et viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlige midler brukes effektivt.

Forskning er én av flere kilder til kunnskap om helse- og omsorgstjenestene, både for kommunene, for staten og for tjenestene selv. I forbindelse med behandlingen av lovforslaget om et kommunalt pasientregister, Prop. 106 L (2015–2016) *Endringer i helseregisterloven m.m. (kommunalt pasient- og brukerregister m.m.)*, understreket komiteen i Innst. 373 L (2015–2016) et sterkt politisk ønske om et register som gir likeverdig kunnskap om primærhelsetjenesten, på lik linje med kunnskapen om spesialisthelsetjenesten. Komiteen viste i denne sammenhengen også til behovet for mer forskning om kommunale helse- og omsorgstjenester. *Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)* trådte i kraft 1. desember 2017.

#### 3.4.2 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har fått delegert forvaltningsoppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet, blant annet ansvar for flere tilskuddsordninger. Direktoratet skal etter økonomiregelverket i staten sikre seg informasjon om måloppnåelse. Departementet skal føre kontroll med at direktoratet forvalter tilskudd på en forsvarlig måte.

Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet og skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen av helse- og omsorgstjenesten, og gi råd og veiledning om strategier og tiltak. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.<sup>23</sup>

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 skal direktoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Direktoratets faglige retningslinjer og veiledere beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten. Disse er viktige virkemidler for å sikre høy

23) Prop. 1 S (2017–2018).

kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. De faglige retningslinjene / veilederne er ikke bindende for tjenesteyterne, men dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås, bør det være basert på en konkret og begrunnet vurdering, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

Helsedirektoratet skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer<sup>24</sup> som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Ved behandlingen av Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* viste komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) til at nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Komiteen ga uttrykk for at uønsket forskjell i praksis må reduseres.

### 3.4.3 Statens helsetilsyn og fylkesmannen

Ifølge helsetilsynsloven skal fylkesmannen føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. I tilknytning til tilsynet skal fylkesmannen gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Fylkesmannen skal etter § 12-3 i helse- og omsorgstjenesteloven føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av pliktene i loven, det vil si om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) er overordnet myndighet for fylkesmannen når det gjelder tilsyn og klagebehandling.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2017 viste komiteen i Innst. 11 S (2016–2017) til at Helsetilsynet har et overordnet faglig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene, sosiale tjenester, barnevernstjenester og folkehelsearbeid og er overordnet myndighet for klager som gjelder uoppfylte rettigheter. Komiteen mener at et godt og velfungerende helsetilsyn er viktig for å sikre at den enkelte som trenger det, får faglig forsvarlige tjenester, og viste i denne sammenhengen blant annet til eldre med demens.

Fylkesmannen skal følge opp regjeringens samlede omsorgspolitik, *Omsorg 2020*, inkludert investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser og *Demensplan 2020*, og *Kompetanseløft 2020*, jf. Prop. 1 S (2016–2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*.

### 3.4.4 Pasient- og brukerombudene

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 skal det være pasient- og brukerombud i alle fylker.<sup>25</sup> Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Midler bevilges over statsbudsjettet.

24) I 2005 utarbeidet daværende Sosial- og helsedirektoratet *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Ifølge strategien er tjenester av god kvalitet kjennetegnet ved at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Disse kvalitetsdimensjonene går fram av *Nasjonal helseplan 2007–2010*, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av statsbudsjettet for 2007, og de er lagt til grunn for arbeidet med kvalitetsindikatorer.

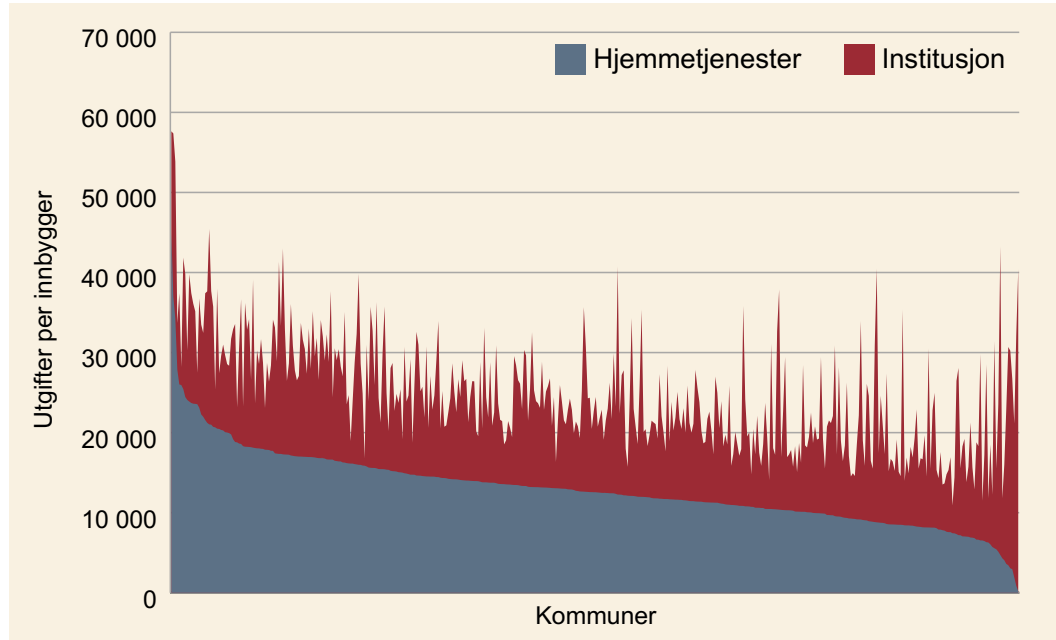
25) Oslo og Akershus har felles ombud i likhet med Hedmark og Oppland. Ombudene er selvstendige enheter og faglig uavhengige. De er administrativt underlagt Helsedirektoratet, med unntak av Oslo og Akershus som er tilknyttet Oslo kommune.

## 4 Tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre

### 4.1 Helse- og omsorgstjenester

Hver femte innbygger over 67 år mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen i løpet av året.<sup>26</sup> Andelen eldre som mottar slike tjenester, er redusert over tid, fra 28 prosent i 2009 til 22 prosent i 2017.<sup>27</sup> Kommunen tildeler tjenester til eldre i institusjon eller hjemme. *Institusjonstjenester* er korttidsopphold eller langtidsopphold ved sykehjem. *Hjemmetjenester* kan mottas i den eldre eget hjem, eller i en spesielt tilrettelagt omsorgsbolig. *Hjemmetjenester* er blant annet hjemmesykepleie, for eksempel hjelp med medisiner, sårstell og dusj, eventuelt i kombinasjon med praktisk hjelp, som for eksempel hjelp til rengjøring eller matlaging. Mange kommuner tilbyr også andre tjenester som blant annet matombringning eller trygghetsalarm.

Figur 1 Variasjon mellom kommunene i brutto driftsutgifter per innbygger (alle aldre) til hjemmetjenester og til institusjonstjenester. 2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå, statistikkbankens tabell 12212

Det er store forskjeller mellom kommunene i hvordan de innretter tjenestetilbudet sitt. Figur 1 viser at i noen kommuner er utgiftene til hjemmetjenester svært lave per innbygger (alle aldre), mens utgiftene til institusjoner er høye, mens det i andre kommuner er motsatt. Generelt er det vanligere med hjemmetjenester for eldre innbyggere i små og mellomstore kommuner enn i store kommuner og mer vanlig med langtidsopphold på institusjon i store kommuner.<sup>28</sup>

26) Dette gjelder mottakere av tjenester som registreres i IPLUS-registret. Dette ekskluderer blant annet bruk av kommunale helsestjenester, som for eksempel konsultasjoner hos fastleger.

27) SSB: Statistikkbanken.

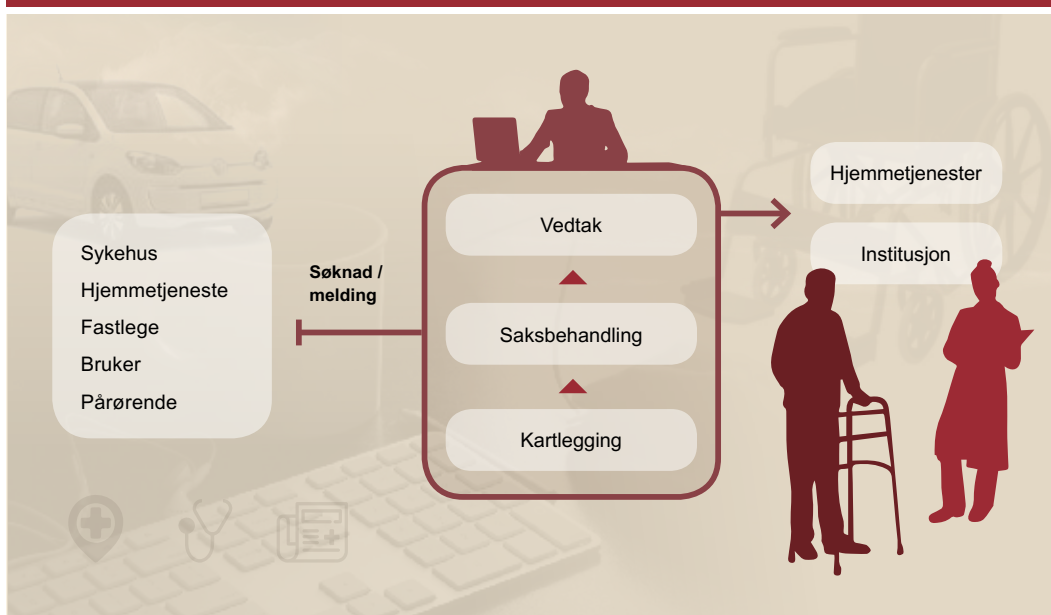
28) Helsedirektoratet (2017f).

## 4.2 Kommunenes saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester

### 4.2.1 Tildelingsprosessen

Kommunen kan på ulike måter bli kjent med at en person har behov for tjenester. En søknad eller annen henvendelse kan komme fra den eldre selv eller fra pårørende, men hjelpebehovet kan også meldes fra sykehuset, fastlegen eller hjemmetjenesten. For å vurdere hvilke tjenester kommunen eventuelt skal tildele, må kommunen kartlegge behovet nærmere. Deretter fatter kommunen et vedtak om avslag eller innvilgelse, som formidles til søkeren i et brev.

Figur 2 Tildelingsprosessen – fra behov til tildeling av tjeneste



Kilde: Basert på intern rapport i Helsedirektoratet om forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester (kriterier for tildeling av tjenester).

Det er opp til kommunene selv å avgjøre hvordan de skal organisere saksbehandlingen ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Tradisjonelt er ansvaret for saksbehandlingen lagt til enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene, men de siste ti–femten årene har mange kommuner gått over til å organisere seg etter en *bestiller-utfører-modell*. Da har en egen bestillerenhet ansvar for kartleggingen, saksbehandlingen og tildelingen av tjenester. Denne enheten er organisatorisk atskilt fra de enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene. Bestillerenheten går under ulike navn i ulike kommuner, for eksempel bestillerkontor, forvaltningskontor eller tildelingskontor.<sup>29</sup> I 2013 oppga 60 prosent av kommunene at de hadde opprettet et slikt kontor.<sup>30</sup> Helsedirektoratet kjenner ikke til hvor mange kommuner som har valgt en slik modell i dag, og direktoratet har heller ingen synspunkter på hva som er den beste løsningen for å organisere tildelingsprosessen.

Helsedirektoratet har utarbeidet *Veileder for saksbehandling*, som gir kommunene en praktisk innføring i reglene som gjelder ved saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Veilederen beskriver sentrale myndigheters forståelse av hva som er god praksis i saksbehandlingen, og skal være et hjelpemiddel for saksbehandleren. Den er tilgjengelig på direktoratets nettsider, hvor det også finnes e-læringskurs i saksbehandling.

29) Gjerde, I m fl. (2016).

30) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018. Noen kommuner prøver ut andre modeller for tildeling som et alternativ til en bestiller-utfører-modell, blant andre noen bydeler i Oslo. Her kalles prosjektet «tillitsmodellen» og innebærer blant annet at saksbehandlerne er faste medlemmer av selvstyrte tverrfaglige team som har ansvar for hjemmetjenester i geografiske områder.

#### **4.2.2 Kartlegging av funksjonsnivå og behov for tjenester**

Kommunene skal tildele helse- og omsorgstjenester etter en individuell behovsvurdering. For å kartlegge behovene vil det som regel være nødvendig å innhente flere opplysninger enn det som kommer fram i den første henvendelsen. Det kan være opplysninger om søkerens helsetilstand, funksjonsnivå, bolig eller familiesituasjon. Opplysningene kan innhentes gjennom en samtale med den eldre selv, enten på hjemmebesøk eller via telefon. Det kan ifølge veilederen også være relevant å innhente opplysninger fra pårørende, fastlegen, sykehus eller kommunens øvrige tjenester.

En saksgjennomgang i tolv kommuner viser at mange av kartleggingene har store mangler. I tillegg til opplysninger om brukerens ønsker (omtalt i punkt 4.2.3) manglet ofte utfyllende opplysninger om brukerens funksjonsnivå. Det vil si at det ikke er kartlagt presist nok hva den eldre kan mestre selv, og hva han eller hun konkret trenger hjelp til. I sakene hvor kommunene innvilger hjemmesykepleie, er kartleggingene mer mangelfulle enn i sakene hvor de avslår søknader om institusjonsplass. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er dette naturlig ettersom kommunen ofte innvilger helsetjenester i hjemmet for å kunne vurdere behovet for tjenester til søkere kommunen ikke kjenner godt fra før. Det er ifølge departementet vanlig å innvilge helsetjenester i hjemmet mens behovet for ytterligere kommunale helse- og omsorgstjenester kartlegges.

De sakkyndige mener at dokumentasjonen viser at det er nødvendig med en mer systematisk kartlegging av tjenestebehovet. De viser til at å bruke et standardisert kartleggingsverktøy kan sikre større likebehandling av sakene og bidra til at saksbehandleren innhenter den informasjonen som er nødvendig. Bare én av de tolv kommunene har utformet et slikt kartleggingsverktøy.

I forbindelse med kartleggingen er kommunene pålagt å registrere IPLOS-opplysninger (se faktaboks 1). Opplysningene skal blant annet vise hvilket behov den eldre har for hjelp til grunnleggende aktiviteter i dagliglivet, som for eksempel å gjøre husarbeid, spise, ta medisiner eller ivareta hygiene.

IPLOS (individbasert helse- og omsorgsstatistikk) er et helseregister som danner grunnlaget for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. I løpet av 2018 skal IPLOS integreres i det nye kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR). Det har vært obligatorisk for kommunene å registrere opplysninger i IPLOS siden 2006, jf. *forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk* (IPLOS-forskriften). Helsedirektoratet er dataansvarlig (eier IPLOS-dataene), mens SSB er ansvarlig for å behandle dem. IPLOS-opplysningene er en del av dokumentasjonen som må innhentes under utredningen av et tjenestebehov, og de inngår i brukerens journal.

IPLOS inneholder informasjon om

- person og boforhold, som for eksempel om personen bor alene
- om søkeren/tjenestemottakeren er vurdert av tannhelsepersonell/lege de siste 12 måneder
- samfunnsdeltakelse, for eksempel behov for assistanse til å delta i kultur- og fritidsaktiviteter
- helseopplysninger, for eksempel om det er gjennomført legemiddelgjennomgang, og om ernæringsstatusen er kartlagt
- hvilke kommunale tjenester personen mottar, og eventuelle klager på disse
- behov for bistand når det gjelder grunnleggende aktiviteter i dagliglivet, som for eksempel til å spise, ivareta hygiene, gjøre husarbeid eller for å kommunisere med andre

Bistandsbehovet skal skåres på en skala fra 1 til 5, hvor 1 innebærer at søkeren ikke har noen utfordringer med aktiviteten, og 5 innebærer at det er fullt behov for bistand.

Kilde: *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk* og Helsedirektoratet (2015) *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*

Det skal være oppdaterte IPLOS-opplysninger i alle saker, men saksgjennomgangen viste at det manglet oppdaterte IPLOS-opplysninger i én av ti saker.<sup>31</sup> I flere tilfeller var IPLOS-vurderingen oppdatert lenge før vedtaksdato, og kunne derfor være utdatert. Det var også tilfeller der IPLOS-vurderinger var gjort uten at det hadde vært kontakt med brukeren, for eksempel på grunnlag av opplysninger fra sykehuset. Andre undersøkelser bekrefter at IPLOS-opplysningene ikke alltid oppdateres og brukes i kartleggingen slik de skal, og Helsedirektoratet oppgir at det ikke alltid foreligger ny vurdering ved endret bistandsbehov, slik det er krav om.<sup>32</sup>

Helsedirektoratet viser til at det er kjent med at en del kommuner ser på registrering av IPLOS-data som en pliktøvelse som kommer i tillegg til vurderingene som stort sett gjøres i journalnotater. Det er også praktiske hindringer i enkelte saksbehandlingssystemer<sup>33</sup> som hindrer god bruk av IPLOS, som at IPLOS ikke er godt nok integrert i kommunenes systemer, men ligger «på siden» og fører til dobbeltarbeid.<sup>34</sup> Etter Helsedirektoratets vurdering henger utfordringene med bruk av IPLOS i kommunene sammen med både at noen saksbehandlingssystemer ikke legger godt nok til rette for bruk av IPLOS, og med mangler ved IKT-kompetansen i kommunene. Helsedirektoratet oppgir at det har vært i kontakt med helsefagutdanningene for å få opplæring i IPLOS inkludert i utdanningene, men dette målet er ikke nådd. Det er stor utskifting av personell i helse- og omsorgssektoren, og det ville ifølge direktoratet vært en fordel om alle hadde fått kjennskap til IPLOS-metodikken i utdanningen.

31) Her er saker hvor den eldre skrives ut fra sykehus utelatt, da det kan være vanskelig for en saksbehandler å ha oppdatert informasjon om alle forhold som skal registreres, basert på informasjon fra sykehuset.

32) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018, Helsedirektoratet (2014a) og Oslo kommune, helseetaten (2017a). Dokumentanalysen av tilsynsrapporter viser i tillegg at fylkesmannen i 2016 og 2017 fant utdaterte IPLOS-kartlegginger i flere tilfeller.

33) Kommunene bruker i hovedsak tre ulike systemer: Gerica, Profil og Cosdoc.

34) Helsedirektoratet (2017e).



Helsedirektoratet har laget en egen veileder om IPLOS. Denne er tilgjengelig på internett, og fra sommeren 2018 er det lagt til rette for at den skal kunne integreres i kommunenes saksbehandlingssystemer. I tillegg har Helsedirektoratet en egen nettside med informasjon om IPLOS, hvor det blant annet er et e-læringskurs og mulig å finne svar på ofte stilte spørsmål, og direktoratet har fylkesvise samlinger med fylkesmannen og kommunene annet hvert år.

#### 4.2.3 Brukermedvirkning

Når kommunen tildeler tjenester som helsetjenester i hjemmet og sykehjem, forutsetter pasient- og brukerrettighetsloven at det legges stor vekt på hva brukeren mener. Saksgjennomgangen viser at brukeren i mange tilfeller har fått innvilget hjemmesykepleie uten at dokumentasjonen viser at det har vært kontakt mellom kommunen og brukeren i forbindelse med saksbehandlingen. Dette gjelder hver fjerde sak hvor brukeren søker fra eget hjem.<sup>35</sup> Mangel på kontakt er sjeldnere i avslagssaker, men det er enkelte eksempler på saker hvor kommunen har gitt avslag på institusjonsplass uten at noe tyder på at kommunen har vært i kontakt med den eldre gjennom saksbehandlingsprosessen. I tillegg er det en rekke saker hvor saksbehandleren ikke selv vært i kontakt med søker, men har fått opplysninger fra ansatte i tjenestene.

I flere saker går det ikke fram av dokumentasjonen hva den eldre selv ønsker. Det gjelder tre av ti saker hvor brukeren er innvilget hjemmesykepleie, og én av ti saker hvor det er gitt avslag på sykehjemsplass.<sup>36</sup>

Også gjennom spørreundersøkelsene til pasient- og brukerombudene og fylkesmennene kommer det fram at brukernes rett til å medvirke ikke ivaretas godt nok i mange kommuner. 9 av de 16 fylkesmennene svarte at alle eller de fleste kommunene innhenter informasjon om hva den eldre selv ønsker, for å vurdere behovet for tjenester. Ombudene og fylkesmennene ble også spurt om hva som er viktigst å forbedre ved kommunenes saksbehandling av helse- og omsorgstjenestene til eldre. Flere trakk da særlig fram at brukere må involveres og medvirke i større grad i saksbehandlingsprosessen.

#### Samtykkekompetanse

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke. Å ha samtykkekompetanse vil si å være i stand til å forstå informasjon, ha innsikt i egen situasjon, kunne ta valg og være i stand til å forstå og vurdere konsekvensene av valgene sine.<sup>37</sup> Samtykkekompetansen kan falle helt eller delvis bort dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, for eksempel på grunn av demens. Ifølge Helsedirektoratet tyder studier på at det er nokså vanlig at pasienten mangler eller har redusert samtykkekompetanse ved beslutninger om helsehjelp.<sup>38</sup>

For å kunne vurdere hvordan den eldre selv skal medvirke, og hvilken vekt som skal legges på de pårørendes meninger, må saksbehandleren vurdere om det er behov for å få avklart samtykkekompetansen. I minst 20 prosent av sakene som er gjennomgått, mente de sakkyndige at den eldre samtykkekompetanse burde vært omtalt, for eksempel fordi brukeren åpenbart har demens eller pårørende opptrer på vegne av den eldre. I knapt noen av disse sakene er samtykkekompetanse nevnt.

35) Saker hvor den eldre kommer fra sykehus, er ikke regnet med, siden det i slike saker kan være vanskelig for en saksbehandler i kommunen å komme i direkte kontakt med den eldre som ligger på sykehus.

36) Enkle saker, der brukerens ønsker trolig ville hatt liten betydning for saken, er ikke regnet med her. Terskelen i revisjonen har vært lav for å vurdere det slik at brukerens ønsker framkommer, det vil si at de mange sakene hvor brukerens vurderinger i liten grad går fram utover generelle vurderinger som for eksempel at «brukeren ønsker å være mest mulig selvhjulpent» eller «bo hjemme», er inkludert. Dersom revisjonen hadde lagt til grunn at det skal komme tydelig fram hva som er viktig for brukeren, eller hvilket tjenesteinnhold han eller hun ønsket, hadde andelen saker hvor brukerens ønsker mangler, med andre ord vært høyere.

37) <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/rettigheter-demens>

38) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer.*

Spørreundersøkelsen til pasient- og brukerombudene viser at kommunene trenger bedre kunnskaper om vurdering av samtykkekompetanse og oftere bør avklare om den eldre er samtykkekompetent:

- På spørsmål om kommunenes ansatte har god kunnskap om avklaring av samtykkekompetanse, er det bare ett ombud som mener dette gjelder alle / de fleste kommuner.<sup>39</sup>
- To ombud mener alle / de fleste kommuner avklarer om den eldre har samtykkekompetanse, når det er nødvendig.<sup>40</sup>

En gjennomgang av tilsynsrapporter om bruk av tvang i sykehjem viser blant annet at

- vurderinger av samtykkekompetansen ikke blir gjort systematisk
- det er lite kunnskap om betydningen av samtykkekompetanse og vurderingen av denne
- det ikke alltid finnes skriftlige rutiner eller etablert praksis for hvem som har ansvaret for å vurdere og avgjøre om pasienter mangler samtykkekompetanse
- det er eksempler på at det går fram av pasientjournaler at pasienter har demens eller kognitiv svikt, men at pasientenes samtykkekompetanse ikke er vurdert

I Helsedirektoratets veileder om saksbehandling er temaet samtykkekompetanse i liten grad berørt, men det vises i veilederen til kommentarutgaven til pasient- og brukerrettighetsloven (rundskriv) som gir mer informasjon. Direktoratet har utviklet et e-læringskurs om samtykkekompetanse, som er tilgjengelig for alle på internett. Samtykkekompetanse er også et tema alle embetene har tatt opp i dialogen med kommunene i 2016 eller 2017, ifølge spørreundersøkelsen til fylkesmennene.

#### 4.2.4 Vedtak om tjenester

På bakgrunn av kartleggingen av den Eldres situasjon, behov og ressurser skal kommunen vurdere om det skal tildeles helse- og omsorgstjenester, og eventuelt hvilke tjenester. Kommunens beslutning er et *enkeltvedtak*<sup>41</sup>, som formidles til den eldre gjennom et brev hvor det skal gå fram om kommunen har innvilget eller gitt avslag på tjenester, og hva som er begrunnelsen for vedtaket.

#### Begrunnelse for vedtak

Saksgjennomgangen viser at vedtakene om hjemmesykepleie ofte er ufullstendig begrunnet. Vedtakene gir lite informasjon om hvilke fakta som er lagt til grunn, og hvilke vurderinger kommunen har gjort av brukerens behov:

- I minst halvparten av vedtakene mener de sakkyndige at det bare i noen eller liten grad går fram hvorfor de tildelte tjenestene er forsvarlige ut fra en helsefaglig vurdering.
- I like mange saker mener de at relevante fakta bare i noen eller liten grad går fram av vedtaket.

Også i avslagssakene er et flertall av vedtakene ufullstendige, selv om fakta og begrunnelser kommer noe bedre fram i disse sakene enn i innvilgelsene av hjemmesykepleie.

I noen vedtak vises det til kriterier og vilkår for å få ulike typer tjenester, uten at det er forklart hvordan de er brukt. Det refereres for eksempel til at søkeren ikke oppfyller kriteriene for å få institusjonsplass, uten at det står hva kriteriene er, eller hvorfor de ikke er oppfylt.

39) Tre ombud svarte «noen kommuner», sju svarte «få eller ingen», og fire svarte «ingen formening».

40) Seks ombud svarte «noen kommuner», to svarte «få eller ingen», og fem svarte «ingen formening».

41) Et enkeltvedtak er en avgjørelse som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte private personer, og som treffes under utøving av offentlig myndighet, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstavene a og b. Dersom helse- og omsorgstjenestene vil vare i to uker eller mer, skal det fattes et enkeltvedtak.

I faktaboks 2 gjengis et utdrag av et vedtak hvor de sakkyndige mener kommunen har en god beskrivelse av fakta og et godt begrunnet vedtak (eksempel 1), og et utdrag av et vedtak der begrunnelsen ikke er god nok (eksempel 2).

#### Faktaboks 2 Anonymiserte utdrag fra vedtak

##### Eksempel 1

###### Utdrag fra fakta i saken:

*Du er enke og har siden 2011 bodd i kommunal omsorgsbolig. Du har fra tidligere en redusert helsetilstand etter hjerneslag og du opplever svimmelhet og har høyt blodtrykk. I tillegg til hjemmesykepleie har du trygghetsalarm og hjemmehjelp.*

(Deretter følger en beskrivelse av helsetilstand, funksjonsevne og brukers egne ønsker).

###### Utdrag fra saksbehandlers vurdering:

*Vurderingen bygger på faglig skjønn, hvorav følgende er vektlagt:*

*Du har hatt et økt behov for hjelp i forbindelse med ditt hoftebrudd, som du ikke ønsker å operere, og naturlig nok et økende bistandsbehov. Du har behov for oppfølging rundt personlig stell, av- og påkledning, toalettbesøk og tilrettelegging rundt måltidene, medisinadministrasjon, dusj og samtidig behov for mobilisering. Du ønsker selv ikke å flytte, men ønsker å bli boende i din omsorgsbolig.*

###### Utdrag fra begrunnelse for vedtaket:

*På bakgrunn av en konkret vurdering av de faktiske forhold, har kommunen kommet til at du oppfyller vilkåret for nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunen har kommet til at helsetjenester i hjemmet er det som skal til for å dekke dine behov på en faglig forsvarlig måte.*

##### Eksempel 2

###### Begrunnelse for vedtaket (hele begrunnelsen, ikke utdrag):

*Vedtaket er fattet med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, første ledd, jfr. § 3-12 annet ledd nr 6a, og Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Bestemmelsene gir enhver som har behov for det rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i oppholdskommunen sin, herunder i hjemmet/hjemmesykepleie.*

Kilde: Saksgjennomgangen

Spørreundersøkelsene til fylkesmennene og pasient- og brukerombudene viser også at begrunnelser for vedtak er et forbedringsområde for kommunene. Kun 5 av 16 fylkesmenn og 3 av 15 ombud mener at alle eller de fleste kommunene skriver vedtakene på en slik måte at begrunnelsen for innvilgelse eller avslag er tydelig, og flere kommenterer at kommunene må bli bedre på å skrive godt begrunnede vedtak.<sup>42</sup>

Ifølge Helsedirektoratets veileder bør også vedtak hvor søknader innvilges, begrunnes fullt ut, selv om dette ikke er et krav etter forvaltningsloven. Hensikten er å ivareta kravet til likebehandling, etterprøvbarehet, informasjon og brukermedvirkning. Direktoratet viser også til at de fleste tjenester vurderes fortløpende, og hvis ikke grunnene for innvilgelse går fram av vedtaket, kan det ved senere vurderinger være vanskelig for kommunen å ta stilling til om grunnene for at en tjeneste ble innvilget, fortsatt foreligger. Det vil også bli vanskeligere å vurdere om det er aktuelt å klage dersom tjenestetilbudet reduseres.

42) Fordelingen for fylkesmennene for øvrig var: Åtte svarte «noen kommuner», og tre svarte «få/ingen». Fordelingen blant ombudene for øvrig var: Sju ombud svarte «noen kommuner», tre svarte «få/ingen», og to svarte «ingen formening».

## Beskrivelse av tjenestene

I tillegg til å beskrive *hvorfor* kommunen tildeler de aktuelle tjenestene, eventuelt hvorfor en søknad avslås, skal kommunen beskrive *hvilke* tjenester som tilbys, og i hvilket omfang.

Saksgjennomgangen viser imidlertid at når den eldre tildeles hjemmesykepleie, går det ikke klart fram av vedtaket hvilke tjenester som skal gis. Dette gjelder ett av tre vedtak om hjemmesykepleie. Mange av disse er vedtak hvor kommunen i liten grad har beskrevet omfanget og hyppighet av hjelpen som er innvilget, eksempelvis slik: «Du innvilges hjemmesykepleie til bistand med ernæring og medisiner. Omfang og hyppighet av tjenestene vurderes fortløpende i samråd med deg.» Det kan også være vedtak hvor hjelpen den eldre er innvilget, beskrives i generelle termer som «hjelp med ernæring», uten at dette er beskrevet nærmere.

Én kommune har løst dette på en måte som etter de sakkyndiges vurdering gir en klar og oversiktlig beskrivelse av hva den eldre kan forvente, hvor ofte hjelpen skal gis, og hvilket omfang den vil ha:

Tiltak:	Hvor ofte:	Merknad:
Medisinadministrering	2 ganger daglig	Gi medisiner om morgenen og smør utslett ved behov. Legge fram medisiner på kvelden. Utlevering av ferdigpakke medisinposer annenhver uke.
Dusj	1 gang ukentlig	Tilrettelegging og bistand ved dusj.
Toalett	1 gang daglig	Tømme toalettbøtte.
Praktiske oppgaver i hjemmet	1 gang daglig	Se over sengen, skifte ved behov.

Kilde: Utdrag fra ulike vedtak i saksgjennomgangen

Når tjenestene som er tildelt, er lite presist beskrevet, blir det vanskelig for den eldre å vite hva han eller hun kan forvente av hjemmetjenester, hvor ofte hjemmesykepleien skal komme, og hva de skal gjøre, og om tjenestene som er innvilget, står i samsvar med behovet. Det kan gjøre det vanskelig å følge opp om den eldre får de tjenestene han eller hun har krav på, både for den eldre selv, for pårørende og for kommunen.

Helsedirektoratet opplyser at det finnes lite kunnskap om hvorvidt brukeren faktisk får de tjenestene som går fram av vedtaket. Noen kommuner følger med på dette, men mange kommuner har ikke oversikt over om utførte vedtakstimer eller tjenester er i samsvar med de timene eller den tjenesten som er planlagt eller innvilget.<sup>43</sup> Direktoratet viser til at Helsetilsynet har avdekket at mange kommuner ikke følger med på om den hjelpen det er vedtatt at brukerne skal få, faktisk blir gjennomført. Spørreundersøkelsen blant fylkesmennene bekrefter dette, da bare 4 av de 16 fylkesmennene svarer at alle eller de fleste kommunene følger opp om den eldre mottar de tjenestene som går fram av vedtaket.

Knapt noen av vedtakene refererer til brukerens ønsker i selve vedtaket. Dersom brukerens ønsker går fram i saken, er de oftest omtalt i journalnotater, en intern oppsummering eller i kommunens kommunikasjon med sykehuset (PLO-meldinger). Da kan ikke den eldre vite hvordan eventuelle ønsker er vurdert.

Følgende eksempel er et unntak der de sakkyndige mener at brukerens ønsker er gjengitt i vedtaket på en tydelig og god måte som en del av faktagrunnlaget: «Under

43) Intervju 5. januar 2018. I en rapport fra NHO, Virke og KS (2014) kommer det fram at det kan være store forskjeller på vedtatte timer og faktisk utførte timer.

hjemmebesøket i januar snakket vi om å flytte til en bemannet omsorgsbolig. Dette var du tydelig på at du ikke ønsket, da du opplevde å få god og tilstrekkelig bistand i hverdagen.»

### Mål for tjenestene

Bare noen få av vedtakene som er gjennomgått, har en beskrivelse av hva som er det individuelle målet med tjenesten. Eksempler på disse er:

- «Målet med tjenesten er at du skal bli selvhjulpen ved stomistell»
- «Du har som mål å kunne mestre hverdagen med angst, og kunne klare deg uten tilsyn av hjemmesykepleien»

I to av tre vedtak om hjemmesykepleie er det ikke formulert noe mål for tjenesten, mens i ett av tre vedtak er det brukt standardformuleringer for å beskrive målet. Et eksempel på en slik standardformulering er: «Mål: At du får den hjelpen du trenger».

Selv om et individuelt mål ikke er et krav, er det i Helsedirektoratets veileder for saksbehandlingen vist til at dette er god praksis som bidrar til forventningsavklaring og til å konkretisere og tydeliggjøre for tjenesteyterne hva som er formålet med tjenesten. Det er enklere for brukeren, pårørende og hjemmetjenesten å følge med på om tjenestene fungerer etter hensikten, dersom det er formulert et individuelt mål. Å formulere mål for tjenesten, i samarbeid med den eldre, er også et verktøy for å sikre brukermedvirkning.

---

## 4.3 Ulikheter i tildelingspraksis

Saksgjennomgangen viser at det er variasjon i de tolv kommunenes arbeidsmåter når de tildeler tjenester, blant annet når det gjelder hvordan behovene kartlegges, hvordan brukerne involveres, og hvordan vedtakene skrives. Det er ikke undersøkt systematisk om *terskelen* for å innvilge tjenester har vært ulik i de tolv kommunene.

Andre undersøkelser viser imidlertid at terskelen for å få tjenester varierer mellom kommuner og saksbehandlere. Videre har det vist seg at søkerens kjønn og familiesituasjon har betydning for tildelingen av tjenester:

- I en undersøkelse sendte forskere en vignett, det vil si en beskrivelse av en fiktiv eldre persons hjelpebehov, til saksbehandlere i norske kommuner. Saksbehandlerne skulle vurdere hvilke tjenester de ville tildelt, og i hvilket omfang. Resultatene tyder på at tildelingen av kommunale helse- og omsorgstjenester avhenger både av hvilken kommunen søkeren bor i, og av hvilken saksbehandler som fatter vedtaket. Dette tyder ifølge forskerne på at «arbeidet som gjøres i forhold til standardisering bør få et økt fokus i kommunene, for å sikre et likt tilbud uavhengig av geografi og/eller saksbehandler».<sup>44</sup>
- Den samme undersøkelsen viste at menn ble tilbudt mer hjelp enn kvinner i en ellers lik situasjon.<sup>45</sup>
- En undersøkelse av registerdata konkluderer med at eldre som har ektefeller eller barn, i mindre grad tildeles kommunale tjenester. For eksempel blir eldre med sønner i større grad innvilget hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn eldre med døtre.<sup>46</sup> Det samme viste vignettundersøkelsen omtalt over.

44) Syse, A m fl. (2015).

45) Jakobsson, N m fl. (2016).

46) Holmås, T m fl. (2016).

- En undersøkelse som er gjennomført av helseetaten i Oslo, fant at det var noe ulik praksis bydelene imellom ved saksbehandling av søknader om sykehjemsplass når det gjaldt kartlegging og terskelen for å få plass.<sup>47</sup>
- En undersøkelse av ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren i fem storbyer avdekket ulike terskler for tildeling av tjenester. Det varierte også hvor konsistent forvaltningspraksisen var, altså hvor stort samsvar det var mellom saksbehandlerenes avgjørelser.<sup>48</sup>

### **Statlige tiltak for å få bedre og likere tildelingspraksis**

*Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester* (SIO-prosjektet) (se faktaboks 3) har blant annet som mål å bidra til likere arbeidsmåter i saksbehandlingen, både mellom kommuner og innen den enkelte kommune.

For de fire kommunene som deltar i forsøkets modell A, er det utarbeidet felles rutiner og kriterier for arbeidsprosessen ved tildelingskontorene. Blant annet er det utviklet en samtaleguide som skal fungere som hjelpemiddel i forbindelse med kartleggingssamtaler. Samtaleguiden inneholder spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger, mål og om hva som er viktig for søkeren. Andre sentrale dokumenter er et felles søknadsskjema og en felles sjekklister, som skal sikre at den som tildeler, har innhentet tilstrekkelig dokumentasjon før vedtaket blir gjort.<sup>49</sup> Midtveiseevalueringen tyder på at forsøket har ført til at vedtakene i de fire kommunene har et mer enhetlig format enn før, og en del av informantene i forsøket mener at begrunnelsen for vedtakene kommer klarere fram.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at dette er en foreløpig evaluering, og at det er for tidlig å si hva effektene av forsøket er. I prosjektperioden har kommunene i modell A fått tett oppfølging av Helsedirektoratet. Direktoratet har blant annet bistått med veiledning og opplæring gjennom samlinger og løpende kontakt, arbeidet sammen med kommunene om vedtaksmaler og «klart språk» og har lagt til rette for erfaringsdeling mellom kommunene.

47) Oslo kommune, helseetaten (2017).

48) PWC (2015).

49) Helsedirektoratet (2017d).

Helsedirektoratet gjennomfører et forsøk med statlig finansiering av de kommunale omsorgstjenestene. Målene med forsøksordningen er å prøve ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning av tjenester til innbyggerne.

Seks kommuner deltar i forsøket. To ulike finansieringsmodeller brukes, og disse er beskrevet i *Evalueringsrapport om forsøksordning med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester (SIO): Nullpunktmåling 2016*. De fire kommunene som bruker finansieringsmodell A, benytter statlige tjenestekriterier. Kriteriene går fram av *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester: kriterier for tildeling av omsorgstjenester*. Disse kommunene bruker også felles arbeidsverktøy som skal bidra til lik tildelingsprosess og til at brukerne tildeles tjenester tilpasset sine behov: søknadsskjema, samtaleguide og sjekklister for å kartlegge behov.

De to kommunene i modell B bruker egne kommunale tildelingskriterier og arbeidsverktøy.

Helsedirektoratets veileder i saksbehandling og LEON-prinsippet skal følges. LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) innebærer at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og om mulig forsøkt før mer kostnadskrevende tjenester tildeles.

Forsøket startet i mai 2016 og skal vare til mai 2019. I regjeringsplattformen for perioden 2017–2021 legges det opp til å utvide og forlenge forsøket, noe regjeringen vil komme tilbake til i budsjettssammenheng.

Kilder: Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018, Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*, Helsedirektoratet.no, Helsedirektoratet (2015) *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester*, Helsedirektoratet (2016) *Evalueringsrapport om forsøksordning med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester (SIO): Nullpunktmåling 2016* og Helsedirektoratet (2017) *Evalueringsrapport om forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Fra 1. juli 2017 skal alle kommuner ha lokale forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Ifølge departementet vil slike kriterier bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen.<sup>50</sup> Det vil bli innført nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig etter at det er høstet erfaringer med de kommunale kriteriene og prosjektet med statlig finansiering av omsorgstjenestene.<sup>51</sup> Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at tidsperspektivet er usikkert. Departementet viser til at kriteriene må utformes slik at det fortsatt er stort rom for kommunene til å utøve faglig skjønn, slik kriteriene som brukes i SIO-prosjektet og i de ulike kommunenes lokale forskrifter, i dag gir anledning til. Departementet understreker at de nasjonale kriteriene ikke skal være så detaljerte at de i for stor grad reduserer kommunenes frihet til å tildele tjenester.

#### 4.4 Klager på vedtak

Dersom det gis avslag på en tjeneste, kan søkeren klage på avgjørelsen. Det er også mulig å klage selv om kommunen har innvilget tjenester, dersom omfanget av og innholdet i tjenestene ikke er i samsvar med behovet. Både klage på avslag og på omfang og innhold kalles *rettighetsklager* (se faktaboks 4).

50) Prop. 99 L (2015–2016).

51) Det er gitt forskriftshjemmel for å gi slike nasjonale kriterier i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a tredje ledd.

En klage skal i første omgang rettes til kommunen, og kommunene skal rapportere om antallet klager på vedtak som en del av IPLOS-rapporteringen. Sett i forhold til antallet vedtak kommunene fatter, er antallet klager som er rapportert via IPLOS, svært få:

- I 2017 fattet kommunene nær 629 000 vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester (uansett alder på søkeren), og har rapportert 433 klager.<sup>52</sup>
- For hver klage på *helsetjenester i hjemmet* (uansett alder), fattet kommunene nær 6 000 vedtak.

Dersom kommunen ikke gir medhold i klagen, skal kommunen sende saken videre til fylkesmannen. I 2017 avsluttet fylkesmennene behandlingen av 391 klager om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester som gjaldt personer over 67 år. Dette betyr at det i gjennomsnitt kom inn færre enn én klage fra hver kommune for denne aldersgruppen, og at andelen klager utgjør ca. én promille av alle vedtakene.<sup>53</sup>

Ifølge pasient- og brukerombudenes årsmeldinger klages det for lite på kvaliteten og omfanget på tjenestene. Helsetilsynet mener imidlertid at det er vanskelig å vite om det klages for lite. Samtidig ser Helsetilsynet at andelen som klager, er lav med tanke på hvor mange vedtak som fattes, og hvor mange tjenester som gis. Særlig når det gjelder hjemmetjenester, vil det ifølge Helsetilsynet trolig være mange som ønsker seg større omfang enn de får.

#### Faktaboks 4 Saksgangen i rettighetsklager

Rettighetsklagen skal rettes til den som har truffet vedtaket, altså til kommunen/tjenesten. Kommunen har plikt til å veilede klageren med å utforme klagen slik at klagerens rettigheter kan bli ivaretatt på best mulig måte. Kommunen skal så vurdere klagen og gjøre de undersøkelser som klagen gir grunn til, og eventuelt endre eller oppheve avgjørelsen. Dersom det ikke gis medhold i klagen, skal saken snarest oversendes fylkesmannen, også om klageren er gitt delvis medhold. Fylkesmannen skal deretter behandle saken og kan enten endre kommunens vedtak eller oppheve vedtaket og sende saken tilbake til kommunen for ny behandling.

Kilde: Helsetilsynet (2012): *Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven*

### Fylkesmannens saksbehandling

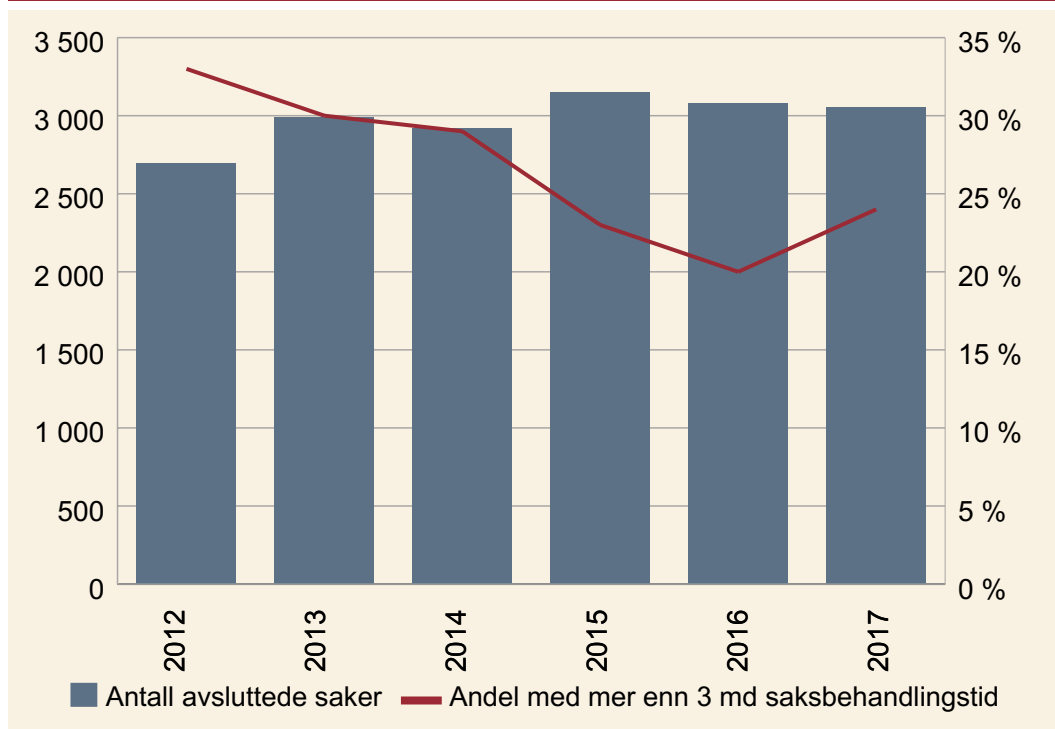
En reell klageadgang forutsetter at klagene behandles innen rimelig tid. Kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet er at minst 90 prosent av klagene skal behandles innen tre måneder. Utviklingen i saksbehandlingstid er vist i figur 3.

52) Mørk, E m fl. (2018).

53) Tall levert fra Helsetilsynet. Forholdstallet mellom klagene til fylkesmannen og antall vedtak er basert på anslag for hvor stor andel av vedtakene som gjelder tjenester til personer over 67 år. Andelen eldre brukere er 60 prosent, mens andelen av vedtakene er anslått til mellom 40 og 60 prosent.



**Figur 3 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene. Antall avsluttede saker og andel med mer enn 3 måneders saksbehandlingstid. 2012–2017**



Kilde: Helsetilsynets årsrapporter for 2014–2017

Figur 3 viser at fylkesmennene de seneste årene har klart å behandle flere klager innen fristen, til tross for at saksmengden har økt. Likevel var det 12 av 18 embeter som i 2017 ikke nådde målet om at 90 prosent skal behandles innen tre måneder.<sup>54</sup> Fylkesmennene som ikke har nådd målet, forklarer dette på ulike måter i sine årsrapporter for 2017, som for eksempel at det kommer inn flere klagesaker enn før, kombinert med ressursmangel, at sakene er komplekse og tidkrevende, eller at saker er mangelfullt opplyst fra kommunens side.

Samtidig fører fylkesmennenes behandling til helt eller delvis endret konklusjon i en stor andel saker. For alle aldre gjaldt det 25 prosent av sakene i 2017, for dem over 67 år 31 prosent.<sup>55</sup> Det kan for eksempel innebære at fylkesmannen endrer vedtaket slik at kommunen må tilby institusjonsplass hvor den eldre opprinnelig hadde fått avslag. Dette betyr at det kan være avgjørende for søkeren å få avgjørelse raskt, siden utfallet kan ha stor betydning for den enkelte som klager.

Pasient- og brukerombudene har i sine årsmeldinger gjentatte ganger uttalt at de er bekymret for den lange saksbehandlingstiden hos enkelte fylkesmannsembeter, og de har påpekt at det er nødvendig med kortere saksbehandlingstider for å sikre tillit i befolkningen. Spørreundersøkelsen blant pasient- og brukerombudene viser at halvparten av ombudene er helt eller delvis uenig i at rettighetsklager til fylkesmannen som gjelder helse- og omsorgstjenester til eldre, blir behandlet innen rimelig tid.

Helsetilsynet gir i årsrapporten for 2017 uttrykk for at det er en bekymringsfull utvikling at restansene har økt for både tilsynssaker og rettighetsklager. Helsetilsynet mener at

54) Helsetilsynets årsrapport for 2017.

55) Tall fra Helsetilsynet.

restansene fortsatt kan komme til å øke som følge av omstillingene som regionreformen innebærer for embetene.

Saksgjennomgangen viser at alle kommunene har informert søkeren om klagemulighetene i vedtaksbrevet, men at vedtakene ofte er uklare og ufullstendig begrunnet. Ifølge flere av fylkesmennene kan uklare vedtak med generelle beskrivelser av tjenesteinnholdet være en grunn til at få eldre klager.

Spørreundersøkelsen blant pasient- og brukerombudene viser at de fleste ombudene har inntrykk av at eldre brukere har for dårlig informasjon om klagerettigheter. De fleste ombudene mener at ansatte i kommunene trenger bedre kunnskaper om klagerettigheter og klagesaksbehandling, at kommunene må gi brukere og pårørende bedre informasjon om retten til å klage på vedtak og bedre bistand om de ønsker å klage. Pasient- og brukerombudene har i flere år gitt uttrykk for at det er behov for økt kompetanse om pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene, og understreker i årsmeldingen for 2017 at kommunene må få bedre saksbehandlingskompetanse: «Både ansatte og ledere har for lite kompetanse på regelverk og rettigheter [...]. Beslutninger fattes uten vedtak eller begrunnelse. Det gis ikke informasjon om klagerettigheter. Man har ikke kjennskap til innholdet i de lovfestede pasientrettighetene.»<sup>56</sup>

Pasient- og brukerombudene har i årsmeldingen for 2017 påpekt at mange eldre er redde for å klage på tjenestene de mottar, selv om de kanskje ikke har grunn for det. Mange ombud og fylkesmenn trakk i spørreundersøkelsene fram at eldre er en gruppe som ikke har kultur for å klage, men er fornøyde med det de får. Flere peker på at eldre kan være svekket mentalt og fysisk og dermed ikke har ressursene som trengs for å klage. Flere fylkesmenn mener imidlertid også at for dårlig kunnskap om klagerettigheter hos både eldre og ansatte i kommunene kan være en årsak til at få eldre klager.

56) Pasient- og brukerombudenes årsmelding for 2017.

## 5 Kvalitet og pasientsikkerhet

Begrepet «kvalitet» brukes for å beskrive egenskaper ved en tjeneste, ofte sammenlignet med bestemte krav.<sup>57</sup> Kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven er en minstestandard for akseptabel kvalitet. Tjenester med god kvalitet kjennetegnes i tillegg av at de

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt<sup>58</sup>

Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring har vært et krav i helse- og omsorgstjenesteloven siden 2012. Helse- og omsorgsdepartementet og KS er gjennom utviklingsavtalen for helse og omsorg 2016–2019 enige om «å arbeide for å intensivere systematisk kvalitets- og innovasjonsarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester».<sup>59</sup>

---

### 5.1 Kunnskap om kvalitet som grunnlag for oppfølging og kvalitetsforbedring

#### 5.1.1 Kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har fra januar 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten.<sup>60</sup> En indikator er et indirekte mål og beskriver forhold som er for kompliserte til å måle direkte. Helsedirektoratet uttaler at kvalitetsindikatorerne gir kunnskap om strukturer, prosesser og aktiviteter. Tankegangen bak kvalitetsindikatorerne er at riktige prosesser og aktiviteter fører til gode resultater, for eksempel at det er stor sannsynlighet for at brukernes ernæring bedres (resultat) dersom retningslinjene for ernæring følges (aktivitet).

Kvalitetsindikatorerne har flere formål:

- gi pasienter og pårørende et grunnlag for å kunne ta valg basert på kvalifisert informasjon
- tilby offentligheten informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene
- gi sentrale myndigheter et grunnlag for å vurdere behovet for å utvikle og/eller revidere strategier/retningslinjer og/eller veiledere på ulike helsefaglige områder
- gi eiere og ledere innen helse- og omsorgstjenesten grunnlag til å benytte resultatene til lokal kvalitetsforbedring<sup>61</sup>

Ved utgangen av 2017 besto kvalitetsindikatorsystemet av totalt 171 indikatorer.<sup>62</sup> 25 av disse gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse er det 16 indikatorer som er relevante for eldre, se faktaboks 5.

57) Nylenna, M m fl (2015).

58) Helse og sosialdirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*.

59) *Avtale mellom regjeringen og KS om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten 1.1.2016–1.1.2019*. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom staten og KS.

60) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* og Meld. St. 12 (2015–2016).

61) Helsedirektoratet (2018a).

62) Helsedirektoratet (2018b).

- ventetid på sykehjemsplass
- ventetid på hjemmetjenester
- oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- oppfølging av ernæring hos hjemmeboende
- legetimer per beboer i sykehjem
- beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder
- beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt
- ventetid på dagaktivitetstilbud
- enerom med eget bad og WC
- forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem
- sykehjem som deltar i undersøkelsen om helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-PIAH)
- reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune

Kilde: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

De fleste indikatorene gjelder sykehjem. Helsedirektoratet mener at det har lite kunnskap om kvaliteten i hjemmetjenestene.<sup>63</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det er utviklet langt færre indikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester enn for spesialisthelsetjenesten, men at det stadig kommer til flere. Departementet mener at antallet er mindre viktig enn hvilke indikatorer som finnes. De fleste indikatorene beskriver strukturer og prosesser, det vil si at kvalitet måles indirekte.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det følger med på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Ifølge departementet er kvalitet vanskelig å måle, men indikatorene sier noe om utviklingstrekkene. Datakvaliteten er ifølge departementet variabel, noe som foreløpig gjør det vanskelig å bruke flere av indikatorene. Resultatene for de ulike kvalitetsindikatorene er tilgjengelig på *helsenorge.no* sammen med informasjon om hvilke forbehold som bør tas når resultatene tolkes. Ifølge informasjonen på *helsenorge.no* påvirkes datakvaliteten av blant annet underrapportering, feilregistrering, mangler ved kommunenes journalsystemer og feil eller manglende bruk av veiledningene for registrering i IPLOS. Helsedirektoratet konstaterer at mange kommuner ikke har etablert gode nok rutiner for å sikre komplett registrering av IPLOS-variabler. Det er derfor foreløpig få kvalitetsindikatorer som har høy datakvalitet. Disse er

- legetimer per beboer i sykehjem
- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenestene
- enerom med eget bad og WC<sup>64</sup>

Helsedirektoratet har erfart at indikatorbegrepet fungerer dårlig i mange kommuner fordi forståelsen av hva en indikator er, mangler. Direktoratet mener at kommunene bør måle kvalitet mer systematisk, og at altfor få kommunestyrer etterspør rapportering om kvalitet/pasientsikkerhet.<sup>65</sup>

63) Intervju 16. april 2018.

64) Helsedirektoratet (2018c).

65) Intervju 16. april 2018.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at departementet ikke har oversikt over hvordan kommunene bruker nasjonale eller lokale kvalitetsindikatorer, men at departementet kjenner til god praksis i noen kommuner. Departementet vet at kommunene i ulik grad bruker informasjon fra KOSTRA og IPLOS, og etter departementets vurdering skyldes det blant annet at analysekompetansen varierer mellom kommunene.

Erfaringer fra brukere og pårørende er viktig for å forbedre tjenestene. Noen kommuner gjennomfører spørreundersøkelser for å få informasjon om hvor fornøyde brukere og pårørende er med tjenestene. Enkelte kommuner har utviklet egne undersøkelser, men det er også tilgjengelig undersøkelser på *bedrekommune.no*, som er et verktøy KS har utviklet. I 2017 gjennomførte 47 kommuner pårørendeundersøkelsen av pleie- og omsorgsinstitusjoner. Brukerundersøkelsen av hjemmetjenestene ble gjennomført i 37 kommuner.<sup>66</sup>

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse med utgangspunkt i undersøkelsene på *bedrekommune.no*.<sup>67</sup> En pilotundersøkelse er gjennomført i samarbeid med Folkehelseinstituttet. I desember 2018 vil arbeidsgruppen komme med anbefalinger om videre drift og arbeid med spørreundersøkelsen.<sup>68</sup> I Meld. St. 15 (2017–2018) er det vist til at regjeringen ønsker kvalitetsindikatorer basert på bruker- og pårørendeerfaringer.

### 5.1.2 Tilsyn

Tilsyn er et virkemiddel som skal bidra til å øke kvaliteten, innovasjonsevnen og regelverksetterlevelsen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetenes eget ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring. Fylkesmennene skal prioritere innsatsen overfor kommuner der det er avdekket særlige utfordringer.<sup>69</sup> Fylkesmannens tilsyn er ifølge departementet det viktigste virkemiddelet nasjonale myndigheter har for å følge med på kvaliteten i tjenestene.

Tilsyn kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som reaksjon på hendelser (hendelsesbasert tilsyn) og med et overordnet perspektiv (områdeovervåking).<sup>70</sup> Vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk, skal ligge grunn for prioriteringen av temaer for planlagte tilsyn.<sup>71</sup> Systemrevisjon er et planlagt tilsyn der ett eller flere områder, som er angitt på forhånd, undersøkes systematisk. Systemrevisjonen skal undersøke om og på hvilken måte virksomheten har innrettet seg for å etterleve krav, om rutiner og prosedyrer er kjent og etterleves i praksis, og om de er effektive for å løse en oppgave eller et problem. Brudd på aktuelt regelverk omtales som *avvik*, og tilsynsmyndigheten ber om å få en plan for å utbedre forholdene. *Merknader* gis når tilsynsmyndigheten ønsker å påpeke forbedringsområder.<sup>72</sup>

### Omfang av planlagte tilsyn/systemrevisjoner

Ifølge Helsetilsynet er ambisjonen å videreføre, og helst øke, fylkesmennenes aktivitetsnivå når det gjelder forebyggende, risikobaserte, planlagte tilsyn. Ikke i noen av årene i perioden 2012–2017 har embetene nådd det samlede kravet fra Helse- og

66) <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/effektiviseringsnettverkene/resultater-fra-bedrekommune.no-2017/>

67) Helsedirektoratet (2016a).

68) Helsedirektoratet (2018b).

69) Tildelingsbrev til fylkesmannen 2017.

70) <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/om-tilsyn/>

71) Prop. 1 S (2017–2018).

72) <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/>

omsorgsdepartementet om 300 *systemrevisjoner eller tilsvarende* per år.<sup>73</sup> I perioden ble det gjennomført stadig færre systemrevisjoner, fra 258 i 2012 til 169 i 2016. Antallet økte noe i 2017, til 188 tilsyn.

Det samlede kravet fra departementet om 300 tilsyn er summen av resultatkrav til det enkelte embete. I 2017 var Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder forventet å gjennomføre flest tilsyn, henholdsvis 35 og 26. De øvrige embetene skulle gjennomføre mellom 11 og 24 tilsyn. Bare Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, Hordaland og Oppland nådde, eller var nær å nå, det fastsatte resultatmålet for 2017.<sup>74</sup>

I perioden 2014–2017 ble det gjennomført 784 *systemrevisjoner eller tilsvarende* av kommunale helse- og omsorgstjenester. 564 av disse var systemrevisjoner.<sup>75</sup> Søk i Helsetilsynets database for tilsynsrapporter viser at 166 av dem var rettet mot tjenester til eldre.<sup>76</sup> Tilsynene ble gjennomført i 132 kommuner, hvorav det i 23 kommuner ble gjennomført mer enn ett tilsyn. Det betyr at om lag tre av ti kommuner i Norge hadde en systemrevisjon rettet mot tjenester til eldre i fireårsperioden 2014–2017.

Spørreundersøkelsen blant fylkesmennene viser at halvparten av embetene i liten grad er tilfredse med antallet systemrevisjoner de har gjennomført med helse- og omsorgstjenester til eldre. Som forklaringer på at det er gjennomført få slike systemrevisjoner, oppgir fylkesmennene blant annet at de ikke har tilstrekkelig kapasitet, og at andre oppgaver må prioriteres, blant annet landsomfattende tilsyn, klagesaker og hendelsesbaserte tilsyn.

I 2010–2011 var kommunenes sosial-, helse- og omsorgstjenester tema for Helsetilsynets landsomfattende tilsyn, som ledd i en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre. Det ble da gjennomført tilsyn i til sammen 342 virksomheter i 232 kommuner.<sup>77</sup>

Ifølge evalueringen av det landsomfattende tilsynet oppfattet de fleste kommunene fylkesmennenes tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre i 2010–2011 som et godt grunnlag for forbedringsarbeid. Kommunene anså temaene for tilsynene som relevante og vesentlige og mente at tilsynet virket bevisstgjørende og ga impulser til forbedringsarbeid, uavhengig av om det ble påvist lovbrudd eller ikke.<sup>78</sup>

Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om effekten av tilsyn. Et nyere forskningsprosjekt, *Effekt av tilsyn 2013–2017*, skal undersøke effekten av planlagt tilsyn om helse- tjenester og studere sammenhengen mellom tilsyn, organisasjonsendringer og tjenestekvalitet. Foreløpig er forskningsresultater publisert i to artikler.<sup>79</sup>

### 5.1.3 Forskning og fagutvikling

Ifølge Helsedirektoratet er mer kunnskapsbasert praksis viktig for å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>80</sup> Kunnskapsbasert praksis er «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon».<sup>81</sup>

73) For å kunne følge aktiviteten fra år til år blir tilsynene omregnet til antall systemrevisjoner. For eksempel tilsvarer egenmeldinger 0,2 systemrevisjoner, mens stikkprøvetilsyn tilsvarer 0,5 systemrevisjoner. Kilde: Helsetilsynets årsrapporter for 2015–2017.

74) Helsetilsynets årsrapport for 2017. Aust- og Vest-Agder, Hordaland og Oppland oppnådde et resultat på henholdsvis 106, 99 og 90 prosent av resultatmålet.

75) Helsetilsynets årsrapporter for 2015–2017.

76) I tillegg ble det gjennomført 36 uanmeldte tilsyn, og 34 tilsyn basert på stikkprøver eller selvmelding.

77) Helsetilsynet (2011).

78) <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2013/tilsyn-nyttig-i-forbedringsarbeid-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

79) <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/effekt-av-tilsyn-20132018/>

80) Helsedirektoratet (2017h).

81) <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er et stort behov for forskningsbasert kunnskap om eldreomsorgen. Kunnskapsoppsummeringer viser det samme.<sup>82</sup> Departementet nevner som eksempler at det trengs mer kunnskap om effekter av tiltak, organisering, styring og brukernes behov.

Departementet bevilger midler gjennom Forskningsrådet til forskning om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Ifølge departementet øker forskningen, men fra et lavt nivå. En undersøkelse gjennomført av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), på oppdrag for Forskningsrådet, viser at det har vært en sterk vekst i antall vitenskapelige artikler om helse- og omsorgstjenester i kommunene, inkludert eldreomsorg.<sup>83</sup>

Det er etablert fem sentre for omsorgsforskning, som skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling, formidle forskning til kommunene og utdanningssektoren og bidra til å heve kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.<sup>84</sup> Fra 2018 finansieres sentrene gjennom programmet HELSEVEL i Forskningsrådet. HELSEVEL er et tjenesteforskningsprogram som skal bidra til at forskning og innovasjon gir økt kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene.<sup>85</sup>

*HelseOmsorg21* er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. En av hovedprioriteringene er «et kunnskapsløft for kommunene». Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for å følge opp HelseOmsorg21-strategien. Et kommunalt pasientregister (KPR), som blant annet skal samle data om alle mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunene, er ett av tiltakene i strategien. KPR ble etablert i april 2018. Hovedformålet med KPR er ifølge forskriften å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådene og anbefalingene som gis, skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger, bidra til å redusere uønsket variasjon og fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.<sup>86</sup> Helsedirektoratet har utviklet to nasjonale faglige retningslinjer som er relevante for eldreomsorgen:

- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580
- Nasjonal faglig retningslinje om demens, IS-2658

Det finnes i tillegg retningslinjer utviklet av andre miljøer. Helsedirektoratet har også utarbeidet veiledere som beskriver god praksis, men de har ikke samme normative status som retningslinjer.

### **Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester**

Helsedirektoratet gir tilskudd til 20 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene skal bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger

82) Se for eksempel: Folkehelseinstituttet (2017).

83) Wiig, O m fl. (2016).

84) Sentre er etablert ved Universitetet i Tromsø, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder sammen med Høgskolen i Sørøst-Norge, og NTNU på Gjøvik. De fem sentrene utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra Gjøvik. Se: [http://omsorgsforskning.no/om\\_senteret/om\\_oss](http://omsorgsforskning.no/om_senteret/om_oss)

85) Programmet inngår i Forskningsrådets innsats for fornyelse og innovasjon i de offentlige helse- og omsorgstjenestene, arbeids- og velferdstjenestene og barne- og familievernet og er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Kilde: [https://www.forskningsradet.no/prognost-helsevel/Om\\_programmet/1254005461884](https://www.forskningsradet.no/prognost-helsevel/Om_programmet/1254005461884)

86) Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.

og nasjonale føringer, og bidra til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene fornyer og forbedrer seg innenfor utvalgte satsingsområder. Utviklingssentrene skal

- legge til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket gjennom blant annet ulike nettverk og arenaer for ledere og andre ansatte
- bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis gjennom spredning av kunnskap, herunder nasjonale veiledere og retningslinjer
- bidra til innovasjon og nye løsninger, og til spredning av disse
- tilby råd og veiledning i metoder og verktøy i fagutviklings-, forbedrings- og implementeringsarbeid
- medvirke til og tilrettelegge for forskning som er praksisnær og relevant for kommunale helse- og omsorgstjenester<sup>87</sup>

Fylkesmannen skal bistå utviklingssentrene i deres oppdrag med å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer, jf. tildelingsbrevet til fylkesmannen for 2018. Ifølge Helsedirektoratet er det utviklet en arbeidsform mellom fylkesmannen, utviklingssentrene og sentrene for omsorgsforskning som fungerer godt, men som bør videreutvikles.<sup>88</sup>

---

## 5.2 Pasientsikkerhet – utfordringer og virkemidler

Pasientsikkerhet er en viktig dimensjon ved kvalitet: Tjenester med god kvalitet skal være trygge og sikre. Pasientsikkerhet er definert som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser».<sup>89</sup> Det betyr at pasientsikkerhet i eldreomsorgen både handler om å forebygge konkrete skader / uønskede hendelser, som for eksempel fall, og om å sikre at det finnes rutiner/ systemer som bidrar til at eldre får forsvarlig helsehjelp.

### 5.2.1 Pasientskader og uønskede hendelser

Helsedirektoratet viser til at manglende nasjonal oversikt over pasientskader / uønskede hendelser i den kommunale omsorgstjenesten er en utfordring. Det finnes ikke tall for pasientskader i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.<sup>90</sup>

I spesialisthelsetjenesten er det rundt 14 prosent per år som pådrar seg pasientskade som følge av behandlingen de får.<sup>91</sup> Det har ikke vært varslings- og meldeplikt i den kommunale helse- og omsorgstjenestene slik det er i spesialisthelsetjenesten.

Stortinget vedtok i 2017 en ny lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester. Loven har ikke trådt i kraft ennå. I den nye loven er alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, pålagt å melde fra til Helsetilsynet ved uventede dødsfall og andre alvorlige hendelser.

Stortinget vedtok i 2017 lov om *Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*. Kommissjonen er en uavhengig instans underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, som skal undersøke alvorlige hendelser og ulykker. Formålet med undersøkelsene er å få kunnskap om hva som skjedde, og årsakene til hendelsen for å bidra til læring og endring, slik at nye alvorlige hendelser kan forebygges.

Sykehusene bruker Global Trigger Tool, som er et verktøy for å avdekke forekomst av pasientskader ved gjennomgang av et utvalg journaler. Dette har hittil ikke vært tatt i

87) <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester> og <http://www.utviklingssenter.no/om-oss.176088.no.html>

88) Helsedirektoratet (2018c) og Helsedirektoratet (2017h).

89) Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

90) NOU (2015:11) og intervju med Helsedirektoratet 16. april 2018.

91) Meld. St. 6 (2017–2018).



bruk i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det pågår forsøk med Global Trigger Tool ved sykehjem, men ifølge Helsedirektoratet er det for tidlig å si noe om erfaringene.<sup>92</sup>

### 5.2.2 Ernæring

Underernæring svekker motstandskraften, øker risikoen for komplikasjoner, forverrer fysisk og kognitiv funksjon og gir høyere dødelighet.<sup>93</sup> Underernæring og feilernæring gir økt fare for andre sykdommer, lengre rekonvalesens, større pleietyngde og økte medisinske kostnader.<sup>94</sup>

Det eksisterer ingen samlet nasjonal oversikt over omfanget av underernæring eller andre ernæringsproblemer blant eldre. Forskning og ulike undersøkelser antyder imidlertid at problemet er omfattende. Den nyeste undersøkelsen som gjelder primærhelsetjenesten, er fra 2014, og denne viser at blant eldre som mottar hjemmesykepleie eller er på sykehjem, er 30 prosent underernærte.<sup>95</sup> I gjennomgangen «Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger» gjengir Nasjonalt råd for ernæring tall fra spesialisthelsetjenesten. Ved Akershus universitetssykehus har undersøkelser vist at 45 prosent av eldre pasienter (over 70 år) er i *ernæringsmessig risiko*. I en tidligere studie gjennomført ved Oslo universitetssykehus ble 57 prosent av de eldre pasientene på medisinsk avdeling klassifisert som underernærte.<sup>96</sup> Det er derfor grunn til å tro at mange eldre som skrives ut fra sykehus og skal følges opp av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har ernæringsproblemer. Kunnskapsoppsummeringen som er gjort i sammenheng med eldrereformen *Leve hele livet*, peker på at dersom eldre i en periode spiser mindre og mister vekt, kan det være vanskelig å øke vekten igjen. Å forebygge underernæring er derfor lettere enn å behandle en som allerede har blitt underernært.<sup>97</sup>

Det finnes en nasjonal kvalitetsindikator for *oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem* (langtidsopphold i institusjon).<sup>98</sup> Denne indikatoren viser hvor stor andel av sykehjemsbeboere på 67 år og eldre som har fått kartlagt ernæringsstatusen sin i løpet av siste 12 månedene. Resultatene fra 2017 viser at på landsbasis hadde 43 prosent av dem blitt vurdert for *ernæringsmessig risiko*. Av disse var 36 prosent i risiko for underernæring. 73 prosent blant dem med risiko for underernæring hadde fått utarbeidet en ernæringsplan.

Videre finnes det også en nasjonal kvalitetsindikator for *oppfølging av ernæring hos hjemmeboende*.<sup>99</sup> Denne indikatoren viser hvor stor andel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet over 67 år som har fått kartlagt ernæringsstatusen sin i løpet av de siste 12 månedene. I 2017 viste indikatoren at 14 prosent hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. Av disse hadde 28 prosent risiko for underernæring. 48 prosent av dem som hadde risiko for underernæring, hadde fått utarbeidet en ernæringsplan. Indikatorene for ernæring ble publisert for første gang i 2017 og gir derfor ennå ikke grunnlag for å vurdere utviklingen. Utfordringer med indikatorenes datakvalitet er omtalt i punkt 5.1.1.

Det landsomfattende tilsynet med tjenester til eldre i 2010–2011 konkluderte blant annet med at det var store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre tjenestemottakere. Mange steder var det heller ikke

92) Intervju med Helsedirektoratet 16. april 2018.

93) *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*.

94) Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

95) Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017a).

96) Helsedirektoratet, ernæringsrådet (2017) *Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger*.

97) Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017a).

98) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-beboere-pa-sykehjem>

99) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-hjemmeboende>

beskrevet eller avklart hvordan det videre arbeidet med å utrede ernæringsproblemer, sette i verk individuelle ernærings tiltak og evaluere disse skulle gjøres.<sup>100</sup>

Fra 2016 til april 2018 har fylkesmennene offentliggjort 18 systemrevisjoner der ernæringspraksis er undersøkt. En analyse av disse rapportene indikerer at svakhetene som ble avdekket i det landsomfattende tilsynet, fortsatt gjelder. Tilsynene viser at det varierer om tjenestene systematisk kartlegger ernæringsstatusen til nye brukere, og i hvilken grad det er brukt prosedyrer og verktøy for å kartlegge og vurdere ernæringsstilstand. Kartleggingspraksisen er ofte preget av svak forankring i ledelsen, lite avsatt tid og uklar ansvarfordeling, noe som resulterer i at registreringer ofte er mangelfull. Det er også rapportert om andre svakheter knyttet til dokumentasjon. Tilsynene har avdekket tilfeller der det kun er registrert den eldres vekt og om det er gitt mat eller ikke, mens ernæringsmessig risiko, faglige begrunnelser for tiltak og endringer i tiltak sjelden er dokumentert. Flere dokumentasjons- og informasjonsdelings-systemer eksisterer side om side. Mye informasjon overleveres muntlig og blir derfor ikke dokumentert.

Når det gjelder tiltak kommunene har satt i gang, indikerer tilsynsgjennomgangen at også disse er kjennetegnet av variasjon, manglende systematikk, uklar ansvarfordeling og liten grad av individuell brukertilpasning. For eksempel oppgir ansatte flere steder at de grunnnet tidspress ikke kan være til stede ved måltider sammen med pasienter som har behov for det. Samtidig viser tilsynsrapportene at ansatte følger med på åpenbart underernærte pasienter og følger opp med tiltak.

Tilsynsrapportene viser videre at de ansatte gjennomgående har for lite kompetanse når det gjelder ernæring og behandling av underernæring, og at området i liten grad får ledelsens oppmerksomhet. Blant annet følger ikke ledelsen med på om prosedyrer er kjent og tatt i bruk, og det mangler ofte risiko- og sårbarhetsanalyser samt opplæringsplaner. Ledelsen vurderer sjelden behovet for kompetanseheving og setter ikke av tid til opplæring, blant annet på grunn av lav bemanning. Disse funnene er ganske like funnene fra tilsynene i 2010–2011, som avdekket at ledelsen ikke hadde vurdert behovet for kompetanseheving, at ansatte ikke hadde fått opplæring i oppgaver de skulle ivareta, og at det ikke var etablert arenaer for kunnskapsoverføring eller internundervisning.

For å styrke arbeidet med mat og ernæring blant eldre er det fra statlig hold blant annet laget en nasjonal handlingsplan, nasjonale faglige retningslinjer og tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring, i tillegg til at det er utarbeidet anbefalinger og en veileder til godt ernæringsarbeid. Ett av pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er forebygging av underernæring, og *Leve hele livet*-reformen legger også særlig vekt på riktig ernæringspraksis og det gode måltidet. Det pågår en rekke utviklingsprosjekter knyttet til mat og måltider i enkeltkommuner og -virksomheter. Blant prosjektene er Oslo kommunes «Løft for bedre ernæring 2016–2017».<sup>101</sup>

God munnhelse er vesentlig for å oppnå god ernæring blant eldre. Forskning viser blant annet at personer med bedre tyggefunksjon og tannhelse har signifikant høyere matinntak enn dem med dårligere tannhelse.<sup>102</sup> Tannhelse og rutiner for munnhygiene er undersøkt i fem tilsyn i perioden 2016–april 2018. Det ble funnet avvik i alle tilsynene. De nasjonale kvalitetsindikatorerne viser at det har vært en positiv utvikling i andelen eldre med kommunale helse- og omsorgstjenester som blir vurdert av

100) Helsetilsynet (2011).

101) Tre bydeler gjennomførte ernæringsprosjekter rettet mot eldre med hjemmetjenester. Prosjektene inkluderte både individrettede tiltak og oppfølging, opplæring av ansatte og samhandling med pårørende. Kilde: Oslo kommune, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2017).

102) Tada, A og Miura, H (2014).

tannhelsepersonell, men at det fortsatt er mange eldre som ikke følges opp av den offentlige tannhelsetjenesten. Det gjelder både hjemmeboende og beboere i institusjon.

### 5.2.3 Legemidler

Legemidler er en risiko for pasientsikkerheten i eldreomsorgen på ulike måter. Ifølge kunnskapsoppsummeringer er feil knyttet til *legemiddelbruk* (for eksempel overmedisinering og uheldige konsekvenser av kombinasjoner av legemidler) og *legemiddelhåndtering* (for eksempel feil ved utdeling av medisiner) vanlig blant eldre.<sup>103</sup>

Risikoen for uønskede effekter av legemidler er høyere hos eldre enn hos yngre mennesker, blant annet som følge av fysiologiske endringer og at mange eldre bruker flere ulike legemidler samtidig. Studier av sykehjemsbeboere viser at de i gjennomsnitt bruker seks–sju faste legemidler. Legemidler som er risikofylte for eldre, brukes ofte, og de fleste uønskede hendelser knyttet til legemidler kunne vært forebygget.<sup>104</sup>

En legemiddelgjennomgang er en systematisk framgangsmåte for å kvalitetssikre legemiddelbruken hos enkeltpasienter. Legen kan gjøre gjennomgangen alene eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier.<sup>105</sup> Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for legemiddelgjennomgang, og i samarbeid med Statens legemiddelverk og pasientsikkerhetsprogrammet er det utarbeidet en sjekklister basert på denne veilederen.

Det finnes en nasjonal kvalitetsindikator for *legemiddelgjennomgang på sykehjem* (langtidsopphold på institusjon)<sup>106</sup>. Resultatet for denne indikatoren på landsbasis i 2017 viser at det var gjennomført legemiddelgjennomgang for 49 prosent av beboere over 67 år de siste 12 månedene. Utfordringer med denne indikatorens datakvalitet er omtalt i punkt 5.1.1. Fra 2017 går kravene til legemiddelgjennomgang i sykehjem fram av forskrift om legemiddelhåndtering.



Legemidler er en stor risiko for pasientsikkerheten i eldreomsorgen.

Foto: Colourbox

103) Olsen, R og Devik, S (2016) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017). Se også Devik, S m fl. (2016).

104) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) og Olsen, R og Devik, S (2016).

105) Olsen, R og Devik, S (2016) og Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017).

106) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-pa-sykehjem>

Fastlegen har ansvar for legemiddelgjennomgang for pasienter og brukere som bor i egen bolig. Det finnes ingen kvalitetsindikator for fastlegenes arbeid eller annen informasjon om hvor ofte fastlegene gjennomfører legemiddelgjennomgang.<sup>107</sup> Helse- og omsorgsdepartementet viser til at rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen om allmennlegepraksis i fastlegeordningen innebærer at kommunen kan kreve at fastlegen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten. Kommunen står også fritt til å ha oppfølgingsmøter med fastlegene de har inngått avtale med, og å bruke andre arenaer for dialog, for eksempel lokale samarbeidsutvalg. Dersom fastleger åpenbart ikke følger forskriftspålagte krav som legemiddelgjennomgang, kan kommunen holde tilbake en del av tilskuddet, og i siste instans kan avtalen sies opp.

En hovedutfordring knyttet til legemiddelbruk er at helsepersonell mangler oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker, jf. Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester* og Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*. En nasjonal oppdatert oversikt over legemidlene som hver enkelte pasient bruker («pasientens legemiddelliste»), kan bidra til bedre pasientsikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet vil foreslå forskriftsendringer som er nødvendige for å etablere pasientens legemiddelliste.<sup>108</sup>

Det landsomfattende tilsynet med tjenester til eldre i 2010–2011 fant at legemiddelhåndteringen i flertallet av de undersøkte kommunene ikke var trygg nok. Funnene viste blant annet mangler ved kompetansen hos de som delte ut medisiner i hjemmesykepleien. Nødvendige og oppdaterte prosedyrer var ikke på plass alle steder, og det ble funnet svakheter i samarbeidet med fastlegene.<sup>109</sup>

Legemiddelbruk og legemiddelhåndtering har vært tema i 14 tilsynsrapporter siden 2016. Analysen av tilsynsrapportene viser svakheter ved legemiddelhåndteringen både i hjemmetjenesten og ved institusjonene. Blant annet mangler flere kommuner systemer og kontrollrutiner for å sikre at pasientene får riktig legemiddel, i rett dose og til rett tid. Tilsynsrapportene viser også lite systematisk oppfølging, vurdering og dokumentasjon av virkninger og bivirkninger av legemidler. I flere tilfeller har ledelsen ved sykehjemmet eller i hjemmetjenesten ikke sørget for at det er gjennomført risikoanalyser og satt i verk tiltak for å rette opp kjente feil, for eksempel mangelfull journalføring.

#### 5.2.4 Fall

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem gir alvorlig skade.<sup>110</sup> I pasientsikkerhetsprogrammet er forebygging av fall i helseinstitusjoner ett av innsatsområdene. Fall er også en vanlig grunn til innleggelse på sykehjem.<sup>111</sup>

En rekke faktorer kan øke risikoen for fall, blant annet underernæring og kognitiv svikt.<sup>112</sup> Fallforebyggende arbeid kan inngå i tiltak som hverdagsrehabilitering og forebyggende hjemmebesøk, se punkt 6.3.3.

107) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) Legemiddelgang har egen takst, men legene utfører også legemiddelgjennomgang i konsultasjoner der andre takster benyttes. Oversikten over legenes takstbruk gir derfor ikke pålitelig informasjon om antall utførte legemiddelgjennomganger. Se for eksempel Angell, J m fl. (2016).

108) [https://www.regjeringen.no/contentassets/6b5b7814eb394949a9485c7d01a3639c/pasientens\\_legemiddelliste\\_horingsnotat.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/6b5b7814eb394949a9485c7d01a3639c/pasientens_legemiddelliste_horingsnotat.pdf)

109) Helseilsynet (2011).

110) <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner>

111) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017).

112) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) og Devik, S m fl. (2017). Se også: [http://www.fag.oslo.kommune.no/tra\\_lekkert\\_kompetanseheving\\_ernaring/article279751-68235.html](http://www.fag.oslo.kommune.no/tra_lekkert_kompetanseheving_ernaring/article279751-68235.html)

Analysen av tilsynsrapporter viser svakheter ved kartlegging og oppfølging av fysisk funksjon og fallrisiko i ni undersøkte kommuner. Blant tilsynsfunnene er at fysioterapi-tjenesten ikke er involvert i kartlegging og forebyggende tiltak. Tilsynene avdekket videre svakheter i oppfølgingen etter fall, inkludert arbeidet med å forebygge nye.

### 5.2.5 Legetjenester

Det er antatt at det er en sammenheng mellom omfanget av legetjenester og kvaliteten på helsetjenesten til beboere ved sykehjem. Det finnes to kvalitetsindikatorer som belyser dette: *legetimer per beboer i sykehjem* og *beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder*.<sup>113</sup>

Gjennomsnittet for *legetimer per uke per beboer i sykehjem* var på 0,55 timer (33 minutter) i 2017. Det er en økning fra 2009 da landsgjennomsnittet for legetimer per beboer i sykehjem var 0,34 timer (20 minutter).

På landsbasis i 2017 ble 55 prosent av *beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder*. Det har vært en positiv utvikling over tid: I 2009 var andelen 35 prosent. utfordringer med denne indikatorens datakvalitet er omtalt i punkt 5.1.1.

Stortinget vedtok i april 2018 å be regjeringen om å styrke legebemanningen og den geriatriske<sup>114</sup> kompetansen i sykehjem, jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Eldre som mottar hjemmetjenester, skal følges opp av fastlegen. Ifølge KOSTRA var 85 prosent av befolkningen i aldersgruppen 67–79 år hos fastlegen i 2017. Tilsvarende tall for aldersgruppen 80–89 år er 84 prosent. Fra 90 år synker bruken av fastlege, trolig fordi flere i denne gruppen får legetjenester på sykehjem. Det finnes ingen kvalitetsindikatorer for legetjenester til eldre som mottar hjemmetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet mener det er grunn til bekymring for om denne gruppen får tilstrekkelig oppfølging fra lege. Ifølge departementet reiser fastlegene sjelden på sykebesøk, slik at sykebesøk må skje fra legevakten. Legevaktlegene kjenner pasientene dårligere og har mange steder ikke tilgang til journalen, noe som kan føre til at pasienten blir lagt inn på sykehus. Departementet viser til at hyppig kontakt med legevakt istedenfor fastlege er en årsak til at mange eldre bruker for mange legemidler og får en uheldig sammensetning av legemiddellisten.

Helsedirektoratet framhever at fastlegene er viktige aktører i oppfølgingen av kvaliteten og brukerne i hjemmetjenesten. Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) arbeider for å måle fastlegenes kvalitetsarbeid. Data fra fastlegene inngår i det nye kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR), men gir ikke grunnlag for å måle kvalitet. Direktoratet mener det er behov for å følge nøye med på utviklingen i samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenestene.<sup>115</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er store variasjoner i hvordan samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten fungerer i kommunene, og viser blant til rapporten *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?*.<sup>116</sup> Departementet opplyser at den kommende evalueringen av fastlegeordningen blant annet vil belyse hvordan fastlegene selv og deres samarbeidspartnere vurderer samarbeidet, og hvordan kommunene organiserer styring og oppfølging av fastlegepraksisene.

113) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legetimer-for-beboer-i-sykehjem>  
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykehjemsbeboere-vurdert-av-lege-siste-12-mnd>

114) Geriatri er læren om aldring og sykdommer knyttet til alderdom.

115) Intervju med Helsedirektoratet 16. april 2018, Helsedirektoratet (2017h) og Helsedirektoratet (2018c). I noen kommuner/fylker er det gjennomført prosjekter for å forbedre samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten, for eksempel i Sandefjord / Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold.

116) Agenda Kaupang (2016).

### 5.2.6 Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018) viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013).

Pasientsikkerhetsprogrammet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. En bredt sammensatt styringsgruppe, ledet av helsedirektøren, har ansvaret for alle sentrale beslutninger i programmet. Et sekretariat står for den daglige driften og er plassert i Helsedirektoratet.

Pasientsikkerhetsprogrammet har tre hovedmål:

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet har valgt ut noen innsatsområder, og det er utviklet tiltakspakker til hvert innsatsområde. Det er også utviklet en egen tiltakspakke for ledelse av pasientsikkerhet, som går på tvers av innsatsområdene. Av de øvrige tiltakspakkene er følgende de mest relevante for kommunene:

- riktig legemiddelbruk
- forebygging og behandling av underernæring
- forebygging av trykksår
- samstemming av legemiddellister
- forebygging av fall i helseinstitusjoner
- forebygging av urinveisinfeksjoner
- tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Pasientsikkerhetsprogrammet er basert på anerkjente teorier om hvordan forbedringer bør gjennomføres (se punkt 5.3.1), og kommuner som deltar i læringsnettverk i programmet, får tilgang til metodisk støtte og verktøy for å måle resultater. I løpet av en bestemt periode testes og iverksettes forbedringstiltak i virksomhetene som deltar i nettverket. De får støtte fra eksperter i forbedringsarbeid og utveksler erfaringer underveis i arbeidet for å lære av hverandre.

Helsedirektoratet synes det er krevende å nå ut med pasientsikkerhetsprogrammet til alle kommunene. For kommunene er det frivillig å delta, mens pasientsikkerhetsprogrammet er obligatorisk for sykehusene. Ifølge Deloittes foreløpige evaluering av programmet i 2017 opplever kommunene at tiltakspakkene i programmet er bedre tilpasset spesialisthelsetjenesten enn kommunene. Helsedirektoratet opplyser at 67 prosent av kommunene har vært med i læringsnettverk. Målet i programmets strategi er 75 prosent deltakelse. I tillegg til læringsnettverkene er det etablert et pilotprosjekt for pasient- og brukersikre kommuner der fem kommuner deltar.<sup>117</sup>

Helsedirektoratet viser videre til at utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har vært det viktigste virkemiddelet for å nå ut til kommunene. Sentrene har vært involvert siden 2012 og arrangerer læringsnettverk i eget fylke. I evalueringen er det pekt på at utviklingssentrene ikke har fungert godt nok for å få programmet ut i kommunene. Direktoratet viser til at utviklingssentrene har arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet på ulike måter, men at programmet har vært døråpner for utviklingssentrene for å komme inn i kommunene. Direktoratet mener at samarbeidet mellom utviklingssentrene og fylkesmannen har vært viktig fordi fylkesmannen når fram til de kommunale lederne.

Helsedirektoratet erfarer at kommunene har ulike forutsetninger for å delta i pasientsikkerhetsprogrammet. Graden av modenhet og kompetanse varierer, og det har

117) <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukersikker-kommune>

påvirket i hvilken grad kommunene har lyktes med å gjennomføre og implementere tiltakene. I evalueringen er det anbefalt at arbeidet i programmet bør forenkles. Et hovedpunkt fra evalueringen er at det er viktig å nå fram til mellomledere med kunnskap om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid fordi nærmeste leder har størst påvirkning på hva som skjer på avdelingsnivå. For å sikre lederforankring i kommunene er det stilt krav til vertskommunene for utviklingssentrene om å delta i ledernetverk med andre kommuner. Ett av hovedfunnene i evalueringen av pasientsikkerhetsprogrammet er behovet for veiledning/støtte til ledere. Direktoratet mener det vil være nyttig å oppsummere erfaringer om lederstøtte fra andre tiltak også, som *Gode pasientforløp* (se faktaboks 6) og *Trygghetsstandard* (punkt 5.2.7).

I pasientsikkerhetsprogrammets reviderte strategi er det et mål å styrke innsatsen overfor kommunene. Ambisjonen er både å øke aktiviteten (blant annet ved at flere kommuner blir med i læringsnettverk) og å bidra til varige strukturer for pasientsikkerhet i kommunene. Pasientsikkerhetsprogrammets mål om «å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet» handler ifølge Helsedirektoratet om at programmet skal bidra til å styrke utviklingssentrenes kompetanse innen pasientsikkerhet, forbedringsarbeid og læringsnettverk, bidra med nasjonale opplæringsprogrammer og arbeide for at fylkesmannen får en mer sentral rolle som pådriver i arbeidet med pasientsikkerhet ut mot kommunene. Helsedirektoratet mener at det gjenstår mye før målene i programmet er nådd i kommunene, men at det har kommet mye positivt ut av programmet i form av oppmerksomhet om og åpenhet rundt pasientsikkerhet. Det finnes ikke gode nasjonale målinger som kan si noe om hvorvidt tjenestene har blitt tryggere og sikrere.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det behov for å videreføre arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet også etter 2018, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2018 fått det overordnede ansvaret for å fremme forslag til en plan for det videre arbeidet.

#### Faktaboks 6 Gode pasientforløp

- KS samarbeider med Folkehelseinstituttet om læringsnettverkene *Gode pasientforløp* i perioden 2016–2019. I løpet av treårsperioden gjennomføres det åtte regionale læringsnettverk bestående av 10–40 kommuner eller bydeler.
- Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i pasientforløpet, både internt i kommunene og mellom sykehus og kommune. Kommunene inkluderer ulike relevante prosjekter/ forbedringsarbeid.
- Gode pasientforløp bygger på modellen «Helhetlige pasientforløp i hjemmet» (HPH), som blant annet innebærer at pasientforløpene er basert på funksjon istedenfor diagnose.
- Gode pasientforløp skal bidra til å styrke brukerens medvirkning, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles til alle brukere.
- Måling og evaluering er viktige elementer i læringsnettverkene.

Kilde: Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*, e-post fra Folkehelseinstituttet 22. mai 2018 og Folkehelseinstituttet 2016: *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke. En beskrivelse av to læringsnettverk 2011–2015*. Notat om kvalitetsutvikling nr. 4.

#### 5.2.7 Forutsetninger for pasientsikkerhet

Helsedirektoratet framhever at helhetsperspektivet er viktig når det gjelder pasientsikkerhet, det vil si om strukturene og forutsetningene er på plass som skal bidra til trygge og sikre tjenester. Direktoratet understreker at pasientsikkerhetsprogrammet ikke kan løse dette alene, og at andre virkemidler også er nødvendige.

Helsedirektoratet peker på at omfattende bruk av deltidsstillinger (se punkt 6.4.3), mange ufaglærte i brukerrettede stillinger, manglende rutiner for faglig forsvarlig praksis og manglende strukturer for tverrfaglig samarbeid er viktige utfordringer når det gjelder pasientsikkerheten i kommunene. Når det gjelder hjemmetjenesten, viser direktoratet til at svake strukturer blant annet handler om større avstand til brukerne enn i sykehjem, risiko knyttet til overganger<sup>118</sup>, for eksempel utskrivning fra sykehus, og lite kontinuitet. I hjemmetjenesten er mange ulike personer i kontakt med brukeren og må utveksle informasjon. Både personkontinuitet og informasjonskontinuitet kan derfor være vanskelig å få til.<sup>119</sup> En del kommuner har tatt i bruk virkemidler som skal bidra til bedre kontinuitet, for eksempel primærkontakter og arbeidslag.<sup>120</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at pasientsikkerhet i stor grad handler om kommunal organisering, ledelse og kompetanse. Departementet mener at forbedring av pasientsikkerheten er langsiktig arbeid og handler om endringsprosesser der mange faktorer er viktige, som ledelse, kultur, forbedringskompetanse og dokumentasjon. Dette kommer blant annet fram i prosjektet om «trygghetsstandard i sykehjem» (se faktaboks 7). Departementet viser til at forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er et verktøy som tydeliggjør hvilke krav som stilles til ledere for å sikre at virksomheten leverer faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

#### Faktaboks 7 Trygghetsstandard for sykehjem

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en «trygghetsstandard» for sykehjem. Et pilotprosjekt er gjennomført i fire kommuner.

Utgangspunktet for arbeidet med trygghetsstandarden er forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Direktoratet har bygget opp et system rundt denne forskriften med fem bolker: ledelse, struktur og prosesser, kunnskapsbasert praksis, pasientresultater og innovasjon. Hver bolke består av ulike typer verktøy, blant annet verktøy KS har utviklet. Målet om «pasientens helsetjeneste» er sentralt, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» inngår som et verktøy under «ledelse» i kvalitetssystemet som prosjektet bygger opp.

Et viktig virkemiddel i prosjektet er lederstøtte: å hjelpe lederne i kommunene til å endre organisasjonen, motivere ansatte og bygge forbedringskultur. Helsedirektoratet har inngått avtale med en høyskole, som har gitt veiledning til ledelsen. Direktoratet vurderer at denne veiledningen har vært nødvendig og viktig for å sette arbeidet med kvalitet i system. Pilotprosjektet ble avsluttet våren 2018. Erfaringene skal følges opp videre.

Kilde: Intervju med Helsedirektoratet 16. april 2018.

### 5.3 Ledelse og kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring innebærer både å justere det som ikke fungerer i den daglige virksomheten, og å prøve ut mer innovative løsninger. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Veilederen forklarer begreper og gir gode eksempler.<sup>121</sup>

118) Overganger i helsetjenesten innebærer at nytt helsepersonell skal gi behandling og omsorg. Se også: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017c).

119) Gjevjon, E (2015).

120) Meld. St. 15 (2017–2018).

121) Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg har direktoratet laget en standardpresentasjon av forskriften for å bidra til at den blir bedre kjent og sikre likere forståelse av hva den innebærer.



### 5.3.1 Suksessfaktorer ved ledelse av forbedringsarbeid

Det er gjennomført en caseundersøkelse for å belyse hva ledere som lykkes med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen, gjør. Hensikten har vært å vise suksessfaktorer ved god praksis i forbedringsprosesser, slik at ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan dra nytte av disse erfaringene i sitt eget forbedringsarbeid. Utgangspunktet for caseundersøkelsen er kvalitetsforbedringer ved Oppsalhjemmet i Oslo og i eldreomsorgen i Grimstad.

#### Kvalitetsforbedringer ved Oppsalhjemmet

Oppsalhjemmet ligger i Oslo og er et sykehjem med plass til 145 beboere og 20 dagsenterbrukere. Sykehjemmet har seks avdelinger, hvorav én for eldre med demens.

Oppsalhjemmet er eid av Oslo kommune, men Norlandia driver sykehjemmet etter at kommunen konkurranseutsatte driften i 2009<sup>122</sup>. Oppsalhjemmet har ved flere anledninger de siste årene fått gode resultater i kvalitetsmålinger, blant annet i undersøkelser som Oslo kommune gjennomfører regelmessig. Sykehjemmet høster ros og priser<sup>123</sup> nasjonalt og internasjonalt for sitt systematiske arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring innenfor pasientsikkerhet og brukermedvirkning.

Oppsalhjemmet har siden 2012 iverksatt flere endringer for å forbedre pasientsikkerheten knyttet til legemidler og har tatt i bruk pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke *Riktig legemiddelbruk i sykehjem*<sup>124</sup>. Det gjennomføres nå legemiddelgjennomgang to ganger per år for alle beboere. Sykehjemmet arbeider også systematisk med å registrere hensikten med og virkninger av legemidlene beboerne får. Arbeidet har ført til færre feil og redusert bruken av legemidler. Ifølge Oppsalhjemmet bruker beboerne i gjennomsnitt åtte–ni ulike medisiner når de kommer til sykehjemmet. Etter en legemiddelgjennomgang, observasjon og dialog med pleierne og pårørende reduseres dette til i snitt 4,2 medisiner etter tre uker.<sup>125</sup> Oppsalhjemmet har også forbedret rutinene ved medisintdeling for å unngå feil. Den ansatte som klargjør beboernes medisiner, er blant annet ikledd en egen vest som skal minne andre på at vedkommende ikke må forstyrres i arbeidet.



Ved Oppsalhjemmet bruker personalet vester når de gjør klar medisiner. Foto: Riksrevisjonen

122) Kommunen følger opp sykehjemmet gjennom en kontrakt.

123) <http://norlandia.no/om-oss/aktuelt/internasjonalt-pris-for-pasientsikkerhetsarbeid>, <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/disse-ble-hedret-med-lederprisene>

124) <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem>

125) <https://www.ledernytt.no/vil-inspirere-flere-til-aa-bedrive-omsorgsinnsatsen.5996999-112372.html>

*Risikotavlene*<sup>126</sup> som Oppsalhjemmet har tatt i bruk, forener oppmerksomheten på brukermedvirkning og pasientsikkerhet og visualiserer hvilken oppfølging beboerne trenger. Tavlene henger på personalrommet og er utformet som en matrise med rader for den enkelte beboer og kolonner med informasjon på ulike innsatsområder. At det er bilder av beboerne, og at informasjon om «hva som er viktig for meg» er gitt plass i første kolonne, bidrar til økt oppmerksomhet på den enkelte beboers individuelle ønsker og behov. De øvrige kolonnene inneholder opplysninger om for eksempel diagnoser, fallrisiko, legemidler og ernæring. Magneter i ulike farger indikerer status for oppfølging per område. Hver avdeling har sin egen tavle. Tavlene er utgangspunkt for møter ved blant annet vaktskifte og etter legevisitt, der status for alle beboerne gjennomgås.



Risikotavle på Oppsalhjemmet. Tavlen gir personalet oversikt over viktig informasjon, og brukes blant annet ved vaktskifter. Foto: Thomas T. Kleiven

Oppsalhjemmet prøver også ut *forbedringstavler*. Forbedringstavlen skal gi systematikk og overblikk over status i det pågående forbedringsarbeidet, blant annet ved å følge opp resultater fra risikotavlene. Tavlen gir struktur for arbeidet med forbedringsideer og skal skape motivasjon og anledning til refleksjon rundt forbedringer. Ideene kan springe ut av personalets erfaringer eller oversikten over uønskede hendelser. Oppsalhjemmet har så langt valgt å prioritere ernæring og fall og har tatt i bruk pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker om disse temaene. Forbedringstavlene brukes i forbindelse med *pasientsikkerhetsvisitter*. Hensikten med visittene er å avdekke risikoforhold og forbedringsområder ved å lytte til de ansattes tanker og opplevelser rundt deres egen arbeidshverdag. Daglig leder bruker tiltakspakken om *Ledelse av pasientsikkerhet*, men har valgt egne spørsmål å stille ved pasientsikkerhetsvisittene.

Ved Oppsalhjemmet er det utviklet og tatt i bruk en guide til samtale ved livets slutt. Hensikten er å gi beboeren mulighet til å komme med sine ønsker for den siste tiden, for eksempel om lindrende behandling, og å bidra til god dialog med pårørende. Guiden som Oppsalhjemmet bruker for slike samtaler, skal revideres og gjøres tilgjengelig for alle som ønsker å bruke den.

126) <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3978/risikotavle>

### Kvalitetsforbedringer i Grimstads eldreomsorg

Grimstad i Aust-Agder er en kommune med om lag 23 000 innbyggere. Kommunen har gjennom flere år hatt store økonomiske utfordringer innen helse og omsorg og venter en vekst i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester når antallet eldre øker. Kommunen har vedtatt å endre tjenestetilbudet sitt slik at flere eldre skal bo hjemme eller i bolig med heldøgns omsorg istedenfor på institusjon.<sup>127</sup> Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel for kommunen for å utnytte ressursene bedre og styrke kvaliteten i hjemmetjenestene. Kommunen har satset på velferdsteknologi siden 2013. Satsingen består av mange ulike tiltak:

- *Digitalt tilsyn* innebærer å overvåke nattesøvnen til brukerne. I Grimstad har nattjenesten (hjemmetjeneste med ansvar for tilsyn om natten) tatt i bruk en sensormatte som plasseres i brukerens seng, og som varsler dersom brukeren er for lenge borte fra sengen, for eksempel etter å ha falt på badet. Gevinstene ved denne løsningen er blant annet knyttet til at nattjenesten låser seg inn ved behov istedenfor at de gjennomfører regelmessige besøk gjennom natten. Dermed kan brukeren raskt få hjelp, og nattesøvnen blir i mindre grad forstyrret. Både brukere, pårørende og ansatte mener at digitalt tilsyn gir bedre trygghet.<sup>128</sup>



Digitalt tilsyn i Grimstad: En sensormatte varsler nattjenesten dersom brukeren er lenge borte fra sengen, for eksempel på grunn av fall på badet. Foto: Riksrevisjonen

- *Smarttelefoner i hjemmetjenesten* gir de ansatte elektronisk tilgang til journalene. Det vil si at de ansatte i hjemmetjenesten har lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om brukerens diagnoser, medisinalister og tiltaksplaner. I tillegg gir telefonene tilgang til blant annet arbeidslister, noe som gjør det enkelt å bytte oppdrag mellom ansatte slik at de utnytter tiden effektivt. Dagens versjon av telefonene har vært i bruk siden 2014.
- *eLås* innebærer at de ansatte ikke trenger nøkler, men åpner døren hjemme hos brukeren via smarttelefonen. En lås monteres på innsiden av døren og er koblet til en applikasjon på de ansattes smarttelefoner. eLås var per november 2017 montert

127) Grimstad kommunes kommunedelplan for helse og omsorg 2014–2026.

128) Helsedirektoratet (2017g).

hos om lag 150 personer, og ytterligere 200 låser skulle anskaffes. Gevinstene ved eLås er blant annet raskere hjelp, redusert tidsbruk til henting av nøkler, for eksempel dersom oppdrag må byttes mellom ansatte, og økt trygghet.<sup>129</sup>

- *Visningsarena for velferdsteknologi* er rom ved Frivolltun bo- og omsorgssenter som er utstyrt med ulike typer velferdsteknologiske og andre hjelpemidler, for eksempel eLås og sensormatte. Både ansatte, brukere og pårørende kan gjøre seg kjent med hvilke hjelpemidler som finnes, og hvordan de fungerer.
- *Agder Living Lab (ALL)* er en metodikk og en arena for å prøve ut nye velferdsteknologiske løsninger. ALL innebærer en systematisk prosess der brukernes behov defineres, tekniske løsninger testes, og velferdsteknologi prøves ut hos brukeren. Leverandører av velferdsteknologiske løsninger får gjennom ALL mulighet til å prøve ut nye løsninger i en reell situasjon, og brukererfaringer (fra brukere, pårørende og ansatte) bidrar til å kvalitetssikre, utvikle og forme løsningene i praksis. ALL samarbeider tett med Universitetet i Agder og Senter for e-helse og omsorgsteknologi.<sup>130</sup>

I Grimstad pågår det arbeid med tjenesteforbedring i eldreomsorgen også på andre måter:

- Kartleggingssamtaler med alle brukere hvert halvår der brukerens ønsker og behov får stor oppmerksomhet. Samtalene er en del av satsingen *Gode pasientforløp*, se faktaboks 6. Grimstad deltok i det første læringsnettverket for *Gode pasientforløp* og har senere videreført arbeidet. Siden 2015 er det gjennomført kartlegging av alle brukere i helse- og omsorgstjenestene flere ganger. Det pågår også forbedringsarbeid knyttet til utvekslingen av elektronisk informasjon mellom sykehuset og hjemmetjenesten.<sup>131</sup>
- *Omorganiseringen av hjemmetjenesten* i 2015 innebar at tjenesten ble delt inn i ulike fag-/diagnoseområder. De ansatte er fordelt på ulike områder etter kompetanse og interesse, noe som blant annet har bidratt til kontinuitet i bemanningen. Hvert område har en gruppesykepleier som ikke er leder, men som har et særlig ansvar for oversikt og oppfølging av gruppens oppgaver. Gruppesykepleierne er sentrale ved implementering av endringer, for eksempel eLås og Gode pasientforløp.
- Begge Grimstad kommunes sykehjem er sertifiserte *Livsgledehem*, se faktaboks 8. Sertifiseringen stiller krav til ledelsen av sykehjemmet og forutsetter blant annet at sykehjemmet legger til rette for at beboeren skal få mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.

Fra 2013 har Grimstad deltatt i *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (se punkt 6.3.2). Kommunen vedtok i 2015 en handlingsplan med mål om å integrere velferdsteknologi i tjenestene innen 2020. Handlingsplanen ble revidert i 2017. Planen er forankret i kommunens helse- og omsorgsplan. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust-Agder holder til i Grimstad og er involvert i mye av forbedringsarbeidet. Deler av Grimstads satsing på velferdsteknologi inngår i et samarbeid mellom de åtte kommunene i Østre Agder. Grimstad deltar også i *Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi i Agder*, som har som ett av sine mål at kommunene i regionen skal være ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge. Kommunene i Agder samarbeider blant annet om anskaffelser av velferdsteknologi. I 2019 skal Grimstad kommune flytte flere av sine tjenester til *I4Helse*, som Universitetet i Agder etablerer som en nasjonal arena for innovasjon innen helse og omsorg, hvor velferdsteknologi og helseløsninger utvikles fra idé til videre spredning og varig bruk. De fire i-ene står for idé, involvering, innovasjon og implementering. Samtidig viser

129) Helsedirektoratet (2017g).

130) <https://www.grimstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/utviklingssenteret-og-velferdsteknologi/velferdsteknologi/agder-livinglab/>

131) <http://www.ks.no/regioner/agder/vi-trengte-et-meldingsloft-pa-agder/>

firetallet til fireparts samarbeid – et samarbeid mellom universitet, næringsliv, innbyggere og offentlig sektor.

#### Faktaboks 8 Livsgledehjem

Stiftelsen *Livsglede for eldre* startet i 2013 og får gjennom *Kompetanseløft 2020* tilskudd til en ordning med livsgledesertifisering av sykehjem. Ordningen skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det, får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Over 70 sykehjem er sertifisert per desember 2017, og 40 sykehjem er under sertifisering. For å bli sertifisert som livsgledehjem, må institusjonen lage et system for å oppfylle ni kriterier som ivaretar beboernes behov. Disse kriteriene omfatter for eksempel at beboerne skal ut i frisk luft, at det skal skapes en hyggelig ramme rundt måltider, og samarbeid med skoler, barnehager og andre organisasjoner. Metoden tar utgangspunkt i en detaljert livshistoriekartlegging av hver beboer.

Kilde: livsgledeforeldre.no

#### Ledere som har lykket med å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen

Selv om målene med forbedringsarbeidet i Grimstad og på Oppsalhjemmet har vært ulike, viser caseundersøkelsen at det er flere felles suksessfaktorer i måten ledere i tjenestene har gjennomført endringer på. Det går fram av analysen at lederne

- 1 viser vilje til å gjennomføre kvalitetsforbedringer og støtter medarbeidere som tar initiativ til endring
- 2 tar i bruk etablert kunnskap om forbedringsprosesser og arbeider systematisk med endringer
- 3 utnytter muligheter for erfaringsutveksling og samarbeid med andre aktører
- 4 sørger for god involvering av ansatte i alle faser av forbedringsprosessen

#### *1 Ledere viser vilje til å gjennomføre kvalitetsforbedringer og støtter medarbeidere som tar initiativ til endring*

Caseundersøkelsen viser at pådrivere for forbedringer ved Oppsalhjemmet og i eldreomsorgen i Grimstad har hatt ulike roller og ansvar; noen av dem har vært enhetsledere eller hatt andre lederroller i linjen, mens andre har hatt oppgaver som for eksempel fagutvikler, prosjektleder eller sykehjemslege.

Ved Oppsalhjemmet har initiativ til å forbedre pasientsikkerheten blant annet kommet fra sykehjemslegen, som har fått støtte fra kvalitetssjefen og daglig leder.

Kvalitetssjefen har et særlig ansvar for prosedyrer, oppfølging og forbedringsarbeid og er en del av ledelsen ved sykehjemmet.

I Grimstad har mange ulike ledere og ressurspersoner i helse- og omsorgstjenestene tatt initiativ til forbedringer gjennom flere år. Satsingen på digitalt tilsyn og eLås kom blant annet i stand etter at natttjenesten opplevde at ressursene ikke var i samsvar med behovene. Det var ikke rom for å ansette flere pleiere for å styrke kvaliteten i tilbudet. Medarbeiderne bidro med analyse av situasjonen og forslag til løsninger. Samtidig var flere enhetsledere og andre engasjerte nøkkelpersoner i kommunen opptatt av mulighetene som velferdsteknologi kunne gi. For å få hjelp i dette arbeidet søkte kommunen om deltakelse i *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Tilskuddsmidler derfra har blant annet blitt brukt til å frikjøpe personer til arbeidet med velferdsteknologi.

Både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad har ledere erfart at det er viktig å finne fram til og fange opp «ildsjelene» og bruke dem for å forbedre tjenestene og spre motivasjon

for forbedringsarbeid. Det kan være en sykepleier som gir uttrykk for hvordan hun mener medisinhandteringen kan gjøres på bedre måter, en helsefagarbeider som tilbyr seg å ta ansvar for dokumentasjonsoppgaver han har kompetanse og interesse for, eller en fagutvikler som har fått inspirasjon fra en annen kommune om hvordan velferdsteknologiske løsninger kan vises fram til brukerne. En sykepleier sa det slik: «Man må ha ressurspersoner, ildsjeler, som kommer med forslag og ideer. Og være flinkere til å være mer åpne for de ideene som kommer.» Ved flere anledninger har enhetsledere både i Grimstad og ved Oppsalhjemmet gitt engasjerte medarbeidere i oppgave å formidle erfaringer og resultater, både internt og eksternt.

Caseundersøkelsen viser at ledere i Grimstad og ved Oppsalhjemmet har støttet engasjerte medarbeidere som har vist vilje og evne til innsats for å gjøre tjenestene bedre. Støtten til disse pådriverne har kommet til uttrykk på ulike måter: Lederne har vært positive til ideer, vist tillit til medarbeidernes faglige vurderinger, gitt handlingsrom til å gjennomføre endringer og har sørget for å forankre forbedringsarbeidet. Én av dem som har engasjert seg mest i arbeidet med velferdsteknologi i Grimstad, uttrykte det på denne måten: «Vi er blitt gitt store handlingsrom til å jobbe med velferdsteknologi. Og det tror jeg er veldig viktig, at vi har fått tilliten og troen på at vi skal få det til.» Forbedringsarbeidet ved Oppsalhjemmet er forankret i Norlandias ledelse, og i Grimstad har både enhetsledere og prosjektledere bidratt til at forbedringsarbeidet i tjenestene har fått støtte hos ledere i kommuneadministrasjonen og hos politikere. Forbedringsarbeidet i Grimstad er også kjennetegnet av fleksibel ressursbruk og stor mobilitet, det vil si at flere ressurspersoner bytter roller og samarbeider på tvers av enheter og nivåer i kommunen.

## *2 Ledere tar i bruk etablert kunnskap om forbedringsprosesser og arbeider systematisk med endringer*

Forbedringsarbeidet i Grimstads eldreomsorg og på Oppsalhjemmet er gjennomført på en systematisk måte. Caseundersøkelsen viser at arbeidet kan beskrives som en prosess med ulike faser, der det er tydelig sammenheng mellom hva som skal forbedres, planmessig utprøving av tiltak, måling av resultater og videre arbeid.

Både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad ble det identifisert behov for forbedringer og utarbeidet planer for hvordan målene skulle nås. Ved Oppsalhjemmet var det blant annet mange avvik som lå bak ønsket om å forbedre legemiddelpraksisen ved sykehjemmet. Forbedringsarbeidet er forankret i sykehjemmets virksomhetsplaner. I Grimstad er satsingen på velferdsteknologi blant annet begrunnet med den forventede veksten i helse- og omsorgstjenestene til eldre, som innebærer at ressursene i eldreomsorgen må utnyttes bedre. «Handlingsplanen for velferdsteknologi» viser på hvilken måte innføring av velferdsteknologi skal besvare utfordringene.<sup>132</sup> I planen beskrives tidfestede mål, strategier, tiltak og ansvarsfordeling. Grimstad har blant annet brukt KS' *Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi – Samveis* (se punkt 6.3.2) i arbeidet med planen.

Caseundersøkelsen viser at *pilotering* brukes som metode både i Grimstad og ved Oppsalhjemmet: Et nytt tiltak eller en endring testes ut i mindre skala blant brukere og ansatte. I pilotfasen høstes erfaringer, og tiltaket justeres før det innføres i hele virksomheten. Både risikotavler og forbedringstavler ble utprøvd på enkeltavdelinger før det ble spredt til hele Oppsalhjemmet. I Grimstad bidrar ansatte i testingen og som superbrukere. Ved implementering av løsninger i større skala brukes disse ressurspersonene til opplæring. I Grimstad er det flere arenaer for utprøving og testing, som visningsarenaen, der både ansatte og brukere kan gjøre seg kjent med mulige løsninger, og Agder Living Lab, som tester nye løsninger systematisk. Både på

132) Handlingsplanen er et tilleggsdokument til kommunal plan for helse- og omsorgstjenesten.

Oppsalhjemmet og i Grimstad oppmuntres de ansatte til å komme med tilbakemeldinger og dele sine erfaringer slik at justeringer kan gjøres.

Det går fram av caseundersøkelsen at *måling* av resultater er sentralt i forbedringsarbeidet. I pasientsikkerhetsprogrammet er det tilgjengelig et måleverktøy («extranet»), som Oppsalhjemmet har brukt for å kunne følge med på resultatene for legemiddelgjennomganger og andelen legemidler med indikasjon, det vil si om det går fram hvorfor legemiddelet er gitt. I Grimstad er arbeidet med å måle resultater av velferdsteknologien forankret i gevinstrealiseringsplaner, det vil si planer for hvilke kvalitetsmessige og økonomiske effekter de teknologiske løsningene skal gi, og hvordan disse virkningene skal måles.

Deltakelsen i velferdsteknologiprogrammet har gitt Grimstad kommune tilgang til verktøy som blant annet har vært viktig i arbeidet med en gevinstrealiseringsplan for digitalt tilsyn og eLås. Effektene av digitalt tilsyn går fram av flere rapporter.<sup>133</sup>

Når det gjelder *Gode pasientforløp*, er måling en del av selve arbeidsmåten. Blant annet måles det om sjekklister blir brukt som forutsatt. Lederne følger også opp endringene i pleiernes arbeid på andre måter, for å se om de nye arbeidsmåtene er tatt i bruk, for eksempel ved journalgjennomganger.

På Oppsalhjemmet bidrar også det elektroniske kvalitetsstyringssystemet TQM<sup>134</sup> til systematikken i kvalitetsarbeidet. Systemet gir de ansatte tilgang til styringsdokumenter og prosedyrer. Alle uønskede hendelser skal meldes og følges opp gjennom systemet. Teamlederne er ansvarlige for å iverksette tiltak og kan ikke avslutte en sak uten at det er oppgitt en årsak til hendelsen. Daglig leder får kopi av alle hendelser som meldes i TQM, og følger opp teamlederne slik at saker ikke glipper. Ledermøter og personalmøter brukes til å se på feil som gjøres, lære av dem og hindre at de skjer igjen.

Både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad kommune brukes erfaringene fra endringsprosesser som nylig er gjennomført, til å justere planene for annet forbedringsarbeid. Det gjelder blant annet erfaringer med tidsplaner, organisering og opplæring. Flere ledere i Grimstad har for eksempel tatt med seg erfaringer om hvordan opplæringen bør legges opp ved innføring av nye arbeidsmåter, som kommer til nytte i arbeidet med *Gode pasientforløp* (se punktet om involvering av ansatte). De har også sett at det ofte er en fordel å bruke noen ressurser på å frikjøpe ansatte fra andre oppgaver, både i opplæringsarbeid og for å koordinere prosjekter som pågår samtidig. Ved Oppsalhjemmet har ledelsen erfart at kan være nødvendig å bruke mer tid på forbedringsarbeidet, slik at det ikke pågår for mye samtidig. I Grimstad kommune ble arbeidet med livsgledesertifisering av sykehjemmene stoppet for en periode da ledelsen så at de gikk for fort fram, og at de ansatte ikke var tilstrekkelig involvert. Begge steder har ledere lagt vekt på å følge med på hvordan forbedringsarbeidet fungerer i pleiernes hverdag, og vurdere hva som bør justeres, blant annet på bakgrunn av innspill fra ansatte. Ledere ved Oppsalhjemmet og i Grimstad har erfart at dette bidrar til at tjenestene etter hvert blir bedre til å forbedre seg.

Caseundersøkelsen viser at systematikken i forbedringsarbeidet både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad kommune har mye til felles med etablert teori om hvordan forbedringer best kan gjennomføres. Denne teorien ligger også til grunn for *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Teori om forbedringskunnskap tar ofte utgangspunkt i William Edwards Demings «System of

133) Se blant annet: <https://www.ostreagder.no/wp-content/uploads/2016/02/Digitalt-tilsyn-Ostre-Agder-sluttrapport-april-2017.pdf>

134) TQM står for Total Quality Management og er et system for å styre og kontrollere kvalitetsarbeid. TQM ble innført i Norlandia i 2011 og ISO-sertifisert i 2015. <https://www.ntbinfo.no/pressemelding/kvalitet-i-sentrum?publisherId=16115272&releaseId=16134254>

profound knowledge». <sup>135</sup> Deming har utviklet PDSA-sirkelen, etter prosessens fire trinn: *plan, do, study og act*. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har videreutviklet denne kvalitetsforbedringsmodellen. Modellen, sammen med mye annen informasjon om forbedringskunnskap, er tilgjengelig via Helsebiblioteket, som driftes av Folkehelseinstituttet.

I caseundersøkelsen kommer det tydelig fram at kunnskap om forbedringsarbeid er en klar fordel for å arbeide mer målrettet og systematisk med kvalitetsforbedring. Både i Grimstad og på Oppsalhjemmet har flere ledere og andre nøkkelpersoner formell kompetanse på forbedringsarbeid og/eller endringsledelse. Flere har deltatt på undervisningsopplegg i forbedringskunnskap i regi av pasientsikkerhetsprogrammet eller har en videreutdanning innen ledelse i tillegg til profesjonsutdannelsen i medisin, sykepleie eller lignende. <sup>136</sup> På Oppsalhjemmet anses forbedringskunnskap for å være så viktig for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeidet at det er planer om å spre de grunnleggende prinsippene til hele personalet.

Også i andre sammenhenger framheves behovet for forbedringskunnskap for å lykkes med å effektivisere og heve kvaliteten i tjenestene. For eksempel konkluderte Helsedirektoratet i 2012 med at forbedringskunnskap og ledelseskompetanse er sentrale kompetansebehov fram mot 2030, og understreket at forbedringskunnskap i tillegg til fagkunnskap består av kunnskap om organisasjon, arbeids- og endringspsykologi og om statistikk. <sup>137</sup>

**3 Ledere utnytter muligheter for erfaringsutveksling og samarbeid med andre aktører**  
Ledere ved Oppsalhjemmet og i Grimstad har opplevd det som nyttig å delta i læringsnettverk. Læringsnettverk benyttes som del av flere offentlige tiltak, blant annet i pasientsikkerhetsprogrammet og *Gode pasientforløp*. I læringsnettverkene samles kommuner/virksomheter som jobber med samme forbedringsområde, til foredrag og dialog og for å spre kompetanse og erfaringer, med den hensikt å bedre kvaliteten på tjenestene. Mellom nettverkssamlingene skal kommunene løse definerte oppgaver. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. <sup>138</sup> På Oppsalhjemmet har ledelsen erfart at deltakelse i læringsnettverk gjennom pasientsikkerhetsprogrammet har vært en god måte å arbeide på, blant annet fordi det settes frister som forplikter, og fordi møtene gir anledning til å vise fram resultater. Ifølge ledelsen ved sykehjemmet bidrar det til stolthet og motivasjon. Grimstad har dratt nytte av å delta i *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Kommunen har vært en av utviklingskommunene i programmet siden 2013. Programmet legger stor vekt på at kommunene skal dele kunnskap og erfaringer.

Både Grimstad og Oppsalhjemmet oppsøker også eksterne miljøer for å få ideer til og løsninger på sine identifiserte behov og utfordringer. Slike miljøer kan for eksempel være andre avdelinger og enheter, forskningsmiljøer og andre kunnskapsorganisasjoner samt litteratur. Oppsalhjemmet har for eksempel benyttet seg av ideer og verktøy som

135) Deming la vekt på at det er nødvendig å forstå systemet som gir de uønskede resultatene, dersom forbedringer skal kunne oppnås. Han var også opptatt av å forstå menneskenes reaksjoner på forandring. I forbedringskunnskap er også forståelse av variasjon sentralt, ettersom det er viktig å skille mellom tilfeldig og systematisk variasjon for å kunne måle forbedringer. Hvordan kunnskap bygges og erfaringer deles, inngår også i forbedringskunnskap.

136) Pasientsikkerhetsprogrammet tilbyr flere typer utdanninger og kurs i forbedringskunnskap: Nordisk forbedringsagentutdanning, forbedringsutdanning for leger og ulike kurs fra Institute of Healthcare Improvement (IHI), blant annet et gratis e-læringskurs i pasientsikkerhet, kvalitets- og forbedringsarbeid. «Forbedringsagent»-utdannelsen er et samarbeid mellom det norske pasientsikkerhetsprogrammet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed og er designet med inspirasjon fra Improvement Advisor-utdannelsen hos IHI i Boston. «Forbedringskunnskap for leger» er ifølge pasientsikkerhetsprogrammet en utdanning som gir leger kompetanse til å lede prosjekter som fører til store forbedringer i helsetjenesten.

137) Helsedirektoratet (2012).

138) Bakke T m fl. (2011).



springer ut fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI)<sup>139</sup> – en uavhengig, ideell organisasjon som arbeider med kvalitetsforbedring på helseområdet – og et opplæringsopplegg i forbedringskunnskap som er utviklet i Nord-Irland.<sup>140</sup> Samtidig deler både Oppsalhjemmet og Grimstad sine erfaringer med andre. For eksempel vil den reviderte utgaven av «Livstestamentet», samtaleguiden som Oppsalhjemmet utvikler sammen med Hospice Lovisenberg, gjøres tilgjengelig for alle på *fagprosedyrer.no*. Grimstad inviterer eksterne til å benytte testarenaen på Frivolltun og de mulighetene for testing som finnes på universitetet. Representanter fra både Oppsalhjemmet og Grimstad har i stor utstrekning delt sine erfaringer på konferanser og lignende, og ved å ta imot besøk.

Grimstad har også benyttet seg av de mulighetene som omkringliggende kompetansemiljøer gir, og har etablert et tett samarbeid med fylkets utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Universitetet i Agder (UiA).

Grimstad kommune har erfart at det er svært viktig å samarbeide *interkommunalt* for å få til utvikling og større endringer. På velferdsteknologiområdet er samarbeidet strukturert i en regional koordineringsgruppe (RKG), med underliggende styringsgrupper på utvalgte satsingsområder.<sup>141</sup> Samarbeid mellom kommunene gjør at innsatsen koordineres og forankres, at kompetansemiljøer blir større, og at det skapes gode rammer/strukturer for utviklingsarbeidet. I tillegg kan det oppnås bedre løsninger og gevinster, særlig ved anskaffelser.

I Grimstad kommune er forskjellige funksjoner og enheter knyttet sammen i *ressursgrupper* for å bidra til godt samarbeid om utviklingen av velferdsteknologi. Blant annet er det etablert en bredt sammensatt ressursgruppe som inkluderer IKT-personell, velferdsteknolog, ansatte fra enhetene og bestillerenheten, som det er gode erfaringer med. I Grimstad har også en egen e-helsekoordinator vært sentral for å drive satsingen på velferdsteknologi framover gjennom samarbeid.

På Oppsalhjemmet har internt samarbeid gjennom tverrfaglige *fagteam* bidratt i kvalitetsforbedringsarbeidet. Fagteamene består av leger, ulike terapeuter og sykepleiere, som representerer forskjellige deler av virksomheten. Fagteamene er organisert som en matrise, det vil si på tvers av avdelinger, med egen leder. Fagteamene brukes blant annet i opplæringsarbeid når nye tiltak eller prosedyrer skal implementeres og bidrar i det løpende arbeidet med kvalitetsforbedring sammen med kvalitetssjefen og fagteamleder. For at fagteamene skal bidra godt i forbedringsarbeidet legger teamlederen stor vekt på å utvikle et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene, med respekt for at de bidrar med ulik kompetanse i teamet.

I mange forbedringsprosesser er samarbeidet med *brukere og pårørende* avgjørende for å lykkes. Visningsarenaen for velferdsteknologi i Grimstad er et tiltak som skal bidra til at brukere og pårørende blir kjent med de teknologiske løsningene, og gjennom Agder Living Lab blir brukere og pårørende involvert systematisk ved utprøving av nye løsninger. Risikotavlene ved Oppsalhjemmet er et tiltak som forutsetter at brukerne er involvert, ved at det som er viktig for dem i hverdagen, står på tavlen. Brukere og pårørende blir involvert i forbedringsarbeid gjennom blant annet nyhetsbrev, samtaler, brukerråd og pårørendemøter.

139) <http://www.ihl.org/about/Pages/default.aspx>

140) «Quality Improvement & innovation Academy», South-Eastern Social and Health Care Trust i Nord-Irland. Ulster Hospital.

141) Agder-kommunene har strukturert samarbeid på ulike områder gjennom Regionplan Agder 2020, og det er etablert både politiske og administrative samordningsorganer for å følge opp planen. Regionplan Agder ble vedtatt av fylkestingene i Aust- og Vest-Agder i 2010. Rådmannsgruppen er det administrative samordningsorganet, og Sørlandsrådet er det politiske. Se: <http://www.regionplanagder.no/om-oss/> RKG ble etablert i januar 2016 og er forankret i rådmannsgruppen. <http://www.ostreagder.no/regional-koordineringsgruppe-e-helse-og-velferdsteknologi/>

#### 4 Ledere sørger for god involvering av ansatte i alle faser av forbedringsprosessen

Ledere ved Oppsalhjemmet og i eldreomsorgen i Grimstad har erfart at det er viktig å involvere ansatte på en god måte for å lykkes med forbedringer, men at god involvering er krevende å få til. Begge steder har lederne opplevd både å lykkes og å mislykkes med å involvere ansatte. De har lært at for å få til god involvering må ledere bruke tid, gi god informasjon og opplæring og sørge for at de ansatte får reelle muligheter til å påvirke nye løsninger og arbeidsprosesser.

Ved noen anledninger har initiativ til forbedringer kommet fra de ansatte selv, både ved Oppsalhjemmet og i Grimstads eldreomsorg. I Grimstad var nattevaktene sentrale i å definere behovet for bedre løsninger for tilsyn. På Oppsalhjemmet tok helsefagarbeidere initiativ til å få bedre informasjon om hva som var hensikten med de ulike legemidlene beboerne fikk. I disse tilfellene har de ansatte vært involvert allerede i den fasen der forbedringsbehovene blir definert, noe som var en fordel for å få oppslutning om endringene. Andre ganger er det ledere som har tatt initiativ til forbedringer. Da var det noen ganger mer krevende å involvere de ansatte. I Grimstad skjedde det for eksempel da et av sykehjemmene skulle sertifiseres som livsgledehem. Ledelsen erkjente etter en stund at de ansatte ikke hadde blitt godt nok involvert, og endret derfor planene: De senket tempoet, ventet med de endringene som skapte mest motstand, informerte og forklarte bedre hva livsgledesertifiseringen ville bety, og etter hvert fikk ledelsen involvert de ansatte i arbeidet.<sup>142</sup>

Både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad har de erfart at det er særlig viktig å formidle til de ansatte hvordan endringene som gjennomføres, vil bidra til bedre kvalitet. Lederne opplever at de ansatte ønsker å gjøre en god jobb og å være stolte av det arbeidet de gjør. Motivasjonen øker derfor når lederne forklarer hva de ønsker å oppnå med endringer. I alle faser av en forbedringsprosess er slik informasjon viktig: både i startfasen, underveis i implementeringen og senere. Det er krevende å endre arbeidsmåter, og påminnelser om hva endringene vil bidra til, er derfor ofte nødvendig. Som en av lederne sa det: «Vi må huske på hvorfor vi gjør det når det på en måte koker litt i hverdagen».

Caseundersøkelsen viser at ledere ved Oppsalhjemmet og i eldreomsorgen i Grimstad legger vekt på at det er nyttig å lytte til innvendinger fra ansatte. Begge steder har de opplevd at motstand ikke bare er en uønsket hindring i arbeidet, men at motstand ofte kan være en drivkraft som bidrar til bedre løsninger. Flere ledere har merket seg at det er viktig for de ansatte å få bekreftet at ledelsen har sett utfordringene som de beskriver, for eksempel viktige bekymringer som handler om etikk (verdighet, personvern, likebehandling)<sup>143</sup>. De har også erfart at ansattes meninger og erfaringer er viktig for at løsningene skal fungere best mulig. Ved Oppsalhjemmet reagerte ansatte på at risikotavlene inneholdt sensitiv informasjon om beboerne som ikke alle skulle se, og dette førte til at sykehjemmet fikk på plass en gardin som skjermes navn og bilde på beboeren når det ikke er tavlemøte. Risikotavlene og forbedringstavlene er verktøy som legger til rette for at ansatte får en sentral rolle i forbedringsarbeidet. Tavlene og tavlemøtene inviterer til at ansatte kan komme med forslag til forbedringsområder og andre innspill.

Teori om forbedringskunnskap omfatter kunnskap om hvordan mennesker reagerer på endringer, og hvordan motstand kan håndteres og brukes i forbedringsprosesser. Ledere både i Grimstads eldreomsorg og ved Oppsalhjemmet har erfart at denne kunnskapen har vært nyttig for å planlegge hvordan ansatte skal involveres, og når det har oppstått utfordringer underveis. Begge steder mener lederne at tålmodighet er

142) Se også Geriatriisk sykepleie nr. 03/2017 om erfaringer med livsgledehem.

143) Se Nilsen, E m fl. (2017) for en kategorisering av ulike typer motstand.

avgjørende for å lykkes med forbedringsprosesser, noe som blant annet innebærer å ikke sette i gang for mye samtidig og å informere mye og ofte, gjerne med hjelp av ansatte med særlige funksjoner, for eksempel tillitsvalgt og verneombud.

Caseundersøkelsen viser at tilstrekkelig opplæring også har stor betydning for å motvirke motstand og å skape trygghet hos ansatte som ofte er usikre på om de vil mestre det som er nytt, for eksempel teknologi. En leder sa det slik: «Det handler jo om at alle som skal bruke dette skal være trygge. Og det er viktig å trygge de ansatte på at dette skal vi få til sammen». Både i Grimstads eldreomsorg og ved Oppsalhjemmet har lederne etterspurt ansatte som ønsker å bidra til å lære opp kolleger, og har brukt disse som ressurspersoner (kollegaveiledning). Begge steder har også mellomledere eller sykepleiere med ekstra ansvar (gruppesykepleier, teamsykepleier) hatt viktige oppgaver i opplæringen. I Grimstad ser det ut til at refleksjoner i grupper rundt reelle caser og opplæring «skulder ved skulder» sammen med fagutvikler er hensiktsmessige opplæringsmåter. Det har sammenheng med at den nye kompetansen tilegnes i den praktiske situasjonen den skal brukes i. Fagutvikler er ofte med når pleiere rapporterer til andre pleiere ved vaktskift, for å fange opp eventuelle innspill. Når det gjelder velferdsteknologi, er opplæringspakken *Velferdsteknologiens ABC*<sup>144</sup> tatt i bruk med gode erfaringer. Det er ikke bare innholdet i opplæringen og opplæringsmetoder som er viktig, men også at noen har et særlig ansvar for å organisere og følge opp opplæringen, og at tidspunktet for opplæringen er nøye valgt. I Grimstad har de erfart at opplæring som gis for tidlig, fort blir glemt og kan virke mot sin hensikt fordi den skaper usikkerhet istedenfor mestringsfølelse.

I systematisk forbedringsarbeid brukes ofte pilotering som metode, og både ved Oppsalhjemmet og i Grimstads eldreomsorg er slik utprøving vanlig. Når ansatte er med på å prøve ut og påvirke endringer i arbeidsmåter, kan det bidra til at de får eierskap til det som er nytt. Samtidig har Oppsalhjemmet erfart at det å spre løsningene etter pilotfasen er krevende, ettersom resten av virksomheten mangler det eierskapet som pilotavdelingene har fått. Derfor gjør de det ofte slik at tiltaket som skal implementeres, ikke er helt ferdig. Å ha noe som er ugjort eller uløst etter pilotfasen, gjør at andre også kan bidra i utviklingen, bli involvert og få eierskap.

Både ved Oppsalhjemmet og i Grimstad har ledere erfart at det å vise fram resultater fra forbedringsarbeidet, både internt og eksternt, skaper entusiasme og stolthet blant de ansatte. Det kan være særlig verdifullt om det er de ansatte som får presentere resultater de selv har vært med på å skape. Stolthet bidrar til motivasjon, noe som også gjør nye forbedringstiltak lettere å gjennomføre.

### 5.3.2 Kompetanseutvikling for ledere

Behovet for å styrke lederkompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er blant annet beskrevet i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. I meldingen peker regjeringen blant annet på at styrket lederkompetanse er nødvendig for at kravene til kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal bli bedre ivaretatt.

Ifølge Helsedirektoratet er lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene stort, andelen deltidsansatte er høy, og tjenestene utføres 24 timer i døgnet. Samtidig øker kravene til lederne innenfor områder som kunnskapsledelse, samhandlingsledelse og oppbygging av gode styringssystemer. Ifølge direktoratet tyder mye på at

144) KS har utviklet dette i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Tiltaket er ett av mange tiltak i Kompetanseløft 2020. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust Agder og Vest-Agder har ansvar for å sette i gang og følge opp Velferdsteknologiens ABC i Agder.

lederspennet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset disse «nye» oppgavene og tjenestens kompleksitet.<sup>145</sup>

I *Kompetanseløft 2020* er en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ett av tiltakene. Studietilbudet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Handelshøyskolen BI og KS, og startet som en pilot i 2015. Våren 2018 vil 421 ledere ha gjennomført utdanningen, og fire nye klasser med 216 studenter starter høsten 2018. Målgruppen utdanningen har vært enhets- og virksomhetsledere, som for eksempel ledere av sykehjem og hjemmetjenester. Andre med relevant lederansvar har også kunnet søke. Ledergrupper fra samme kommune har blitt oppfordret til å gjennomføre utdanningen samtidig. Helsedirektoratet dekker studieavgiften.<sup>146</sup>

Utdanningen omfatter blant annet kunnskap om systematisk forbedringsarbeid. Helsedirektoratet understreker at bedre ledelse vil ha stor betydning for kvalitetsutviklingen. Ifølge direktoratet omfatter utdanningen også opplæring i hvordan helse- og omsorgssektoren kan nå bedre fram med behov til politisk nivå i kommunene.

Evalueringsrapporten fra våren 2018 tyder på at deltakerne har hatt godt utbytte av utdanningen, blant annet gjennom nye kunnskaper og ferdigheter og større trygghet i lederrollen. Helse- og omsorgsdepartementet mener at den nye lederutdanningen har dekket et behov når det gjelder innovasjon og omstilling. Oppgavene studentene skriver, tar utgangspunkt i reelle utfordringer og brukes i kommunen. Departementet har store forventninger til at lederutdanningen vil fortsette å gi nytte.

145) Helsedirektoratet (2017h).

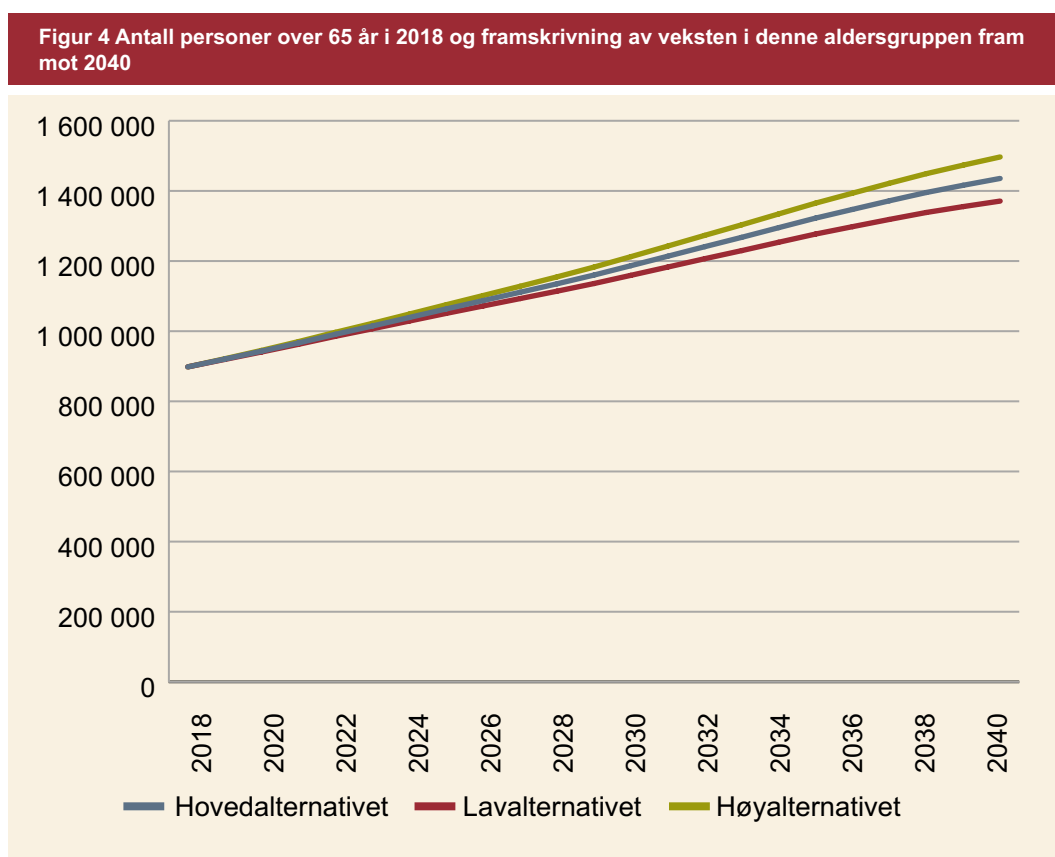
146) <https://helsedirektoratet.no/nyheter/leiarar-i-helse-og-omsorgstjenestene-i-kommunane-er-bliitt-tryggare-i-leiarrolla>

## 6 Kapasitet og planlegging

Kommunen må ha tilstrekkelig kapasitet til å gi nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det betyr at kommunen må tilpasse tilbudet av tjenester til befolkningens behov, sikre nok personell med riktig kompetanse og planlegge for behovet i framtiden.

### 6.1 Framskrivninger av behovet for helse- og omsorgstjenester

SSBs framskrivninger av befolkningsutviklingen viser at antallet eldre vil øke sterkt de neste årene, og at dette vil kunne føre til et sterkt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>147</sup> Figur 4 viser antall personer over 65 år i 2018 og framskrevet antall personer over 65 år for perioden 2019–2040 i tre alternativer.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, statistikkbankens tabell 11668

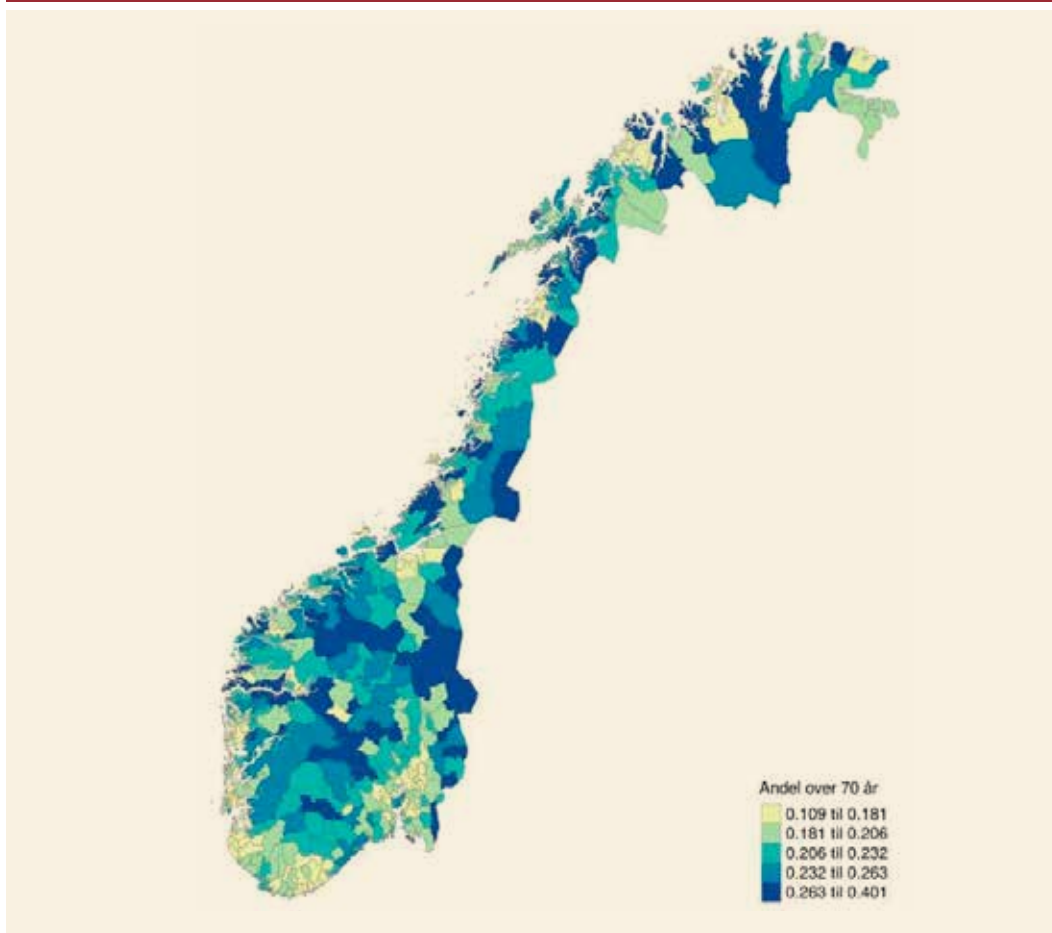
I SSBs hovedalternativ for befolkningsutviklingen stiger andelen av befolkningen som er 65 år og eldre, fra 17 prosent i dag til 24 prosent i 2040. Antallet personer i pensjonsalder per 100 personer i yrkesaktiv alder vil kunne øke fra 18 i 2018 til 30 i 2040.<sup>148</sup> Dette er usikre tall, og utviklingen i blant annet helse, dødelighet og innvandring kan bli annerledes enn forventet. Det er likevel svært sikkert at befolkningsutviklingen er preget av aldring, og at forholdet mellom andelen unge og andelen eldre vil endres vesentlig.

147) Rogne, A og Syse, A (2017).

148) <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar>

Det er store regionale forskjeller i befolkningsutviklingen. I flere distriktskommuner er aldringen allerede sterk og stigende. Mens bare rundt hver åttende innbygger i Oslo vil være 70 år eller mer i 2040, vil hver tredje person være 70 år eller eldre i enkelte distriktskommuner, ifølge SSBs hovedalternativ. Aldringen er svakere i og rundt de store byområdene og sterkere i innlandet, i nord og i usentrale strøk, slik det går fram av kartet i figur 5.

Figur 5 Andel i alderen 70+ i kommunene, framskrevet i hovedalternativet i 2040



Kilde: Kartverket og Statistisk sentralbyrå, statistikkbankens tabell 07800

Etter hvert som de store etterkrigskullene blir 80 og 90 år, forskyves også veksten i antall eldre, med en sterk økning i gruppen 80–89 år i slutten av 2020-årene og i gruppen 90 år og eldre i 2030-årene. Økningen blant de aller eldste vil da komme til å stille krav til videre utbygging av tilbudet til dem som har det største tjenestebehovet.<sup>149</sup> Særlig vil noen distriktskommuner trenge en vesentlig opprustning av helse- og omsorgstjenesten, ifølge SSB.<sup>150</sup>

Ifølge SSBs framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger kan antallet mottakere av omsorgstjenester øke med nærmere 25 prosent, eller om lag 60 000 personer, fram til 2030. Fram til 2060 kan antallet øke med 80 prosent.<sup>151</sup> Veksten kan bli vesentlig høyere dersom forutsetningene for dette anslaget ikke slår til, som at levealderen øker mer enn forutsatt, eller at helsetilstanden ikke forbedres.

149) Meld. St. 15 (2017–2018).

150) Rogne, A og Syse, A (2017).

151) Meld. St. 15 (2017–2018).

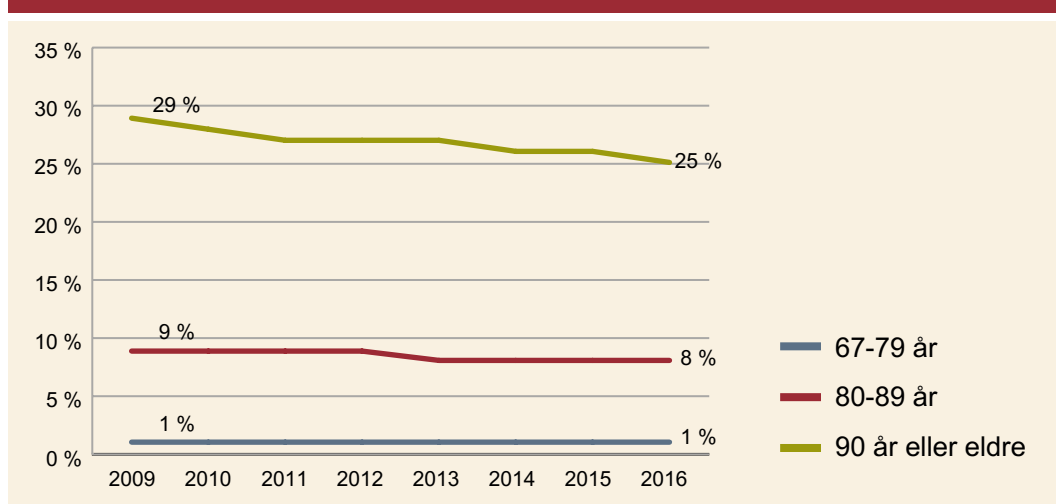
## 6.2 Kapasitet i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud

Noen eldre har så stort hjelpebehov at de trenger omsorg hele døgnet, og alle kommuner skal ha heldøgns omsorgstilbud. Fra juli 2017 er det innført en rett til sykehjemsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, dersom dette er det eneste tilbudet som kan sikre nødvendige og forsvarlige tjenester. Tjenestetilbudet må tilsvare det tilbudet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

### 6.2.1 Institusjoner og omsorgsboliger

Kommunene har tradisjonelt tilbudt eldre med heldøgns omsorgsbehov langtidsplass på institusjoner. Mens kommunene for 40–50 år siden brukte størstedelen av ressursene innen eldreomsorgen på institusjoner og en liten andel på hjemmetjenester, er dette forholdet i dag snudd til at kommunene bruker mer på hjemmetjenester (inkludert omsorgsboliger).<sup>152</sup>

Figur 6 Andel innbyggere som har langtidsopphold på institusjon per 31.12, for ulike aldersgrupper, 2009–2016.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, statistikkbankens tabell 07800

Figur 6 viser at andelen eldre som har langtidsopphold på institusjon, er redusert siden 2009. I hovedsak gjelder dette personer over 90 år. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er reduksjonen i institusjonsplasser kompensert ved en betydelig utbygging av omsorgsboliger.<sup>153</sup> Tilbudet i omsorgsboliger kan ligne tilbudet ved sykehjem, dersom den som har slik plass, har vedtak om omfattende helsetjenester i hjemmet. Sykehjem og omsorgsboliger er imidlertid underlagt ulike regelverk, som gir reelle forskjeller i tilbudene. Forskjellene er blant annet at

- i motsetning til sykehjem er omsorgsboligen juridisk sett brukerens eget hjem, hvor beboeren må søke om tjenester på lik linje med andre hjemmeboende
- eldre som bor i omsorgsboliger, følges opp av fastlegen, mens sykehjem skal ha sykehjemsleger som er ansvarlige for det medisinske tilsynet
- på sykehjemmene er det helsepersonell til stede døgnet rundt, mens dette ikke nødvendigvis er tilfellet i omsorgsboliger<sup>154</sup>

En undersøkelse utført for KS viser at ulike aktører anvender begrepet «heldøgns omsorg» forskjellig. Begrepet brukes ulikt av Husbanken, IPLOS, KOSTRA, kommunene imellom og i lovgivningen (se faktaboks 9). Et sentralt funn i KS'

152) Helse- og omsorgsdepartementet (2016).

153) Helse- og omsorgsdepartementet (2016).

154) Daatland, S (red) (2014).

undersøkelse er at dette gir ulike forståelser av hvor stor andel eldre som mottar heldøgns omsorg, og hvor stort behov som skal dekkes. Kommunal og statlig planlegging blir da vanskelig.

#### Faktaboks 9 Begrepet heldøgns omsorg

Ulike aktører bruker begrepet heldøgns omsorg forskjellig. Eksempler på ulik bruk:

*Husbanken:* For å motta investeringstilskudd (se punkt 6.2.2) til det Husbanken kaller omsorgsbolig, stiller Husbanken krav om at boligen er tiltenkt brukere med vedtak om heldøgns omsorg. Personalbasen kan være lokalisert et stykke unna.

*SSB:* SSB fører ikke statistikk over omsorgsboliger, men over boliger med heldøgns tilbud. Dette kan også omfatte boliger uten tilskudd fra Husbanken. I veilederen til KOSTRA stilles det krav om at «bygningen må ha tjenesteyter til stede hele døgnet» for å kunne rapporteres. Kravet til personalbase er altså strengere enn kravet Husbanken stiller.

*Kommunene:* Ifølge en undersøkelse av Agenda Kaupang er det uklart for mange kommuner hvilke krav Husbanken og SSB stiller til personalbasen. Kommunene bruker ulike begreper på sine «omsorgsboliger», og tilbudene i de ulike boligene trenger ikke nødvendigvis å være et heldøgns tilbud. Ifølge KS gir KOSTRA for snevre rammer for rapportering av bolig og beboere med heldøgns omsorg, noe KS mener fører til underrapportering av antallet beboere i bolig med heldøgns omsorg på landsbasis.

Kilder: Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017) «Heldøgns». *Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning, Agenda Kaupang / VID (2016) Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad* og Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Rom for omsorg*.

For å avklare begrepene og få bedre tall på hvor mange som mottar tjenester i form av heldøgns omsorg, uavhengig av om de mottar omsorgen i omsorgsbolig eller sykehjem, har KS og departementet blitt enige om en anbefalt definisjon: En person som får et heldøgns tjenestetilbud, mottar helse- og omsorgstjenester på kveld og natt og gjennom hele uka i tillegg til slike tjenester på dagtid.<sup>155</sup>

I statistisk sammenheng anbefaler departementet og KS først å telle opp hvor mange som mottar et heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud, og deretter telle opp hvor mange av dem som bor i henholdsvis institusjon, omsorgsbolig eller eget hjem / annen bolig. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er målet at kommunene skal begynne å registrere på denne måten så tidlig som mulig i 2019, og at de sender inn data i 2020.

#### 6.2.2 Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser

For å stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorg ved sykehjem og omsorgsboliger etablerte den daværende regjeringen i 2008 en ordning med investeringstilskudd gjennom planen *Omsorgsplan 2015*.<sup>156</sup> Ordningen er videreført i *Omsorg 2020* og forsterket, slik at tilskuddet fra 2014 i gjennomsnitt dekker 50 prosent av anleggskostnadene (prosjektkostnadene). Husbanken forvalter tilskuddet, som kan brukes til boliger for både eldre og for andre grupper. Det er en forutsetning at kommunen kan dokumentere et reelt behov for sykehjemsplassene/ omsorgsboligene i tråd med formålet for ordningen.<sup>157</sup> Fylkesmannen bistår og gir faglig veiledning til Husbanken i saksbehandlingen av søknader om

155) Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017).

156) *Omsorgsplan 2015* ble lagt fram i tilknytning til St.meld. nr. 25 (2005–2006).

157) [https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder\\_2012/](https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder_2012/)



investeringstilskudd for blant annet å sikre at sykehjem og omsorgsboliger som det gis tilskudd til, er tilpasset personer med demens.<sup>158</sup>

Tilskuddet har bidratt til kapasitetsøkning og oppgradering av kommunenes heldøgns omsorgstilbud ved at det er gitt *tilsagn* til bygging eller opprustning av nær 13 000 plasser i perioden 2012–2017.<sup>159</sup> Åtte av ti plasser var ment for personer over 67 år.<sup>160</sup>

Antallet plasser som har fått tilsagn, er på linje med målene satt for tilskuddet. Målene, altså anslaget for hvor mange plasser det vil være behov for, er basert på SSBs framskrivninger av behovet for heldøgns omsorgsplasser framover, som viser at behovet vil øke betydelig. Antallet omsorgsboliger og institusjonsplasser for beboere med behov for heldøgns tjenestetilbud kan øke med nærmere 20 prosent fram til 2030 og i overkant av 90 prosent fram til 2060. Økningen blir vesentlig raskere dersom helsetilstanden ikke forbedres fra dagens nivå, hvis standarden heves, og hvis befolkningen lever lenger enn forutsatt.<sup>161</sup> Regjeringen varslet i statsbudsjettet for 2018 at det vil gjøres nærmere analyser av behovet for heldøgns plasser, blant annet basert på undersøkelser fra KS og framskrivningene fra SSB.<sup>162</sup>

Fra 1. januar 2017 ble det gjort endringer i ordningen. Tilsagnsrammen ble i revidert nasjonalbudsjett økt fra 3 milliarder til 5,1 milliarder for å møte etterspørselen, noe som tilsvarer 3 100 plasser. I tillegg ble det innført et krav om netto tilvekst for å møte behovet for å øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i kommunene i tillegg til å ruste opp eksisterende plasser. Netto tilvekst vil si at det totale antallet heldøgns omsorgsplasser i kommunen skal øke, og at kommuner som mottar tilskudd, ikke samtidig kan avvikle gamle plasser i takt med at de tar i bruk nye, tilskuddsfinansierte plasser. Denne ordningen innføres gradvis i perioden 2017–2020. Fra 2021 vil det være krav om netto tilvekst for å få tilskudd. Om lag 20 prosent av tilsagnsrammen i 2017 skal forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Denne andelen skal økes til henholdsvis 40, 60 og 80 prosent de neste årene.<sup>163</sup> I 2017 ble kravet oppnådd med god margin ved at 41 prosent av plassene ga netto tilvekst.<sup>164</sup> Dette er det første året Husbanken har publisert tall for netto tilvekst. Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Innst. 110 S (2017–2018) å be regjeringen sørge for at investeringsstilskuddet likebehandler nybygg og oppgradering og modernisering av eksisterende bygningsmasse. Regjeringen har varslet at den vil komme tilbake til dette i budsjettet for 2019.

Flere kommuner har valgt å bygge omsorgsboliger heller enn sykehjem, eller de har gjort om institusjoner til omsorgsboliger.<sup>165</sup> Nesten halvparten av omsorgsplassene som Husbanken ga tilsagn om tilskudd til i perioden 2012–2017, var omsorgsboliger. Hvor stor andel av omsorgsboligene som var tiltenkt eldre, har ikke Husbanken tall på. I perioden 2008–2017 har veksten i antallet omsorgsboliger vært noe større enn i antallet sykehjemsplasser. Dette stemmer ifølge Helsedirektoratet godt med en analyse av kommunale planer som indikerer at kommunene prioriterer hjemmetjenester/omsorgsboliger framfor institusjoner.<sup>166</sup>

158) Tildelingsbrev til fylkesmannen 2016. Virksomhets- og økonomiinstruks for fylkesmannen 2017 og 2018.

159) Husbankens årsrapport for 2017 (tall for 2017) og Helsedirektoratet (2017h) (tall for 2012–2016). Det tar flere år fra en kommune har fått tilsagn om tilskudd, til en plass er rustet opp eller bygget. Derfor er antallet plasser som er tatt i bruk og som kommunen har fått utbetalt tilskudd til, lavere enn antallet som har fått tilsagn. Til sammen er det utbetalt tilskudd for nær 9000 plasser i perioden 2012–2017.

160) Tall levert av Husbanken.

161) Meld. St. 15 (2017–2018).

162) Prop. 1 S (2017–2018).

163) Tilsagnsrammen var på henholdsvis 2500 plasser i perioden 2014–2016 og 3100 plasser i 2017.

164) Helsedirektoratet (2018c).

165) Meld. St. 15 (2017–2018).

166) Helsedirektoratet (2017h).

En analyse av alle kommuner som har søkt om tilskudd i perioden 2008–2017, viser at det er lite sammenheng mellom antatt behov for langtids omsorgsplasser for eldre i en kommune og antallet nye plasser kommunene planlegger. Det er derimot en sterk sammenheng mellom nivået på kommunens frie inntekter og antallet planlagte langtidsplasser.<sup>167</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet har i forbindelse med tilskuddet etablert et samarbeid med KS om undersøkelser av kommunale planer og behov. I den nyeste undersøkelsen besvarte 211 kommuner spørsmålet om hvorvidt de har beregnet behovet for heldøgns omsorgsplasser i 2030, og 67 prosent svarte «ja».<sup>168</sup> Kommunene i undersøkelsen kommenterer at det er vanskelig å beregne behovet for plasser, blant annet fordi flere er i prosesser med kommunesammenslåing og fordi tjenestene er i utvikling med mer hjemmetjenester med velferdsteknologi og styrking av egenmestring. Det at ulike aktører definerer begrepet «heldøgns omsorg» og omsorgsbolig ulikt, gjør også at kommunene opplever det som vanskelig å planlegge, siden det gir ulike forståelser av hvor stor dekningsgraden er, og hvor stort behov kommunene egentlig skal dekke.<sup>169</sup>

I april 2018 ble det for første gang offentliggjort tall på antall eldre som venter på langtidsplass på institusjon. Den første rapporteringen viser at nær halvparten av kommunene har personer på venteliste til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Samlet er det 1420 personer på venteliste. Dette er personer som oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold, men som med forsvarlige tjenester kan bo i eget hjem eller motta andre tjenester.<sup>170</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at den enkelte kommune kan bruke tallene for å få oversikt over behovet for tjenester, og at ventelistene på den måten kan være et verktøy for videre planlegging. Ifølge departementet skal ordningen med ventelister bidra til mer åpenhet rundt tildelingsprosessen, samtidig som brukere og pårørende får større trygghet for at behovet for langtidsopphold i sykehjem er sett.

### **Korttidsplasser**

For å ivareta pasienter som trenger et kommunalt døgntilbud over en tidsbegrenset periode, for eksempel pasienter skrevet ut fra sykehus som er for syke til å være hjemme, har kommunene bygget opp et tilbud av korttidsplasser. Korttidsplasser utgjorde 18 prosent av institusjonsplassene i 2015 mot 14 prosent i 2009. Særlig blant de små kommunene er det flere som har omdisponert langtidsplasser til korttidsplasser, heller enn å bygge ut antallet plasser.<sup>171</sup> Som et resultat har dekningsgraden for langtidsplasser gått ned for eldre innbyggere i små kommuner.<sup>172</sup>

En undersøkelse av samhandlingsreformens konsekvenser for kommunene tydet på at bruken av korttidsplasser kan se ut til å ha endret seg, ved at pasienter som er skrevet ut fra sykehus til kommunene, i større grad fyller disse plassene.<sup>173</sup> Tidligere ble korttidsplasser i større grad brukt til avlastnings- eller opptreningsopphold for personer som bor hjemme, og som kom til sykehjemmet uten å ha vært på sykehus først.

167) Bruun, K (2018).

168) KS (2018).

169) Agenda Kaupang og VID (2016).

170) <https://helsedirektoratet.no/nyheter/oversikt-over-personer-pa-venteliste-til-sykehjem>

171) Helsedirektoratet (2017f)

172) Helsedirektoratet (2018c).

173) Abelsen, B m fl. (2014).

### 6.2.3 Terskel for plass i institusjon

IPLOS-data viser at det i perioden 2009–2017 har blitt noe mer vanlig at mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester har *omfattende bistandsbehov*<sup>174</sup>. Dette gjelder også eldre, både dem som mottar hjemmetjenester, og dem som er i institusjon.<sup>175</sup>

At andelen med omfattende bistandsbehov øker, kan tyde på at terskelen for å få institusjonsplass har blitt hevet, og at de eldre som i dag mottar slike tjenester, har noe dårligere funksjonsevne enn tidligere.

En studie Helsedirektoratet har utført, bekrefter dette, da den viser at eldre nå bor kortere tid på institusjon før de dør. Eldre som døde på institusjon i 2016, hadde typisk bodd der 1,3 år, mot 1,4 år blant dem som døde i 2014.<sup>176</sup>

Helsedirektoratet trekker fram «høyere terskel for å få langtidsplass i institusjon» som et hovedtrekk ved utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på statistikken som viser økt bistandsbehov.<sup>177</sup> En evaluering av samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet konkluderer også med at det har blitt høyere terskel, både for å få sykehjems plass og for å få hjemmetjenester.<sup>178</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet sier at det ikke har grunnlag for å hevde at økt bistandsbehov hos beboere i sykehjem skyldes at kommunene har høyere terskel for å tildele plass i institusjon, og viser til at økt bistandsbehov kan ha sammenheng med at samhandlingsreformen har ført til at brukere skrives ut fra sykehus tidligere.

Terskelen for å få institusjonsplass er relativt lav i Norge sammenlignet med Sverige og Danmark, hvor det er langt mindre vanlig at eldre bor på institusjon. Mens Sverige og Danmark avviklet sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990, til fordel for bolig- og hjemmebaserte løsninger, har Norge i større grad valgt å beholde sykehjemmene.<sup>179</sup>

Det er også avgjørende hvilke alternative tilbud kommunen gir for å sikre forsvarlige tjenester. Det er en tendens til at i de kommunene som har lavt nivå på både hjemmetjenester og institusjonstjenester, ligger eldre, utskrivningsklare pasienter lenger på sykehus før de overføres til kommunen, enn i kommuner med høyere nivå på tjenestene. Ifølge Helsedirektoratet kan dette tyde på at dekningsgraden for tjenester er for lav i disse kommunene, og at det er grunn til å følge disse kommunene ekstra nøye.<sup>180</sup>

---

## 6.3 Virkemidler som kan bidra til at eldre bor hjemme lenger

Mange kommuner ønsker å vri tjenestetilbudet sitt fra institusjon til hjemmetjenester. Flere virkemidler kan være aktuelle for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, blant annet dagaktivitetstilbud for personer med demens, bruk av velferdsteknologi og forebyggende tiltak.

174) SSB grupperer brukernes bistandsbehov i tre samlemål: «noe/avgrenset bistandsbehov», «middels til stort bistandsbehov» og «omfattende bistandsbehov». Samlemålet er basert på de 17 bistandsvariablene i IPLOS. Framgangsmåten for å beregne samlemålene står omtalt i SSB-rapport 2018/26, vedlegg A.

175) SSB: Statistikkbanken.

176) Helsedirektoratet (2017c).

177) Helsedirektoratet (2017a).

178) Abelsen, B m fl. (2014).

179) Helse- og omsorgsdepartementet (2016).

180) Helsedirektoratet (2017a).

### 6.3.1 Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Ifølge *Demensplan 2020* er det grunn til å tro at antallet med demens vil fordobles fram mot 2040 fordi antallet eldre øker.<sup>181</sup> Aktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens kan bidra til å redusere behovet for sykehjems plass, samtidig som pårørende kan få avlastning. Studier viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud kan gi god avlastning for pårørende og fungere godt for personer med demens.<sup>182</sup>

For å nå målet i *Demensplan 2015* om at alle kommuner skulle tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens innen 2015, opprettet Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 en tilskuddsordning øremerket etablering av slike plasser. Tilskuddet ble videreført i *Demensplan 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter ordningen, som dekker omtrent 30 prosent av kostnadene for etablering og drift av slike plasser. For 2018 er det satt av 280 millioner kroner til tilskuddet.<sup>183</sup>

Som en del av *Demensplan 2015* ble det i 2014 gjennomført en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tilbud for personer med demens, som anslått mellom 14 og 17 prosent av eldre med demens hadde et dagaktivitetstilbud. Etter denne kartleggingen har antallet kommuner og eldre med slikt tilbud økt betydelig. Nye anslag over hvor mange eldre med demens som har et slikt tilbud, er imidlertid ikke tilgjengelig før en ny kartlegging er gjennomført i 2018.<sup>184</sup> Det finnes en nasjonal kvalitetsindikator som viser antall eldre som har demensdiagnose og samtidig vedtak om dagaktivitetsplass, men datakvaliteten på denne indikatoren er svak og gir ikke et riktig bilde av tilbudet i kommunene.<sup>185</sup>

I 2017 ble tilskuddet delt ut til sju av ti kommuner.<sup>186</sup> Kommunene fikk tilskudd til totalt 3500 dagaktivitetsplasser som brukes av nær 8000 personer.<sup>187</sup> Behovet er anslått til 9200 plasser.<sup>188</sup> Ifølge regjeringen er det fortsatt langt igjen før tilbudet er utbygget over hele landet.<sup>189</sup>

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det behov for mer kunnskap og informasjon om tilskuddsordningen. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt fylkesmannsembetene om å forsterke innsatsen for å spre informasjon og kunnskap om tilskuddsordningen og mangfoldet som finnes av muligheter for innretning av dagaktivitetstilbud. Embetene er i tillegg bedt om å følge opp kommuner som ikke har søkt på ordningen.<sup>190</sup> Ifølge spørreundersøkelsen til fylkesmennene har samtlige embeter tatt opp «demensomsorg» gjennom dialogen med kommunene, for eksempel gjennom seminarer og møter.

Stortinget har i flere vedtak bedt regjeringen forbedre tilbudet til hjemmeboende med demens.<sup>191</sup> Blant annet ba Stortinget regjeringen i 2014 om å fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven, som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar

181) Det finnes ingen studier som kan brukes til å gi et presist estimat av forekomsten av demens i Norge, men over 80 prosent av dem som bor i sykehjem, har demenssykdom, og over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. Samlet betyr det at det i dag er mer enn 70 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere.

182) Gjøre m fl. (2015).

183) <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens>

184) Fylkesmennenes årsrapporter.

185) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>

186) I tillegg kan det være kommuner som har opprettet tilbud uten å ha fått tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet, men en nasjonal kartlegging fra 2014 av kommunenes totale tilbud til personer med demens, uavhengig av hvordan plassene var finansiert, viste også at sju av ti kommuner hadde et dagaktivitetstilbud for denne gruppen. Kilde: Gjøre m fl. (2015). Neste kartlegging er i 2018, ifølge tildelingsbrev til fylkesmennene for 2018.

187) Tall fra Helse- og omsorgsdepartementet (mottatt spesielt for Riksrevisjonens undersøkelse).

188) Prop. 1 S (2017–2018).

189) Meld. St. 15 (2017–2018).

190) Prop. 1 S (2017–2018).

191) Prop. 1 S (2017–2018) og Innst. 110 S (2017–2018).

2020.<sup>192</sup> Regjeringen signaliserte i *Demensplan 2015* at den ønsket å innføre en slik plikt, og et lovforslag vil bli sendt på høring i løpet av 2018.<sup>193</sup> Videre ba Stortinget i 2017 regjeringen om å fremme et forslag om å heve tilskuddssatsene for etablering og drift av dagaktivitetsplasser fra 30 til 50 prosent av utgiftene.<sup>194</sup>

### 6.3.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren.<sup>195</sup> I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* er det vist til at velferdsteknologiske løsninger kan forebygge behov for institusjon eller andre tjenester.

*Nasjonalt velferdsteknologiprogram* ble etablert i 2013 og er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Programmet skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Hovedmålet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Ifølge Helsedirektoratet består velferdsteknologiprogrammet av tilskudd som Helsedirektoratet forvalter, opplæringsverktøy som KS har utviklet, anbefalinger om typer velferdsteknologiske løsninger og gevinster ved bruk av disse, og et felles grunnlag for å anskaffe og utvikle løsninger innenfor rammen av den anbefalte arkitekturen.<sup>196</sup> Programmet skal aktivisere kommunene, peke på velferdsteknologi som er utprøvd og kan anbefales, få i gang tjenesteutvikling og spre kunnskap.

I perioden 2013 til 2016 fikk 34 utviklingskommuner tilskudd fra programmet til å prøve ut velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten sin.<sup>197</sup> Programmet er nå i en spredningsfase, og målet er at flere kommuner skal ta i bruk de anbefalte løsningene. Helsedirektoratet har oppsummert utviklingskommunenes gevinster av og erfaringer med å ta i bruk velferdsteknologi og har også gitt anbefalinger om hvilke teknologi-områder kommunene bør prioritere når de skal integrere velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. De første effektene av utprøvingene i utviklingskommunene ble oppsummert i *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*, utgitt i desember 2015. *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger* ble utgitt i januar 2017.

Stadig flere kommuner prøver ut velferdsteknologi. Helsedirektoratet opplyser at de minste kommunene har kommet kortest. I Meld. St. 15 (2017–2018) er det opplyst at 263 kommuner gjennomfører velferdsteknologiprosjekter eller deltar i samarbeidsprosjekter om velferdsteknologi. De fleste av disse prosjektene får støtte fra *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Noen få kommuner har kommet langt med å ta i bruk velferdsteknologi uten å delta i programmet, for eksempel Bodø.<sup>198</sup> Flere av fylkesmennene har vært aktive i arbeidet med velferdsteknologi i kommunene. Det regionale kommunesamarbeidet i Agder har vært vellykket (se punkt 5.3.1), og velferdsteknologiprogrammet anbefaler andre kommuner å samarbeide om velferdsteknologi.

Helsedirektoratet opplyser at utviklingskommunene i velferdsteknologiprogrammet har fått tett oppfølging i form av prosessveiledning og tilgang til kunnskap og erfaringer. Disse pedagogiske virkemidlene har ifølge direktoratet hatt stor betydning for kommunene. I tillegg har tilskuddet bidratt til at kommunene kunne fristille ressurser til arbeidet med velferdsteknologi. Ifølge direktoratet er det behov for mer økonomiske midler enn det som ligger i tilskuddsordningen.

192) Innst. 221 S (2014–2015).

193) Meld. St. 15 (2017–2018).

194) Innst. 110 S (2017–2018) jf. Dokument 8:7 (2017–2018).

195) <https://ehelse.no/velferdsteknologi>

196) Infrastruktur og arkitektur er det Direktoratet for e-helse som har ansvar for.

197) Helsedirektoratet (2017g).

198) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018 og Nasjonalt senter for e-helseforskning (2017).

Erfaringer fra utviklingskommunene er at velferdsteknologi gir gevinster i form av spart tid, kostnader som blir unngått, og høyere kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte (se faktaboks 10).

#### Faktaboks 10 Eksempler på gevinster

«De viktigste gevinstene vi ser er utsatt behov og redusert antall besøk fra hjemmetjenester, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang» (Larvik kommune).»

«Bergen kommune har redusert antall hjemmebesøk med 38 prosent og total vedtakstid med 59 prosent per uke for 18 hjemmeboende etter de tok i bruk elektronisk medisineringsstøtte.»

«Bærum kommune har beregnet at de har spart tid på medisinbehandling tilsvarende 2,3 årsverk i 2016. Frigjort tid har gitt økt kapasitet, ved at de kunne gi tjenester til flere med samme ressurser.»

«Bruk av velferdsteknologi gjør at Østsidens sykehjem i Fredrikstad har unngått oppbemanning tilsvarende to stillinger på natt og 0,5 stilling på dag.»

Kilde: Helsedirektoratet (2017) *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*

For å hjelpe kommunene med å ta i bruk velferdsteknologi har KS blant annet laget et *Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi* (Samveis). KS har også utarbeidet opplæringspakken *Velferdsteknologiens ABC* for å gi ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kompetanse og verktøy i arbeidet med velferdsteknologi. Opplæringspakken dekker temaer som lovverk og etikk, kartleggingsmetoder av brukerbehov og gir eksempler på teknologiske løsninger som er i bruk i kommunene i dag. Tiltaket får støtte av Helsedirektoratet gjennom *Kompetanseløft 2020* (se punkt 6.4.1).

### 6.3.3 Forebyggende tiltak

#### Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov.<sup>199</sup> Hverdagsrehabilitering foregår i personens eget hjem og skal forbedre den eldre funksjon i dagliglivets aktiviteter, med utgangspunkt i det som er viktig for personen selv. Kunnskapsoppsummeringer viser ikke entydige resultater. De peker på at hverdagsrehabilitering for noen eldre kan øke deltakelsen i dagliglivets aktiviteter eller forbedre funksjonen, men viser ingen eller liten effekt på sykehusinnleggelses- og dødelighet. Ifølge kunnskapsoppsummeringene kan hverdagsrehabilitering føre til en liten nedgang i antallet personer som trenger høyere omsorgsnivå, og muligens også en nedgang i kostnader.<sup>200</sup>

#### Forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk er et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke mottar omsorgstjenester fra kommunen, eller som har begrensede tjenester. Hensikten er forebygging gjennom å øke den eldre selvstendighet. Tiltaket kan bidra til at flere eldre kan bo lenger i egen bolig.<sup>201</sup> Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2016 ut rundskriv I-2/2016 *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*<sup>202</sup> og utarbeidet et

199) <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rehabilitering/hverdagsrehabilitering---for-okt-livskvalitet/>

200) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) og Førland, O og Skumsnes, R (2016).

201) Prop. 1 S (2017–2018).

202) <https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48b0a60f9bf04acdad5b/rundskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf>

veiledningsmaterieell for forebyggende hjemmebesøk i samarbeid med Senter for omsorgsforskning. Helsedirektoratet antar at rundskrivet og veiledningsmateriellet bidrar til større oppmerksomhet om betydningen av forebyggende hjemmebesøk. Samtidig er direktoratet kjent med at eksisterende tilbud om forebyggende hjemmebesøk har blitt lagt ned i enkelte kommuner.<sup>203</sup>

Kunnskapsoppsummeringer om resultater av forebyggende hjemmebesøk viser sprikende funn. Mange kommuner har positive erfaringer, men det er ikke dokumentert effekter som for eksempel færre innleggelses på sykehus eller sykehjem. På bakgrunn av forskningen kan det likevel ikke utelukkes at enkelte typer forebyggende hjemmebesøk kan være effektive.<sup>204</sup>

---

## 6.4 Personell

Personell er den største ressursen og viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet er avhengig av kompetent helsepersonell i tilstrekkelig omfang.<sup>205</sup>

### 6.4.1 Utvikling i årsverk og kompetanse

Statistikk fra SSB viser at kompetansen i helse- og omsorgstjenestene har økt de siste årene:

- Det har blitt 7 prosent flere årsverk i kommunenes omsorgstjenester i perioden 2011–2016
- Antall sykepleiere har i samme periode økt med nær 5000, det vil si en økning på 19 prosent
- Av disse har antall sykepleiere med videreutdanning/spesialitet økt med nær 1700, inkludert over 400 sykepleiere med videreutdanning i geriatri.
- Tettheten av personal per bruker har økt fra 0,47 til 0,51 årsverk per bruker i perioden 2011–2017.

Blant personalet som arbeider direkte mot brukere, er det likevel fortsatt en firedel som ikke er fagutdannet, og nær halvparten av disse har kun grunnskole eller mindre utdanning.

Mange eldre lider av flere sykdommer samtidig, bruker mange ulike legemidler og har kognitiv svikt. Det stiller store krav til kompetansen i tjenestene.<sup>206</sup> Helsedirektoratet viser til at samhandlingsreformen og andre helse- og omsorgspolitiske reformer har ført til et langt større behov for medisinsk og avansert sykepleiefaglig oppfølging av brukere i omsorgstjenestene enn tidligere. Ifølge direktoratet har oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester økt uten at personell med nødvendig kompetanse har blitt overført. Kommunene må derfor bygge opp egen kompetanse gjennom utdanning og opplæring, og det tar tid.

Kunnskapsoppsummeringer peker på en ubalanse mellom de forventningene og ambisjonene nasjonale myndigheter har formidlet gjennom stortingsmeldinger og utredninger, og den kompetansen som er tilgjengelig i tjenestene.<sup>207</sup>

203) Helsedirektoratet (2018c) og intervju 16. april 2018.

204) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) og Førland, O og Skumsnes, R (2017).

205) Prop. 1 S (2017–2018).

206) Bing-Jonsson, P m fl. (2016).

207) Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017d). Riksrevisjonen konkluderte også med at kommunenes kompetanse i liten grad var styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, jf. Dokument 3:5 (2015–2016).

Helsedirektoratet mener at de ansatte, som er grunnmuren i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må styrkes med nødvendig kompetanse for de omfattende oppgavene som kommunene skal løse. Data fra IPLOS viser at den deltjenesten innen hjemmetjenesten som har hatt klart størst økning fra 2013–2017 er tjenesten «Berre helseteneste i heimen», som har økt med 21 prosent. Samtidig har deltjenesten «Berre praktisk bistand» gått ned 13 prosent. Det tyder på at det har blitt et større behov for helsefaglig kompetanse i hjemmetjenesten.

*Kompetanseløft 2020* er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseutvikling og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020.<sup>208</sup>

Planen samler alle tiltak knyttet til kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange tiltak videreføres fra *Kompetanseløftet 2015*, mens noen er nye. Planen består av seks strategier:

- 1 sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- 2 sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
- 3 heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- 4 legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- 5 bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- 6 bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Hovedvirkemiddelet i planen er tilskudd, og flere av tilskuddsordningene forvaltes av fylkesmannen. Ifølge Helsedirektoratet er føringene fra direktoratet for bruken av tilskuddene at det formelle utdanningsnivået må økes, for eksempel at de ufaglærte skal få seg fagbrev. Samtidig peker direktoratet på at det er begrenset hvor mye utdanningsaktivitet en kommune klarer å gjennomføre mens den samtidig skal levere tjenester døgntilgjengelig. Kommunene har ikke samme lovmessige ansvar for utdanning av personell som spesialisthelsetjenesten har, og de har heller ikke tilsvarende midler til å gjennomføre opplæring og utdanning. Samtidig er det behov for at kommunene styrkes som praksisarena for utdanning av helsepersonell, og at utdanninger og utdanningsinnhold er tilpasset kommunenes behov.

Flere av tilskuddene i *Kompetanseløft 2020* er samlet i kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Målet med tilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester og å gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Delmål med tilskuddet er

- økt kompetanse for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester som er tilpasset den enkeltes behov
- sterkere brukerinnflytelse og bedre samspill med pårørende, frivillige og lokalsamfunnet
- forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester og bidra til at brukerne opprettholder eller gjenvinner funksjonsevne og selvstendighet
- styrket lederkompetanse, fagutvikling, større faglig bredde og tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning

*Kompetanseløft 2020* omfatter også tilskudd til utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester (se punkt 5.1.3), støtte til læringsnettverkene *Gode pasientforløp* (se faktaboks 6), lederutdanning (se punkt 5.3.2) og rekrutteringstiltak (se punkt 6.4.1). I tillegg inneholder planen flere andre tiltak som opplæringstilbud<sup>209</sup> og tiltak som innebærer utredning, for eksempel om kompetansekrav.

208) <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>

209) For eksempel om demens og velferdsteknologi.



Helsedirektoratet mener det har vært et godt virkemiddel å gjennomføre *Kompetanseløftet 2015* og *Kompetanseløft 2020*. Planene bidrar til sterkere innsats i sektoren og tilbyr virkemidler som kommunene tar i bruk. Samlet fullførte 4300 kandidater grunn- eller videreutdanning i 2016 med tilskudd fra ulike ordninger under *Kompetanseløft 2020*. I tillegg var 9400 personer under utdanning.<sup>210</sup> I 2017 søkte for eksempel 55 kommuner om tilskudd til å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og 98 sykepleiere fikk innvilget økonomisk støtte.<sup>211</sup>

I rapporten om tiltakene i *Kompetanseløft 2020* for 2017 viser Helsedirektoratet til at strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for å styrke helse- og omsorgstjenesten med nok personell og kompetanse. Direktoratet erfarer at kommuner som har kompetanseplaner, arbeider mer systematisk og målrettet med kompetanse enn kommuner som ikke har slike planer (se punkt 6.5.2).

Helsedirektoratet mener det fortsatt er behov for mer kunnskapsbasert praksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det forutsetter ifølge direktoratet at utdanningsnivået økes, både i de brukerrettede tjenestene og på ledernivå. Direktoratet ser også behov for at god praksis, som for eksempel går fram av faglige retningslinjer, bør gjøres kjent for studentene gjennom utdanningene. Ifølge direktoratet varierer det fra høyskole til høyskole hvilke retningslinjer som inngår i undervisningen.

#### 6.4.2 Tilgang på helsepersonell

Undersøkelser fra SSB viser at det framover kan ventes en sterk økning i behovet for arbeidskraft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>212</sup> KS har beregnet at behovet for årsverk i helse og omsorg vil øke med over 24 prosent fra 2016 til 2026.<sup>213</sup> Behovet for årsverk vil mest trolig bli svært ujevnt fordelt mellom kommunene på grunn av de store geografiske forskjellene i befolkningens aldring, jf. punkt 6.1.

Helsedirektoratet har fått utarbeidet en rapport om framtidens behov for helsepersonell: *Helse-Norge 2040 Hvordan vil fremtiden bli?*. Rapporten beskriver ulike scenarier (alternativer) for behovet for personell og identifiserer to faktorer som vil ha særlig stor betydning: bruken av teknologiske løsninger i offentlig sektor og offentlig sektors prioritering av helse- og omsorgstjenestene.<sup>214</sup>

Ifølge KS' arbeidsgivermonitor<sup>215</sup> opplever 65 prosent av kommunene at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Flere undersøkelser, blant annet NAVs årlige bedriftsundersøkelser, viser at det er stor mangel på sykepleiere. Antallet ubesatte stillinger har økt gjennom flere år. Undersøkelsen som ble publisert i mai 2018, viser at mangelen på sykepleiere øker og er beregnet å være på 4550 personer for helsetjenesten samlet. Det er også mangel på helsefagarbeidere.<sup>216</sup>

Norsk Sykepleierforbund gjennomfører en årlig undersøkelse blant nyutdannede sykepleiere. Undersøkelsen for 2017, som ble publisert i mars 2018, viser at 21 prosent av de spurte har sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg som arbeidsplass etter endte studier. Mulighetene for heltidsstilling, kompetanseutvikling og et godt arbeidsmiljø

210) Prop. 1 S (2017–2018).

211) Prop. 1 S (2017–2018).

212) <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>

213) <http://www.ks.no/contentassets/bee669856eed4383a0da8149a4594d71/rektutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026.pdf?id=50821>

214) Samfunnsøkonomisk analyse (2018).

215) KS:Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017.

216) <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Nyheter/%C3%98kt+mangel+p%C3%A5+arbeidskraft>  
Se også Kompetansebehovsutvalgets analyser: [https://wpstatic.idium.no/kompetansebehovsutvalget.no/2018/05/2018\\_mai\\_pdf\\_notat\\_KBUs\\_nettsider\\_NAVs\\_bedriftsundersokelse.pdf](https://wpstatic.idium.no/kompetansebehovsutvalget.no/2018/05/2018_mai_pdf_notat_KBUs_nettsider_NAVs_bedriftsundersokelse.pdf)

påvirker studentenes ønsker. Også tidligere års undersøkelser viser at få sykepleiere ønsker seg til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>217</sup>

Utsiftingen av arbeidskraft («turnover») varierer mellom ulike yrkesgrupper i kommunene. For eksempel var turnoveren nesten 11 prosent for sykepleiere fra 2014 til 2015, mens tilsvarende tall for adjunkter var litt over 6 prosent.<sup>218</sup> En spørreundersøkelse gjennomført blant nesten 5000 sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester viser at én av fire ønsker å slutte og like mange er usikre. Undersøkelsen tyder på at arbeidsforhold som høyt tidspress, mye arbeid alene og stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning har stor betydning for om sykepleiere ønsker å slutte.<sup>219</sup> Ifølge SSB arbeider én av fem sykepleiere ikke i helsetjenesten ti år etter endt utdanning.<sup>220</sup>



Mange kommuner opplever at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere.

Foto: Colourbox

Menn utgjør bare om lag 10 prosent av årsverkene i omsorgstjenestene. Økt rekruttering av menn til omsorgssektoren vil derfor kunne bidra til å redusere mangelen på helsepersonell. *Menn i helse* er et rekrutteringstiltak rettet mot menn som mottar ytelser fra NAV, og skal bidra til at flere menn blir helsefagarbeidere. *Menn i helse* var i 2017 etablert i 11 fylker. Tiltaket inngår i *Kompetanseløft 2020*.

Tilgangen på arbeidskraft påvirkes også av antallet sykepleiere som utdannes. Kapasiteten i utdanningene er ikke undersøkt i denne revisjonen.

### 6.4.3 Bruken av personellressursene

For å møte situasjonen med knapphet på personell må den tilgjengelige arbeidskraften og kompetansen brukes best mulig.

217) <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3762979/17036/Kun-to-av-ti-nyutdannede-sykepleiere-har-kommunene-som-forstevalg>

218) <https://www.ks.no/contentassets/bee669856eed4383a0da8149a4594d71/rekutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026.pdf>

219) Gautun, H og Bratt, C (2018) og Gautun, H m fl (2016).

220) <https://www.ssb.no/320411/2017>

## Deltidskultur

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at i perioden 2010 til 2017 har andelen sykepleiere i heltidsstillinger økt, og andelen som arbeider under 50 prosent har sunket. Statistikk fra KS viser at to av tre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene arbeider deltid.<sup>221</sup> Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er litt over 80 prosent. Blant dem som arbeider deltid, er det stor variasjon i stillingsstørrelser, og små stillinger som for eksempel 20 prosent er ikke uvanlig.<sup>222</sup> Blant helsefagarbeidere er det en særlig høy andel deltidsstillinger, men også blant sykepleiere er det mange som arbeider deltid.

Ifølge KS' arbeidsgivermonitor vil det å få utløst reservearbeidskraften som de deltidsansatte representerer, være et viktig bidrag for å møte behovet for arbeidskraft framover. KS' beregninger viser at

- én times ekstra arbeid per uke blant deltidsansatte vil redusere rekrutteringsbehovet med om lag 4400 årsverk per år
- en økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse til 90 prosent vil redusere rekrutteringsbehovet med om lag 35 000 årsverk per år

Ulike kilder peker på at det har utviklet seg en deltidskultur i helse- og omsorgssektoren, som henger sammen med måten turnusen vanligvis gjennomføres på.<sup>223</sup> Det er i stor grad enighet om at heltidskultur er et mål, men det er uenighet om hvilke virkemidler som skal benyttes for å oppnå dette. Uenigheten handler i hovedsak om ordninger for turnus og vaktbelastning, ikke minst hvordan arbeid i helgene skal løses. Mange ønsker større stillinger, men får ikke tilbud om det, for eksempel fordi arbeidsgiveren fordeler arbeidet på flere for å få dekket opp vaktene i helgene.<sup>224</sup> Mange ansatte ønsker å arbeide i redusert stilling, men blant nyutdannede er det mange som ønsker heltidsarbeid. Omtrent halvparten av utlyste sykepleierstillinger er deltidsstillinger.<sup>225</sup>

Helsedirektoratet mener at det store omfanget av deltidsarbeid i helse- og omsorgstjenestene kan ha store negative konsekvenser, og at helsemyndighetene bør bidra til større oppmerksomhet om hvilke problemer mye deltidsarbeid fører til når det gjelder blant annet kvalitet/pasientsikkerhet, rekruttering/bemanning og ledelse. Lederspenet for mange ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort: Noen ledere kan ha så mange som 200 medarbeidere i små deltidsstillinger å følge opp.<sup>226</sup> En større andel heltidsansatte vil blant annet kunne gi bedre lærings- og fagmiljøer, bedre utnyttelse av arbeidskraft som det er knapphet på, bedre muligheter til å rekruttere menn og mer kontinuitet i kontakten med brukerne, for eksempel redusert bruk av vikarer.<sup>227</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ikke finnes nasjonal oversikt over hvordan kommunene arbeider med tiltak for heltidskultur. Departementet har ikke rettet mye oppmerksomhet mot heltidskultur, både fordi dette er et spørsmål for partene i arbeidslivet, og på grunn av arbeidsfordelingen med andre departementer som har eller har hatt virkemidler.

Ifølge utviklingsavtalen for helse og omsorg 2016–2019 skal Helse- og omsorgsdepartementet og KS bidra til å utvikle arbeidsformer og organisering av tjenester som

221) [http://www.ks.no/contentassets/67afabf9087b42c5bb85123bc20b9425/tabell\\_3.6.1.b.pdf](http://www.ks.no/contentassets/67afabf9087b42c5bb85123bc20b9425/tabell_3.6.1.b.pdf)

222) <http://www.ks.no/contentassets/b9f4fd7fbd314e768ad271a0bc9e2128/stillingsannonser-i-norske-kommuner---oppsummering-av-utforte-medieanalyser.pdf?id=101614>

223) Se blant annet Helsedirektoratet (2017a), Ingstad, K (red.) (2016) og Moland, L (2013).

224) Arbeids- og sosialdepartementet fremmet våren 2018 et lovforslag om fortrinnsrett for deltidsansatte: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=71717>

225) Se for eksempel oversikten over utlyste stillinger gjennom NAV i april 2018: <https://www.nsf.no/Content/3904922/cache=20182905085226/Utlyste%20sykepleierstillinger%20-%20kommuner%20akkumulert%20-%20april%202018.pdf>

226) Helsedirektoratet (2017a) og Helsedirektoratet (2017i).

227) Ingstad, K red. (2016).

støtter opp under målet om heltidskultur. Siden 2013 har KS, Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund samarbeidet for å oppnå målet om heltidskultur i kommunesektoren. Partene har undertegnet en heltidserklæring for perioden 2018–2020, der de har forpliktet seg til en forsterket innsats. Partene har etablert nettsiden *heltid.no* og utarbeidet en veileder for lokalt arbeid.<sup>228</sup> KS gjennomfører blant annet læringsnettverk for heltidskultur.<sup>229</sup>

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder omfang av deltid og hvor langt de har kommet i arbeidet med heltidskultur. Noen kommuner har sammen med arbeidstakerorganisasjonene kommet fram til løsninger som reduserer uønsket deltid og sikrer mer stabil bemanning. I Tromsø kan de ansatte som ønsker det, inngå særavtaler som innebærer økt arbeidstid i helgene. Det er tre ulike avtaler å velge mellom med ulike former for arbeidstid og økonomisk kompensasjon, se faktaboks 11.<sup>230</sup> Gode turnusløsninger kan bidra til å redusere arbeidsgivernes behov for deltidsansatte, men også bidra til at færre ønsker redusert stilling.<sup>231</sup>

#### Faktaboks 11 Frivillige særavtaler i Tromsø

I tillegg til standardturnusen (hver tredje helg), kan ansatte velge mellom disse variantene:  
Særavtale 1: vridning av minst 30 timer til helg per år for dem som i dag jobber hver tredje helg  
Særavtale 2: fast arbeidstid hver andre helg  
Særavtale 3: langvakter på 12,5 timer hver fjerde helg

Kilde: Tromsø kommunes nettsider

### Sykefravær

Den nasjonale kvalitetsindikatoren for sykefravær i helse- og omsorgstjenestene viser at fraværet har vært stabilt høyt over tid. I perioden 2007–2016 gikk mer enn hvert tiende årsverk i disse tjenestene bort i egen- eller legemeldt sykefravær.<sup>232</sup> Fraværet varierer mye mellom kommunene, fra under 5 prosent i enkelte kommuner til over 20 prosent i andre. Lav bemanning og mye deltidsarbeid ser ut til å gi risiko for høyere sykefravær.<sup>233</sup>

Høyt sykefravær blant ansatte kan gi redusert kvalitet på tjenesten, forsinkelser og/eller avlyste hjemmebesøk og mindre tid til hver tjenestemottaker. Et stort omfang av nyansatte kan også gi mindre forutsigbarhet og kontinuitet for tjenestemottakerne. Med mange vikarer kan viktig erfaring gå tapt, eller erfaringen må opparbeides på nytt over tid.<sup>234</sup> Dersom det ikke settes inn vikarer, blir arbeidsbelastningen større på de andre ansatte.<sup>235</sup>

Flere ulike prosjekter har som formål å redusere sykefraværet i helse- og omsorgstjenestene, blant annet i regi av KS. For eksempel har KS og NAV inngått et samarbeid om forsterket innsats for å redusere og forebygge fraværet i 31 store

228) <http://www.ks.no/contentassets/16d7507289a14ff180550cfb23a0784b/heltid-veileder-retningslinjer.pdf?id=101883> og <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/veileder-for-lokalt-arbeid-med-heltidskultur.pdf>

229) <http://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/heltid/> og <http://www.ks.no/regioner/btv/btv-nytt-laringsnettverk-for-heltidskultur/>

230) <https://sykepleien.no/2018/02/tromso-lokker-med-heltid-og-mer-helgejobbing>

231) Geriatrikisk sykepleie nr. 03/2017.

232) 10,2 prosent legemeldt, 1,4 prosent egenmeldt. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykefravar-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

233) Helsedirektoratet (2017a).

234) <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykefravar-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

235) Gautun, H og Bratt, C (2014).

kommuner med høyt sykefravær.<sup>236</sup> Et annet eksempel er KS Hedmark og Oppland, som har invitert kommunene til å delta i et pilotprosjekt hvor de gjennom et læringsnettverk blant annet skal arbeide med utfordringer knyttet til heltidskultur og sykefravær.<sup>237</sup>

Fafo har undersøkt hvorfor noen sykehjem klarer å holde sykefraværet lavere enn andre sykehjem i samme kommune. Undersøkelsen viser at det ledere ved virksomheter med lavt sykefravær har gjort, kan grupperes i tre typer tiltak:

- bedre oppfølging av sykefravær og sykmeldte
- vektlegging av et arbeidsmiljø som forebygger sykdom og sykefravær
- omdisponering av ressurser, for eksempel jobbing på tvers i organisasjonen<sup>238</sup>

### **Pårørende og frivillige**

I flere stortingsmeldinger er det vist til at det er viktig å ta i bruk de ressursene som pårørende og frivillige kan bidra med i omsorgen for eldre, senest i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Med utgangspunkt i levekårsundersøkelsen fra 2008 er det beregnet at den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen nesten er på størrelse med den kommunale.<sup>239</sup>

#### *Pårørende*

For noen eldre kan pårørende delvis erstatte behovet for helse- og omsorgstjenester. Én av fem eldre som bodde hjemme i 2008, fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer.<sup>240</sup>

Det er usikkert om omfanget av familiebasert omsorg vil vare i tiårene som kommer. Endringer i både alderssammensetningen i befolkningen, familieforhold og bosettingsstruktur kan innebære at familiens omsorgsevne blir svekket. Det vil derfor være viktig å støtte og avlaste pårørende og legge til rette for at familien har mulighet til å kombinere arbeid med omsorg.<sup>241</sup> En oppsummering av kunnskap om pårørende til eldre viser at de ofte har udekkede behov for informasjon, involvering, samarbeid og støtte fra helsetjenesten. Oppsummeringen avdekket også at det finnes lite kunnskap om situasjonen for pårørende til eldre som mottar hjemmetjenester.<sup>242</sup>

*Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020* ble presentert i Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og er en del av *Omsorg 2020*. Som et tiltak i programmet er det utgitt en veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.<sup>243</sup> For å bidra til at pårørendeveilederen blir kjent og tatt i bruk, har Helsedirektoratet laget presentasjonsmaterieell som fylkesmenn, helseforetak, kommuner, kompetansesentre, organisasjoner og andre aktører kan bruke. I 2017 ble plikten kommunen har til å tilby støtte til pårørende i form av blant annet avlastning, veiledning og omsorgsstønad tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven.<sup>244</sup> Regjeringen varslet i sin politiske plattform at den vil legge fram en egen pårørendestrategi.

#### *Frivillige*

Helse- og omsorgsdepartementet har sammen med Frivillighet Norge og KS utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet for 2015–2020.

236) <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsmiljo-og-ia/sykefravaret--hvorfor-er-det-sa-vanskelig-a-fa-det-ned/>

237) <http://www.ks.no/regioner/hedmark-og-oppland/attraktive-arbeidsgivere-et-utviklingsnettverk-for-fremtidens-tjenestekvalitet-arbeidsmiljo-og-effektiv-drift-i-helse-og-omsorg/>

238) Bogen, H og Lien, L (2015).

239) Meld. St. 15 (2017–2018).

240) Meld. St. 15 (2017–2018).

241) Meld. St. 15 (2017–2018).

242) Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017b).

243) Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

244) Innst. 239 L (2016-2017) jf. Prop. 49 L (2016-2017).

I Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* viste regjeringen til at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats som et supplement i utviklingen av kvalitativt gode omsorgstjenester, men mange har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner. Ifølge meldingen blir ikke samarbeidet med frivillige godt nok koordinert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

---

## 6.5 Analyser og planlegging i kommunene

### 6.5.1 Analyser

Ettersom befolkningsutviklingen er ulik fra kommune til kommune, er det behov for lokale analyser av hvordan utviklingen vil bli i den enkelte kommune og hvilke konsekvenser utviklingen vil ha for tjenestetilbudet. Ifølge SSB bør kommunene bruke de nasjonale framskrivningene sammen med kunnskap om lokale forhold i planleggingsarbeidet.<sup>245</sup> Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ikke har kjennskap til hvordan kommunene benytter tilgjengelige data og framskrivninger for å analysere hvilke konsekvenser økningen i antall eldre vil ha for kommunen.

IPLOS-opplysningene (se punkt 4.2.2) gir kommunene informasjon om dem som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og funksjonsnivået deres. Disse dataene kan kommunene bruke til å analysere utviklingen i helse- og omsorgstjenestene, vurdere tjenestene og planlegge tjenestetilbudet i framtiden.<sup>246</sup> For å hjelpe kommunene med å analysere IPLOS-data har Helsedirektoratet laget en veileder som beskriver hvordan kommunene kan ta ut og bruke 14 ulike rapporter, for eksempel:

- *Tjenester fordelt etter mottakernes bistandsbehov*
- *Tildelte timer per uke etter bistandsbehov*
- *Bistandsbehov ved start av tjeneste til de som begynte langtidsopphold i institusjon*<sup>247</sup>

En kartlegging fra 2014 viser imidlertid at kommunene i liten grad brukte mulighetene til å ta ut slike rapporter. Kartleggingen viste at datasystemene i varierende grad har vært lagt til rette for å ta ut rapportene, og at disse ikke har vært gode nok.<sup>248</sup> Ifølge Helsedirektoratet har situasjonen blitt bedre når det gjelder rapportene, men det finnes ikke oppdatert informasjon om hvordan de brukes.<sup>249</sup>

Ifølge Helsedirektoratet ligger det fortsatt store muligheter i analyser av IPLOS-data, som ikke blir godt nok utnyttet av kommunene.<sup>250</sup> Det kan være flere årsaker til dette:

- Noen kommuner bruker heller KOSTRA-data som årlig publiseres av SSB.<sup>251</sup>
- I mange kommuner er ikke IPLOS godt nok forankret i kommunenes ledelse, og ledelsen etterspør ikke IPLOS-data.<sup>252</sup>
- IPLOS blir sett på som et ressurskrevende og utilgjengelig system.<sup>253</sup>
- Analysekompetansen i kommunene varierer.<sup>254</sup>
- I noen kommuner har IPLOS-dataene dårlig kvalitet.<sup>255</sup>

Helsedirektoratet satte ned en arbeidsgruppe som skulle se på hvordan IPLOS-data kan gi økt nytteverdi for kommunene, blant annet i analyser. Arbeidsgruppen anbefalte

245) <https://kommunal-rapport.no/meninger/debatt/2018/03/juster-gjerne-ssb-tallene>

246) Helsedirektoratets veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter.

247) Helsedirektoratets veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter.

248) Helsedirektoratet (2014a).

249) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018.

250) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018.

251) Helsedirektoratet (2014a).

252) Helsedirektoratet (2014a) og intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018.

253) Eidal, N og Holth, H (2012).

254) Intervju med Helsedirektoratet 5. januar 2018 og Helsedirektoratet (2017e).

255) Helsedirektoratet (2018c).

blant annet at det bør legges til rette for en nasjonal løsning der kommunene kan få tilgang til egne data fra IPLOS-registeret eller kommunalt pasient- og brukerregister. I tillegg anbefalte arbeidsgruppen tiltak for å utvikle kommunale lederes kompetanse i bruk av kvantitative data.<sup>256</sup> Helsedirektoratet opplyser at disse anbefalingene er brakt videre til Helse- og omsorgsdepartementet, som opplyser at det så langt ikke har tatt stilling til eventuelle tiltak.

Helsedirektoratet opplyser at det har formidlet til ledelsen i kommunene at lederforankring av dokumentasjonsrutiner og statistikk er viktig. Kommunale ledere ble invitert på temadager om IPLOS, men mange deltok ikke. Fylkesmannen har som fast oppdrag å bidra til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjennom å bruke IPLOS-data til planlegging og styring og samarbeide med Helsedirektoratet om å arrangere IPLOS-temadager for kommunene annet hvert år.<sup>257</sup>

For å bistå kommunene med data, har Helsedirektoratet til nå satt sammen statistikkpakker som sendes via fylkesmennene til kommunene. Stadig flere kommuner henter selv ut statistikk fra SSB og andre kilder til kompetanseplanlegging. Helsedirektoratet har hatt dialog med SSB som databehandler om hvordan dette kan gjøres.

Videre har Helse- og omsorgsdepartementet finansiert et prosjekt hvor SSB har levert analyser av framtidens eldre. Analysene inkluderer blant annet hvordan eldres helse kan utvikle seg, hvor de kan komme til å bo, utdanningsnivået til framtidens eldre, og hvordan dette vil kunne variere mellom regioner og kommuner. I tillegg har SSB levert tabeller for enkeltkommuner, som kommunene kan bruke i sitt planleggingsarbeid. Departementet har inngått en avtale med SSB om å utvikle framskrivninger for helse- og omsorgstjenestene samlet fram til 2019.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har utviklet *Ressursportalen* som er ment å gi brukerne en samlet presentasjon av aktuell informasjon til analyse, styring, planlegging og evaluering og gi kommunene et grunnlag for egenanalyse og kunnskapsbasert planlegging for sektoren.<sup>258</sup> Til ressursportalen er for eksempel KOSTRA-tall for kommuneregnskapene innhentet, og det er laget lenker til blant annet KS' nettside om kommuneøkonomi, SSBs nettside med kommunefakta og Kommunal- og regionaldepartementets *kommunedata.no*<sup>259</sup>.

### 6.5.2 Planlegging

Det har vært et mål siden 2005 å sette framtidige omsorgsutfordringer på dagsordenen i kommunal planlegging, jf. St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015* skulle stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet.<sup>260</sup> Evalueringen av *Omsorgsplan 2015* viste at rundt halvparten av alle landets kommuner per 1. mars 2013 hadde utarbeidet en plan for helse- og omsorgssektoren eller hadde omtalt de framtidige omsorgsutfordringene i planstrategien sin, kommuneplanens samfunnsdel eller i en handlingsplan. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det går fram av denne evalueringen at når planer for helse- og omsorgssektoren blir en del av det helhetlige planarbeidet i kommunen, bidrar det til felles forståelse for hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunenes helse- og omsorgssektor.

256) Helsedirektoratet (2017e).

257) Intervju Helsedirektoratet 5. januar 2018.

258) Årsrapport for 2017 fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og <https://ressursportal.no/Artikkel/Details/8355>

259) *Kommunedata.no* gir blant annet informasjon om befolkningsutviklingen i kommunene og om framtidig tjeneste- og arbeidskraftbehov. Hensikten er å gjøre data som kan bidra til god styring og planlegging, mer tilgjengelig for den enkelte kommune.

260) Helsedirektoratet (2017b).

Det inngår i oppdraget til fylkesmannen å følge med på utviklingen i kommunene når det gjelder planlegging. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at fylkesmannen har lang tradisjon med å støtte kommunene i deres planarbeid, blant annet gjennom dialogmøter.

Fylkesmennene rapporterer årlig om status for kommunenes planer for helse og omsorg. For 2017 var målet i tildelingsbrevet følgende: «Minst 70 % av kommunene har lagt planer for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet, bl.a. kompetanse- og rekrutteringsplaner.» Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er dette målet ambisiøst.

En gjennomgang av fylkesmennenes årsrapporter tyder på at det fortsatt er mange kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Gjennomgangen viser også at fylkesmannens rapportering omfatter svært ulike typer planer, og inkluderer både planer med et helhetlig perspektiv på helse- og omsorgstjenestene og planer for mer avgrensede temaer. Det varierer også om planene er politisk forankret eller ikke. Spørreundersøkelsen bekrefter dette: 4 av 16 embeter svarer at *noen* av kommunene i fylket planlegger for hvordan de skal møte økningen i antallet eldre, og én svarer *få/ingen*.

Også Helsedirektoratet peker på at særlig små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stort i disse kommunene. Samtidig ser Helsedirektoratet at små kommuner i utkantstrøk i mindre grad bruker tilskuddsordninger som fremmer innovasjon og nye teknologiske løsninger samt kompetanse i planlegging. Direktoratet mener derfor at det i årene som kommer, er grunn til å følge ekstra nøye med på om det oppstår uønskede ulikheter i utviklingen av helsetjenestetilbudet mellom små kommuner i innlandet og Nord-Norge, og store sentrale kommuner.<sup>261</sup>

Samtidig går det fram av både fylkesmennenes årsrapporter og Riksrevisjonens spørreundersøkelse at mange av fylkesmennene mangler oversikt over planarbeidet i flere av kommunene. Helsedirektoratet utarbeidet i 2017 en spørreundersøkelse som fylkesmennene kunne sende til kommunene i sitt embete for å få informasjon om blant annet planarbeid. Gjennomgangen av årsrapportene viser at flere av fylkesmennene ikke sendte ut undersøkelsen, fordi de ikke hadde kapasitet eller ikke ville belaste kommunene. Helsedirektoratet viser til at data fra disse undersøkelsene ikke kan brukes samlet.

Helsedirektoratet viser til at det finnes lite kunnskap om kvaliteten på kommunenes planer, men at fylkesmennene har rapportert at kvaliteten er variabel. Det går imidlertid fram av årsrapportene at fylkesmennene i stor grad baserer rapporteringen sin på selvrapporing fra kommunene eller opptellinger av om kommunene har en plan eller ikke, ikke på *kvalitative* vurderinger av planene. Direktoratets vurdering er at mange kommuner har behov for bistand i arbeidet med å planlegge for framtiden, både fra fylkesmannen og fra direktoratet.

I evalueringen av *Omsorgsplan 2015* ble det vist til at mangel på kompetanse om utforming av planer kan være en forklaring på at mange kommuner ikke hadde en plan for framtidens omsorgsutfordringer. I evalueringen ble det derfor anbefalt å utarbeide en mal eller lignende som viser hva en plan bør inneholde, og hvordan planprosessen skal gjennomføres, og å gi informasjon om hvor relevante styringsdata er å finne. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ikke er laget noen mal/veileder for

261) Helsedirektoratet (2017h) og Helsedirektoratet (2018c).



planlegging på helse- og omsorgsfeltet. Departementet viser til at forskrifter og veiledere som gjelder kommunenes planarbeid etter kommuneloven og plan- og bygningsloven, også gjelder for planarbeidet for helse- og omsorgstjenesten. Videre viser departementet til masterutdanningen *helse og omsorg i plan* med tilhørende læringsportal, kurs og andre kompetansetiltak.

*Helse og omsorg i plan* (Helomplan) var et etter- og videreutdanningsprogram som i perioden 2012–2017 ble tilbudt ansatte i kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak som hadde ansvar for planlegging av det lokale/regionale folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene. Departementet vil i 2018 vurdere framtidig kompetansebehov og hvordan studietilbudet eventuelt kan videreføres.<sup>262</sup>

Helsedirektoratet framhever at strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for kommunene i arbeidet med å analysere og planlegge tjenestetilbudet. Strategisk kompetanseplanlegging skal sikre at den nødvendige kompetansen er tilgjengelig for å nå virksomhetens mål. Direktoratet erfarer at det mangler koblinger mellom analyser av pasientgrunnlaget og hvilken kompetanse som er nødvendig, og vurderinger på strategisk nivå av om kommunen har denne kompetansen, og om hvordan den eventuelt skal skaffes.

Direktoratet har nylig gitt Rambøll et oppdrag om å kartlegge gode eksempler på kompetanseplanlegging i noen utvalgte kommuner. Målet er å lære mer om hvordan gode kommuner driver strategisk kompetanseplanlegging, for å spre anbefalte metoder. Nylig er første devaluering av *Kompetanseløft 2020* klar. Evalueringen viser det samme som evalueringen av *Kompetanseløftet 2015*: at de fleste kommuner opplyser at de driver kompetanseplanlegging, men kvaliteten på arbeidet de gjør og innholdet i planene varierer veldig, og få behandler planene politisk. KS har laget et verktøy, som noen kommuner bruker.<sup>263</sup>

Når tilgangen på ny, kompetent arbeidskraft er begrenset, er strategisk kompetanseplanlegging viktig for å utvikle kompetansen hos eksisterende personell. Det er også viktig for å beholde og rekruttere medarbeidere ettersom mange regner gode muligheter for kompetanseutvikling som et gode.<sup>264</sup>

I Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* er det foreslått at kommuner som vedtar en plan for å forbedre tjenestene sine, skal få økonomisk støtte fra eksisterende eller nye tilskuddsordninger. Planen skal være en del av kommunens planverk.

Meldingen inneholder løsninger og eksempler fra kommunene, som skal inspirere andre kommuner til kvalitetsforbedring på følgende områder:

- et aldersvennlig Norge
- aktivitet og fellesskap
- mat og måltider
- helsehjelp
- sammenheng i tjenestene

262) Prop. 1 S (2017–2018).

263) Intervju med Helsedirektoratet 16. april 2018 og <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/rekruttering-og-kompetanse1/verktoy-for-strategisk-kompetanseplanlegging/>

264) Hilsen, A og Tønder, A (2013).

Stortingsmeldingen vil bli behandlet høsten 2018. Reformen skal gjennomføres fra 2019 til 2023. Det skal etableres et nasjonalt og regionalt støtteapparat for å hjelpe kommunene. KS, Helsedirektoratet, fylkesmannen og utviklingssentre for hjemmetjenester og sykehjem skal bistå kommunene. I revidert nasjonalbudsjett for 2018 ble det bevilget 12,5 millioner kroner til støtteapparatet for reformen, jf. Innst. 400 S (2017–2018).

## 7 Vurderinger

---

### 7.1 Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet

#### 7.1.1 Kartleggingene av hjelpebehov mangler ofte viktig informasjon

Ifølge *lov om behandlingssmåten i forvaltningssaker* (forvaltningsloven) må kommunen gjennomføre nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (helse- og omsorgstjenesteloven) forutsetter at tjenestene tildeles på bakgrunn av individuelle behovsvurderinger.

Undersøkelsen viser at det i flere saker mangler relevante opplysninger om søkerens funksjonsnivå. Kommunen har ikke utredet godt nok hva den eldre klarer selv og trenger hjelp til. Bare én av kommunene i saksgjennomgangen har utformet et eget kartleggingsverktøy. Det er kommunen som har ansvar for at saksbehandlingen og tildelingen av tjenester er i samsvar med kravene i lover og forskrifter, men staten kan bidra med virkemidler som kan være til hjelp for kommunene. Helsedirektoratet har for eksempel utarbeidet en veileder som skal være et hjelpemiddel i saksbehandlingen. I prosjektet *Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene* tester fire kommuner ulike verktøy som kan bidra til at kommunene innhenter informasjon mer systematisk, blant annet samtaleguider.

Etter revisjonens vurdering er tildelingen av tjenester ikke basert på individuelle behovsvurderinger når kommunen ikke har utredet søkerens funksjonsnivå godt nok. Det er derfor viktig at kommunen sørger for å innhente tilstrekkelig informasjon som grunnlag for vedtak om tjenester.

#### 7.1.2 Brukere blir ofte ikke involvert før tjenestene blir tildelt

Ifølge *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) skal tjenestetilbudet utformes sammen med brukeren, og det skal legges stor vekt på hva brukeren mener, når han eller hun blir tildelt tjenester som sykehjem og helsetjenester i hjemmet.

Gjennomgangen av et utvalg saker fra tolv kommuner viser at den eldre selv ikke blir godt nok involvert før kommunen tildeler tjenester. I tre av ti saker der kommunen har fattet vedtak om helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie), går det ikke fram hva brukeren selv ønsker. Når det gjelder avslag på sykehjemsplass, mangler brukerens ønsker i én av ti saker.

I minst 20 prosent av sakene som er gjennomgått, burde den eldre selv til innsikt i egen situasjon og forutsetninger for å kunne ta valg – samtykkekompetanse – vært omtalt, for eksempel fordi brukeren åpenbart har demens eller pårørende opptre på vegne av den eldre. I knapt noen av disse sakene er samtykkekompetanse nevnt. Det går også fram av undersøkelsen at samtykkekompetanse er et tema det er for lite kunnskap om i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Økt aldring i befolkningen vil føre til at flere får demens, noe som gjør at behovet for god kunnskap om samtykkekompetanse vil bli stadig viktigere. Vurderinger om samtykkekompetanse har betydning for hvordan kommunen legger til rette for medvirkning fra den eldre selv og fra pårørende.

Revisjonen viser til at manglende involvering av brukeren ikke er i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven og fører til at saksbehandleren ikke har nødvendig informasjon om brukerens behov og hva som er viktig for vedkommende.

### **7.1.3 Mange vedtak er ufullstendig begrunnet og mangler informasjon om innholdet i tjenestene**

Vedtak om sykehjemsplass eller helsetjenester i hjemmet som forventes å vare ut over to uker, er enkeltvedtak som skal begrunnes slik forvaltningsloven forutsetter. Ifølge Helsedirektoratets veileder bør både vedtak om innvilgelse og vedtak om avslag begrunnes, slik at kravene til likebehandling, etterprøvnbarhet, informasjon og brukermedvirkning blir ivaretatt.

Undersøkelsen viser at vedtak om hjemmesykepleie ofte er ufullstendig begrunnet. I over halvparten av sakene som er gjennomgått i undersøkelsen, er det for lite relevant informasjon i vedtaket om fakta som ligger til grunn og om hvilke vurderinger kommunen har gjort av brukerens behov. Videre gir vedtakene lite konkret informasjon om hvilken bistand brukeren vil få, og hva som er hensikten med hjelpen. Dette gjelder tre av ti saker der den eldre har fått tildelt hjemmesykepleie. Det betyr at det er vanskelig for brukeren å forstå hvilken hjelp han eller hun i praksis vil motta.

Vedtak som er ufullstendig begrunnet og mangler presis informasjon om hvilken hjelp brukeren skal motta, gir etter revisjonens vurdering dårlig grunnlag for å følge opp om brukeren får de tjenestene som behovene tilsier, og om hjelpen fungerer som forutsatt. Når vedtakene gir lite informasjon om hvordan kommunen har vurdert behovene, er det også vanskelig for brukeren å klage.

### **7.1.4 Klagerettighetene blir ikke godt nok ivaretatt**

Ifølge forvaltningsloven kan et enkeltvedtak påklages. Det gjelder både avslag og innvilgelse. Et vedtak om innvilgelse av hjemmesykepleie kan for eksempel påklages dersom brukeren mener at tjenestene som er tildelt, ikke er i samsvar med behovene. Klagen skal behandles av den kommunen som fattet vedtaket. Dersom kommunen opprettholder vedtaket, skal klagen behandles av fylkesmannen.

Undersøkelsen viser at fylkesmannsembetene mottar få klager på helse- og omsorgstjenester til eldre sammenlignet med antallet vedtak kommunene fattet. I 2017 kom det i gjennomsnitt inn færre enn én klage fra hver kommune. Det går også fram av undersøkelsen at kommunene ikke har god nok kompetanse om brukernes klagerettigheter, noe som kan bety at de eldre ikke får god nok veiledning om rettighetene sine.

Nær halvparten av embetene nådde i 2017 ikke målet om at klagen skal bli behandlet innen tre måneder. Samtidig gjorde de om vedtaket i tre av ti saker som gjelder eldre. Det betyr at rask behandling av klagen er viktig for at brukerne skal få de tjenestene de trenger til rett tid.

Klageordningene er et virkemiddel som skal bidra til å ivareta rettigheter og at tjenester blir tildelt etter behov. Revisjonen mener det er nødvendig at kommunene og fylkesmennene følger bedre opp at eldre får god veiledning om klagerettighetene, og at klagen blir behandlet innen rimelig tid.

---

## 7.2 Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen

### 7.2.1 Staten har utviklet få gode måter å måle kvalitet på

Helsedirektoratet har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å utvikle kvalitetsindikatorer for hele helsetjenesten. Kvalitetsindikatorerne skal blant annet bidra til at staten har et godt grunnlag for å vurdere behovet for tiltak på nasjonalt nivå for å redusere uønskede kvalitetsforskjeller og å gi kommunene informasjon om resultater som grunnlag for kvalitetsforbedring. Også for brukere, pårørende og offentligheten er det viktig å ha informasjon om kvaliteten i eldreomsorgen gjennom objektive kvalitetsindikatorer.

Undersøkelsen viser at selv om det er utviklet noen nye indikatorer de siste årene, er det få kvalitetsindikatorer for eldreomsorgen. Det gjelder særlig i hjemmetjenestene, samtidig som mange kommuner i økende grad tildeler hjemmetjenester istedenfor plass i sykehjem.

Det går fram av undersøkelsen at mange av kvalitetsindikatorerne har dårlig datakvalitet. Indikatorerne er basert på data fra kommunene, i hovedsak IPLOS-registret (individbasert helse- og omsorgsstatistikk). Mange kommuner har ikke gode nok rutiner for å sikre at IPLOS-variablene blir registrert som forutsatt. Det betyr at det er usikkert om indikatorerne gir et riktig bilde av kvaliteten i tjenestene, og at det er vanskelig å sammenligne eldreomsorgen i ulike kommuner.

Kommunene er gjennom *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* pålagt å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende. Undersøkelsen viser at noen kommuner gjennomfører brukerundersøkelser for å få informasjon om opplevd kvalitet, og at det vil bli utviklet en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Etter revisjonens vurdering kan slike undersøkelser i noen grad supplere kunnskap fra objektive kvalitetsindikatorer. Det er samtidig viktig at Helsedirektoratet bidrar til at kvalitetsindikatorerne gir et mer pålitelig bilde av kvaliteten i eldreomsorgen, blant annet gjennom å gi bistand til kommunene om bruk av IPLOS. Revisjonen mener det er en vesentlig svakhet at staten ikke har kommet lenger i arbeidet med å utvikle gode måter å måle kvalitet i eldreomsorgen på. Slik revisjonen vurderer det, er det særlig viktig å få mer kunnskap om kvaliteten i hjemmetjenestene, inkludert i omsorgsboligene.

### 7.2.2 Det er forsket lite på eldreomsorg

Kunnskapsbasert praksis er viktig for å sikre god kvalitet i omsorgstjenestene. Forskning er en sentral kilde til kunnskapsbasert praksis. Forskning kan også bidra til at Helse- og omsorgsdepartementet får informasjon om hvordan nasjonale mål realiseres i kommunene.

Undersøkelsen viser at det har blitt mer forskning om kommunale helse- og omsorgstjenester, men at det fortsatt forskes lite på disse tjenestene. Lite forskning på kvaliteten i tjenestene har flere konsekvenser, blant annet at kunnskapsgrunnlaget for å utvikle indikatorer og faglige retningslinjer er begrenset. Retningslinjer skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger, bidra til å redusere uønsket variasjon og fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes få nasjonale faglige retningslinjer for kvalitet i eldreomsorgen.

Det går fram av undersøkelsen at det er etablert flere statlige virkemidler som kan bidra til mer forskning: fem regionale sentra for omsorgsforskning, 20 utviklingssentra for hjemmetjenester og sykehjem, programmer i Forskningsrådet og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Revisjonen legger til grunn at disse virkemidlene vil

bidra til at det blir gjort vesentlig mer forskning, og til mer kunnskapsbasert praksis i eldreomsorgen.

### **7.2.3 Fylkesmannens tilsyn gir ikke tilstrekkelig informasjon om kvaliteten i eldreomsorgen**

Fylkesmannens tilsyn er et virkemiddel som blant annet skal bidra til bedre kvalitet og understøtte tjenestenes arbeid med kvalitetsforbedring.

Det går fram av undersøkelsen at Helse- og omsorgsdepartementet ser på tilsyn som sitt viktigste virkemiddel for å følge med på kvaliteten i tjenestene. Samtidig viser undersøkelsen at det gjennomføres få planlagte tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre. Mange embeter er lite tilfreds med det antallet tilsyn de har gjennomført, og viser blant annet til begrenset kapasitet som forklaring. At det blir ført lite tilsyn, bidrar til at fylkesmannsembetene har lite informasjon om viktige forhold ved kvaliteten i kommunenes tjenester, for eksempel om ernæring og legemiddelbruk. Revisjonen mener at fylkesmannsembetene må ha god informasjon om kvaliteten i de kommunale tjenestene for å kunne veilede kommunene, støtte deres arbeid med kvalitetsforbedring, følge opp gjennomføringen av planen *Omsorg 2020* og gi departementet informasjon om situasjonen i kommunene.

---

## **7.3 Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen**

God kvalitet i eldreomsorgen forutsetter at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Det innebærer å verne eldre mot skader som følge av den hjelpen som blir gitt, eller som ikke blir gitt, og å gi faglig forsvarlig oppfølging og helsehjelp. Kravene til forsvarlige tjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven.

Undersøkelsen viser at det ikke finnes nasjonal oversikt over skader og uønskede hendelser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er nå vedtatt å etablere en varslingsplikt og en undersøkelseskommisjon, som kan bidra med viktig informasjon for å forbedre tjenestene.

Undersøkelsen viser at det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, blant annet når det gjelder ernæring, legemidler og fall. Mange eldre er underernært, og det er behov for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle underernæring. Problemene knyttet til legemidler handler blant annet om bruk av for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler og manglende oversikt over legemiddelbruken. Fall er en vanlig årsak til at eldre skader seg og må legges inn på sykehus eller i sykehjem.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Det statlige pasientsikkerhetsprogrammet inneholder flere virkemidler som kommunene kan ta i bruk for å forbedre pasientsikkerheten, blant annet tiltakspakker og læringsnettverk. Det er for eksempel utviklet tiltakspakker med anbefalte metoder for forebygging av underernæring, riktig legemiddelbruk og forebygging av fall i sykehjem. Kommuner som deltar i læringsnettverk, får bistand til forbedringsarbeidet og lærer av hverandre.

Undersøkelsen viser at det er vanskelig for pasientsikkerhetsprogrammet å nå ut med virkemidlene sine til alle kommunene. Én av tre kommuner har ikke deltatt i et læringsnettverk, og Helsedirektoratet konstaterer at det gjenstår mye før målene med programmet er nådd i kommunene. Kommunene har ulike forutsetninger for å gjennomføre tiltakene og opplever at pasientsikkerhetsprogrammet er bedre tilpasset spesialisthelsetjenestens behov.

Samtidig går det fram av undersøkelsen at sentrale forutsetninger for god pasientsikkerhet i mange kommuner ikke er på plass, og at dette henger sammen med organisering og arbeidsmåter. Det er for eksempel omfattende bruk av deltidsstillinger, høyt sykefravær og mange ufaglærte som arbeider med brukerne. I hjemmetjenestene er det ofte mange ulike personer som følger opp brukeren. Det betyr blant annet at det blir vanskelig å få til god informasjonsutveksling og å oppdage endringer i brukerens funksjonsnivå og helsetilstand.

Utfordringene med pasientsikkerheten i eldreomsorgen har vedvart over tid. Etter revisjonens vurdering kan mange kommuner forbedre forutsetningene for god pasientsikkerhet ved å organisere arbeidet i tjenestene på andre måter, særlig for brukere som bor hjemme. Revisjonen viser også til at pasientsikkerhetsprogrammet er et viktig statlig virkemiddel, men at mange kommuner ikke har tatt i bruk tiltakene i programmet som kan forbedre pasientsikkerheten.

---

#### **7.4 Mer forbedringskunnskap kan bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen**

Helse- og omsorgstjenesteloven og forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i tjenestene.

Undersøkelsen viser at kunnskap om hvordan forbedringsarbeid gjennomføres, har vært viktig for ledere som har lyktes med å ta i bruk velferdsteknologi i Grimstads eldreomsorg, og for ledere som har forbedret pasientsikkerheten ved Oppsalhjemmet i Oslo. Begge steder har forbedringsarbeidet i stor grad fulgt anerkjente modeller for kvalitetsforbedring, som også forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsprogrammet er basert på. Måling av resultater står sentralt i systematisk forbedringsarbeid og kommer til uttrykk blant annet i planene for gevinstrealisering i Grimstad og i Oppsalhjemmets arbeid med legemiddelgjennomgang. Forbedringskunnskap omfatter også kunnskap om hvordan medarbeidere kan involveres i endringsprosesser på en god måte, noe som er viktig for å lykkes med endringer. Kunnskap om systematisk forbedringsarbeid inngår i den nasjonale lederutdanningen, som er et tiltak i *Kompetanseløft 2020*.

Revisjonen mener det er viktig at staten bidrar til å spre forbedringskunnskap i kommunene for å understøtte tjenestenes arbeid med kvalitetsforbedring, blant annet når det gjelder pasientsikkerhet. Mer kunnskap om gjennomføring av forbedringer vil bidra til at kommunene får bedre forutsetninger for å etterleve kravene til systematisk forbedringsarbeid, og er nødvendig for å realisere eldreformen *Leve hele livet*.

---

#### **7.5 Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen**

##### **7.5.1 Det er arbeidet for lite med lokale analyser og planer**

Alle kommuner skal sikre at langsiktige utfordringer, mål og strategier er beskrevet i kommunens planverk, jf. *lov om planlegging og byggesaksbehandling* (plan- og bygningsloven). Siden 2005 har Helse- og omsorgsdepartementet i flere stortingsmeldinger pekt på at framtidens omsorgsutfordringer bør være tema i kommunenes planarbeid, for eksempel i kommuneplaner eller kompetanse- og rekrutteringsplaner. Framskrivninger av befolkningsutviklingen viser at antallet eldre vil øke sterkt, og at aldringen vil være betydelig sterkere i noen kommuner enn i andre. Samtidig opplever mange kommuner mangel på helsepersonell, og det er sannsynlig at dette problemet

vil øke. Det er derfor viktig at den enkelte kommune gjør egne analyser av det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester og legger planer for hvordan dette behovet skal møtes.

Fylkesmennene skal følge opp kommunenes arbeid med planlegging. Undersøkelsen viser at de har begrenset informasjon om hvor mange kommuner som har planer, og om innholdet i og kvaliteten på planene. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet til fylkesmannen satt som mål at minst 70 prosent av kommunene skal ha planer for å møte framtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet, blant annet kompetanse- og rekrutteringsplaner.

Usikkerhet om framtidige behov for helse- og omsorgstjenester gjør det vanskelig å planlegge, men denne usikkerheten understreker samtidig behovet for planlegging. Etter revisjonens vurdering er det nødvendig med lokale analyser og planer i kommunene. Det vil bidra til at kommunene er bedre forberedt på de framtidige utfordringene.

### **7.5.2 Mulighetene for å bruke de tilgjengelige personellressursene for å sikre nok og kompetent bemanning blir ikke godt nok utnyttet**

Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er en forutsetning for god eldreomsorg. Det går fram av undersøkelsen at antallet årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt de siste årene. Kompetansen i tjenestene er også styrket, men fortsatt mangler mange av dem som arbeider direkte med brukere, helsefaglig kompetanse. Samtidig har kompetansebehovene økt, blant annet som følge av at oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene gjennom samhandlingsreformen. Den statlige strategien *Kompetanseløft 2020* inneholder flere tiltak som kan bidra til styrket kompetanse, men undersøkelsen viser at det gjenstår mye før kompetansen i eldreomsorgen er i samsvar med behovene.

Undersøkelsen viser også at det i flere år har vært vanskelig å beholde og rekruttere nok kvalifisert personell til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Selv om stillingsandelen blant sykepleiere har økt, er høyt sykefravær og omfattende bruk av deltid fortsatt store utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det betyr at den arbeidskraften som er tilgjengelig, ikke brukes effektivt. Disse utfordringene krever etter revisjonens vurdering stor oppmerksomhet, ikke bare fra kommunene som arbeidsgivere, men også fra nasjonale myndigheter.

### **7.5.3 Investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av omsorgsplasser, men det er usikkert om kapasiteten i heldøgns omsorg for eldre er økt**

Husbanken forvalter et statlig investeringstilskudd til utbygging og modernisering av omsorgsplasser i kommunene. Helse- og omsorgstjenesteloven forutsetter at alle kommuner har tilbud om sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester for dem som ikke kan få nødvendige og forsvarlige tjenester på andre måter. Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp bruken av de statlige midlene og sikre seg informasjon om måloppnåelsen, jf. økonomiregelverket.

I perioden 2012–2017 er det gitt tilsagn til å bygge eller ruste opp nær 13 000 plasser for personer med behov for heldøgns omsorg, uavhengig av alder. I 2017 var det en netto tilvekst av plasser, men det finnes ikke oversikt over den reelle økningen i plasser i årene før. Det er derfor ikke mulig å vite hvor mange nye plasser investeringstilskuddet har bidratt til.

Undersøkelsen viser at i perioden 2009–2016 har andelen personer over 90 år med plass i institusjon (sykehjem) blitt redusert. Mange kommuner har i denne perioden



bygget omsorgsboliger der eldre får helsetjenester i hjemmet. Det er usikkert hvor mange av omsorgsboligene som innebærer et heldøgns omsorgstilbud, blant annet fordi begrepet «heldøgns omsorg» brukes på ulike måter i kommunene. Husbanken og SSB legger også ulikt innhold i begrepet. Videre går det fram av undersøkelsen at mange kommuner ikke har analysert behovet for heldøgns omsorgsplasser i årene som kommer.

Revisjonen har merket seg at investeringstilskuddet har bidratt til utbygging og modernisering av sykehjem og omsorgsboliger, men konstaterer at det er usikkert om kapasiteten innen heldøgns omsorg for eldre er økt. Det går fram av undersøkelsen at Helse- og omsorgsdepartementet og KS samarbeider om å avklare hva et heldøgns omsorgstilbud er, og hvilken kapasitet som vil være nødvendig i årene framover. Revisjonen legger til grunn at dette vil gi mer kunnskap om hvorvidt utbyggingen av omsorgsplasser er tilstrekkelig.

#### **7.5.4 Virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger, brukes for lite**

Det går fram av undersøkelsen at presset på de kommunale helse- og omsorgstjenestene trolig vil bli større i årene framover på grunn av aldrende befolkning og mangel på helsepersonell. Det betyr at ressursene må utnyttes mest mulig effektivt uten at det går ut over kvaliteten i tjenestene. Dersom flere eldre kan bo hjemme lenger, kan behovet for mer ressurskrevende tjenester utsettes.

Undersøkelsen viser at det finnes flere virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger, men at kommunene bruker disse virkemidlene i varierende grad. Det gjenstår for eksempel mye før målene er nådd for dagaktivitetstilbud til personer med demens. Innen 2020 skal alle kommuner ha et slikt tilbud, men ifølge regjeringen er det fortsatt langt igjen før tilbudet er utbygget over hele landet. Dagaktivitetstilbud er viktig for den eldre selv, men kan også bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorg, blant annet ved at pårørende får avlastning. Det går fram av undersøkelsen at pårørende står for mye omsorgsarbeid, og at det er usikkert om denne innsatsen vil kunne ha samme omfang i årene som kommer. Undersøkelsen viser også at det er krevende for kommunene å involvere og koordinere frivillige på gode måter.

Undersøkelsen viser videre at selv om mange kommuner tar i bruk velferdsteknologi, er det mange kommuner som fortsatt ikke gjør det. Velferdsteknologi kan bidra til større trygghet for hjemmeboende og pårørende, gjøre det mulig for eldre å bo lenger hjemme og effektivisere arbeidet i hjemmetjenestene.

Etter revisjonens vurdering er det en viktig oppgave for fylkesmannen og Helsedirektoratet å motivere og legge til rette for at kommunene bruker tilskudd og andre tilgjengelige virkemidler som bidrar til at eldre kan bo hjemme lenger med gode tjenester. Det er særlig viktig å følge med på om statlige virkemidler blir tatt i bruk i de kommunene der antallet eldre vil øke sterkt.

## 8 Referanseliste

### Intervjuer

- Helsetilsynet: 4. mai 2017
- Helsedirektoratet: 5. januar og 16. april 2018
- Helse- og omsorgsdepartementet: 15. mai 2018

### Lover

- LOV-1967-02-10 *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (forvaltningsloven)
- LOV-1984-03-30-15 *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven)
- LOV-1999-07-02-63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-1999-07-02-64 *Lov om helsepersonell mv.* (helsepersonelloven)
- LOV-2008-06-27-71 *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (plan- og bygningsloven)
- LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-2014-06-20-42 *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (pasientjournalloven)
- LOV-2014-06-20-43 *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* (helseregisterloven)
- LOV-2017-06-16-56 *Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*
- LOV-2017-12-15-107 *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven)

### Forskrifter

- FOR-1983-11-23-1779 *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*
- FOR-1988-11-14-932 *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (Forskrift for sykehjem mv.)
- FOR-2000-12-21-1385 *Forskrift om pasientjournal*
- FOR-2002-12-20-1731 *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*
- FOR-2003-06-27-792 *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.* (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene)
- FOR-2006-02-17-204 *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk* (forskrift om IPLoS-registeret)
- FOR-2008-04-03-320 *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (forskrift om legemiddelhåndtering)
- FOR-2010-11-12-1426 *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*
- FOR-2012-08-29-842 *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*
- FOR-2016-10-28-1250 *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- FOR-2017-08-25-1292 *Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)*

### Reglement

- *Reglement for økonomistyring i staten og bestemmelser for økonomistyring i staten, fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. november 2015*

## Stortingsdokumenter

### Innstillinger

- Innst. S nr. 150 (2006–2007) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*
- Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- Innst. 270 S (2011–2012) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel*
- Innst. 250 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*
- Innst. 477 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg*
- Innst. 221 S (2014–2015) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Anne Tingelstad Wøien og Heidi Greni og om en forpliktende opptrappingsplan for etablering av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens*
- Innst. 372 L (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*
- Innst. 373 L (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helseregisterloven m.m. (kommunalt pasient- og brukerregister m.m.)*
- Innst. 40 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- Innst. 217 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Innst. 365 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen, Ingvild Kjerkol, Ruth Grung og Freddy de Ruiten om å utarbeide en nasjonal strategi for god ernæring for eldre som mottar omsorgstjenester i sykehjem og hjemmetjeneste*
- Innst. 410 S (2015–2016) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Kommuneproposisjonen 2017*
- Innst. 11 S (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2017, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*
- Innst. 234 S (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*
- Innst. 110 S (2017–2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Heidi Greni, Willfred Nordlund og Ole André Myhrvold om å styrke finansieringsordningene for etablering av sykehjem, omsorgsboliger og dagaktivitetstilbud*
- Innst. 227 S (2017–2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Siv Henriette Jacobsen om å sikre god behandling av eldre multisyke pasienter gjennom styrking av geriatrisk kompetanse*
- Innst. 400 S (2017–2018) *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2018, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2018, og om skatter og avgifter i statsbudsjettet for 2018*

### Proposisjoner

- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m*
- Prop. 99 L (2015–2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*
- Prop. 106 L (2015–2016) *Endringer i helseregisterloven m.m. (kommunalt pasient- og brukerregister m.m.)*
- Prop. 123 S (2015–2016) *Kommuneproposisjonen 2017*
- Prop. 49 L (2016-2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)*
- Prop. 1 S (2016–2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*
- Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*
- Prop. 57 L (2017–2018) *Endringer i arbeidsmiljøloven, folketrygdloven og enkelte andre lover (samleproposisjon våren 2018)*

### Meldinger

- St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*
- Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*
- Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (med Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020)*
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*
- Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Meld. St. 6 (2017–2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*
- Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*

### Dokumentserien

- Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*

### Styringsdokumenter

- Tildelingsbrev til fylkesmannen for årene 2016–2018
- Virksomhets- og økonomiinstruks for fylkesmannen 2017 og 2018
- *Instruks for Helsedirektoratet*, fastsatt av Helse- omsorgsdepartementet 10.01.2018

### Rundskriv, retningslinjer og veiledere

- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven IS-1201*
- Helsedirektoratet (2007) *Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten IS-1502*
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring IS-1580*
- Helsedirektoratet (2011) *Veileder i bruk av IPLoS-sumrapporter IS-1929*
- Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer IS-1870*
- Helsetilsynet (2012) *Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven*
- Helsedirektoratet (2015) *Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998*
- Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*
- Rundskriv I-2/2016 *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*
- Helsedirektoratet (2016) *Veileder for saksbehandling IS-2442*

- Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje om demens* IS-2658
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* IS-2620
- Helsedirektoratet, ernæringsrådet (2017) *Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger* IS-0611
- Helsedirektoratet (2018) *Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen* IS-1112
- Helsedirektoratet (2018) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* IS-2587

## Rapporter

- Gjevjon, E og Romøren, T (2010) *Vedtak om sykehjemsplass: Hvor høye er tersklene? Senter for omsorgsforskning*. Høgskolen i Gjøviks rapportserie 10/2010
- Gautun, H og Hermansen, Å (2011) *Eldreomsorg under press – kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12
- Helsetilsynet (2011) *Krevende oppgaver med svak styring: Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*.
- NOU (2011:11) *Innovasjon i omsorg*
- Bakke, T m fl (2011) *Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – en oppsummering av forskning og erfaring*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2011:23.
- Eldal, N og Holth, H (2012) *IPLOS – et nyttig kommunalt styringsverktøy? Mellom statlige intensjoner og lokal praksis*. Masteroppgave. Høgskolen i Oslo og Akershus
- Helsedirektoratet (2012) *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. IS-1966
- Moland, L (2013) *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus*. Fafo-rapport 2013:27
- Hilsen, A og Tønder, A (2013) *«Saman om» kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus*. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune». Fafo-rapport 2013:03
- Gautun, H og Bratt, C (2014) *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* NOVA-rapport 14/14
- Tada, A og Miura, H (2014) *Systematic review of the association of mastication with food and nutrient intake in the independent elderly*. Archives of Gerontology and geriatrics. 59 (3)
- Abelsen, B m fl. (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS 2014/382
- NHO, Virke og KS (2014) *Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester*
- Daatland, S (red) (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen*. NOVA-rapport nr. 16/14
- Helsedirektoratet (2014a) *Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene? En undersøkelse til norske kommuner*. IS-0428
- Helsedirektoratet (2014b) *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten*. IS- 2221
- Gjóra, L m fl. (2015) *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens*. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
- Bogen, H og Lien, L (2015) *Fra fravær til nærvær: Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem*. Fafo-rapport 2015:12
- Daatland, S og Otnes, B (2015) *Skandinaviske trender i eldreomsorgen: Institusjon eller omsorgsbolig?* Artikkel i samfunnsspeilet 3/2015. Statistisk sentralbyrå
- Nylenna, M m fl. (2015) *What is good quality of health care?* ISSN: 1893-1049
- Syse, A m fl. (2015) *Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre*. Tidsskrift for velferdsforskning
- PWC (2015) *Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren: Betydning av organisering, ledelse og kultur*. KS FoU

- Gjevjon, E (2015) *Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter*. Tidsskrift for omsorgsforskning
- NOU (2015:11) *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*
- Folkehelseinstituttet (2016) *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015*. Notat om kvalitetsutvikling nr. 4.
- Jakobsson, N m fl. (2016) *Gender bias in public longterm care? A survey experiment among care managers*. Journal of economic behavior & organization. Volume 131, part B
- Holmås, T m fl. (2016) *Kommunale pleie- og omsorgstjenester – en studie av eldre med og uten nære pårørende*. Uni research Rokkansenteret. Notat 1-2016
- Holmøy, E m fl. (2016) *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*. SSB-rapport 2016/20
- Angell, J m fl. (2016) *Legemiddelgjennomgang i allmennpraksis*. Prosjektoppgave i kvalitet, ledelse og kunnskapshåndtering. Profesjonsstudiet i medisin. Universitetet i Oslo
- Devik, S m fl. (2016) *Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag*. Senter for omsorgsforskning. Rapport 4/2016
- Wiig, O m fl. (2016) *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater*. NIFU-rapport 2016:32
- Agenda Kaupang (2016) *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* KS FoU
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Rom for omsorg: Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*
- Gautun, H m fl (2016) *Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA-rapport 6/16
- VID vitenskapelige høgskole og Agenda Kaupang (2016) *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad: Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester*. KS FoU.
- Bing-Jonsson, P m fl. (2016) *Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff*. BMC Nursing 15:5
- Gjerde, I. m fl. (2016) *Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner?* I Amdam, J m fl. (red), *Offentleg sektor i endring* (s. 48–64). Oslo: Universitetsforlaget
- Olsen, R og Devik, S (2016) *En oppsummering av kunnskap. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet*. Omsorgsbiblioteket
- Førland, O og Skumsnes, R (2016) *En oppsummering av kunnskap. Hverdagsrehabilitering*. Omsorgsbiblioteket.
- Helsedirektoratet (2016a) *Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser*. Rapport IS-2482
- Helsedirektoratet (2016b) *Evaluering av forsøksordningen med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester (SIO): Nullpunktmåling 2016*. Agenda Kaupang/ Proba samfunnsanalyse R9272
- Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) *Helsehjelp for eldre: Kunnskapsoppsummering*.
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017a) *Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*.
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017b) *Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017c) *Overganger og brudd i pasientforløp for eldre*
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2017d) *Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre*

- Folkehelseinstituttet (2017) *Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.*
- Rambøll (2017) *Evaluering av utdanningstilbudet «nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten»*
- Oslo kommune, helseetaten (2017) *Søknader om sykehjemsplass – gjennomgang av praksis*
- Oslo kommune, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2017) *Løft for bedre ernæring 2016–2017: Prosjekt 1: Lokale ernæringsprosjekt innen utvalgte tema*
- Devik, S m fl. (2017) *En oppsummering av kunnskap. Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene.* Omsorgsbiblioteket
- Førland, O og Skumsnes, R (2017) *En oppsummering av kunnskap. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre.* Omsorgsbiblioteket.
- Deloitte (2017) *Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet.* Devaluering 2.
- Nilsen, E m fl. (2017) *Digitalt tilsyn – en reise i samhandling og samskaping*
- Rogne, A og Syse, A (2017) *Framtidens eldre i by og bygd: Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse.* Statistisk sentralbyrå. Rapport 2017/32.
- Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017) *«Heldøgns»: Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning.*
- Nasjonalt senter for e-helseforskning (2017) *Velferdsteknologi: Kunnskapsoppsummering.*
- KS (2017) *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov.*
- HelseDirektoratet (2017a) *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren. Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren*
- HelseDirektoratet (2017b) *Samlet rapport for Omsorgsplan 2015: Oppsummering og resultater for hele planperioden 2007–2015*
- HelseDirektoratet (2017c) *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*
- HelseDirektoratet (2017d) *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester (SIO). Agenda Kaupang/Proba samfunnsanalyse R9272-01*
- HelseDirektoratet (2017e) *Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene. Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlige finansierte omsorgstjenester*
- HelseDirektoratet (2017f) *SAMDATA kommune. IS-2575*
- HelseDirektoratet (2017g) *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. IS-2557*
- HelseDirektoratet (2017h) *Årsrapport 2016 for Omsorgsplan 2020. IS-2691*
- HelseDirektoratet (2017i) *Årsrapport 2016 for Kompetanseløft 2020. IS-2684*
- KS (2018) *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov*
- HelseDirektoratet (2018a) *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten. IS-2690*
- HelseDirektoratet (2018b) *Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2017. IS-2693*
- HelseDirektoratet (2018c) *Årsrapport 2017 for Omsorgsplan 2020. IS-2722*
- Bruun, K (2018) *Utbygging av sykehjem og omsorgsboliger for eldre. Tidsskrift for omsorgsforskning 01/2018*
- Mørk, E m fl. (2018) *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017: Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB-rapport 2018/26*
- Samfunnsøkonomisk analyse (2018) *Helse-Norge 2040: Hvordan vil fremtiden bli?*
- Bratt, C og Gautun, H (2018) *Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing i Journal of nursing management*
- Pasient- og brukerombudenes årsmeldinger 2012–2017

- Helsetilsynets årsrapporter 2015–2017
- Husbankens årsrapport 2017
- Årsrapportene fra fylkesmennene 2017
- Helsetilsynets tilsynsmelding for 2017
- Rapporter fra fylkesmennenes systemtilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre i perioden 2016–2018

## **Internettsider**

### *Helsebiblioteket*

- <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- <http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/elektronisk-sjekkliste-for-legemiddelgjennomgang>
- <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering>

### *Helsedirektoratet*

- <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- <https://helsedirektoratet.no/nyheter/informasjon-om-forskrift-om-ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- <https://helsedirektoratet.no/nyheter/oversikt-over-personer-pa-venteliste-til-sykehjem>
- <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens>
- <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>
- <http://pasientrettighetsloven.helsedir.no/>

### *Helsenorge*

- <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/rettigheter-demens>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-beboere-pa-sykehjem>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legetimer-for-beboer-i-sykehjem>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykehjemsbeboere-vurdert-av-lege-siste-12-mnd>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-hjemmeboende>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-pa-sykehjem>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykefravar-i-pleie-og-omsorgstjenesten>
- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykehjemsbeboere-vurdert-tannhelse-siste-12-mnd>

### *Helsetilsynet*

- <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/om-tilsyn/>
- <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/>
- <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2013/tilsyn-nyttig-i-forbedringsarbeid-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>
- <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/effekt-av-tilsyn-20132018/>



## KS

- <http://www.ks.no/contentassets/e8ee779829f74209bb68cae32ae8f929/kvalitetsavtalen-januar2016.pdf?id=41633>.
- <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/effektiviseringsnettverkene/resultater-fra-bedrekommune.no-2017/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/heltid/>
- <http://www.ks.no/regioner/btv/btv-nytt-laringsnettverk-for-heltidskultur/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsmiljo-og-ia/sykefravaret--hvorfors-er-det-sa-vanskelig-a-fa-det-ned/>
- <http://www.ks.no/regioner/hedmark-og-oppland/attraktive-arbeidsgivere-et-utviklingsnettverk-for-fremtidens-tjenestekvalitet-arbeidsmiljo-og-effektiv-drift-i-helse-og-omsorg/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/rekruttering-og-kompetanse1/verktoy-for-strategisk-kompetanseplanlegging/>
- [http://www.ks.no/contentassets/67afabf9087b42c5bb85123bc20b9425/tabell\\_3.6.1.b.pdf](http://www.ks.no/contentassets/67afabf9087b42c5bb85123bc20b9425/tabell_3.6.1.b.pdf)
- <http://www.ks.no/contentassets/b9f4fd7fd314e768ad271a0bc9e2128/stillingsannonser-i-norske-kommuner---oppsummering-av-utforte-medieanalyser.pdf?id=101614>
- <http://www.ks.no/regioner/agder/vi-trengte-et-meldingsloft-pa-agder/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/veikart-for-tjenesteinnovasjon2/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/velferdsteknologi/velferdsteknologiens-abc/>
- <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rehabilitering/hverdagsrehabilitering---for-okt-livskvalitet/>
- <http://www.ks.no/contentassets/bee669856eed4383a0da8149a4594d71/rektutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026.pdf?id=50821>
- <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/rekruttering-og-kompetanse1/ledere-i-helse--og-omsorgstjenestene-i-kommunene-er-tryggere-i-rolle-gjennom-nasjonale-lederutdanning/>

## *Pasientsikkerhetsprogrammet*

- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/disse-ble-hedret-med-lederprisene>
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem>
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner>
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukersikker-kommune>
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3978/risikotavle>
- [http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/forbedringsutdanning/\\_attachment/3505?\\_download=false&\\_ts=15e2cb14871](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/forbedringsutdanning/_attachment/3505?_download=false&_ts=15e2cb14871)
- <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring>

### *Regjeringen*

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/>
- [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705)
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/>
- [https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/kortversjon\\_handlingsplan\\_kosthold\\_2017-20212.pd](https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/kortversjon_handlingsplan_kosthold_2017-20212.pd)

### *Statistisk sentralbyrå*

- <https://www.ssb.no/statbank/table/09934>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/12212>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/11668>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/07800>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/06969>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>
- <https://www.ssb.no/320411/2017>
- <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar>
- <https://www.ssb.no/statbank/table/11642/tableViewLayout1>
- <https://www.ssb.no/pleie>
- <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>

### *Andre*

- [https://www.forskningsradet.no/prognostikk-helsevel/Om\\_programmet/1254005461884](https://www.forskningsradet.no/prognostikk-helsevel/Om_programmet/1254005461884)
- <http://www.utviklingssenter.no/om-oss.176088.no.html>
- [http://www.fag.oslo.kommune.no/tra\\_lekkert\\_kompetanseheving\\_ernaring/article279751-68235.html](http://www.fag.oslo.kommune.no/tra_lekkert_kompetanseheving_ernaring/article279751-68235.html)
- <http://norlandia.no/om-oss/aktuelt/internasjonalt-pris-for-pasientsikkerhetsarbeid>
- <https://www.ledernytt.no/vil-inspirere-flere-til-aa-bedrive-omsorgsinnovasjon.5996999-112372.html>
- <https://www.grimstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/utviklingssenteret-og-velferdsteknologi/velferdsteknologi/agder-livinglab/>
- <https://www.ntbinfo.no/pressemelding/kvalitet-i-sentrum?publisherId=16115272&releaseId=16134254>
- <http://www.ihl.org/about/Pages/default.aspx>
- <http://www.regionplanagder.no/om-oss/>
- <http://www.ostreagder.no/regional-koordineringsgruppe-e-helse-og-velferdsteknologi/>
- [https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder\\_2012/](https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder_2012/)
- <https://ehelse.no/velferdsteknologi>
- <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Nyheter/%C3%98kt+mangel+p%C3%A5+arbeidskraft>
- [https://wpstatic.idium.no/kompetansebehovsutvalget.no/2018/05/2018\\_mai\\_pdf\\_notat\\_KBUs\\_nettsider\\_NAVs\\_bedriftsundersokelse.pdf](https://wpstatic.idium.no/kompetansebehovsutvalget.no/2018/05/2018_mai_pdf_notat_KBUs_nettsider_NAVs_bedriftsundersokelse.pdf)
- <https://mennihelse.no/>
- <https://kommunal-rapport.no/meninger/debatt/2018/03/juster-gjerne-ssb-tallene>
- <https://ressursportal.no/Artikkel/Details/8355>
- <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/tillitsmodell-for-hjemmetjenesten/#gref>
- <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3762979/17036/Kun-to-av-ti-nyutdannede-sykepleiere-har-kommunen-som-forstevalg>
- <https://www.nsf.no/Content/3904922/cache=20182905085226/Utlyste%20sykepleierstillinger%20-%20kommuner%20akkumulert%20-%20april%202018.pdf>

- <https://www.tromso.kommune.no/unike-avtaler-gir-fleksibel-turnus-og-mer-trygghet.6087913-110070.html>
- <https://livsgledeforeldre.no/>
- <https://sykepleien.no/2018/02/tromso-lokker-med-heltid-og-mer-helgejobbing>
- <https://www.ostreagder.no/wp-content/uploads/2016/02/Digitalt-tilsyn-Ostre-Agder-sluttrapport-april-2017.pdf>

#### **Andre kilder**


- Helse- og sosialdirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. Rapport IS-1162
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)*
- Grimstad kommune (2015) *Fra passiv hjelp til aktiv mestring. Kommunedelplan for helse og omsorg 2014–2026*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Høringsnotat: Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*
- Ingstad, K (red.) (2016) *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal
- Grimstad kommune (2017) *Budsjett 2018 og handlingsprogram for 2018–2021*
- Grimstad kommune (2017) *Handlingsplan for velferdsteknologi 2015–2018*
- KS (2017) *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Høringsnotat: Pasientens legemiddelliste*
- Geriatrisk sykepleie nr. 03/2017
- Oslo kommune (2017) *Kvalitetsindikatorer for sykehjem. Resultater fra måling av kvalitetsindikatorer på sykehjem i Oslo kommune uke 19 i 2017*.
- Delta, Fagforbundet, KS, Norsk Sykepleierforbund (2018) *Sammen om lokale retningslinjer for heltidskultur – en veileder fra partene i Heltidserklæringen*
- e-post fra Folkehelseinstituttet 22. mai 2018





23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 781 329





Riksrevisjonen  
Storgata 16  
Postboks 6835 St. Olavs plass  
0030 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00  
postmottak@riksrevisjonen.no

[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

37 564 597 2 090 45 332 889 821 527 4 707 -421 -8 572 87 4 543 651 7 1