

Evaluering av utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)

Rapport utarbeidet av KPMG og NEO Consulting for
Helsedirektoratet

11.12.2023

www.kpmg.no



Forord

På oppdrag fra Helsedirektoratet presenterer KPMG og Neo Consulting endelig rapport for en evaluering av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Vi takker alle informanter som har bidratt med sin tid og energi til å gi sine innspill til evalueringen.

Evalueringsteamet besto av Geir Sundet (prosjektleder), Ola Simonsen, Magnus Heggen, Emil Gadolin og Mathias Johannessen fra KPMG og Eirik Tenfjord og Eystein Hauge fra NEO Consulting. Teamet er ansvarlig for alle vurderinger, anbefalinger og eventuelle feil i rapporten. Vi takker for et godt samarbeid med oppdragsgiver i et spennende og aktuelt oppdrag!

Oslo, 11. desember 2023



Lars Torgersen

Engagement Partner

Sammendrag

Denne evalueringen viser at landets 21 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester leverer nyttige og etterspurte tjenester til kommunene, innenfor sine ansvarsområder. Organiseringen gjennom vertskommune-modellen fremstår som hensiktsmessig. Selv om sentrene leverer godt med relativt begrensede midler, er det vesentlige utfordringer knyttet til organiseringen og finansieringen av sentrene.

Sentrene opererer med finansiering fra en lang rekke tilskudd som de søker på, i tillegg til driftstilskuddet fra Helsedirektoratet. Disse tilskuddene er overveiende ettårige. Videre er det liten grad av strukturert samarbeid mellom sentrene. Dette gjelder også deres ellers gode samarbeid med Statsforvalteren og Senter for omsorgsforskning. Den samlede effekten av disse utfordringene er at sentrenes innsats preges av kortsiktighet, og at de i for liten grad er forankret i kommunene. Sentrenes rapportering er også i fragmentert, og gir i liten grad nyttig styringsinformasjon eller læring. Evalueringen gir konkrete anbefalinger for hvordan sentrene kan innrette arbeidet på en måte som kan gi bedre langsiktig effekt, der Helsedirektoratet kan gi dem de nødvendige forutsetningene for et mer strukturert og kunnskapsbasert samarbeid.

USHT-ene styres gjennom årlige utlysingsbrev fra Helsedirektoratet, som gir føringer for hvilke nasjonale satsinger som skal prioriteres.

Alle USHT-ene mottar et driftstilskudd, som de rapporterer på til Helsedirektoratet. Rapporteringen er ikke klart strukturert, og USHT-ene tolker rapporteringskravene ulikt. Rapportene har for liten verdi som kilder til styringsinformasjon, og brukes i liten grad av Helsedirektoratet for å gi tilbakemeldinger til USHT-ene. Vertskommune-modellen for USHT-enes organisering fungerer gjennomgående godt, men det er store variasjoner i hvordan USHT-ene er organisert i kommunene. For å gjennomføre nødvendige aktiviteter, er sentrene avhengige av å søke om ulike tilskudd på en årlig basis. Denne prosessen er ressurskrevende i seg selv, og fører til korte tidshorisonter og fragmentert innsats...

Kommunene trekker frem USHT som et viktig bindeledd til og en «oversetter» av nasjonale satsinger. Informasjonsomfanget er ofte for

stort til at kommunene kan tilegne seg oversikt på egen hånd. I tillegg bidrar USHT-ene med både opplæring og praktisk innføring av nasjonale satsinger og verktøy. 73 prosent av respondentene fra omegnskommunene er enten helt eller delvis enig i at USHT er en viktig ressurs for informasjon om og gjennomføring av nasjonale føringer. 86 prosent av vertskommunene sier det samme. Det kan likevel noen ganger være utfordrende å tilpasse de nasjonale satsingene, både i omfang og innhold, til kommunenes behov.

Med relativt få ressurser gjennomfører USHT-ene et bredt spekter av satsinger, og når ut til mange kommuner.

Det er likevel mange kommuner, særlig blant de minste, som ikke kjenner godt til USHT, eller lar være å benytte tilbudet. De som bruker tilbudet, er imidlertid fornøyde. Fag- og læringsnettverk er i særstilling tilbudet som oppfattes som mest nyttig. Tilrettelegging for samarbeid, samt informasjon og tilrettelegging knyttet til nasjonale føringer, fremheves også som nyttig. USHT-ene kan samtidig bli bedre til å identifisere kommunenes behov, og utforme egne handlingsplaner på en mer strukturert og transparent måte. Det samme gjelder bruk av evalueringer og spredning av beste praksis.

Evalueringen har ikke funnet tilstrekkelig empiri for å kunne måle nytten og effekten kommunene har hatt av USHT. De aktuelle effektene kan samtidig være vanskelige å påvise med objektive data. Beskrivelser av nytte og effekt er derfor primært basert på subjektive data hentet gjennom intervjuer, en nasjonal spørreundersøkelse og ulike rapporter. I tillegg kan USHT-ene vise til et stort omfang av aktiviteter, som understøtter oppfattelsen av nytte og effekt.

USHT-ene samarbeider med en rekke aktører. De fungerer både som en ressurs i prosjekter og utviklingsarbeid, og som et bindeledd mellom aktører.

Statsforvalteren løftes frem som en særlig viktig samarbeidspartner. Samtidig har Statsforvalteren ulike roller, der noen finner det utfordrende at Statsforvalteren skal drive med utvikling og samarbeid i den samme virksomheten de skal føre tilsyn med. Samarbeidet med SOF fremstår som tett, men varierer mellom USHT-ene. USHT er samtidig et viktig bindeledd ut mot kommunene. USHT samarbeider også

med flere andre aktører, og er representert i ulike arenaer og konstellasjoner. Til tross for enkelte hensiktsmessige strukturer, som det regionale støtteapparatet for Leve hele livet, fremstår koordineringen og samkjøringen opp mot en del aktører som utfordrende. Her finnes det trolig et vesentlig potensial for bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

Sett i relasjon til de forholdsvis beskjedne midlene USHT-ene har tilgjengelig, leverer de godt i henhold til sine mål. Tilbakemeldingene fra både vertskommuner og omegnskommuner vitner om god måloppnåelse. Kvaliteten på tilgjengelig informasjon og rapportering legger derimot ikke til rette for en mer detaljert analyse av resultater. Faktorer som bidrar til god måloppnåelse er en strukturert tilnærming til involvering av omegnskommuner, kontinuitet og at vertskommuner integrerer senteret i egen organisasjon og prioriterer senterets arbeid, inkludert involvering av omegnskommuner.

Vurderinger

Denne evalueringen viser at de 21 utviklingssentrene leverer etterspurte tjenester som dekker viktige deler av behovet til kompetanse og kunnskap i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Tjenester som fag- og læringsnettverk, ABC-opplæring, prosessveiledning, forbedringskompetanse og tilrettelegging av nasjonale satsninger øker sannsynligheten for at kommunene klarer å gjennomføre nødvendige omstillinger i årene som kommer (eldrebølgen, mangel på helsepersonell, mindre økonomisk handlingsrom). USHT-ene er også nyttige partnere for Statsforvalteren i oppfølging av nasjonale satsninger, blant annet gjennom tilskuddsordninger de har blitt satt til å administrere.

Innretningen med vertskommuner som «eiere» av USHT-ene er hensiktsmessig. Den gir sentrene en forankring i kommunene som gir dem kredibilitet i sin målgruppe, og bidrar til at de er praksisnære. Det er derimot utfordringer knyttet til det som ofte er en lite systematisk tilnærming til å involvere alle kommunene i sentrenes nedslagsfelt på, på en forutsigbar og effektiv måte.

Finansieringen av sentrene er fragmentert og kortsiktig. USHT-ene jobber i stor grad hver for seg, med begrensede stordriftsfordeler i planlegging og metodeutvikling. Det er lite fokus på systematisk og langsiktig planlegging. Det er et stort potensial for styrket planlegging, gjennomføring og læring på tvers.

Den overordnede styringen er satt av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, med vekt på å støtte opp under nasjonale satsninger. Samtidig har Helsedirektoratet for lite relevant styringsinformasjon, og de mangler oversikt over hva de reelt sett oppnår med de nasjonale tilskuddene.

USHT-ene skaper mye verdifull innovasjon, og de opparbeider mye kunnskap om tjenestene i kommunene, men de mangler avtaler og systemer for å samordne de forskjellige aktørene og ta kunnskapen i bruk. Den fragmenterte finansieringen bidrar samtidig til ytterligere oppdeling av tiltak. Rapporteringen dreier seg dessuten mest om å bekrefte at planlagte tiltak er gjennomførte, og virker å ha kontroll som hovedformål, i stedet for læring. Samlet sett bidrar dette til en utvanning av ansvar.

Til tross for utfordringene nevnt ovenfor, leverer utviklingssentrene mye for relativt beskjedne midler, og de fremstilles som en vellykket ordning av respondentene i evalueringen.

Anbefalinger

Evalueringen gir seks anbefalinger for videre styrking av USHT-ordningen, og for å bidra til å løse utfordringene beskrevet i rapporten. Hovedpunktene i anbefalingene er som følger (se kapittel 10 for full beskrivelse):

Anbefaling 1: Gi tydeligere rammer og føringer for hvordan utviklingssentrene skal organiseres og innrette sitt arbeid

USHT-ene kan få en tydeligere identitet og bli mer synlige ved å sette felles standardkrav for hvordan de innretter sitt arbeid. Dette behøver ikke gå på bekostning av sentrenes uavhengighet og muligheter for innovasjon og lokal tilpasning. Tvert imot kan det gi et bredere handlingsrom gjennom styrket tillit.

- 1.1 Definer tydelige minimumskrav for vertskommunens bidrag til utviklingssenteret.
- 1.2 Definer minimumskrav for involvering av omegnskommuner i kartlegging av behov og planlegging av aktiviteter
- 1.3 Definer tydeligere krav for rapportering og faktisk bruk av rapporteringen (se også anbefaling 3)

- 1.4 Vurder justering av navnet – flere melder tilbake at utviklingssentrene dekker mer enn sykehjem og hjemmetjenester, og at navnet derfor blir for snevert og ikke en god refleksjon av hva de faktisk gjør.

Helsedirektoratet er ansvarlig for oppfølging av denne anbefalingen.

Anbefaling 2: Legg til rette for mindre fragmentert og mer langsiktig finansiering

Den fragmenterte finansiering medfører store transaksjonskostnader, vanskeliggjør god involvering av kommunene, samt står i veien for god, langsiktig planlegging.

- 2.1 Øk driftstilskuddet til et nivå som gjør det mulig å gjennomføre samfunnsoppdraget, uavhengig av andre tilskudd. Denne økningen kan forslagsvis finansieres ved en tilsvarende reduksjon av andre tilskuddsordninger som er rettet mot sentrenes satsingsområder.
- 2.2 Legg til rette for at tilskuddsfinansiering gis over flere år
- Så langt som mulig, fjern krav om årlige søknader
 - Gjør det enklere å overføre ubrukte midler fra ett år til det neste
 - Framskynd søknadsprosessen for å legge til rette for utbetaling tidligere på året
- 2.3 Vurder innføring av modellen: Én plan, ett budsjett og én rapport.

Helsedirektoratet er ansvarlig for oppfølging av denne anbefalingen.

Anbefaling 3: Styrk samordning mellom utviklingssentrene

USHT-ene kan få mer ut av sin eksisterende kompetanse og kapasitet ved å legge til rette for større grad av felles prosesser for planlegging, gjennomføring og tilrettelegging.

- 3.1 Etabler en innretning for sterkere samordning mellom utviklingssentrene. Denne kan med fordel «eies» av USHT-ene, det vil si at denne mekanismen skal ha en støttende, og ikke en styrende funksjon. Denne mekanismen kan ha de følgende funksjoner:

- Støtte for felles planlegging og rapportering
- Fordeling av ansvar for utarbeidelse av verktøy og metoder for gjennomføring av samfunnsoppdraget
- Utforming av en felles kommunikasjonsplan, som blant annet setter tydeligere krav til bruk av felles nettsted.

- 3.2 Etabler årshjul med faste kontaktpunkter mot andre aktører. Dette kan blant annet brukes for i utvikling av verktøy og metoder for aktuelle områder, og samordning av tiltak, også med det formål å gjøre det enklere for kommunene å navigere dette landskapet.

USHT-ene er ansvarlig for oppfølging av denne anbefalingen.

Anbefaling 4: Legg til rette for mer systematisk læring

Dagens innretning for rapportering og evaluering av effekter av forskjellige tiltak legger ikke i tilstrekkelig grad til rette for læring. Rapporteringen på oppdrag bærer preg av primært å ha kontroll, ikke læring, som formål.

- 4.1 Utarbeide maler og rapporteringsrutiner for at USHT-ene skal rapportere på oppnådde mål og effekter i kommunene på årlig basis, og legge til rette for deling av metoder, verktøy og beste praksis.
- 4.2 Utarbeid en overordnet læringsrapport hvert år, som sammenfatter resultatene fra USHT-ene. Denne vil gi en beskrivelse av ulike typer aktiviteter utført av USHT-ene, og løfte fram tiltak som er betraktet som særlig effektfulle. Samarbeid og felles læring mellom USHT-ene bør vektlegges.
- 4.3 Nettverket av USHT-er bør brukes for en mer systematisk involvering i forskningsprogram. Programmet SAMAKS i regi av Innlandet sykehus er et godt eksempel som kan brukes som en av modellene for dette.

USHT-ene er ansvarlig for oppfølging av denne anbefalingen.

Anbefaling 5: Gjør en vurdering av justeringer av regionene som dekkes av utviklingssentre.

Den siste omorganiseringen av USHT-ene tok plass i 2016. Sammenslåingen av sentre har stort sett fungert godt, og har blitt godt mottatt. Funnene i evalueringen indikerer heller ikke at det er behov for nye store organisatoriske endringer. Likefullt kan denne evalueringen brukes som grunnlag for å gjøre eventuelle tilpasninger, blant annet med tanke på geografisk nedslagsfelt, antall kommuner pr. utviklingssenter og samsvar med helseregionene.

- 5.1 Vurder en gjennomgang av fordeling av sentre som tar hensyn til følgende faktorer:
 - Antall kommuner og geografisk området dekket
 - Samsvar med Helseregioner, Helsefelleskap og områder dekket av de større helseforetakene. Se opp mot andre regionsindelingen.
- 5.2 USHT samisk har fremmet behovet og muligheten for at de dekker alle områder med til å dekke alle områder med et visst antall samisk talende innbyggere, og ikke bare Finnmark, samt å inkludere sør-samisk i senterets mandat og oppdrag.

Helsedirektoratet er ansvarlig for å vurdere gjennomføring av disse tiltakene.

Anbefaling 6: Vurder en klarere arbeidsfordeling med og mellom regionale aktører.

Evalueringen har vist at USHT er en av mange aktører som jobber med å styrke ansattes kompetanse og heve kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Arbeidsfordelingen og organiseringen av samarbeidet varierer fra region til region. Aktørene vil trolig oppnå bedre samlet effekt gjennom klarere arbeidsfordeling og mer enhetlig organisering i regionene.

- 6.1 Vurder å redusere Statsforvalterens rolle i tildelingen av tilskudd, men samtidig vektlegge ansvaret knyttet til blant annet tilsyn, formidling og koordinering.
- 6.2 Vurder å etablere et mer strukturert samarbeid med KS, som støttespiller for USHT-ene.

Den siste anbefalingen kan ikke Helsedirektoratet gjennomføre unilateralt, og kan strengt tatt være utenfor omfanget av denne evalueringen. Vi legger likevel forslagene om felles tiltak inn her for videre diskusjon med de relevante aktørene, ettersom de er rettet mot gjennomgående strukturelle utfordringer som de kan bidra til å løse.

Anbefalingene er til en stor grad gjensidig forsterkende. Økningen av driftstilskuddet vil legge til rette for en mer langsiktig og samordnet tilnærming. Samtidig er det behov for at en slik økning av grunnfinansiering kombineres med klarere rammer for involvering av omegnskommuner, bedre rapportering og en god samhandling mellom sentrene og med andre regionale aktører, for å sikre effektiv og ansvarlig bruk av midlene. Samlet sett kan dette bidra til å styrke USHT-enes viktige bidrag til å øke kvaliteten av kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Innhold

1. Innledning	1		
1.1 Bakgrunn	1		
1.2 Oppdraget	1		
1.3 Avgrensninger	2		
1.4 Struktur på rapporten	3		
2. Metode	4		
2.1 Dokumentanalyse og statistikk	4		
2.2 Spørreundersøkelse	5		
2.3 Semistrukturerte intervjuer	5		
2.4 Dybdeundersøkelser	5		
2.5 Digitalt arbeidsmøte	6		
3. Bakgrunn	7		
3.1 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	7		
3.2 Historisk bakgrunn	8		
4. Funn: Organisering	10		
4.1 Overordnet styring	10		
4.2 Lokal organisering og styring	11		
4.3 Finansiering	13		
4.4 Rapportering	15		
5. Funn: Nasjonale satsninger	17		
5.1 Identifisering, prioritering og operasjonalisering av nasjonale satsninger	17		
5.2 Tilpassing av nasjonale satsninger til lokale behov	18		
5.3 Implementering av nasjonale satsninger	18		
5.4 Forskjeller i prioriteringer av aktiviteter	19		
6. Funn: Kommunenes opplevelser av USHT-enes støtte	20		
6.1 Kommunenes opplevde nytte	20		
6.2 USHT-enes kjennskap til kommunenes behov	22		
6.3 Kommunikasjon	23		
7. Funn: Samarbeid	24		
7.1 Samarbeid med statsforvalter	24		
7.2 Samarbeid med senter for omsorgsforskning	25		
7.3 Samarbeid med andre aktører	25		
7.4 Samarbeid mellom utviklingssentrene	26		
8. Funn: Måloppnåelse	28		
8.1 Måloppnåelse	28		
9. Vurderinger	31		
9.1 Organisering	31		
9.2 Finansiering	32		
9.3 Samordning	32		
9.4 Overordnet vurdering	33		
10. Anbefalinger	34		
Vedlegg 1: Utviklingssentrene	38		
Vedlegg 2: Dokumentliste	39		
Vedlegg 3: Intervju	40		
Vedlegg 4: Spørreundersøkelse	42		
Vedlegg 5: Notat for utvalg av Dybdeundersøkelser	53		

Figuroversikt

Figur 1 USHT Endringsmodell.....	2
Figur 2: Metoder.	4
Figur 3: Bestillinger gjennom oppdragsbrev.	11
Figur 4 Balanse mellom nasjonale og lokale prioriteter.....	11
Figur 5: Organisering - vertskommune.....	12
Figur 6: Organisering – alle kommuner.	12
Figur 7 Finansieringsmodell.	14
Figur 8 Prioriteringer	15
Figur 9: Informasjon om nasjonale føringer.....	18
Figur 10 Gjennomføring av nasjonale føringer.....	19
Figur 11 Svar fra spørreundersøkelsen vedr. nytten av USHT-ets tilbud	21
Figur 12 : Eksempel på "kommunebilde", fra nettsiden til Statsforvalteren i Vestland	25
Figur 13 Organiseringen av støtteapparatet for "Leve hele livet"	26
Figur 14 Samarbeid mellom USHT-er	26
Figur 15 : Et tidligere tiltak for å styrke samarbeid mellom USHT-ene	27
Figur 16: USHT-et når målene sine.....	29

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt USHT-er og vertskommuner	7
Tabell 2 Tilskuddsordninger for gjennomføring av Leve hele livet reformen ..	13
Tabell 3: De tre viktigste bidragene så langt.....	21
Tabell 4: De tre viktigste tiltak som bør prioriteres.....	23
Tabell 5 Nøkkeldata for USHT-ene17F17F17F	29

Oversikt faktabokser

Faktaboks 1 USHT samisk.....	8
Faktaboks 2: USHT Buskerud.....	13
Faktaboks 3 Bufdir og flerårige tilskudd	14
Faktaboks 4. USHT Troms og Finnmark (Troms).....	16
Faktaboks:5 USHT Vikens (Buskerud) systematiske innhenting og bruk av informasjon fra kommunene.....	22
Faktaboks 6: Statsforvalteren i Trøndelag – bidrag til kompetanseheving	24

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Målgruppen til USHT-ene er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Det er totalt 21 USHT-er, som hovedsakelig følger fylkeskommunestrukturen før regionreformen. I tillegg er det etablert et USHT for helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Finnmark og et USHT for kommunene i opptaksområdet til Helse Fonna HF.

KPMG og Neo Consulting ble i mai 2023 engasjert av Helsedirektoratet for å gjennomføre en evaluering av USHT. Formålet med evalueringen er å få bedre styringsinformasjon, for å kunne bidra til læring, utvikling og bedre måloppnåelse for ordningen. Evalueringen skal gi grunnlag for å svare på om:

- Organiseringen av utviklingssentrene er tilfredsstillende
- Ordningen fungerer som forventer
- Måloppnåelse og resultater innenfor ordningen

Evalueringen ble gjennomført i perioden mai til november 2023.

1.2 Oppdraget

Evalueringen har undersøkt følgende problemstillinger:

1. Er organiseringen av USHT hensiktsmessig, herunder overordnet styring, organisering, samarbeid og finansieringsmodell?

- **Overordnet styring:** Hvordan gis oppdraget og sammenfaller det med kommunenes behov?
- **Organisering og samarbeid:** Legger organiseringen til rette for gjennomføringen av relevante prosjekter og aktiviteter i kommunene? Er det tilstrekkelig god ledelsesforankring for å få gjennom saker og gjøre kunnskap, funn og pålegg om til praksis (jmf. Senter for omsorgsforskning veiviser for forskning i helse- og omsorgstjenestene (s. 33))? I hvilken grad legger organiseringen til rette for nødvendige koblinger mot viktige arenaer som helsefellesskapene og KS?
- **Intern organisering:** Hvor hensiktsmessig er den interne organiseringen, og hvilke forskjeller ser vi mellom sentrene?
- **Finansiering:** Hvordan innvirker finansieringsmodellen og hvordan USHT-ene skaffer finansiering til satsingene sine på sentrenes evne til å dekke kommunenes behov? Hvordan påvirker sentrenes søknader om midlertidig finansiering fra flere kilder prioriteringen og innretningen til sentrene, og hvor mye tid går med til å søke om midler og rapportere på bruken av dem?

2. I hvor stor grad evner USHT-ene å bidra til at nasjonale satsninger blir sett i lokal kontekst og implementert i tråd med lokale behov?

- Hvordan identifiserer, prioriterer og operasjonaliserer USHT-ene de nasjonale satsingene, og hvordan tilpasser de satsingene til lokale behov?
- Hvilke forskjeller er det i hvordan sentrene prioriterer og gjennomfører aktiviteter? I hvilken grad skyldes eventuelle forskjeller uttalte behov i kommunene?

3. I hvilken grad opplever kommunene i nedslagsfeltet at USHT-ene faktisk er en støtte for dem i tråd med føringene og forventningene i samfunnsoppdraget? Eventuelt hvilke hemmere og fremmere ser kommunene i forhold til dette?

- I hvilken grad kjenner kommunene til USHT og er involverte i sentrenes satsinger?
- I hvilken grad kjenner USHT-ene til kommunenes behov og forventninger, og leverer på disse?
- Evalueringen søker å kartlegge kommunenes behov og forventninger opp mot USHT-enes aktivitet og handlingsplaner.

4. Hvordan samarbeider USHT/vertskommunene med øvrige kommuner, Statsforvalter og Senter for omsorgsforskning for å prioritere og tilrettelegge kompetansetiltak? I hvor stor grad har USHT-ene etablert et bredere samarbeid med andre aktører, og hvilke gevinster har det utløst?

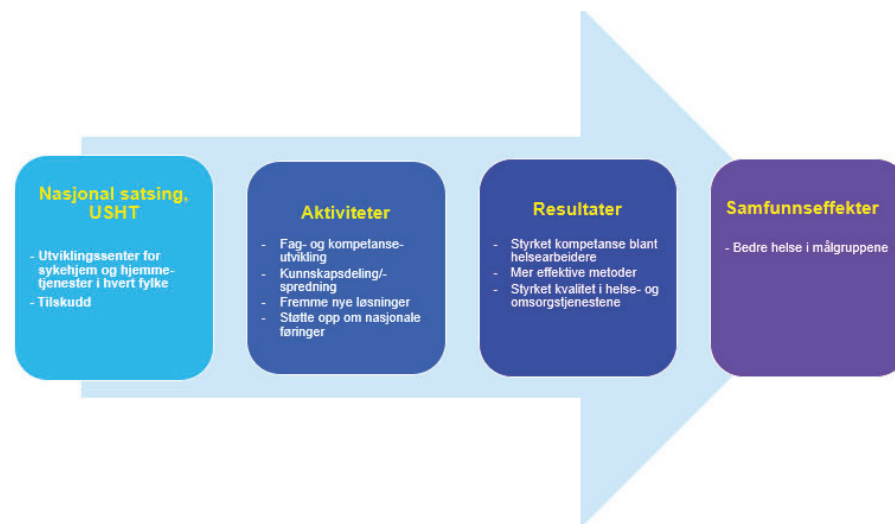
- Evalueringen vil kartlegge hvordan samarbeidet er organisert og drevet opp mot kompetanseutvikling, i samarbeid med kommunene, statsforvalteren og SOF.
- I hvilken grad kjenner USHT-ene behovene for kompetanse og kompetansetiltak, og hvordan kartlegges, dokumenteres og kommuniseres dette?
- I hvilken grad påvirker dette handlingsplaner og gjennomføring av aktiviteter?
- Hvordan samarbeider USHT-ene med KS og andre aktører innenfor utdanning og forskning og evner de å dra praktisk nytte av ressursene og kompetansen de representerer?
- Hvilke andre mulige samarbeidspartnere finnes, og hvilke gevinster kan de tilføre?
- Overlapper de ulike aktørene hverandre, og kan USHT-ene unngå dupliserende arbeid gjennom bedre koordinering eller tydeligere funksjonsdeling?
- Er det mulige ulemper, som høynede transaksjonskostnader, ved å inkludere flere samarbeidspartnere?

5. I hvilken grad har USHT-ene levert i henhold til sitt samfunnsoppdrag?

- I hvilken grad har de ulike sentrene levert i forhold til formål og oppdraget de er gitt?
- Er det særskilte kjennetegn ved vertskommunene som hemmer eller fremmer måloppnåelse for ordningen?

- Er det særskilte kjennetegn ved sentrene som hemmer eller fremmer måloppnåelse for ordningen?

For å gi en overordnet kontekst til problemstillingene har vi satt sammen en endringsmodell som viser sammenhengen mellom USHT-ene, deres aktiviteter, resultater og tiltenkte samfunnseffekter. I denne resultatkjeden har vi som mål å kartlegge aktiviteter og dokumentere og anslå resultatene av utviklingssentrenes arbeid. Vi vet av erfaring at det kan være vanskelig å gi et nøyaktig estimat av resultater, og at vi sjelden kan si noe om effekter på samfunnsnivå. Like fullt forventet vi å være i stand til å etablere et estimat av resultater på institusjonsnivå innenfor avgrensningene presentert nedenfor.



Figur 1 USHT Endringsmodell

1.3 Avgrensninger

Oppdraget favner et komplekst område med et bredt omfang og et godt befolket aktørville. Tidlig i evalueringsprosessen ble det klart at det er en mangel på tilgjengelig, strukturert data som viser omfang av aktiviteter, effekter av aktiviteter og noe eksisterende data som muliggjør vurdering av hvilke tiltak som er mest effektive. Denne mangelen på meningsfull styringsinformasjon peker på mulige mangler i styring og organisering av utviklingssentrene.

Evalueringen legger derfor vekt på den organisatoriske og strategiske innretningen på et overordnet nivå. Vi har gått i mindre detalj på effekten av enkelttiltak. Vi har heller ikke gjort en systematisk sammenligning av effekten

av de forskjellige typer tiltak eller gjort en vurdering av måloppnåelse av de enkelte utviklingssentrene. Vi har søkt å fange opp variasjoner i hvordan sentrene er organisert og i hvordan de utfører sitt samfunnsoppdrag. Vi har også sett på typer av aktiviteter og samlet informasjon om opplevd effektivitet av forskjellige typer aktiviteter.

Det har, innenfor rammene av prosjektet, ikke vært mulig å samle inn tilstrekkelig nyansert og bred informasjon til å gi en sammenligning mellom sentre og typer aktiviteter som kan gi et presist bilde av relativ effektivitet - verken mellom sentre eller mellom ulike typer aktiviteter. Dette vill krevd tid og ressurser utover det som denne evalueringen hadde tilgjengelig.

Dette betyr at evalueringen først og fremst fokuserer på spørsmålene i oppdragsbeskrivelsen som peker på den overordnede organiseringen, finansieringen og rapporteringen av ordningen og sentrene, samt fellestrekk i hvordan sentrene samarbeider med vertskommuner, omegnskommuner og andre aktører som er aktiv på regionalt nivå, inkludert Statsforvalter, Senter for omsorgsforskning og KS. For disse spørsmålene presenterer vi vurderinger og anbefalinger som støttes av solide funn, som har blitt verifisert gjennom flere kanaler.

1.4 Struktur på rapporten

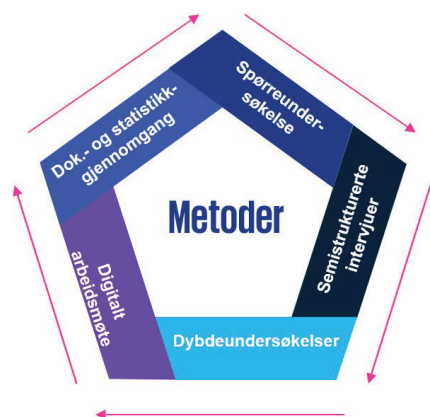
I neste kapittel presenterer vi vår metodiske tilnærming, før vi gir en konsis beskrivelse av bakgrunn og historie for USHT-ene i kapittel 3. I kapittel 4-8 presenterer vi evalueringens funn, strukturert etter de fem hovedproblemstillingene. I kapittel 4 presenterer vi våre funn om organisering, styring og finansiering av utviklingssentrene. I kapittel 5 presenterer vi våre funn av sentrenes oppfølging av nasjonale satsninger. I kapittel 6 presenterer vi våre funn om sentrenes støtte og samhandling med kommunene i deres respektive nedslagsfelt. I kapittel 7 ser vi nærmere på sentrenes samhandling med andre regionale og nasjonale aktører. I kapittel 8 presenterer vi data på overordnet måloppnåelse og gir noen observasjoner av kjennetegn på sentre og vertskommuner som utmerker seg på forskjellige vis.

Vi gir våre vurderinger i kapittel 9 og anbefalinger i kapittel 10. Dokumentliste, oversikt over gjennomførte intervju, resultat fra spørreundersøkelsen og underlagsnotat for utvelgelse av dybdeundersøkelser ligger i vedlegg.

2. Metode

Evalueringen bygger på en mixed method-tilnærming med kvantitative og kvalitative data (se figur 2). Tilnærmingen legger til rette for kontinuerlig triangulering av data, hvor vi baserer alle våre vurderinger på minst to forskjellige datakilder. Ved å kombinere kvalitative og kvantitative data, og et bredt utvalg datakilder, gir vi en nyansert og etterprøvbart analyse og vurdering av måloppnåelse og effekter. Samtidig får vi tilstrekkelig dybde data til å vurdere hvorfor mål og effekter er oppnådd eller ikke, og sikre tilstrekkelig forståelse av utviklingssentrene til at vi kan komme med gode og anvendbare anbefalinger.

Evalueringen kombinerer en overordnet analyse med kvalitative dybdeundersøkelser av seks utviklingssentre. Vår analyse av utviklingssentrene tar utgangspunkt i det nasjonale perspektivet. Her kartlegges og beskrives ordningen, herunder knyttet til formål, innretning og overordnede føringer for de enkelte sentrene. Dette gir et fugleperspektiv på ordningen og hva den har oppnådd. Denne overordnede analysen av sentrenes arbeid tar utgangspunkt i tilgjengelig dokumentasjon og statistikk samt spørreundersøkelsen.



Figur 2: Metoder.

Vi har gjennomført en rekke intervjuer og gruppeintervjuer med dybdeundersøkelse-USHT-er og deres samarbeidspartnere, som beskrevet nedenfor. Vi gjennomførte også gruppeintervjuer med USHT-ene som ikke var inkludert i dybdeundersøkelsene og et intervju med USHT Samisk.

Samlet sett bygger denne evalueringen derfor på et svært bredt datagrunnlag. En innledende gjennomgang av relevant dokumentasjon, rapportering og

tilgjengelig statistikk, sammen med en første runde intervjuer, ga grunnlaget for design av spørreundersøkelsen. Dette ga et godt grunnlag for dybdeundersøkelser av seks USHT-er og andre aktører og kommuner i deres regioner. Videre gjennomførte vi gruppeintervjuer av alle utviklingssentrene som ikke var dekket i dybdeundersøkelsene, samt et intervju av USHT samisk. Avslutningsvis presenterte vi funn, vurderinger og foreslåtte anbefalinger til 42 deltaker i en digital arbeidssamling. Samlet sett har vi gått gjennom over 100 rapporter fra sentrene, hatt samtaler med mer enn 80 representanter fra de viktigste aktørene, og gått gjennom en grundig prosess av verifisering og testing av funn og anbefalinger.

Med mindre annet er spesifisert, kommer informasjon presentert i evalueringen fra intervjuene. Vi har ikke referert til enkeltintervju av hensyn til konfidensialitet. Dette har vært viktig for å sikre åpen informasjonsdeling i intervjuene.

Vi følger utredningsinstruksen, og har gjennom vår analyse identifisert aktuelle utfordringer og deres konsekvenser for videre oppfølging, gitt konkrete anbefalinger til kvalitetsforbedrende tiltak, samt forutsetninger og konsekvenser av disse tiltakene. I det følgende beskrives hver enkelt datainnstillingsteknikk nærmere.

2.1 Dokumentanalyse og statistikk

Dokumenter har vært viktige datakilder gjennom hele evalueringen. Innledningsvis samlet vi inn interne dokumenter fra Helsedirektoratet, dokumentasjon relatert til Senter for Omsorgsforskning (SOF), Helsedirektoratets utlysningssbrev for USHT samt årsrapporter, tilskuddsrapportering og handlingsplaner for USHT-ene. I tillegg har vi undersøkt dokumentasjon knyttet til blant annet dybdeundersøkelsene. Vi har samlet inn statistikk om USHT-ene knyttet til årsverk i USHT, befolkning i vertskommune samt antall kommuner, befolkning og areal i nedslagsfeltet. Dette har blitt brukt til å velge USHT-er for dybdeundersøkelser (se del 2.4 for nærmere informasjon).

2.2 Spørreundersøkelse

Høsten 2023 gjennomførte vi en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt til følgende respondentgrupper:

- Utviklingssentrene
- Vertskommuner
- Omegnskommuner
- Senter for Omsorgsforskning
- Statsforvaltere
- Fylkeskommuner

Totalt 194 respondenter svarte på spørreundersøkelsen. Ingen fylkeskommuner har svart på spørreundersøkelsen. Intervjudata viser også at fylkeskommunene har en perifer rolle i utviklingssentrene. Senter for Omsorgsforskning og Statsforvaltere er slått sammen til én respondentgruppe. De er begge regionale aktører med «skal samarbeid» med USHT-ene. Det var ingen vesentlige forskjeller i svarfordelingen mellom disse to, og vi så det derfor som hensiktsmessig å slå de sammen for å få et høyere antall respondenter og enklere analyse av funn. Noen spørsmål i spørreundersøkelsen er bare rettet mot USHT-ene, Senter for omsorgsforskning og Statsforvalteren. Resultat fra disse spørsmålene er ikke fordelt på ulike respondentgrupper. Se vedlegg 4 for fremstilling av alle svarende fra de lukkede spørsmålene i spørreundersøkelsen.

2.3 Semistrukturerte intervjuer

Vi har gjennomført rundt 40 semistrukturerte intervjuer og gruppeintervjuer med rundt 70 informanter fra følgende virksomheter:

- Helsedirektoratet
- USHT
- Vertskommuner
- Omegnskommuner
- Senter for omsorgsforskning
- Statsforvalteren
- KS
- Helsefellesskap
- Regionalt kompetansekantor (RKK)

Respondentene var ledere av USHT-ene, samt kommunaldirektører, enhetsledere, stabsansatte, seniorrådgivere og prosjektledere fra kommunene, Senter for omsorgsforskning, Statsforvalteren og KS. Som nevnt ovenfor, kom det raskt frem fra intervju at fylkeskommunenes rolle i USHT-enes arbeid er begrenset, og en beslutning ble derfor tatt om å prioritere andre grupper i intervju. Se vedlegg 2 for en mer detaljert oversikt over gjennomførte intervjuer.

2.4 Dybdeundersøkelser

Det er gjennomført dybdeundersøkelser av seks USHT-er. Disse sentrene ble valgt ut basert på fire kvantitative variabler som antas å kunne påvirke sentrenes måloppnåelse:

- Størrelse på geografisk nedslagsfelt (antall kvadratkilometer)
- Antall kommuner i geografisk nedslagsfelt
- Befolkningsstørrelse i vertskommune
- Årsverk ved USHT relativt til befolkning i geografisk nedslagsfelt

Hensikten med disse variablene har vært å sikre en hensiktsmessig grad av representativitet i utvalget, samt at utvalget fanger opp variasjoner mellom sentrene. Variablene har blitt brukt til å vurdere sentrenes overordnede forutsetninger for måloppnåelse, og er ikke en vurdering av sentrenes faktiske måloppnåelse. Se vedlegg 5 for en nærmere beskrivelse av vurderingene fra utvalg av senter for dybdeundersøkelser.

På bakgrunn av disse variablene ble følgende USHT-er valgt ut for dybdeundersøkelser:

- Agder Vest
- Viken (Østfold)
- Trøndelag (Nord)
- Innlandet (Oppland)
- Vestland (Hordaland)
- Nordland

I hver dybdeundersøkelse har vi intervjuet USHT-en og, med unntak av Bergen, vertskommunen, samt gjennomført et gruppeintervju med omegnskommuner. I tillegg har vi intervjuet samarbeidende tjenester som statsforvalter, SOF og KS.

Dybdeundersøkelsene var viktige for å få perspektivene fra de ulike aktørene på sentrenes arbeid. De ga nyttige innblikk i sentrenes egne prosesser, hvordan disse var knyttet opp mot vertskommunen, involveringen av omegnskommuner og samarbeidet med andre regionale aktører.

2.5 Digitalt arbeidsmøte

KPMG har gjennomført et digitalt arbeidsmøte i sluttfasen av evalueringen. Her ble funn og foreløpige anbefalinger presentert. Formålet med arbeidsmøtet var å få innspill til funnene og foreslåtte tiltak. Arbeidsmøtet var også viktig for å validere og korrigere funn og anbefalinger. 42 deltakere, utenom evaluerings-

teamet, deltok i møtet. Deltakerne representerte (med antall deltakere i parentes) USHT-ene (20), vertskommuner (2), omegnskommuner (7), Senter for omsorgsforskning (3), Statsforvaltere (3), KS (2), og Helsedirektoratet (5).

Deltakerne i møtet bekreftet at evalueringens funn var en god refleksjon av situasjonsbildet slik de opplevde det, samtidig som vi fikk flere innspill om nyttige justeringer og presiseringer

I tillegg til prosessene beskrevet ovenfor, har vi også dratt nytte av en pågående dialog med oppdragsgiver. Vi har hatt periodevise statusmøter hvor vi har diskutert progresjonen i evalueringen, behov for ytterligere informasjon og justeringer underveis. Vi leverte også et utkast til rapport for faktasjekk. Denne endelige versjonen av rapporten inkluderer et lite antall korreksjoner, samt mer utfyllende forklaringer på enkelte områder.

3. Bakgrunn

3.1 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling samt spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. USHT-ene er et tiltak i Kompetanseløft 2025, en nasjonal satsning og et virkemiddel for å realisere målene i Morgendagens omsorg, Fremtidens primærhelsetjeneste og Leve hele livet. Jamfør utlysningbrevet er nasjonale satsningsområder for 2023, Leve hele livet reformen, Demensplanen 2025 og kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming.

Helsedirektoratet delfinansierer sentrene gjennom årlige driftstilskudd. Føringer for driftstilskuddet følger av tilskuddsreglementet og årlige utlysningbrev. Vertskommunene er også forventet å bidra med delfinansiering. Sentrene henter samtidig finansiering fra andre inntektskilder.

Det er totalt 21 utviklingssenter, som i hovedsak følger fylkeskommunestrukturen før regionreformen (19 fylkeskommuner). I tillegg er det etablert et utviklingssenter med særskilt ansvar for oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Finnmark (se faktaboks 1 på neste side). Det er også etablert et utviklingssenter for kommunene i opptaksområdet til Helse Fonna HF (i Rogaland og Vestland). En kommune er vertskommune for hvert utviklingssenter. Se Tabell 1 Oversikt USHT-er og vertskommuner for en oversikt over utviklingssentrene og deres vertskommuner.

Vertskommunen skal bidra med med-finansiering av senteret, og er ansvarlig for senterets søknad, handlingsplan, måloppnåelse og rapportering. Utviklingssenteret skal være en ressurs for kommunene i sitt nedslagsfelt. Sentrene skal bidra til utvikling innenfor nasjonale satsingsområder, med utgangspunkt i lokale behov. Dagens vertskommuner ble besluttet i november 2016. Se vedlegg 1 for en mer detaljert oversikt over utviklingssentrene.

Utviklingssenter	Vertskommune
Agder Vest	Kristiansand
Agder Øst	Grimstad
Helse Fonna	Haugesund
Innlandet (Hedmark)	Hamar
Innlandet (Oppland)	Gjøvik
Møre og Romsdal	Ålesund
Nordland	Vestvågøy
Oslo	Oslo
Rogaland	Stavanger
Troms og Finnmark (Finnmark)	Sør-Varanger
Troms og Finnmark (Samisk)	Karasjok
Troms og Finnmark (Troms)	Tromsø
Trøndelag (Nord)	Verdal
Trøndelag (Sør)	Åfjord
Vestfold og Telemark (Telemark)	Porsgrunn
Vestfold og Telemark (Vestfold)	Sandefjord
Vestland (Hordaland)	Bergen
Vestland (Sogn og Fjordane)	Førde
Viken (Akershus)	Lørenskog
Viken (Buskerud)	Drammen
Viken (Østfold)	Indre Østfold

Tabell 1 Oversikt USHT-er og vertskommuner

USHT samisk

USHT samisk har i teorien ansvar for alle kommuner i Finnmark (19). De yter tjenester til nord-samiske språkkommuner. Nordsamisk er det mest utbredte samiske språket og brukes av 90% av samisktalende samer. USHT Samisk innehar i dag ikke tilstrekkelig kompetanse til å yte tjenester til språkkommunene for sør-samisk (Hattfjelldal kommune, Røyrvik kommune, Snåsa kommune og Røros kommune), eller lulesamisk (Tysfjord, Hamarøy, Steigen, Sørfold og deler av Fauske kommune).

Faktaboks 1 USHT samisk

Målgruppen til utviklingssentrene er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingssentrene skal ivareta følgende overfor målgruppen:

- Legge til rette for samarbeid og kunnskap- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket
- Bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis
- 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

Utviklingssentrene skal i tillegg til kommunene samarbeide med statsforvalter, senter for omsorgsforskning, øvrige utviklingssentre og andre aktuelle samarbeidspartnere.

3.2 Historisk bakgrunn

I 1996 ble en nasjonal satsning på undervisningssykehjem inkludert i nasjonalt geriatricprogram. ¹ Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo fikk tilskudd til å utarbeide en nasjonal plan. Fra 1999-2003 ble planen støttet av Sosialdepartementet, med undervisningssykehjem i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I 2001 ble det opprettet et undervisningssykehjem i Karasjok med fokus på den samiske befolkningen. Undervisningssykehjemmene ble etablert

¹ Se USHT-enes hjemmeside for detaljert historie: <https://www.utviklingssenter.no/om-oss/historie>

² NIFU/NIBR (2015)

som en fast ordning i 2004, og ordningen ble utvidet med et nytt undervisningssykehjem i Sogndal. I 2008 var det etablert undervisningssykehjem i alle fylker. I 2009 ble det etablert undervisningshjemmetjenester i alle fylker. Disse ble i motsetning til undervisningssykehjemmene organisert etter en modell der alle enheter ble tildelt samme ansvar og oppgaver i sitt fylke.

I 2011 ble det vedtatt å slå Undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene sammen til utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Som undervisningshjemmetjenestene ble USHT organisert som enheter med samme ansvar og oppgaver. NIBR/NIFU gjennomførte i 2015 en evaluering av USHT-ene. På dette tidspunktet var det 38 utviklingssentre til sammen (to senter per fylke). Samtidig var sammenslåingen av undervisningssykehjemmene og undervisnings-hjemmetjenestene til USHT pågående. Evalueringen konkluderte med at den eksisterende strukturen ikke var optimal, særlig i henhold til å nå små kommuner. Evalueringen foreslo mulige alternative strukturer, herunder å *reduere strukturen fra to utviklingssentre til et USHT i hvert fylke som har ansvar tilsvarende det de har i dag.* ²

Helsedirektoratet gjennomførte en bred innspillsprosess etter evalueringen som ble oppsummert i et innspillsnotat. ³ Noen av hovedfunnene var:

- USHT lykkes med mye, og har høy aktivitet
- Vertskommunemodellen er hensiktsmessig
- Ønske om mer forutsigbar finansiering og mindre rapportering
- Ønske om tydeligere rollebeskrivelser og tettere oppfølging
- Behov for ny nasjonal strategi
- Navnet USHT reflekterer ikke bredden i helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratets overordnede vurdering var at utviklingssentrene fortsatt burde gis en sentral rolle i videreutviklingen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig var det for stor variasjon mellom sentrene når det gjaldt styring og gjennomføringsevne. Helsedirektoratet foreslo derfor et utvidet virkeområde, samtidig som virkeområdet spisses og tydeliggjøres. Helsedirektoratet gav videre et sett med anbefalinger med formål om å styrke utviklingssentrene for å sikre mer robuste fagmiljø, større gjennomføringsevne og en tydeligere rolle. ⁴

³ Helsedirektoratet (2016)

⁴ Helsedirektoratet (2016)

Utviklingssentrene ble vurdert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2016. I tråd med Helsedirektoratets anbefalinger ble det besluttet å innføre en vertskommunemodell og redusere antall sentre til dagens 21 utviklingssenter. Denne strukturen følger i all hovedsak den daværende fylkesstrukturen.

Hensikten med den nye ordningen var å samle ressurser og kompetanse, samt viktigere rolle i den nye modellen. Vertskommunerollen er politisk forankret, og vertskommunen skal bidra med finansiering av utviklingssenteret.⁵

⁵ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020)

4. Funns: Organisering

USHT-ene styres gjennom årlige utlysningbrev fra Helsedirektoratet som gir føringer på hvilke nasjonale satsninger skal prioriteres. Alle USHT mottar et driftstilskudd, som de rapporterer på til Helsedirektoratet. Rapportering er ikke klart strukturert og USHT-ene tolker rapporteringskravene ulikt. Rapportene har liten verdi som kilder til styringsinformasjon, og brukes i liten grad av Helsedirektoratet. Vertskommune-modellen for USHT-enes organisering fungerer gjennomgående godt, men det er store variasjoner i hvordan USHT-ene er organisert i kommunene. USHT-ene driftstilskudd blir, som navnet peker på, først og fremst brukt til drift av senteret. For sine aktiviteter er sentrene avhengige av å søke tilskudd på en årlig basis. Denne prosessen er ressurskrevende i seg selv, og fører til en korte tidshorisonter er fragmentert, og sentrene bruker mye tid på søknader og rapportering.

I dette kapittelet presenterer vi våre funn knyttet til overordnet styring av USHT-ene, organisering og samarbeid med kommunene, intern organisering i USHT og finansiering av utviklingssentrene.

4.1 Overordnet styring

Utviklingssentrene skal forholde seg til overordnede nasjonale styringsdokumenter for helse- og omsorgsfeltet.⁶ Helsedirektoratet gir årlige føringer gjennom et utlysningbrev som går til vertskommunene. Dette opplyser om det årlige driftstilskuddet, for kommunen å søke på, og føringer for hvilke nasjonale satsningsområder midlene skal brukes til. Satsningsområdet og omfang av tilskudd avklares med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶ Styrende dokumenter som er nevnt på USHT-enes nettside inkluderer: Stortingsmelding 25, (2005-2006) Mestring, muligheter og mening; Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen; Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg; Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet; Overordnet strategi 2011-2015 Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester; Omsorg 2020

Utllysningbrevet for 2023 instruerte sentrene om å «ta utgangspunkt i kommunenes behov og fortsette med nettverksarbeid og det gode pågående arbeidet innenfor de nasjonale satsningsområdene fra 2022», men at årets tilskudd skal dekke de nasjonale satsningsområdene: Leve hele livet reformen; Demensplanen 2025; og kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming.

Det er dette driftstilskuddet som USHT-ene skal levere årlige rapporter på. I disse rapportene skal de rapportere hva de har gjort gjennom året i henhold til plan, samt gi en egen kvalitativ vurdering (høy/middels/lav) av måloppnåelse «sett i lys av søknad og handlingsplan».⁷ Videre skal USHT-ene rapportere i hvilken grad de har lagt til rette for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom kommunene og andre relevante aktører i fylket, i hvilken grad de har samarbeidet med Statsforvalter, og i hvilken grad de har samarbeidet med Senter for omsorgsforskning. I utlysningbrevet for 2023 står det også at utviklingssentrene oppfordres til å «påta seg rollen som leverandør for de nasjonale satsningene på ABC-opplæring» gjennom tilskudd som forvaltes av Statsforvalter.⁸

I tillegg søker utviklingssentrene på andre relevante tilskudd, blant annet fra Statsforvalter, Bufdir og Helsedirektoratet. I rapportformatet for deres rapportering på driftstilskuddet er det en post for rapportering på andre tilskudd senteret har mottatt, men dette fylles ikke inn av alle sentre, og Helsedirektoratet har ikke en samlet oversikt over hvor mye tilskudd hvert senter har søkt på og fått tildelt hvert år.

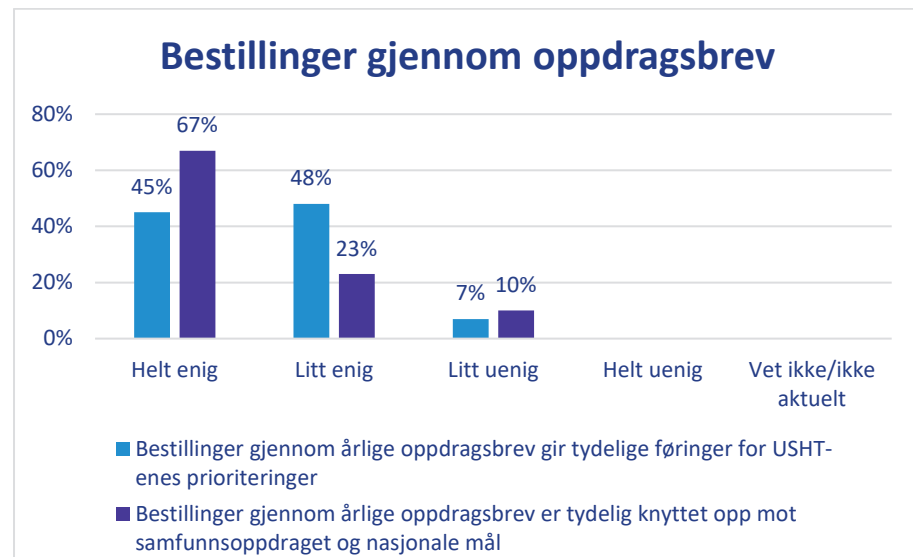
Som Figur 3 under viser opplever respondentene i spørreundersøkelsen fra utviklingssentrene og Senter for omsorgsforskning at bestillinger gjennom

(2015-2020) Regjeringens plan for omsorgsfeltet; Helse og omsorg 21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse.

⁷ Helsedirektoratet (2022a), Regelverk for tilskuddsordning: Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

⁸ Helsedirektoratet (2022c), Utllysning av tilskudd til utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester for 2023

Årlige oppdragsbrev gir tydelige føringer for utviklingssentrenes prioriteringer og er tydelig knyttet opp mot samfunnsoppdraget og nasjonale mål.



Figur 3: Bestillinger gjennom oppdragsbrev.

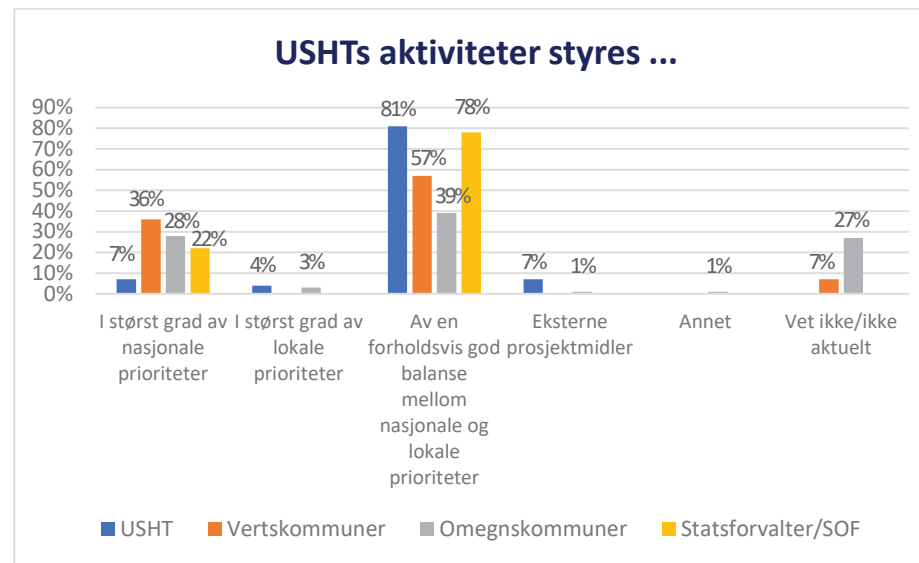
Helsedirektoratet samler rapporter fra USHT-ene, og samlet resultat rapporteres i Helse- og omsorgsdepartementets årlige proposisjoner til Stortinget. Denne rapporteringen er i hovedsak en oppsummering av graden av måloppnåelse. USHT-ene selv får ikke svar eller oppfølging på deres rapporter fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet legger opp til to samlinger i året med USHT-lederne, samt årlig dialog med hver enkelt USHT-leder. Helsedirektoratet sammenstiller ikke noen strukturert informasjon om USHT-enes virksomhet fra disse møtepunktene. USHT-ene og vertskommunene forteller oss også at de ikke er involvert i noen form for samlet vurdering av sine aktiviteter, og de er usikre på om innspillene deres blir tatt hensyn til i planlegging og / eller fastsetting av prioriteter i de årlige oppdragene. De har derfor liten innsikt i hva som ligger bak føringene i oppdragsbrevene.

4.2 Lokal organisering og styring

Innenfor disse rammene, har sentrene fremdeles rom for å tilpasse sine aktiviteter til behov i kommunene i deres nedslagsfelt. Spørreundersøkelsen

(se figur 4) viser at de fleste respondenter i alle grupper mener at USHT-enes aktiviteter styres av «en forholdsvis god balanse mellom nasjonale og lokale prioriteter». Imidlertid er det verdt å merke seg at nesten en tredel av omegnskommunene mente at USHT-ene styres «i størst grad av nasjonale prioriteter».



Figur 4 Balanse mellom nasjonale og lokale prioriteter

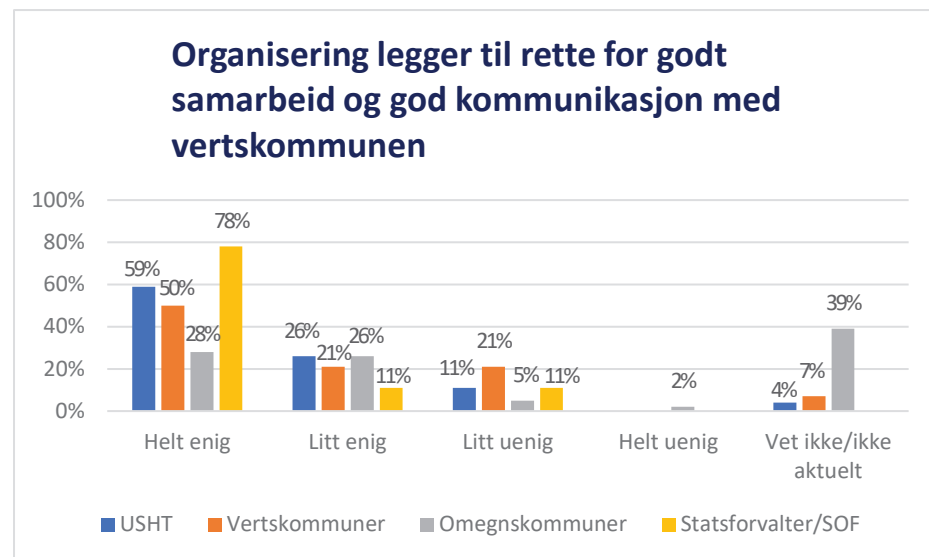
Gjennom intervju hører vi at sentrene søker å tilpasse sine prioriteter til kommunenes behov. Sentrene selv legger vekt på dette. Tilbakemeldinger fra omegnskommunene er, som vi også ser fra spørreundersøkelsen, mer blandede. Mange melder at de ikke føler at de har muligheter for å ha en innvirkning på USHT-enes prioriteringer eller at de ikke har innsikt i hvordan USHT-ene planlegger og prioriterer sitt arbeid. Kommunene som deltar i USHT-enes tiltak, derimot, er ofte fornøyde med hva de får ut av tiltakene.

Det er ingen standard tilnærming fra sentrene i hvordan de involverer kommunene i sin planlegging og prioritering av tiltak. De fleste omegnskommunene etterspør en mer systematisk tilnærming til planlegging.

Det er bred oppslutning om vertskommunemodellen blant evalueringens informanter. Det vises til at de ansatte i utviklingssentrene er kommunalt ansatte og en del av vertskommunen. Dette gir utviklingssentrene legitimitet,

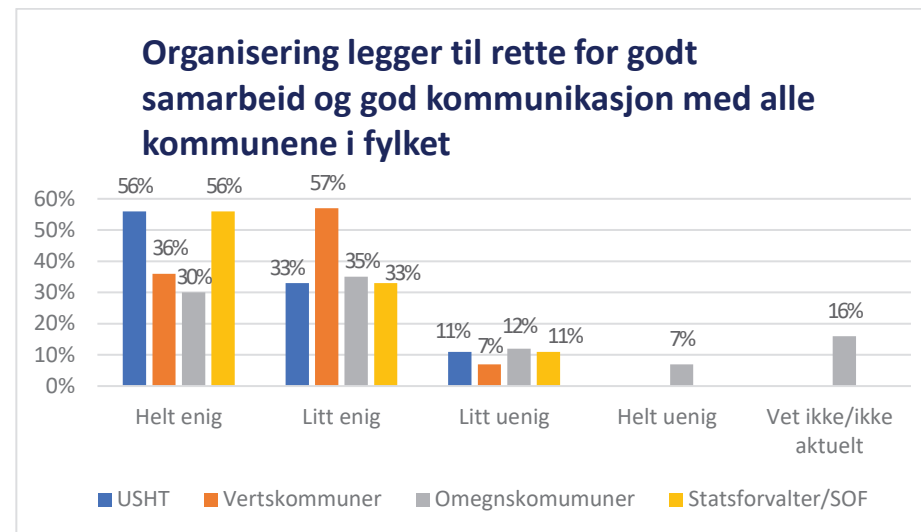
og legger til rette for at utviklingssentrene kan være praksisnære. Det oppleves at utviklingssentrene skiller seg fra andre kompetansesenter ved at de sitter tett på og har bred innsikt i lokale forhold. Slik kan utviklingssentrene være en oversetter som tilpasser nasjonale føringer til lokal praksis. I tillegg kan utviklingssentrene være en pådriver og en tilrettelegger som kan bistå kommunene i implementeringen av de nasjonale føringene. Det påpekes at alternative organiseringer vil skape en større avstand til kommunene, noe som vil være uheldig. Samtidig er styringslinjer, myndighet og grenseganger mellom Helsedirektoratet, vertskommunen og utviklingssenteret noe uklart. Et samlet inntrykk fra flere av intervjuene er av en foreldreløs ordning. USHT-ene er etablert gjennom et vedtak av Helsedirektoratet og får sin grunnfinansiering gjennom driftstilskuddet fra Helsedirektoratet. Samtidig har Helsedirektoratet sterkt begrenset kapasitet og lite styringsinformasjon for styring av sentrene. Sentrene er organisert som enheter som eies av vertskommunene, men de har ikke mandat for å styre sentrene. USHT-ene skal støtte alle kommunene i sine respektive regioner, men det eksisterer ingen faste formelle eller uformelle mekanismer for de å melde om i hvor fornøyde de er med støtten de får.

Vi har i spørreundersøkelsen spurt respondentene om organiseringen legger til rette for godt samarbeid og god kommunikasjon med vertskommunen.



Figur 5: Organisering - vertskommune.

Som figur 5 over viser opplever et flertall i alle respondentgrupper at organiseringen legger til rette for et godt samarbeid og god kommunikasjon. Tilsvarende, som figur 6 under viser, opplever et flertall i alle respondentgrupper at organiseringen legger til rette for godt samarbeid og god kommunikasjon med alle kommunene som utviklingssenteret favner til.



Figur 6: Organisering – alle kommuner.

Vertskommunene har organisert utviklingssentrene på ulike måter. I noen vertskommuner er utviklingssentrene organisert i staben i helse- og omsorgssektoren, og i andre vertskommuner i fagutviklingsvirksomhet. I noen vertskommuner er utviklingssenteret organisert under noen av tjenesteyterne i helse- og omsorgssektoren, som for eksempel sykehjem. Utviklingssentrene er i ulik grad fornøyde med sin interne organisering. Preferansen er å være integrert i kommunens struktur, slik at de også er integrert i vertskommunens eget planleggings- og utviklingsarbeid. Utviklingssentrenes kontorlokalisering varierer også. Noen sitter på kommunens rådhus, noen sitter ute hos tjenesteytere mens andre er samlokalisert med andre samarbeidspartnere som for eksempel universitet/høyskole og Senter for Omsorgsforskning. Utviklingssentrenes interne organisering varierer også, og påvirkes av sentrenes arbeidsoppgaver, prioriteringer og lokal operasjonalisering av nasjonale satsningsområder. De fleste USHT-ene er organisert direkte under vertskommunen, med vertskommunen som arbeidsgiver for alle ansatte. Det vises til at vertskommunemodellen som nevnt over gir USHT legitimitet. I tillegg

USHT Viken (Buskerud) – organisering

I tillegg til vertskommunen Drammen er det inngått samarbeidsavtaler med tre kommuner som samlet sett dekker de geografiske områdene i Buskerud. De tre kommunene bistår med finansiering av hver sin 50 % stilling i USHT. Disse ressursene sitter ute hos de tre kommunene, og er fag- og gjennomføringskoordinatorer for kommunene i nærområdet. Personalansvaret for de ansatte i USHT er delt mellom de fire kommunene, som også har felles beslutningsmyndighet for USHT Buskerud. Det vises til at denne organiseringen gir god forankring av USHT i kommunene i Buskerud, blant annet ved at de desentrale ressursene er tett på kommunene. Samtidig vises det til at det har vært krevende og har tatt tid å få denne organiseringen til å fungere.

Faktaboks 2: USHT Buskerud

gir dette USHT forankring i vertskommunen. Samtidig skaper det en avstand til omegnskommunene, særlig i regioner med store geografiske avstander. Dette påvirker USHT-enes forankring i disse kommunene. USHT Viken (Buskerud) har en annen organisasjonsmodell, med formål om blant annet å sikre forankring i kommunene i Buskerud (Se faktaboks 2).

Flere andre utviklingssentre viser til at de tidligere har prøvd lignende tiltak med desentrale ressurser i omegnskommuner tilknyttet utviklingssenteret, men at de ikke har lykket med å implementere dette. Noen utviklingssentre har også hatt satellitter i omegnskommuner, hvor satellittkommunene har hatt ansvar for å følge opp kommunene i dette området. Disse satellittene har imidlertid blitt lagt ned etter ønske fra satellittkommunene selv. Det er nå en prosess på gang for å sette opp en ny satellitt i Nordland, som blir basert i Studiesenter RKK Ytre Helgeland (RKKYH). RKKYH er et kommunalt oppgavefelleskap eid av kommunene Herøy, Dønna, Lurøy, Træna, Leirfjord, Nesna og Alstahaug. Satellitten blir finansiert av driftstilskudd fra Helsedirektoratet og delfinansiering fra medlemskommunene.⁹

4.3 Finansiering

Utviklingssentrene er finansiert gjennom et driftstilskudd fra Helsedirektoratet
¹⁰ Regelverket for tilskuddsordningen inneholder en oversikt over utviklings-

⁹ Denne informasjonen er fra en email fra RKKYH i avslutningsfasen av evalueringen.

¹⁰ [Regelverk for tilskuddsordning: Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester](#). Oversikten er ikke oppdatert etter kommunereformen. Eidsberg kommune er oppført som vertskommune for USHT Viken (Østfold) i oversikten. Eidsberg kommune er nå en del av den nye kommunen Indre Østfold, som nå er vertskommune.

sentrene, deres geografiske nedslagsfelt og vertskommunene. Vertskommunene søker på driftstilskuddet som gis som en flat sats på ca. 2,5 millioner i året (USHT Nordland får en høyere sats på grunn av sitt store antall kommuner og utstrakt areal). Det er også forventet at vertskommunene bidrar med egenfinansiering av utviklingssentrene. Omfang av egenfinansiering fra vertskommunene varierer stort og der er ingen klare retningslinjer på noen minstekrav.

Det kommer klart frem fra intervju med alle utviklingssentrene at de er avhengige av ytterligere finansiering for å levere på sine samfunnsoppdrag. Utlysingsbrevet for USHT-enes driftstilskudd for 2023 oppfordrer også utviklingssentrene å ta på «seg rollen som leverandør for de nasjonale satsningene på ABC-opplæring» gjennom tilskudd som forvaltes av Statsforvalter.¹¹ Videre er Leve hele livet reformen et av satsningsområdene for USHT-ene for 2023. Nedenfor er en oversikt over tilskudd som Helsedirektoratet har gjort tilgjengelig for kommunene, og gjennom de, USHT-ene, for gjennomføring av reformen.¹²

Kap/post	Tilskuddsordning
Kap 761, post 67	Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
Kap 761, post 67	Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming
Kap 761, post 67	Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester
Kap 761, post 68	Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, med unntak av tilskudd til spredning av velferdsteknologi i kommunene (påbegynte utdanningsløp skjermes)
Kap 761, post 68	Leve hele livet – økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet
Kap 761, post 79	Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver
Kap 762, post 60	Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
Kap 762, post 63	Lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Tabell 2 Tilskuddsordninger for gjennomføring av Leve hele livet reformen

¹¹ Helsedirektoratet (2022c), Utlysning av tilskudd til utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester for 2023.

¹² [Brev fra Helsedirektoratet til landets kommuner: Informasjon til kommunene om kriterier for å bli prioritert i tilskuddsordninger knyttet til Leve hele livet](#). 29.01.2021

Driftstilskuddet for USHT-ene, som for 2023 var på 55,8 millioner for 2023, er inkludert i oversikten (Kap 761, post 761). Det største tilskuddet på listen, «Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd» (Kap 761. 68), var på 345 millioner. Dette tilskuddet er forvaltet av Statsforvalter, som også forvalter «Kompetansetiltak for lindrende behandling» og «Lønntilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie». «Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud» forvaltes av fylkeskommunen. Det er store forskjeller mellom utviklingssentrene knyttet til omfanget av tilskuddsmidler de mottar. Utviklingssentrene har ulike tilskuddspraksis, hvor noen aktivt søker på utlysninger mens andre utviklingssenter ikke søker på tilskudd. Statsforvalterne har videre ulike praksis for tildeling av tilskudd til USHT-ene. Noen gir tilskudd til utviklingssentrene mens andre ikke gir tilskudd. Videre stiller noen statsforvaltere krav til at tildelte midler ikke skal dekke lønnskostnader, mens andre tillater dette.

De fleste tilskuddsordningene fordrer at tildelte tilskuddsmidler brukes innenfor et kalenderår. Dette oppleves som krevende for utviklingssentrene, da det er vanskelig å gjennomføre planlagte aktiviteter innen dette tidsrommet. Det må søkes om forlenging for at utviklingssentrene skal kunne overføre tildelte midler til nytt kalenderår, noe som er tidkrevende. I tilfeller hvor sentrene ikke greier bruke tilskuddene innen slutten av året, må de søke om å få ubrukte midler

Bufdirs bruk av flerårige tilskudd

Bufdirs tilskuddsordning «Tilskudd til tiltak for å bedre levekårene og livskvaliteten til personer med funksjonsnedsettelse» løftes av USHT-ene fram som en modell for flerårig finansiering. Denne tilskuddsordningen er åpen for treårig finansiering. Dette har flere fordeler: Det legger til rette for mer langsiktig planlegging og frigjør ressurser ellers brukt for årlige søknadsprosesser. Lengre planleggingshorisonter åpner også for bedre involvering av målgruppene.

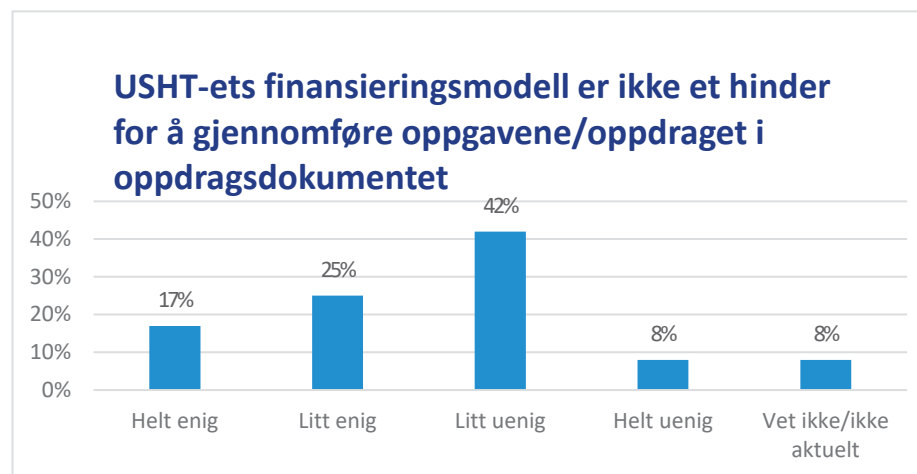
Et vanlig argument mot denne løsningen er at statlige organer må operere ut i fra sine årlige bevilgninger. Bufdir løser dette ved å ta «forbehold om Stortingets årlige bevilgninger». Også for årlige tilskudd gjør Bufdir «forbehold om Stortingets endelige bevilgninger» for legge til rette for en søknadsprosess som ligger i forkant av den statlige budsjettprosessen. Dermed unngår de det kjente problemet om at årlige tilskudd mottas flere måneder etter at året har startet.

Faktaboks 3 Bufdir og flerårige tilskudd

¹³ Se, for eksempel, Bufdir [Rundskriv 07/2023](#). Regelverk for tilskudd til tiltak for å bedre levekårene og livskvaliteten til personer med funksjonsnedsettelse.

overført til neste år. I slike tilfeller vil de også ofte få mindre tilskudd de følgende år ettersom tilskuddsgiver kan si at de da har redusert tillit til at senteret har kapasitet til å bruke midlene effektivt. Dette kan ende i en negativ spiral. I et alternativt scenario hvor sentre får midler tildelt over en flerårig periode, derimot, vil de være mer sannsynlig til å bygge opp kapasitet for bedre bruk av midler og for å få på plass bedre, langsiktige planer. For denne type alternative tilnærming, viser sentrene til eksempler på tilskuddsordninger med treårig periode, som for eksempel Bufdirs tilskuddsordning for personer med funksjonsnedsettelse (Faktaboks 3).¹³

I spørreundersøkelsen har vi spurt respondentene fra USHT-ene, Senter for Omsorgsforskning og Statsforvalter om finansieringsmodellen er til hinder for å gjennomføre oppgavene/oppdraget i oppdragsdokumentet. Som vi ser fra Figur 7, svarer 50 % at finansieringsmodellen er et hinder, og 42 % at den ikke er et hinder for å gjennomføre oppgavene/oppdraget.

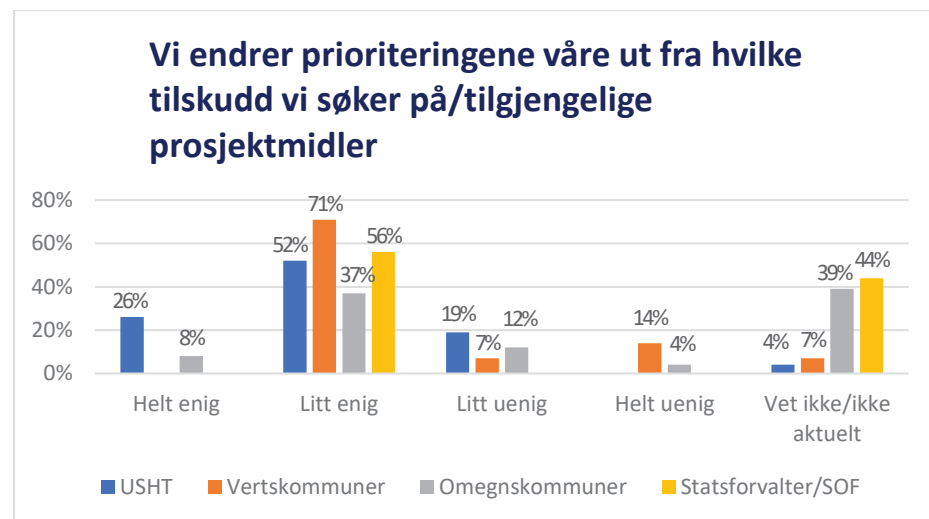


Figur 7 Finansieringsmodell.

Utviklingssentrene bruker mye tid på å søke og rapportere på de ulike tilskuddene. Selv om denne erfaringen kan være nyttig for enkelte kommuner å bruke i egne tilskuddssøknader, opptar dette arbeidet tid og ressurser som utviklingssentrene kunne brukt til oppfølging av kommunene.

Et tilleggsmoment er at tilskuddene betales ut flere måneder etter starten av året, noe som gir problemer med oppstart og kan også gjøre det vanskeligere å bruke opp midlene innen slutten av året, hvilket har følgeeffekter som ekstraarbeid i å søke om overføring til neste år, hvilket ikke alltid blir innvilget, samt at bevilgning under samme tilskudd kan bli redusert i følgende år. Et argument som vi har hørt fra blant annet Statsforvalter, er at når sentrene ikke makter å bruke opp hele tilskuddet innen årets slutt, så tar de dette som et tegn på utilstrekkelig kapasitet. Sentrene på sin side peker at en årsak til denne kapasitetsutfordringen er nettopp at de må søke og rapportere på så mange tilskudd og at de ofte får bevilgningene sent på året.

Tilgangen til tilskudd påvirker utviklingssentrenes prioriteringer, som vi ser fra spørreundersøkelsen (Figur 8). Et flertall av informantene mener at finansieringsmodellen bør forenkles, og at driftstilskudd bør økes for å gjøre de mindre avhengige av øvrige tilskudd. Dette kan tilrettelegge for en mer oversiktlig, forutsigbar og langsiktig finansiering, i tillegg til enklere og mer informativ rapportering.



Figur 8 Prioriteringer

4.4 Rapportering

Utviklingssentrenes tilskuddsrapportering varierer stort. Noen tilskuddsrapporter er korte og relativt overordnede, mens andre er detaljerte og beskriver hvordan utviklingssenteret har jobbet med ulike aktiviteter og tiltak. Det varierer

også i hvilken grad utviklingssentrene svarer på de seks definerte spørsmålene i tilskuddsregelverket. Slik malen er satt opp skal tilskuddsrapportene svare på alle spørsmålene i den samme tekstboksen. I noen rapporter svares alle spørsmålene ut, mens det i andre rapporter svares på noen av spørsmålene. Det varierer også i hvilken grad utviklingssentrene vurderer måloppnåelse i tilskuddsrapportene. I noen rapporter vurderes måloppnåelsen på et overordnet nivå (høy/middels/lav), mens andre i tillegg begrunner måloppnåelsen nærmere.

I noen tilskuddsrapporter er ikke tekstboksene for rapportering på andre inntektskilder og vertskommunens egenfinansiering fylt ut. Det er uvisst om dette skyldes feil inntasting av data i tilskuddsrapporten eller at utviklingssenteret ikke har andre inntektskilder/vertskommunen ikke bidrar med egenfinansiering. Intervjudata viser imidlertid at noen vertskommuner ikke bidrar med egenfinansiering utover logistisk støtte som administrasjon og kontorlokaler.

15 av 21 utviklingssentre utarbeidet en årsrapport for senterets virksomhet i 2022. Det er ikke etablert krav til at utviklingssentrene skal utarbeide årsrapporter. Videre er det ikke etablert en felles mal eller retningslinjer for innholdet i årsrapportene. Dette gir utslag i stor variasjon i årsrapportenes innhold. Årsrapportene inneholder i stor grad informasjon om gjennomførte aktiviteter. Tilsvarende vurderes senterets måloppnåelse i liten grad. Årsrapportene inneholder videre i stor grad beskrivelser av sentrenes samarbeidspartnere. Sentrenes økonomi (blant annet oversikt over mottatte tilskudd og andre inntektsformer, kostnader og budsjett) nevnes i liten grad. Organiseringen og styringen av samt den tilgjengelige kompetansen i utviklingssentrene nevnes i varierende grad.

Informantene har ulike oppfatninger om denne fleksibiliteten, hvor noen er fornøyd med å ha et bredt oppdrag som kan tilpasses lokale behov. Andre informanter ønsker derimot et snevrere og mer tydelig oppdrag. Det vises til at styringen gjennom oppdragene kan bli litt for kortsiktige. Det vises til at de interne prosessene tar tid, både knyttet til å beslutte og forankre satsninger med kommunene, gjennomføring av prosjekter og ikke minst implementering i kommunene. Det er derfor viktig å kunne jobbe strukturert med prioriterte lokale satsningsområder over tid for realisere effekter og gevinster. Et godt eksempel

på dette er USHT Troms og Finnmark (Troms) sin støtte til Tromsø kommune i innovasjonsprosjektet «Farmasøyt i hjemmetjenesten» (se faktaboks 4).¹⁴

Tromsø kommune / USHT Troms og Finnmark (Troms)

Tromsø kommune har i lang tid hatt legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten som et prioritert satsningsområde. USHT Troms og Finnmark (Troms) har bistått kommunen i dette arbeidet. I perioden 2020-2023 gjennomførte Tromsø kommune innovasjonsprosjektet «Farmasøyt i Hjemmetjenesten». Her ble bruk av farmasøyter i klinisk arbeid testet ut. Prosjektet har dokumentert solide gevinster, som bedre dokumentasjon og flere brukere med individuelle tiltaksplaner. Prosjektet vant i 2022 Forbedringsprisen, som deles ut av Helsedirektoratet og I trygge hender 24-7. Tromsø kommune har med bakgrunn i de gode erfaringene fra prosjektet ansatt flere farmasøyter i Hjemmetjenesten.

Faktaboks 4. USHT Troms og Finnmark (Troms)

Hvert utviklingscenter har en handlingsplan for kommende år, som utformes sent forhenværende år. Her blir utviklingscentrenes satsningsområder definert.

Det er ikke definert føringer eller en prosess for hvordan utviklingscentrene skal omsette det overordnede oppdraget til lokale behov og satsninger. Vertskommunene som er ansvarlige for handlingsplanen involveres tett i arbeidet med utforming av handlingsplan og prioritering av satsningsområder. Samtidig varierer involveringen av de andre omegnskommunene i utviklingscentrenes nedslagsfelt stort. Utviklingscentrene har slik i varierende grad oversikt over og innsikt i kommunenes behov.

Utviklingscentrene hadde i perioden 2011-2015 en overordnet strategi, som ikke har blitt fornyet. Noen informanter savner en slik strategi for nåværende tidspunkt, med bakgrunn i et opplevd behov for å tydeliggjøre mål og retning, rolleforståelse og kommunikasjon samt rapportering. Utarbeidelsen av en ny overordnet strategi var også anbefalt av Helsedirektoratet i deres innspill til HOD etter 2015 evalueringen (Helsedirektoratet 2016). Det oppleves også at oppdraget i for liten grad er koordinert med andre aktører som har en rolle på kompetansesiden i primærhelsetjenesten.

¹⁴ Kilde: Tromsø kommune (2022)

5. Funnsatsninger

Kommunene trekker frem USHT som et viktig bindeledd til og en «oversetter» av nasjonale satsinger. Informasjonsomfanget er ofte for stort til at kommunene kan tilegne seg oversikt på egen hånd. I tillegg bidrar USHT-ene med både opplæring og praktisk innføring av nasjonale satsinger og verktøy. Dette kommer frem både gjennom intervju og i spørreundersøkelsen. 73 prosent av respondentene fra omegnskommunene er enten helt eller delvis enig i at USHT er en viktig ressurs for informasjon om og gjennomføring av nasjonale føringer. 86 prosent av vertskommunene sier det samme. Flere kommuner påpeker likevel at det noen ganger kan være utfordrende å tilpasse de nasjonale satsingene, både i omfang og innhold, til deres behov.

I dette kapittelet presenterer vi våre funn knyttet til hvordan USHT-ene bidrar til at nasjonale satsninger blir sett i lokal kontekst, og innført i tråd med lokale behov.

5.1 Identifisering, prioritering og operasjonalisering av nasjonale satsninger

USHT-enes overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. I USHT-enes utlysningbrev for 2023, står det at de skal arbeide med følgende nasjonale satsningsområder:

- Leve hele livet reformen, og herunder
 - lindrende behandling og omsorg
 - pårørendestrategien
 - ernæringsstrategien
- Demensplanen 2025
- Kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming

Ved siden av dette oppfordres USHT-ene til å påta seg rollen som leverandør for de nasjonale satsningene på ABC-opplæring.

Både USHT-ene og kommunene rapporterer om at satsingene til USHT er i tråd med de nasjonale føringene og oppdragsbrevet fra Helsedirektoratet. Siden det nasjonale oppdraget er bredt, forteller USHT-ene at de likevel må prioritere mellom de ulike satsingene, ut fra kommunenes behov og USHT-ets og kommunenes ressurser. USHT-enes svar i spørreundersøkelsen viser også at prioritering og omfang av aktivitet påvirkes av hvilke tilskudd det er mulig å søke på. Gjennom dybdeundersøkelsene kommer det frem at USHT-ene prioriterer ulikt når det kommer til hva de søker på, og hvor mye tilskudd de får. Det kan derfor oppstå en «ubalanse» mellom de nasjonale føringene, med tanke på i hvor stor grad de følges opp av hver enkelt USHT. Flere av utviklingssentrene rapporterer å ha mindre vekt på «Kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming» enn de andre nasjonale satsningsområdene. Dette forklares med tidvis manglende kompetanse innen fagretningen og mindre lokal etterspørsel på dette området fra kommunene.

Mange av respondentene mener at nytten av ABC-opplæringene har vært stor, og at ABC-opplæringene til dels er revitalisert i senere tid. USHT-ene sier de er bevisste på at de nasjonale føringene bør ha en praksisrettet innretning mot kommunene, og særlig ABC-opplæringen oppleves som mer praksisrettet enn de overordnede satsningene som Leve hele livet og Demensplan 2025. Til tross for dette, og til tross for at USHT-ene oppfordres til å påta seg rollen som leverandør for de nasjonale satsningene på ABC-opplæringene, rapporterer ett USHT at de har avsluttet denne satsningen. De mener at det faglige innholdet er godt, men at de tenker ulikt når det kommer til implementering og kunnskapsbaserte prosesser for å skape praktisk og nyttig endring. Det samme USHT-et sier at de også har sluttet å jobbe prosjektbasert, og søker heller ikke prosjektmidler.

5.2 Tilpassing av nasjonale satsninger til lokale behov

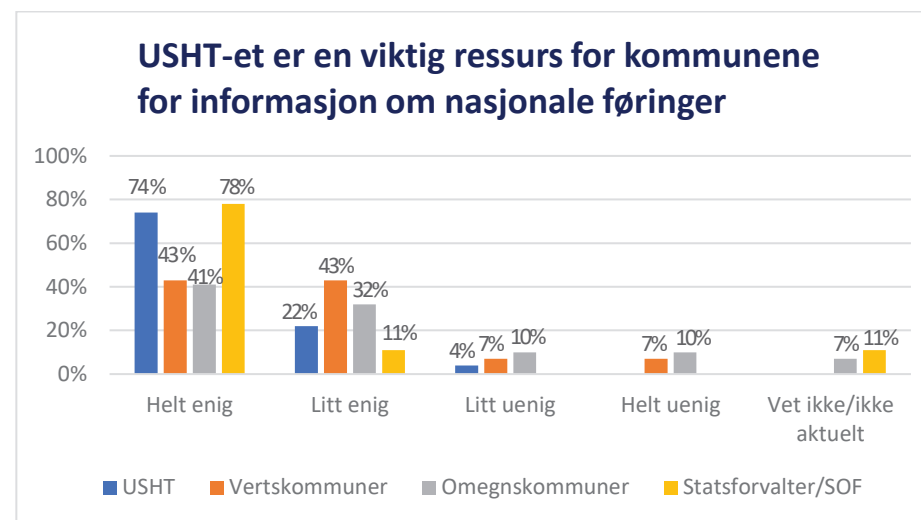
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har som oppgave å bidra til utvikling innenfor de nasjonale satsningsområdene, med utgangspunkt i lokale behov. Derfor må USHT-ene kjenne til de lokale behovene i kommunene. Gjennom en rekke intervjuer har USHT-ene og kommunene svart på hvordan de arbeider med å sikre at USHT-ene er informert om lokale behov. USHT-ene og mange av kommunene forteller at de har en jevnlig og god informasjonsflyt, men at den ikke sikrer systematisk behovskartlegging. Mye av informasjonsflyten foregår muntlig, blant annet gjennom bekjentskap og deltagelse i nettverk og samlinger. De forteller også at det heller ikke finnes bestemte rutiner for å formidle behovene videre til eksempelvis Helsedirektoratet, med tanke på utformingen av de årlige oppdragene.

Til tross for mangelen på systematisk behovskartlegging, opplever både kommunene, Statsforvalteren og USHT-ene selv at de kjenner kommunene godt. Selv om kommunene har ulike behov, uttaler flere kommuner at «de har enda mer til felles». Det er enighet blant en stor del av kommunene om at mange av behovene deres er dekket innenfor de nasjonale oppdragene, blant annet fordi det nasjonale oppdraget i kombinasjon med USHT-enes samfunnsoppdrag favner bredt.

5.3 Implementering av nasjonale satsninger

De fleste respondentene i spørreundersøkelsen er enten «helt enig» eller «litt enig» i at USHT-ene er en viktig ressurs for kommunene, når det gjelder informasjon om nasjonale føringer (se Figur 9). Særlig omegnskommunene har også gjennom intervjuer fremhevet at USHT bidrar til å dekke behovet for «oversetting» av nasjonale satsninger. På denne måten reduseres det totale volumet av informasjon kommunene må forholde seg til. USHT-ene bidrar til å sette de nasjonale føringene i kontekst, noe kommunene drar nytte av.

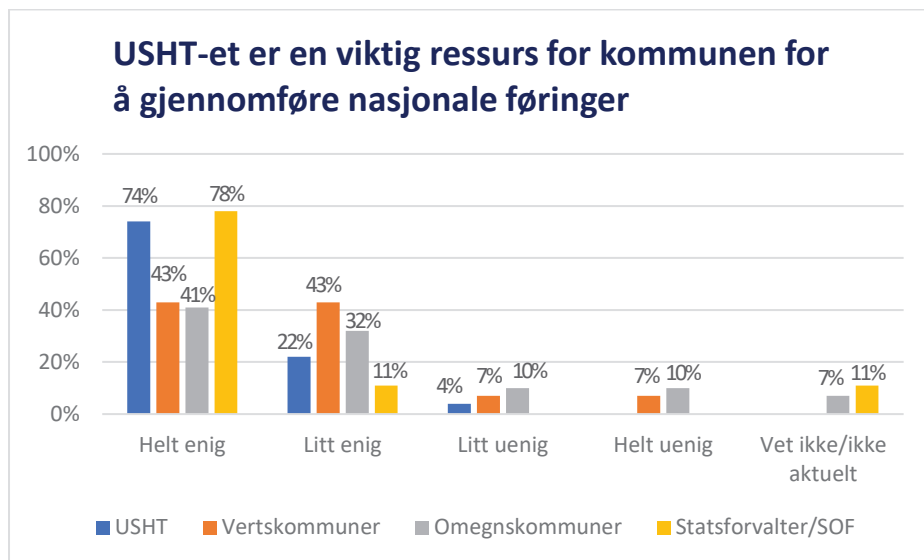
«Vårt bidrag er kanskje mest å oversette forskning og nasjonale føringer opp mot nærhet i tjenestene.» - leder USHT



Figur 9: Informasjon om nasjonale føringer.

I intervjuene med ledere fra USHT-ene kommer det tydelig frem at implementering av nasjonale satsninger tar tid. USHT-ene ønsker derfor et langsiktig perspektiv på de nasjonale satsningene. Flere av lederne poengterer at for kommunene handler det om mer enn mangel på kompetanse. Det handler om å gjøre kommunene i stand til å ta inn over seg endringene som kommer i kommunehelsetjenesten fremover, med «eldrebølgen», redusert økonomisk vekst og mangel på helsepersonell.

Spørreundersøkelsen viser også at respondentgruppene opplever USHT-ene som en viktig ressurs for kommunene når det gjelder å gjennomføre nasjonale føringer (se Figur 10 nedenfor). Flere respondenter peker samtidig på behovet for at enkelte av satsingene går over et lengre tidsrom, og at ett år i denne sammenhengen er lite. USHT-ledere har også uttrykt ønske om at USHT-ene støttes av Helsedirektoratet i forkant av nye satsninger, med tanke på både kompetanseutvikling, opplæring, planlegging og valg av metode og verktøy.



Figur 10 Gjennomføring av nasjonale føringer

5.4 Forskjeller i prioriteringer av aktiviteter

Tilpasning og implementering av nasjonale satsninger varierer mellom USHT-ene. Dybdeundersøkelsene viser forskjeller i hvordan USHT-ene arbeider

metodisk, der noen orienterer seg mer mot prosessimplementering mens andre prioriterer fagsporet. Hva som avgjør hvilken arbeidsmodell hvert USHT arbeider etter, fremstår å være opp til hvert enkelt USHT. Men det påvirkes tilsynelatende også av størrelsen på kommunene USHT-ene bistår. Metodevalget mot de større kommunene bærer preg av økende grad av prosessveiledning. Her legger USHT-ene som har hovedfokuset sitt på prosessveiledning opp til å lære opp instruktører eller forbedringsagenter i kommunene. De oppgir at målet er å gjøre kommunene i stand til å ta drive opplæring lokalt. USHT-ene oppgir at bakgrunnen for å jobbe på denne måten handler om en erkjennelse av at de ikke klarer å endre praksis i kommunene med enkeltkurs eller sporadiske fagkonferanser. Ved bruk av prosessveiledning over tid, sikres kommunenes egen kompetanse til å drive utvikling i større grad. USHT-ene forteller også at kommunene som har ønske om og ressurser til å implementere nye føringer, drar mest nytte av å arbeide på denne måten. Et utviklingssenter som i større grad enn tidligere har lagt vekt på prosessorientering, har valgt å bortprioritere ABC-opplæring.

De minste kommunene har i større grad enn de største kommunene utfordringer med å sette av ressurser til fagutvikling og opplæring. De minste kommunene forteller at de preges mer av den opplevde mangelen på helsepersonell, og at det å trekke arbeidstakere ut av daglig drift er både kostbart og praktisk vanskelig. Dermed er det utfordrende å lære dem opp som instruktører og forbedringsagenter i egen organisasjon. Det gjør dem også mer avhengig av å få kunnskapspåfyll direkte fra fagpersonell i USHT.

6. Funn: Kommunenes opplevelser av USHT-enes støtte

Aktiviteten i USHT-ene fremstår som omfattende sett opp mot tilskuddene de mottar fra Helsedirektoratet. Respondentene er samstemte i at USHT-ene har et bredt spekter av satsinger, og når ut til relativt mange kommuner, til tross for et begrenset driftstilskudd. Det er likevel mange omegnskommuner, særlig blant de minste, som ikke kjenner godt til USHT eller lar være å benytte tilbudet. De som bruker tilbudet, er imidlertid fornøyde. Spørreundersøkelsen viser at fag- og læringsnettverk er i særstilling tilbudet som oppfattes som mest nyttig. Tilrettelegging for samarbeid, samt informasjon og tilrettelegging knyttet til nasjonale føringer, fremheves også som nyttig. Omegnskommunene forteller samtidig at USHT-ene kan bli bedre til å identifisere kommunenes behov og utforme handlingsplanene på en mer strukturert og transparent måte. Det samme gjelder bruk av evalueringer og spredning av beste praksis.

Denne evalueringen har ikke funnet tilstrekkelige empiri for å kunne måle nytten og effekten kommunene har hatt av USHT. De aktuelle effektene kan samtidig være vanskelige å påvise med objektive data. Beskrivelser av nytte og effekt er derfor primært basert på subjektive data hentet gjennom intervjuer, en nasjonal spørreundersøkelse og ulike rapporter. I tillegg kan USHT-ene vise til et stort omfang av aktiviteter som understøtter oppfattelsen av nytte og effekt.

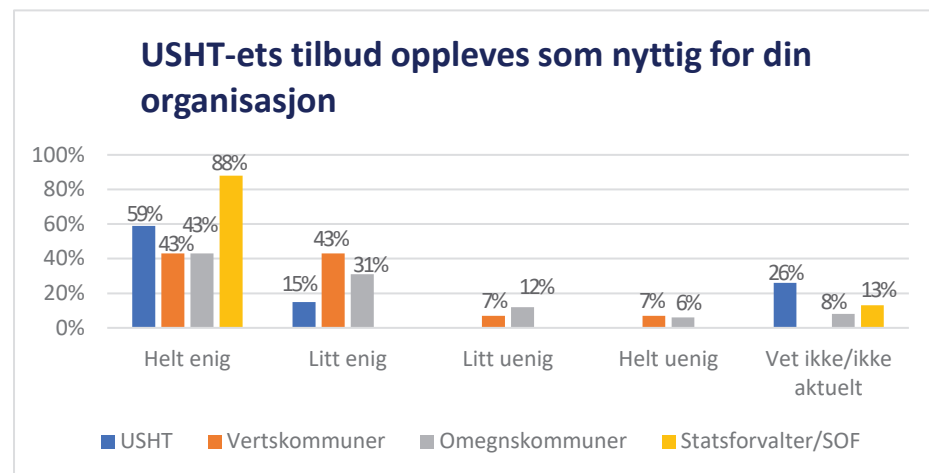
I dette kapitlet presenterer vi våre funn knyttet til hvordan kommunene i utviklingssentrene nedslagsfelt opplever USHT-enes støtte. Her tar vi utgangspunkt i USHT-enes rolle overfor kommunene gjennom det nasjonale oppdraget.

USHT-enes overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. For å oppfylle samfunnsoppdraget skal utviklingssentrene:

- legge til rette for samarbeid og kunnskap- og erfaringsdeling mellom kommunene i fylket
- bidra til utvikling av kunnskapsbasert praksis
- 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

6.1 Kommunenes opplevde nytte

På spørsmål om USHT-enes nytte, svarer et stort flertall av kommunene i spørreundersøkelsen at de er helt eller delvis enig i at USHT oppleves som nyttig for deres organisasjon. Noen flere omegnskommuner svarer at de er uenige eller ikke vet – noe som blant annet kan skyldes manglende kjennskap til USHT. Én vertskommune er delvis uenig, mens en annen vertskommune er helt uenig i at USHT oppleves som nyttig for deres organisasjon. Statsforvalterne er på den andre siden de klart mest positive til den opplevde nytten (se Figur 11).



Figur 11 Svar fra spørreundersøkelsen vedr. nytten av USHT-ets tilbud

Tallene fra spørreundersøkelsen underbygger informasjonen som har kommet frem gjennom intervjuene, der nærmest alle respondentene bekrefter at USHT-ordningen generelt er vellykket. Blant de største utfordringene, nevnes kommunenes egne begrensninger når det kommer til ressurser og muligheter til for å ta folk ut av drift for å benytte tilbudet fra USHT.

I spørreundersøkelsen har respondentene også svart på hva som har vært de viktigste bidragene til utviklingssentrene så langt. Respondentene kunne merke av inntil tre av ni oppgitte alternativer. USHT-ene, vertskommunene og omegnskommunene har listet opp de samme tre viktigste aktivitetene i lik rekkefølge, som vist i (se svar på spørsmål 15 i vedlegg 4, for full oversikt over alternativene).

Det klart mest verdsatte bidraget er fag- og læringsnettverkene. Hele 96 prosent av USHT-ene, 93 prosent av vertskommunene og 79 prosent av omegnskommunene angir dette som viktigst. Gjennom intervjuene kommer det også frem at særlig de små kommunene har behov for å være en del av et større faglig fellesskap, og at de setter pris på den tette oppfølgingen USHT-ene kan gi. De trekker også frem det positive i at de ikke må betale for å delta, men at kostnaden ved å ta ansatte ut av daglig drift likevel kan være for stor. Gjennom nettverk og samlinger skapes det også kontakter og kjennskap, som oppleves som nyttig i etterkant. I den forbindelse er det også verd å merke seg at «Tilrettelegging av samarbeid mellom kommune og/eller andre aktører» rangeres som det nest viktigste bidraget, i spørreundersøkelsen.

Alternativ	USHT	Vertskommuner	Omegnskommuner
Fag- og læringsnettverk	96 %	93 %	79 %
Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører	70 %	57 %	38 %
Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer	67 %	50 %	34 %

Tabell 3: De tre viktigste bidragene så langt

USHT-ene arrangerer fag- og læringsnettverk for ulike satsninger, der nettverkene også fungerer på ulike måter. Læringsnettverk er en metode for innføring av forbedringstiltak, der tverrfaglige forbedringsteam deltar på flere samlinger over en periode på opp mot et år. Fagnettverk er derimot en arena for spredning av fagkunnskap, gjerne gjennom foredrag og diskusjoner med fagekspert. I tillegg bruker USHT nettverk for å dele erfaringer fra ulike satsninger og prosjekter. Mens noen USHT-er satser stort på læringsnettverk, prioriterer andre USHT-er fag- og læringsnettverk. USHT-ene informerer om at forskjellene skyldes ulike erfaringer med nettverkene, kommunenes tilbakemeldinger samt egne prioriteringer.

«Utviklingssentrene har en veldig viktig rolle som pådriver for fagutvikling og implementering av beste praksis i kommunene. Det er lite fagutvikling som foregår i kommunen generelt. Så viktig at dette tilbudet eksisterer» - kommunalt ansatt.

«Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer» kommer frem som det tredje viktigste bidraget til USHT, i spørreundersøkelsen. Selv USHT-ene, vertskommunene og omegnskommunene alle har rangert bidraget som det tredje viktigste, er spredningen i svarene større hos omegnskommunene (34 prosent) enn hos USHT-ene (67 prosent).

Av andre satsinger som trekkes frem gjennom intervjuene, nevnes både ABC-opplæringene og prosessveiledning generelt. Det er laget ABC-opplæring innenfor flere tema og fagfelt, og de oppleves av mange som både nyttige og

praksisnære. Ett USHT har likevel avsluttet denne satsningen, blant annet med bakgrunn i evalueringer hos kommunene og oppdatert kunnskap om implementering og prosessveiledning for å skape praktisk og nyttig endring. Det er også verd å merke seg at «formidling av forskning» og «innføring av e-helseløsninger» er blant alternativene som skårer lavest i spørreundersøkelsen, både når det gjelder de tre viktigste bidragene fra USHT så langt, og ønsker om fremtidige satsinger.

Gjennom egevaluering til USHT Viken (Buskerud), kommer blant annet følgende om å ta i bruk ny kunnskap frem:

«Det er viktig å presisere at det er variasjon i svarene og det er ulikheter mellom kommunene. Men funnene i evalueringen understøtter fortsatt kartleggingene USHT gjorde i 2021, som viste at ressurspersoner opplever at det er krevende å ta i bruk ny kunnskap. Det som fremheves i funnene er at man ikke har systematisk plan for å følge det opp i egen kommune. Ledere svarer at man har systemer, men opplever at kompetanse ressurspersoner utvikler, ikke gir økt kompetanse- eller kvalitetsutvikling i egen kommune. Svarene mellom de ulike nivåene er divergerende og også kjent innenfor faktorer for endring og utvikling.

Dette viser at gapet mellom hva ledere tror skjer og hva ressurspersoner sier hva som faktisk skjer, er til stede. Og dette må USHT ta inn i planlegging av egen aktivitet for å støtte opp om de faktorer som vi vet bidrar til at virkningsfull kunnskap tas i bruk, tilpasses kontekst, er ressurseffektive og innfrir behovene og målene ut fra den enkelte kommunes behov.»¹⁵

6.2 USHT-enes kjennskap til kommunenes behov

USHT-ene jobber tett på kommunene, og forteller at de kjenner generelt godt til deres behov. Behovene er sentrale når USHT-ene skal utarbeide sine handlingsplaner og planlegge aktiviteter. USHT-ene forteller at kjennskapet til behovene opparbeides særlig i forbindelse med at kommunene deltar i ulike prosjekter, nettverk og møtearenaer.

Selv om USHT-ene evaluerer enkeltsatsinger og gjennomfører spørreundersøkelser for å avdekke kommunenes ønsker og behov, gjøres dette i liten grad systematisk. Noen USHT-er har en planlagt prosess for å få kommunenes innspill til årets oppdrag og handlingsplan, men flere

omegnskommuner opplever likevel at de ikke er tilstrekkelig involverte. Til tross for enkelte unntak, er USHT-enes prosesser også i liten grad skriftliggjorte. Siden kommunenes deltakelse i USHT-enes aktiviteter og arenaer varierer, og for enkelte omegnskommuner ikke finner sted, mener både USHT-ene og omegnskommunene at USHT kan ha et noe skjevt bilde av behovene.

En del av den manglende involveringen av kommuner kan også skyldes interne forhold i kommunen. I intervjuer har flere pekt på risikoen for at enkeltpersoner ikke formidler aktuell informasjon de har fått til sine kolleger. Kommunene forteller at de heller ikke har noen faste prosesser eller bruk av maler for å spille inn behov til USHT-ene. Kommunene erkjenner at de derfor kan gjøre mer selv, for å sikre at deres behov blir gjort kjente. Samtidig har mange av kommunene de samme hovedutfordringene, som USHT-ene sier de kjenner godt til.

USHT Buskerud er det senteret som har gjort mest for systematisere innhenting og bruk av informasjon fra kommunene, som beskrevet i Faktaboks.

USHT Buskerud – systematisk innhenting og bruk av informasjon fra kommunene

USHT Buskerud gjennomførte i 2020 en evaluering av organisasjonsform, rolle og funksjon. Denne viste at USHT Buskerud måtte jobbe mer systematisk i samhandlingen med kommunene. På bakgrunn av denne evalueringen ble det i 2021 gjennomført en kartlegging for å hente kunnskap om status på innsatsområder for den enkelte kommune. Kartleggingen la grunnlaget for USHT-ets dialog med den enkelte kommunen. Kartleggingen viste at kommunene har redusert kapasitet og mulighet til å ta i bruk kunnskapsbasert praksis for å styrke kvaliteten i egne tjenester. Det ble så gjennomført en ny evaluering i 2022. Evalueringen identifiserte flere forbedringspunkter knyttet til USHT-ets arbeid opp mot kommunene. Dette ble fulgt opp i handlingsplanen for 2023. Alle de tre evalueringene / kartleggingene har blitt bruk til å endre USHT-ets rolle og arbeidsprosesser, med mål om å være en støttespiller i kommunenes implementerings- og forbedringsarbeid.

Faktaboks: 5 USHT Vikens (Buskerud) systematiske innhenting og bruk av informasjon fra kommunene

Gjennom blant annet spørreundersøkelsen er respondentene spurt om hvilke tiltak USHT bør prioritere fremover. Svaralternativene var de samme som i spørsmålet om USHT-enes viktigste bidrag så langt. Som tabellen nedenfor viser, har respondentene, med unntak av alternativ tre hos omegns-

¹⁵ Aarons, G.A. et al. (2016), Borge, R.H. et al (2021) og Mekki, T.E. et al (2017)
<https://www.utviklingssenter.no/buskerud?iid=22853&pid=Utviklingssenter-BasePage-DocumentStorage.Native-InnerFile-File&attach=0>

kommunene, oppgitt de samme svarene som i spørsmålet om de viktigste bidrag så langt. Det indikerer at USHT har truffet godt satsingene hittil. Men mens USHT og Vertskommunene har «Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer» på tredjeplass, vil omegnskommunene (35 prosent) heller prioritere «digitale kurs og verktøy». Kun 15 prosent av USHT-ene svarte det samme. Og mens 15 prosent av omegnskommunene vil prioritere støtte til innføring av e-helseløsninger, vil ingen av USHT-ene prioritere dette (se svar på spørsmål 17 i vedlegg 4, for oversikt over alle svarene).

USHT	Vertskommuner	Omegnskommuner
Fag- og læringsnettverk (78%)	Fag- og læringsnettverk (64%)	Fag- og læringsnettverk (71%)
Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører (70%)	Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører (50%)	Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører (42%)
Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer (56%)	Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer (50%)	Digitale kurs og verktøy (35%)

Tabell 4: De tre viktigste tiltak som bør prioriteres.

6.3 Kommunikasjon

Både omegnskommuner og USHT-er informerer om at flere omegnskommuner enten ikke kjenner til USHT eller er usikre på hva de kan få hjelp til. Siden det er mange aktører som jobber med de samme temaene, og tallet på møtearenaer er stort, sier omegnskommunene også at det kan være vanskelig å orientere seg blant aktørene og tilbudene. Gjennom året får kommunene en

rekke henvendelser, og da blir det utfordrende å vite hva de skal bruke de begrensede ressursene til. Samtidig etterlyse flere kommuner et årshjul for USHT-ets aktiviteter, slik at de har bedre tid til å planlegge for å frigi folk fra driften.

Både kommunene og USHT-ene selv bemerker at det nasjonale nettstedet brukes for lite. Flere USHT-er har egne nettsider, gjerne via vertskommunen. Ellers benyttes sosiale medier mye – særlig Facebook. Sistnevnte omtales for øvrig som nyttig av kommunene, og enkelte respondenter sier det er nødvendig avbrekk fra en arbeidshverdag der e-poster «drukner i en overfylt innboks». Likevel sier USHT-ene at de vektlegger nyhetsbrev via e-post som en viktig informasjonskanal. Om disse skal nå frem, krever det imidlertid at USHT-ene jevnlig vedlikeholder distribusjonslistene sine. I tillegg krever det ofte at mottakerne i kommunene videresender relevant informasjon til sine kolleger. Dette oppfattes som en «sårbar» kommunikasjonskanal, da informasjonen ofte stopper opp hos den første mottakeren.

Flere kommuner og noen USHT-er har etterlyst en idébank eller et sted å dele informasjon og verktøy, først og fremst for at kommunene skal kunne søke seg frem til informasjon og verktøy de har bruk for. Det skjer til tross for at de nasjonale nettsidene til USHT allerede inneholder både en idébank og en ressursbank. Flere omegnskommuner benytter de lokale nettsidene til deres nærmeste USHT, i tillegg til Facebook, og går dermed glipp av informasjonen som er tilgjengelig på den nasjonale siden.

På spørsmål om i hvilken grad USHT-ene har planlagt og tenkt gjennom hvordan de kommuniserer og profilerer seg, svarer flertallet at de ikke har noen gjennomtenkt kommunikasjonsplan eller profil. De har heller ikke kartlagt interesser og identifisert deres kommunikasjonsbehov på en systematisk måte. Enkelte som har benyttet seg av profesjonelle kommunikasjonsressurser har imidlertid opplevd god respons, og blant annet en økning i antallet påmeldinger til aktiviteter. Dette, i kombinasjon med flere av kommunenes manglende kjennskap til USHT, har ført til en erkjennelse blant flere USHT-er at de kan ha behov for og nytte av en mer planmessig og profesjonell tilnærming til kommunikasjon.

7. Funn: Samarbeid

Gjennom årsrapportene og intervjuene viser USHT-ene til at de samarbeider med en rekke aktører. USHT fungerer både som en ressurs i prosjekter og utviklingsarbeid, og som et bindeledd mellom aktører. Statsforvalteren løftes frem som en særlig viktig samarbeidspartner. Samtidig har Statsforvalteren ulike roller, der noen aktører finner det utfordrende at Statsforvalteren skal drive med utvikling og samarbeid, i den samme virksomheten de skal føre tilsyn med. Samarbeidet med SOF fremstår som tett, men varierer mellom USHT-ene. USHT er samtidig et viktig bindeledd ut mot kommunene. USHT samarbeider også med andre aktører, og er representert i ulike arenaer og konstellasjoner. Til tross for enkelte hensiktsmessige strukturer, som det regionale støtteapparatet knyttet til Leve hele livet, oppleves koordineringen og samkjøringen opp mot en del aktører som utfordrende. I den forbindelse peker flere på et vesentlig potensial for bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

I dette kapittelet presenterer vi funn knyttet til hvordan USHT-ene samarbeider med Statsforvalteren og Senter for omsorgsforskning (SOF) for å prioritere, tilrettelegge og samarbeide om kompetansetiltak. I tillegg omtales samarbeidet med KS og helsefellellskapene, og hvordan de ulike USHT-ene samarbeider med hverandre.

7.1 Samarbeid med statsforvalter

Alle sentre sier de samarbeider tett med Statsforvalter, ikke minst fordi alle sentre søker på og mottar tilskudd fra Statsforvalter. Samarbeidet sammenfaller med Statsforvalterens rolle innen formidling, veiledning, tilsyn og kontroll på sentrale samfunnsområder, der kommunene er gitt ansvaret for å iverksette tiltak. Statsforvalter har også et særlig ansvar for å samordne statens virksomhet i fylket. Samtidig med at Statsforvalteren er en viktig samarbeidspart, kan det også noen ganger oppleves som utfordrende at statsforvalteren har flere roller.

Respondentene forteller om mange aktører som arbeider med kompetanseheving innenfor helse- og omsorgsfeltet, gjennom forskjellige programmer og

satsinger. Dette skaper noen ganger et uoversiktlig bilde for kommunene. Særlig mindre omegnskommuner sier de kan slite med å svare på alle henvendelser, og ha oversikt over hva som er nødvendig og rett å delta på, ut fra kommunens ressursituasjon og behov. Samtidig omtales regionale aktører som USHT og Statsforvalteren som viktig for å identifisere og definere behovene kommunene har, og få på plass mer samordnet kommunikasjon og planlegging av aktiviteter. Som et ledd i dette, utarbeider Statsforvalteren «kommunebilder», som gir oversikt over kapasitet og utfordringer i kommunene ¹⁶ Her bruker de informasjon fra blant annet offentlig tilgjengelige registre og embetets inntrykk av kommunen som helhet, for å vise hvilke områder kommunene har behov for å utvikle og forbedre.

Statsforvalteren i Trøndelag – bidrag til kompetanseheving

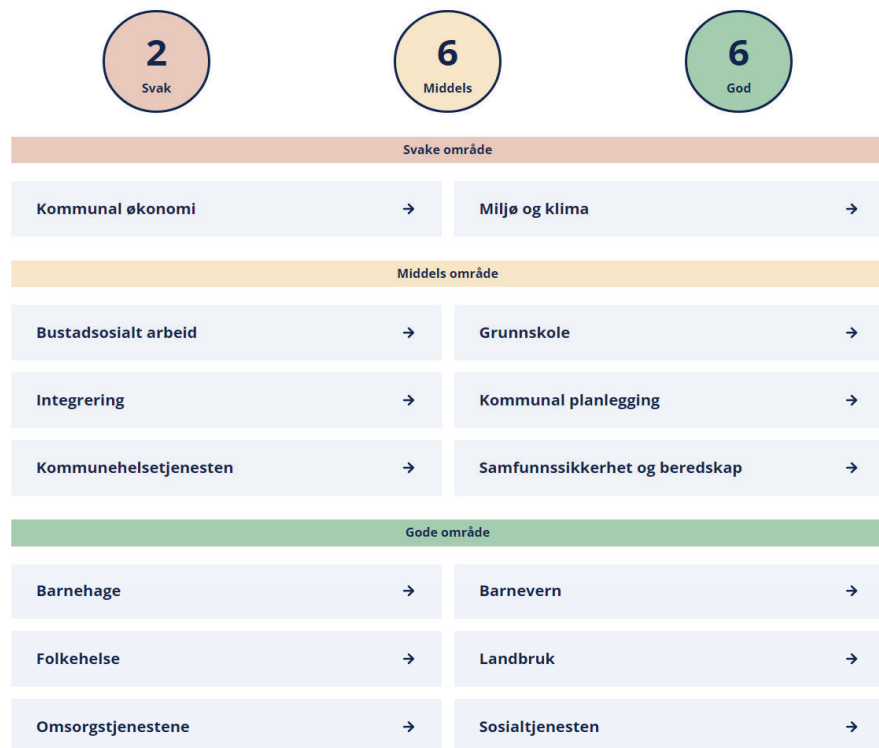
Statsforvalteren i Trøndelag er blant statsforvalterne som har kommet lengst i en systematisk driver kunnskaps- og kompetanseheving for USHT og omegnskommuner. Statsforvalteren kartlegger behovene for kommunene samlet i regionen, og deler resultatene fra kartleggingen med USHT. Det bidrar til å unngå dobbeltarbeid. Etter gjennomførte tilsynssaker, tilbyr Statsforvalteren kompetanseheving innenfor områdene med størst behov.

Faktaboks 6: Statsforvalteren i Trøndelag – bidrag til kompetanseheving

Et eksempel på et kommunebilde for en kommune er vist i Figur 12. Kommunebildet er satt opp som et dashboard. Tallene øverst viser til antall svake (2), middels (6) og gode (6) områder i eksempelkommunen. Nedenfor listes de svake, middels og gode områdene opp. Dashboardet er satt opp slik at leseren kan gå videre inn på det enkelte området, og gå videre til såkalte områdebilder.

¹⁶ <https://kommunebilde.statsforvalteren.no/>

Statsforvaltaren sitt hovudbilete av kommunen



Figur 12 : Eksempel på "kommunebilde", fra nettsiden til Statsforvalteren i Vestland

7.2 Samarbeid med senter for omsorgsforskning

For aktørene som kjenner SOF, fremstår de ofte med en tilstrekkelig klar rolle. Respondentene informerer imidlertid om at omfanget av samarbeidet mellom SOF, USHT og kommunene varierer, selv om det betegnes som et «skal»-samarbeid i USHT-enes oppdragsdokument. Det kan blant annet skyldes at noen USHT-er er samlokaliserte med SOF, og at noen USHT-er finansierer en stillingsbrøk i SOF. Oppfatningen blant partene er at dette øker samarbeidet mellom SOF og USHT.

Samarbeidet med SOF beskrives av flere av USHT-ene som både viktig og nyttig. SOF bistår sentrene som en ressurs for å oppsummere forskning, og i større prosjekter, og bidrar på den måten til å fremme kunnskapsbasert praksis. SOF arrangerer også blant annet «fagwebinarer» med utviklingssentrene.

Kommuneforskningsprogrammet og tilsvarende satsinger løftes frem som vellykket. Programmet har som mål å fange opp forskningsbehov i kommunene, og koble dette mot studenter som skal skrive masteroppgaver. På den måten får studentene mulighet til å skrive om relevante problemstillinger gjennom et praksisnært miljø, samtidig som kommunene kan nyte godt av økt forskningskapasitet og mer relevante forskningsresultater.

USHT-ene deltar også i flere tilfeller i forskningen som utføres av SOF. I flere regioner driver SOF følgeforskning på USHT-enes arbeid. Eksempel på dette er forskning på læringsnettverk som metode. Forskingen som publiseres av SOF anses av SOF og USHT som tiltrengt tilbakemelding på effekten av USHT-enes arbeid. SOF bidrar dermed til at USHT-ene når målet om at de skal medvirke til og tilrettelegge for forskning som er praksisnær og relevant for kommunale helse- og omsorgstjenester.

«Når vi går inn i forskningsprosjekter med SOF er vi ikke bare dataleverandør. Vi får en merverdi for begge parter ved at vi kommer med praksisnært innhold» - leder USHT.

SOF Vests samarbeid med USHT-ene

Senter for omsorgsforskning Vest har en arbeidsmetode som inkluderer utviklingssentrene og Statsforvalteren. De arrangerer et seminar over to dager, der alle de fire utviklingssentrene og Statsforvalteren møtes. De beskriver og velger en satsing på bakgrunn av kommunenes behov og USHT-enes oppdrag, som følges opp av aktørene det kommende året. I 2023 valgte de å jobbe med verktøy for beslutningsstøtte. I 2024 samles de på nytt, for å velge det neste innsatsområdet.

Faktaboks 6: SOF Vest

7.3 Samarbeid med andre aktører

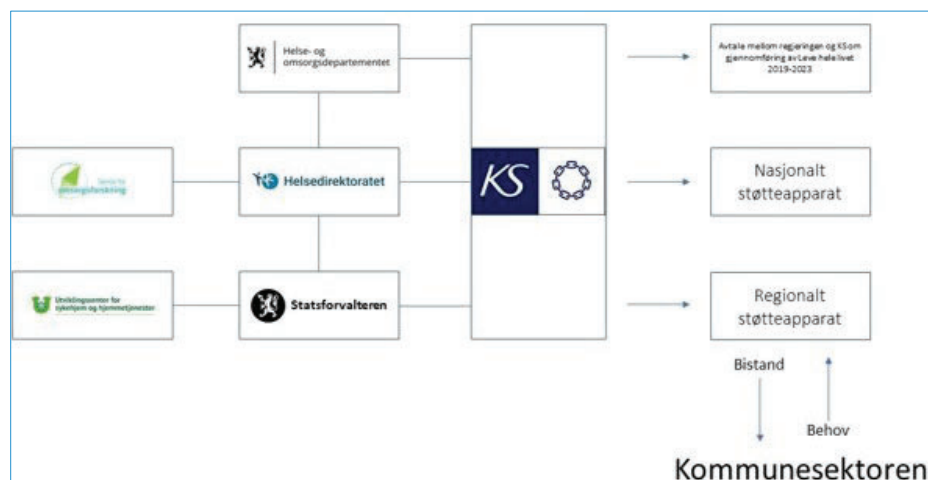
Både USHT-ene og Statsforvalteren påpeker at det finnes flere aktører og samarbeidskonstellasjoner som har delvis overlappende oppdrag. Aktørene fremstår også generelt som for lite koordinerte. Samkjøring avhenger gjerne av

personlige initiativer, og det er utfordrende å koordinere alle relevante aktører, blant annet grunnet ulike styringslinjer og finansieringskilder. I intervjuene med USHT-ene kommer det fram at organiseringen av samarbeidet med eksempelvis interesseorganisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner og andre kompetansemiljøer varierer. USHT-ene sier samtidig at de har god oversikt over aktørene, og at de ikke har behov for å redusere antallet aktører de samarbeider med. De kan likevel bli bedre koordinerte. Nedenfor omtales to av de mest sentrale aktørene / arenaene som trekkes frem i den forbindelse.

KS

På samme måte som med andre samarbeidsaktører, så varierer koblingen mot KS mellom regionene. Både USHT og KS anser likevel samarbeidet som viktig, og en del av satsingene de har overlapper hverandre. KS har også deltatt i de fylkesvise fag- og samarbeidsrådene.

Kommunene benytter verktøy utarbeidet av KS, eksempelvis veikart for innføring av nye metoder. KS omtales som en sentral aktør og samarbeidspart i arbeidet med Leve hele livet-reformen, der både USHT og KS er en del av det regionale støtteapparatet. Økt samarbeid mellom USHT-ene og KS, med særlig oppmerksomhet på koordinering av bistanden, fremheves av USHT og KS som en fordel for alle parter. Både USHT-ene, kommunene og KS selv mener det ligger et uførløst potensial i økt samarbeid mellom USHT-ene og KS.



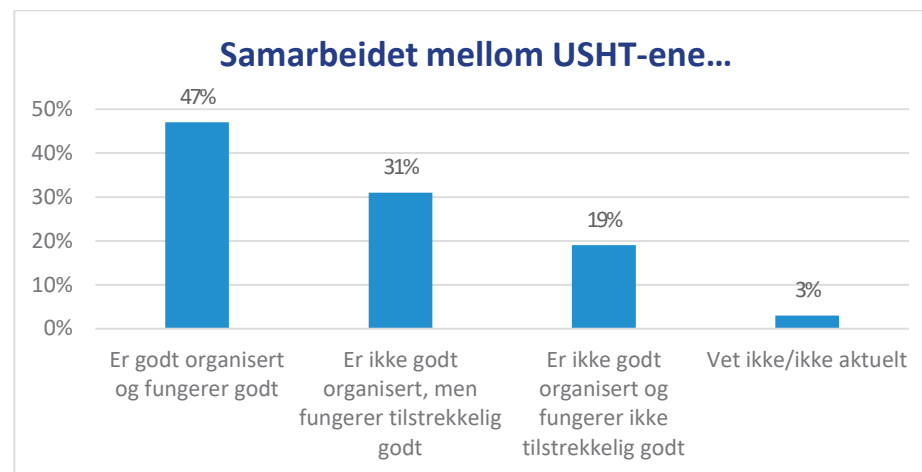
Figur 13 Organiseringen av støtteapparatet for "Leve hele livet"

Helsefellesskapene

Noen USHT-er har vært involvert i opprettelsen av helsefellesskapene, mens andre er invitert inn som deltagere i senere tid. Andre USHT-er har enten ikke lyktes med å få innpass, eller sett behovet for dette ennå. Kommunene beskriver samtidig helsefellesskapene som en viktig arena for utviklingen av tjenestene i kommunene. USHT-ene skal i tråd med oppdraget sitt søke samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og helsefellesskapene er en av få naturlige veier inn i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Pasientforløp på tvers av tjenestene betegnes av flere som en fremtidig mulighet og utfordring. Økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er viktig for både pasientene og fagfolkene ute i kommunene. Gjennom deltagelse i helsefellesskapene kommer USHT-ene tett på utfordringsbildet i kommunene. Helsefellesskapene er på denne måten ansett av flere som en svært nyttig arena for USHT-ene, både for å orientere seg om utfordringene og bidra til løsningene.

7.4 Samarbeid mellom utviklingsentrene



Figur 14 Samarbeid mellom USHT-er

I spørreundersøkelsen har vi spurt USHT-ene, Senter for omsorgsforskning og Statsforvalteren om hvordan de opplever at samarbeidet mellom de ulike utviklingsentrene fungerer. Figur 14 ovenfor viser at rundt halvparten opplever at samarbeidet er godt organisert og fungerer godt, mens halvparten mener det

er et forbedringspotensial når det kommer til organiseringen av samarbeidet. 31 prosent svarer at samarbeidet ikke er godt organisert, men fungerer tilstrekkelig godt. 19 prosent svarer at samarbeidet verken er godt organisert eller fungerer tilstrekkelig godt.

Intervjudataene gir et nærmere bilde på hvordan samarbeidet mellom utviklingssentrene fungerer. USHT-lederne har kontakt med hverandre, blant annet gjennom teams-møter annenhver uke. Kontakten er imidlertid ofte uformell. USHT-ene opplever selv at de har et forbedringspotensial knyttet til samkjøring og koordinering, blant annet fordi de ikke deler løsninger på en systematisk måte. Kurs, videoer, prosedyrer, evalueringer eller andre resultater fra utviklingssentrenes arbeid deles kun sporadisk, eller mellom et fåtall sentre.

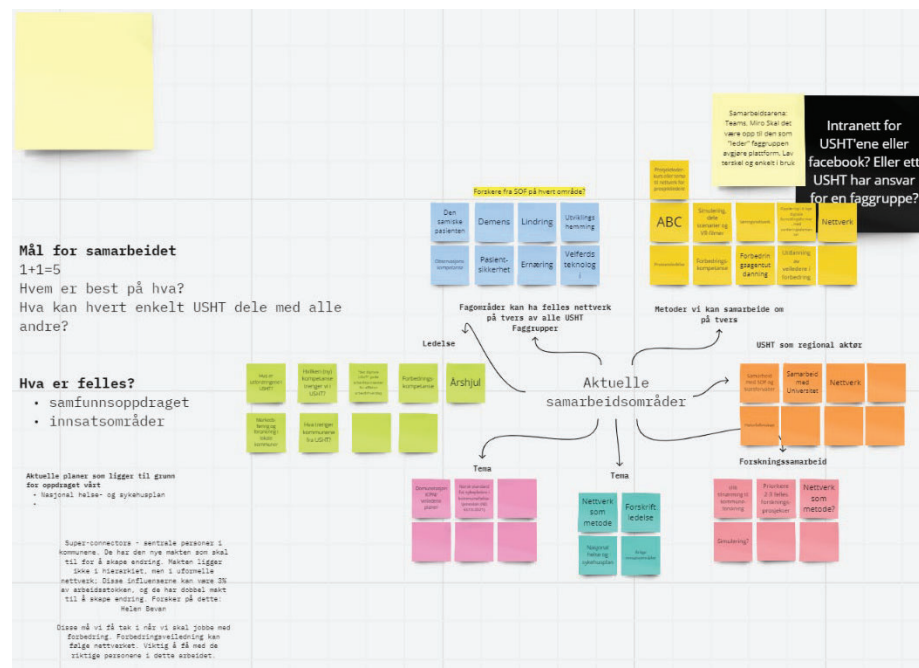
Utviklingssentrene selv ønsker mer samarbeid og samordning på tvers, knyttet til deling av både erfaringer og løsninger. Idebank for deling av løsninger etterlyses, selv om utviklingssentrenes nettsider har både idebank og ressursbank. Enkelte trekker frem at det kunne vært relevant å se nærmere på muligheten for mer spesialisering mellom utviklingssentrene, med tanke på utvikling av funksjoner eller fagmiljøer på tvers av sentre. Flere informanter trekker også frem at det kunne vært nyttig å bruke kompetanse og ressurser på tvers av utviklingssenter, i utvalgte satsinger og prosjekter.

Et godt eksempel på et vellykket samarbeid mellom flere USHT-er, er satsingen på klinisk observasjonskompetanse i kommunene (KlinObsKommune). Et annet eksempel er kompetanseløft for implementerings-fasilitatorer, som er et samarbeid mellom SOF, USHT Viken (Buskerud) og USHT Vestland (Sogn og Fjordane). Formålet med dette tiltaket er å styrke kompetanse og ledelse knyttet til implementering i kommunene. Tiltaket følges opp av forskere fra SOF.

Enkelte USHT-er peker på manglende dokumentasjon og målinger som en mulig årsak til at utviklingssentrene ikke deler løsninger i utstrakt grad. Dette kan i mange tilfeller være en forutsetning, særlig når det er snakk om å spre

beste praksis. I den forbindelse nevnes også årsrapportene til USHT-ene, som vektlegger aktiviteter mer enn oppnådd nytte og effekter.

En gruppe USHT-ledere har tidligere tatt initiativ til å etablere et tettere samarbeid med tydelig arbeidsdeling mellom de ulike USHT-ene. De utarbeidet en skisse som var ment som et utgangspunkt for felles planlegging og arbeidsdeling (se Figur 15)¹⁷. Målet var at 1 +1 skulle bli mer enn 2. Det vil si at USHT samlet sett skulle bli større enn summen av hvert senters arbeid. Dette skulle oppnås blant annet ved at enkelte sentre spesialiserte seg faglig, og tok ledelsen for USHTs samlede tilnærming innenfor sin spesialisering. Dette ble formidlet som et forslag til Helsedirektoratet, men fikk ikke videre oppfølging.



Figur 15 : Et tidligere tiltak for å styrke samarbeid mellom USHT-ene

¹⁷ Brettet ble delt med evalueringen av USHT Agder (Vest).

8. Funns: Måloppnåelse

Sett i relasjon til de forholdsvis beskjedne midlene USHT-ene har tilgjengelig, leverer de godt i henhold til sine mål. Tilbakemeldingene fra både vertskommuner og omegnskommuner vitner om god måloppnåelse. Kvaliteten på tilgjengelig informasjon og rapportering legger derimot ikke til rette for en mer detaljert analyse av resultater. Faktorer som bidrar til god måloppnåelse er en strukturert tilnærming til involvering av omegnskommuner, kontinuitet og at vertskommuner integrerer senteret i egen organisasjon og prioriterer senterets arbeid, inkludert involvering av omegnskommuner.

I dette kapitlet presenterer vi våre funn knyttet til USHT-enes måloppnåelse i forhold til formål og oppdrag. USHT-ene overordnede oppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom og fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Mer detaljerte føringer for bruk av driftstilskuddet er gitt årlig gjennom Helsedirektoratets utlysningbrev til USHT-ene. I 2023 var oppdraget å benytte driftstilskuddet for de følgende nasjonale satsningsområdene:

- Leve hele livet reformen og her under:
 - Lindrende behandling og omsorg
 - Pårørendestrategien
 - Ernæringsstrategien
- Demensplanen 2025
- Kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming

Videre presiserte utlysningbrevet at pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og velferdsteknologi skal ses i sammenheng med satsingsområdene. USHT-ene ble også oppfordret til å påta seg rollen som leverandør for de nasjonale

satsingene på ABC-opplæring, som er finansiert gjennom tilskudd fra Statsforvalter.

8.1 Måloppnåelse

Som vi skriver under avgrensninger i innledningskapittelet, er det vanskelig å vurdere måloppnåelse for utviklingssentrene. USHT-ordningen har ingen kvantifiserbare mål og har heller ikke formulert målbare kvalitative mål. I Helse- og omsorgsdepartementets rapportering til Stortinget for budsjettåret 2023, rapporteres det at USHT-ene rapporterte varierende måloppnåelse for året 2021, men «samlet sett middels til høy måloppnåelse, grunnet omprioritering til pandemiarbeid også i 2021.»¹⁸

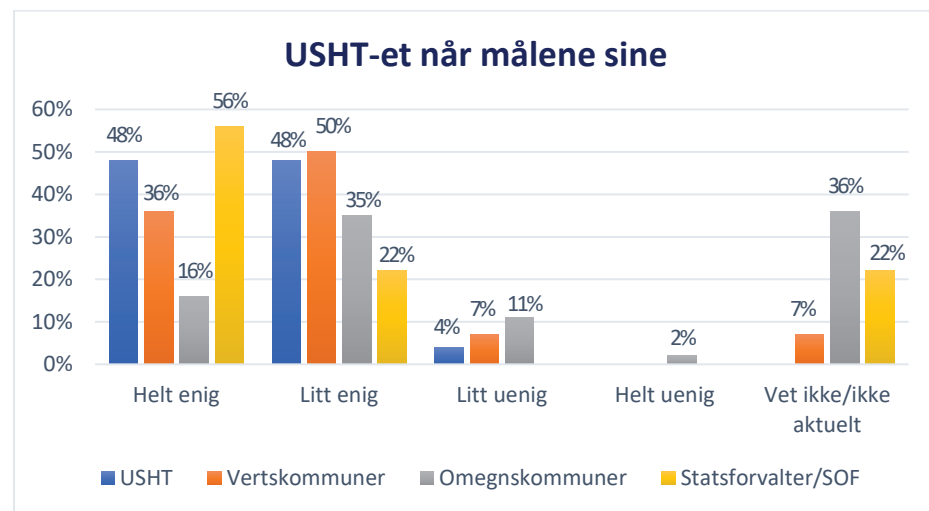
I tilskuddsrapporteringen for driftstilskuddet vurderer utviklingssentrene selv gjennomgående at de har relativ høy måloppnåelse. Helsedirektoratet vurderer i sin resultatrapportering måloppnåelse for ordningen som helhet. I 2019 og 2020 ble denne vurdert som høy, og middels i 2021. Denne vurderingen knyttes opp mot sentrenes aktivitet relatert til de nasjonale satsningsområdene samt bruk av personell og tildelte midler.

Det er ikke objektivt mulig å vurdere utviklingssentrenes måloppnåelse utfra rapporteringen. Dert er store forskjeller i sentrenes rapportering. Sentrene rapporterer også i stor grad på aktiviteter, og i liten grad på resultater. Det er heller ikke klart hvilke kriterier utviklingssentrene skal måles mot.

Spørreundersøkelsen gir en positiv vurdering av samlet måloppnåelse for ordningen. Som vi ser fra Figur 16 på neste side, er det aller fleste enige i at USHT-et i deres region når målene sine. Dette gjelder spesielt USHT-ene selv og vertskommunene, hvor henholdsvis 96 % og 86 % er helt eller litt enige i utsagnet, mens 51 % av omegnskommunene og 78 % av Statsforvalter/SOF er

¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2022). *Prop. 1 S (2022–2023) Proposisjon til Stortinget*, side 213.

enige. Det er også interessant at mer enn en tredjedel av omegnskommunene sier at de ikke vet om USHT-ene når målene sine.



Figur 16: USHT-et når målene sine.

Intervjuene støtter funnene fra spørreundersøkelsen, ved at de fleste respondenter fra alle gruppene mener at USHT-ene leverer i henhold til sitt oppdrag og når sine mål. Dette gir et grunnlag for å si at de aktuelle aktørene opplever at USHT-ene leverer tjenester som kommunesektoren opplever som nyttig. Det er veldig få respondenter som gir tilbakemeldinger som kan tolkes dithen at USHT-ene ikke berettiger sin eksistens. De har et mandat og en rolle som respondentene mener ikke kan fylles like godt av andre aktører.

Som en proxyindikator av tilskudd, har vi samlet en oversikt over hvor mange stillinger målt i årsverk de enkelte senter disponerer (Tabell 5). Vi ser at dette varierer fra 2,5 for Viken (Akershus) til 12,2 for Agder (Vest).¹⁹ Vi skal likevel være forsiktige med å ta mengde tilskudd (eller antall årsverk i sentrene), som en indikator på måloppnåelse. Det er først og fremst en indikator på suksess i

¹⁹ USHT Oslo har 15,2 årsverk, men Oslo er ikke et typisk senter som gir et like-for-like sammenligning. Det er «eid» av kommunens Helseetat og har også «nasjonale» oppgaver, inkludert driftig av USHT-enes nettsider.

søknader om tilskudd, og det betyr ikke nødvendigvis at de får mer effekt ut av tilskuddene enn en alternativ tilskuddsmottaker ville ha oppnådd.

Tabell 5 Nøkkeldata for USHT-ene²⁰

Viken (Buskerud), for eksempel, er det senteret som kanskje har den mest systematiske tilnærmingen til planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Samtidig er de et av sentrene med lavest antall årsverk (se Faktaboks 3, kapittel 6.2).

Det er derfor ikke mulig på grunnlag av tilgjengelig og innsamlet data å måle mer konkret hva utviklingssentrene har bidratt med når det gjelder heving av kompetanse, eller å peke ut enkelte utviklingssenter (og vertskommuner) med spesielt høy måloppnåelse. Vi har derimot identifisert noen faktorer som virker inn på hvor godt sentrene bidrar til sine samfunnsoppdrag.

For utviklingssentrene kan følgende faktorer være utslagsgivende:

- **Personlige faktorer** er alltid viktige, og det er nok spesielt tilfellet i en organisasjon med lav bemanning og utstrakt diskresjon i hvordan den innretter sitt arbeid. Vi ser at kontinuitet i ledelse kan være viktig, og at senterets arbeid avhenger i en stor grad av evnen til å bygge gode relasjoner blant partnere i vertskommunen, omegnskommunene og regionale aktører.
- **Etablerte kontaktnett og rutiner** er viktig. Omegnskommuner verdsetter involvering i planlegging og gjennomføring av aktiviteter, og spesielt et element av forutsigbarhet. Med motsatt fortegn, er det kommuner som sentrene ikke har faste kontakter med som savner involvering og å få sine behov hensyntatt.

Mange sentre har noen, men ikke andre av disse faktorene. Av faktorer som gir utfordringer er hyppig lederskifte, lavt antall ansatte og et stort geografisk nedslagsfelt med mange, ofte små omegnskommuner.

Kjennetrekke ved vertskommuner som kan bidra til bedre måloppnåelse hos USHT-er inkluderer:

²⁰ USHT Samisk er ikke inkludert i gjennomsnittet og medianen for utviklingssentrene i de fem kategoriene.

- **Integrerer utviklingssenteret i egen struktur** med deltakelse i ledergrupper og egne planleggingsprosesser.
- **Prioriterer kompetansebygging** og har gjerne en egen kompetanse- / utviklingsavdeling som USHT-en koordinerer sitt arbeid med. Har en

langsiktig tilnærming til kompetansebygging og gir ofte relativt høye egenbidrag til senteret, finansielt eller (oftest) med personell.

En siste positiv faktor kan være at vertskommunen legger vekt på at USHT-et prioriterer å samarbeide med alle kommunene i sitt nedslagsfelt.

9 Vurderinger

Denne evalueringen viser at de 21 utviklingssentrene leverer gode og etterspurte tjenester, med utgangspunkt i et relativt begrenset driftstilskudd. Tjenestene dekker viktige deler av behovet for kompetanse og kunnskap i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Tjenester som fag- og læringsnettverk, ABC-opplæring, prosessveiledning, forbedringskompetanse og tilrettelegging av nasjonale satsninger, øker trolig sannsynligheten for at kommunene klarer å gjøre nødvendige omstillinger og løse de store utfordringene i årene som kommer (eldrebølgen, mangel på helsepersonell og mindre økonomisk handlingsrom). USHT-ene er også nyttige partnere for Statsforvalteren i oppfølging av nasjonale satsninger, blant annet gjennom faglig samarbeid og tilskuddsordninger de forvalter.

Evalueringen viser også at det er svakheter i hvordan USHT-ordningen er organisert, finansiert og samordnet internt og med andre aktører. Organiseringen og innretningen av sentrene mangler klare rammer for hvordan de skal operere i sine regioner, rapporteringen gir ikke en meningsfull innsikt i oppnådde resultater og ordningen har en uklar ansvarsfordeling. Grunnfinansieringen av sentrene er i seg selv utilstrekkelig for å oppfylle sentrenes samfunnsoppdrag, og sentrene avhenger derfor av ytterligere tilskudd, gjennom en prosess av årlige søknader og rapporteringer som står i veien for mer hensiktsmessig, langsiktig tilnærming til kompetansebygging. Videre er det for lite samordning mellom sentrene og ut mot andre aktører – noe som kunne lagt til rette for en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling og bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

9.1 Organisering

Det er flere fordeler med dagens innretning med vertskommuner som «eiere» av USHT-ene:

- Det sørger for forankring i kommunen og gir senteret innsikt i konteksten kommunene jobber i. USHT-ene sees som *praksisnære*.

- Vertskommunemodellen gir også senteret kredibilitet blant omegnskommunene.
- Det kan være en kostnadseffektiv løsning, ettersom sentrene dekkes av kommunens administrative infrastruktur.

Vertskommunemodellen støttes av de aller fleste respondenter, samtidig som mange også trakk fram flere ulemper ved modellen:

- I noen regioner er det en oppfatning av at utviklingssenteret prioriterer vertskommunen i sitt arbeid
- Svekkelse av lenken mellom sentrene (ettersom de alle har forskjellige eiere)
- Flere etterlyser klarere føringer om hva som er vertskommunens forpliktelser i samarbeidet
- Mangler føringer om hvordan omegnskommuner bør involveres i planlegging, gjennomføring og rapportering

På et mer overordnet nivå kan det være fordeler med det desentraliserte aspektet av organiseringen, hvor det enkelte utviklingssenteret eies av vertskommunene, og har en stor grad av uavhengighet i hvordan de innretter sitt arbeid. Dette kan man argumentere gir nødvendig frihet til å tilpasse tiltak til lokale behov, samt gi rom for innovasjon.

På den andre siden, leder den store graden av uavhengighet til en påfallende **fragmentert tilnærming**. Det er **lite samordning** mellom sentrene for utarbeidelse av strategier for hvordan samfunnsoppdraget kan best utføres. Det er en **svært liten grad av arbeidsfordeling**, hvor ulike sentre tar ansvar for metodeutvikling for satsningsområder.

Utviklingssentrene mottar sine føringer fra Helsedirektoratet, og får størstedelen av sin finansiering fra Helsedirektoratet – direkte gjennom

driftstilskuddet, og indirekte gjennom andre tilskudd som går gjennom andre parter, med en stor andel gjennom Statsforvalter. Utviklingssentrene rapporterer så tilbake, gjennom vertskommunene, til Helsedirektoratet på driftstilskuddet, og separat for hvert annet tilskudd de mottar, fra direktoratet og andre parter. I forbindelse med styringen og organiseringen gir dette to utfordringer:

- Rapporteringen er ikke av en kvalitet som gir meningsfull styringsinformasjon om effekt, om så anslått effekt, av sentrenes arbeid.
- Helsedirektoratet bruker først og fremst denne informasjonen til å sjekke av at tilskudd har blitt brukt og rapport på, og til å rapportere videre til Helse- og omsorgsdepartementet at sentrene har hatt (vanligvis) høy eller middel måloppnåelse.
- Utviklingssentrene mottar heller ikke tilstrekkelig tilbakemeldinger fra Helsedirektoratet på sine rapporter.

Dette fører til en utvanning av ansvar. Det enkelte utviklingscenter «eies» av vertskommunene, og er derfor ansvarlige overfor dem. Vertskommunene på sin side rapporterer på driftstilskuddet til Helsedirektoratet. I den forbindelse tar Helsedirektoratet først og fremst en rolle som forvalter av tilskuddene, hvor de påser at tilskuddene har blitt brukt korrekt og på de riktige tiltakene. De tar i liten grad en faglig rolle, hvor de vurderer den overordnede tilnærmingen av sentrene og deres samlede effekt. Initiativene og tiltakene til de enkelte senter fører utvilsomt til mye verdifull læring og ny kunnskap, men så lenge dette ikke er satt i organisatorisk og praktisk system for deling og bruk av beste praksis, ligger det et stort urealisert potensial i nyttegjøring av denne læringen.

9.2 Finansiering

Som vist i kapittel 4 er USHT-ene sin hovedfinansieringskilde et driftstilskudd vertskommunene søker på fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet er for å gjennomføre tiltak beskrevet i oppdragsbrevet, som er å – i hovedsak å støtte kommunene i deres arbeid innenfor de beskrevne nasjonale satsningsområdene. Driftstilskuddet, som navnet viser, går i hovedsak til å finansiere lederstillinger og drift av USHT-ene. For å levere på sine samfunnsoppdrag er sentrene søker i tillegg på flere tilskudd. Disse kan være øremerkede for oppfølging av prioriterte nasjonale satsninger (se eksempler i kapittel 4).

De fleste tilskuddene gjelder for ett år av gangen. Statsforvalter har noen tilskuddsordninger som går over flere år, men også for disse ordningene er det årlige tildelinger som må brukes innen året, uten garanti for at ubrukte midler

kan overføres til det følgende år. I tilfeller hvor senteret ikke greier å bruke opp årets budsjett, er det en risiko for at man får mindre tilskudd det følgende året. Det fører til en finansiering som er fragmentert og uforutsigbar, som blant annet gir følgende konsekvenser:

- Sentrene bruker mye tid og kapasitet på å søke og rapportere på tilskudd.
- Planleggingshorisontene blir korte og oppstykkede, hvilket ikke legger til rette for hensiktsmessig og langsiktig planlegging.
- Det blir tilsvarende mer krevende å involvere andre parter i planleggingen, ikke minst omegnskommuner.
- Tiltak blir tilsvarende kortsiktige, som heller ikke er ideelt for kompetansebygging, hvor oppfølging og repetisjon er viktige elementer for varig kompetanseheving.

Det siste punktet peker på de samme utfordringene som kommunene selv står i. De har få frie midler til kompetansebygging og utvikling, og har derfor behov for tilskudd til dette. Dette ble også fremhevet i flere intervju. Respondentene mente at kommunene har mye å tjene på å tenke mer interkommunalt, for å finne felles løsninger for lovpålagte oppgaver og tjenester.

9.3 Samordning

Som diskutert i delkapittel 9.1, er det for svak overordnet styring og samordning mellom USHT-ene. Sentrene arbeider mer som enkeltstående organisasjoner, enn en samlet enhet. Det er noen mekanismer på plass for samordning. Oslo USHT drifter en felles nettside for USHT-ene, og USHT- lederne har annenhver uke uformelle Teams-møter for diskusjon og utveksling av erfaringer. I tillegg legger Helsedirektoratet opp til to årlige samlinger med USHT-ene, for gjennomgang av aktuelle tema.

Mekanismene nevnt ovenfor sikrer imidlertid ikke hensiktsmessig felles planlegging eller fordeling av oppgaver. De sikrer heller ikke målinger eller vurderinger av effektene USHT-ene oppnår, med tilhørende spredning av beste praksis. Det er heller ikke mekanismer for en felles planlegging og gjennomgang av resultater med **Helsedirektoratet**. Og selv om USHT har et felles nettsted, velger de likevel ofte å bruke egne nettsteder og andre kanaler for å dele informasjon. De har heller ingen felles kommunikasjonsplan. Kommunene og andre aktører må derfor lete ulike steder for å finne relevant

informasjon. USHT-ene har samtidig liten innvirkning på føringene som gis i utlysningsbrevene. Helsedirektoratet har på sin side for liten oversikt over hva USHT-ene gjør i sin oppfølging. Resultatet av dette er en årlig syklus hvor man starter på nytt hvert år, og hvert senter lager egne planer for gjennomføring av sine oppdrag.

Også når det gjelder samordning mellom **USHT-ene og de respektive omegnskommunene** er det ingen bestemt prosess for involvering og samordning. Mens noen USHT-er har ett fast kontaktpunkt i hver omegnskommune, har andre forskjellige kontaktpunkt for forskjellige typer aktiviteter. Noen USHT-er mangler kontaktpunkt for enkelte av omegnskommunene. De færreste USHT-ene har rutiner som sikrer tilstrekkelig involvering av omegnskommunene i sin planlegging og prioritering.

Samordning med **andre regionale aktører, inkludert Statsforvalteren, Senter for omsorgsforskning, KS og helsefelleskapene**, varierer også stort i struktur og substans. Dette er både på grunn av at aktørene er innrettet ulikt i de forskjellige regionene, og på grunn av forskjellig tilnærming fra USHT-ene.

Alle sentre har tett samarbeid med Statsforvalteren, ikke minst på grunn av at alle sentre søker på og mottar tilskudd fra Statsforvalteren. Statsforvalteren er også en faglig partner. Kombinasjonen av tilskuddsgiver og faglig partner kan gjøre USHT-ene usikre på hvilken rolle Statsforvalter tar i ulike sammenhenger.

Det er mange aktører som gjennom ulike satsinger og samarbeids-konstellasjoner arbeider med kompetanseheving på helse- og omsorgsfeltet. Særlig mindre kommuner sier de kan slite med å svare på alle henvendelser og holde oversikt over hva som er tilgjengelig og nødvendig. Regionale aktører er viktig for å få på plass mer samordnet kommunikasjon og planlegging av aktiviteter. Organisasjonene som har mest oversikt virker å være Statsforvalteren og KS. Statsforvalteren kan bidra med regionale analyser, som vedlikeholder en oversikt over kapasitet og sårbarheter i kommunene med sine

«kommunebilder». ²¹ Her bruker de informasjon, blant annet fra sine tilsyn, til å vise hvilke områder kommunene har sårbarheter i.

KS har på sin side samordnede program, og støtter kommunene på områdene de selv mener er viktigst. Dette er en aktør som USHT-ene i for liten grad har et koordinerende samarbeid med.

9.4 Overordnet vurdering

Den samlede effekten av utfordringene som er observert under overskriftene organisering, finansiering og samordning ovenfor, er en verden hvor USHT-ene jobber hver for seg, med korte tidshorisonter og for lite oppmerksomhet på systematisk og langsiktig planlegging. Potensialet for bedre planlegging, gjennomføring og læring på tvers er stort. Omegnskommunene etterlyser også en mer strukturert tilnærming til planlegging og prioritering av tiltak.

Den overordnede styringen er satt av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, med vekt på å støtte opp under nasjonale satsninger. Samtidig har Helsedirektoratet for lite relevant styringsinformasjon, og mangler oversikt over hva de reelt sett oppnår med de nasjonale tilskuddene

USHT-ene skaper mye verdifull innovasjon, og de opparbeider mye kunnskap om tjenestene i kommunene, men de mangler avtaler og systemer for å samordne de forskjellige aktørene og ta kunnskapen i bruk. Den fragmenterte finansieringen bidrar samtidig til ytterligere oppdeling av tiltak. Rapporteringen dreier seg dessuten mest om å bekrefte at planlagte tiltak er gjennomførte, og virker å ha kontroll som hovedformål, i stedet for læring. Samlet sett bidrar dette til en utvanning av ansvar.

Til tross for utfordringene nevnt ovenfor, leverer utviklingssentrene mye for relativt beskjedne midler. De fremstilles også som en vellykket ordning, av respondentene i evalueringen. I neste kapittel anbefaler vi tiltak som kan bidra til videre å løfte kvaliteten i tjenestene.

²¹ <https://www.statsforvalteren.no/nb/Trondelag/Kommunal-styring/Kommunebilder/>

10 Anbefalinger

I lys av våre vurderinger gir vi avslutningsvis 6 konkrete anbefalinger med foreslåtte tiltak for Helsedirektoratet, og andre relevante aktører, å vurdere. De enkelte anbefalingene er gjensidig forsterkende, men ikke gjensidig avhengige. Det betyr at man kan få størst effekt ved å gjennomføre dem samlet, men at også gjennomføring av enkeltstående anbefalinger bør ha en effekt. Anbefalingene er i det store og hele bredt formulert, og er ment for vurdering og tilpassing i gjennomføringen.

Anbefaling 1: Gi tydeligere rammer og føringer for hvordan utviklings-sentrene skal organiseres og innrette sitt arbeid

USHT-ene kan få en tydeligere identitet og bli mer synlige ved å sette felles standardkrav for hvordan de innretter sitt arbeid. Dette behøver ikke gå på bekostning av sentrenes uavhengighet og muligheter for innovasjon og lokal tilpasning. Tvert imot kan det gi et bredere handlingsrom gjennom styrket tillit.

- 1.1 Definer tydelige minimumskrav for vertskommunens bidrag til utviklingscenteret.
- 1.2 Definer minimumskrav for involvering av omegnskommuner i kartlegging av behov og planlegging av aktiviteter
- 1.3 Definer tydeligere krav for rapportering og faktisk bruk av rapporteringen (se også anbefaling 3)
- 1.4 Vurder justering av navnet – flere melder tilbake at utviklingscenterne dekker mer enn sykehjem og hjemmetjenester, og at navnet derfor blir for snevert og ikke en god refleksjon av hva de faktisk gjør.

Ansvar: Helsedirektoratet er ansvarlig for denne anbefalingen. Tiltakene fordrer en revisjon av tilskudsregelverket. Disse endringene bør gjøres i dialog med USHT-ene og vertskommunene for å sikre treffsikkerhet og en god forankring for endringene.

Konsekvenser: Disse tiltakene kan bidra til en mer enhetlig tilnærming blant sentrene og resultere i bedre tilgjengelighet og synlighet opp mot kommunene. Det vil kreve begrensede oppstartskostnader for å etablere standarder, men på langt sikt er det forventet å gi bedre resultater med de samme kostnadene.

Anbefaling 2: Legg til rette for mindre fragmentert og mer langsiktig finansiering

Den fragmenterte finansiering medfører store transaksjonskostnader, vanskeliggjør god involvering av kommunene, samt står i veien for god, langsiktig planlegging.

- 2.1 Øk driftstilskuddet til et nivå som muliggjør levering av samfunnsbidrag uavhengig av andre tilskudd. Denne økningen kan forslagsvis finansieres ved en tilsvarende reduksjon av andre tilskuddsordninger som er rettet mot sentrenes prioritetsatsninger.
- 2.2 Legg til rette for at tilskudsfinansiering fra Helsedirektoratet kan gis over flere år
 - Så langt som mulig, fjern krav om årlige søknader
 - Gjør det enklere å overføre ubrukte midler fra ett år til det neste
 - Framskynd søknadsprosessen for å legge til rette for utbetaling tidligere på året

For disse tiltakene kan det ses til Bufdir sin tilnærming til tilskudsforvaltning (se Faktaboks 3).

- 2.3 Vurder innføring av modellen: Én plan, ett budsjett og én rapport. Dette er en innovasjon fra bistandsverdenen hvor organisasjoner som har tillit fra sine tilskuddsgivere arbeider ut ifra en overordnet plan, har et

budsjett som inkluderer tilskudd de mottar, og leverer en felles rapport som inkluderer alle tilskudd.²²

Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for oppfølging av denne anbefalingen. Anbefalingene krever støtte og tiltak fra Helse- og omsorgsdepartementet når det gjelder bevilgninger og fordeling av disse mellom ulike tilskuddsordninger.

Konsekvenser: En økning av driftstilskuddet kombinert med en reduksjon av antall tilskudd kan føre til en betydelig reduksjon i transaksjonskostnader relatert til søknad og rapportering på flere tilskudd. Det kan også legge til rette for en mer langsiktig og systematisk tilnærming til planlegging, gjennomføring og rapportering. Det vil kreve en omstilling av myndighetenes tilnærming med separate tilskudd for forskjellige satsninger. Det vil også forde villighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til å gi tilskudd over lengre perioder, som Bufdir allerede gjør ved å gi flerårige tildelinger «med forbehold om Stortingets bevilgningsvedtak». Anbefalte tiltak kan føre til reduserte transaksjonskostnader, med mer diskresjon for bruk av midler til tiltaksmottaker, kombinert med bedre styringsinformasjon for tilskuddsgiver i form av bedre kvalitet rapportering.

Anbefaling 3: Styrk samordning mellom utviklingssentrene

USHT-ene kan få mer ut av sin eksisterende kompetanse og kapasitet ved å legge til rette for større grad av felles prosesser for planlegging, gjennomføring og tilrettelegging.

- 3.1 Etabler en innretning for sterkere samordning mellom utviklingssentrene. Denne kan med fordel «eies» av USHT-ene, det vil si at denne mekanismen skal ha en støttende, og ikke en styrende funksjon. Denne mekanismen kan ha de følgende funksjoner:
 - Støtte for felles planlegging og rapportering
 - Fordeling av ansvar for utarbeidelse av verktøy og metoder for gjennomføring av samfunnsoppdraget
 - Utforming av en felles kommunikasjonsplan, som blant annet setter tydeligere krav til bruk av felles nettsted.
- 3.2 Etabler årshjul med faste kontaktpunkter mot andre aktører. Dette kan blant annet brukes for i utvikling av verktøy og metoder for aktuelle

²² Se, for eksempel, [Harmonization and Alignment: Applying "One Plan, One Budget, and One Report"](#), en presentasjon ved 13th World Congress on Public Health World Health Organisation.

områder, og samordning av tiltak, også med det formål å gjøre det enklere for kommunene å navigere dette landskapet.

Ansvar: USHT-ene er ansvarlig for oppfølging og gjennomføring av denne anbefalingen. Dette kan forslagsvis gjøres gjennom å etablere en tiltaksgruppe med ansvar for USHT-enes videre arbeid framover, både for oppfølging av denne evalueringen og mer bredt for det videre arbeidet.

Konsekvenser: Anbefalte tiltak kan føre til bedre utnyttelse av eksisterende kapasiteter og kompetanse. På kort sikt vil tiltaket medføre en ekstra investering i etablering av mekanismer for tettere samordning. Det bør tildeles et eget budsjett for operasjon, men vi anslår at merverdien det kan gi vil oppveie kostnaden.

Anbefaling 4: Legg til rette for mer systematisk læring

Dagens innretning for rapportering og evaluering av effekter av forskjellige tiltak legger ikke i tilstrekkelig grad til rette for læring. Rapporteringen på tilskuddsfinansierte aktiviteter bærer preg av primært å ha kontroll, ikke læring, som formål.

- 4.1 Utarbeide maler og rapporteringsrutiner for at USHT-ene skal rapportere på oppnådde mål og effekter i kommunene på årlig basis, og legge til rette for deling av metoder, verktøy og beste praksis. Dette kan inkludere følgende elementer:
 - Årlige spørreundersøkelser til kommunene om opplevd nytte av USHT-ens bidrag
 - Brukerevalueringer av alle tiltak
 - USHT-ens egen kvalitative vurdering av samlet innsats, og hovedaktivitetene gjennom året
 - Mer aktiv og koordinert bruk av idébanken og ressursbanken på nettstedet til USHT, samt promotering av innholdet ut mot både kommunene og USHT-ene selv

Altinn-skjemaet kan tilpasses, slik at informasjon som gis i søknaden kan gjenbrukes i den årlige rapporteringen.²³

²³ Se KPMGs rapport til Kulturdepartementet: *Forenklingspotensialet i statlige tilskuddsordninger for frivillige organisasjoner* (april 2016), for nærmere diskusjon om hvordan altinn kan brukes for å legge til rette for enklere rapportering på tilskudd.

- 4.2 Utarbeid en overordnet læringsrapport hvert år, som sammenfatter resultatene fra USHT-ene. Denne vil gi en beskrivelse av ulike typer aktiviteter utført av USHT-ene, og løfte fram tiltak som er betraktet som særlig effektfulle. Samarbeid og felles læring mellom USHT-ene bør vektlegges.
- 4.3 Nettverket av USHT-er bør brukes for en mer systematisk involvering i forskningsprogram. Programmet SAMAKS i regi av Innlandet sykehus er et godt eksempel som kan brukes som en av modellene for dette.

Ansvar: USHT-ene er ansvarlig for oppfølging og gjennomføring av denne anbefalingen (med unntak av en eventuell justering av Altinn-skjema som faller under Helsedirektoratets ansvar). Dette er til dels avhengig av at anbefaling 2, om økning av driftstilskudd, for at USHT-ene vil være i stand til sette av en del av sine ressurser for samordnet strategisk arbeid.

Konsekvenser: Tiltakene vil gi en dramatisk bedring i styringsinformasjon om effekt av aktiviteter og styrket læring som på sikt vil gi mer effektiv kompetanseheving. Tiltaket vil medføre en liten ekstrakostnad i etableringen av mer strukturerte format for rapportering, og rutinemessige brukerevalueringer vil også medføre noen kostnader. Utarbeidelsen av en årlig læringsrapport vil også kreve en fast del av årlige budsjett. Vi forventer at det økte læreutbytte og forbedring av metoder vil oppveie kostnadene.

Anbefaling 5: Gjør en vurdering av justeringer av regionene som dekkes av utviklingssentre.

Den siste omorganiseringen av USHT-ene tok plass i 2016. Sammenslåingen av sentre har stort sett fungert godt, og har blitt godt mottatt. Funnene i evalueringen indikerer heller ikke at det er behov for nye store organisatoriske endringer. Likefullt kan denne evalueringen brukes som grunnlag for å gjøre eventuelle tilpasninger, blant annet med tanke på geografisk nedslagsfelt, antall kommuner pr. utviklingssenter og samsvar med helseregionene.

- 5.1 Vurder en gjennomgang av fordeling av sentre som tar hensyn til følgende faktorer:
 - Antall kommuner og geografisk området dekket
 - Samsvar med Helseregioner, Helsefelleskap og områder dekket av de større helseforetakene. Se opp mot andre regionsindeler.

- 5.2 USHT samisk har fremmet behovet og muligheten for at de dekker alle områder med til å dekke alle områder med et visst antall samisk talende innbyggere, og ikke bare Finnmark, samt å inkludere sør-samisk i senterets mandat og oppdrag.

Ansvar: Helsedirektoratet er ansvarlig for å vurdere gjennomføring av disse tiltakene.

Konsekvenser: En justering av USHT inndelinger kan gi en god effekt hvor det er gode grunner til å gjøre de. En utvidelse av USHT samisk vil sørge for at den samisk-talende befolkningen utenfor Finnmark mottar relevant støtte. Justeringen av USHT inndelingene er ikke forventet å ha en netto kostnad, så lenge antallet USHT-er økes. En utvidelse av USHT samisk til å bli landsdekkende vil medføre en kostnad, som kan være berettiget.

Anbefaling 6: Vurder en klarere arbeidsfordeling med og mellom regionale aktører.

Evalueringen har vist at USHT er en av mange aktører som jobber med å styrke ansattes kompetanse og heve kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Arbeidsfordelingen og organiseringen av samarbeidet varierer fra region til region. Aktørene vil trolig oppnå bedre samlet effekt gjennom klarere arbeidsfordeling og mer enhetlig organisering i regionene.

- 6.1 Vurder å redusere Statsforvalterens rolle i tildelingen av tilskudd, men samtidig vektlegge ansvaret knyttet til blant annet tilsyn, formidling og koordinering.
 - Vurder å gi tilskudd direkte til USHT-ene, gjerne i form av driftstilskudd med tilhørende oppdragsbeskrivelse, i stedet for å legge opp til ekstra søknads- og rapporteringsprosesser mellom USHT og Statsforvalteren (se også anbefaling 2.1).
 - Statsforvalteren kan bygge på «kommunebilde»-modellen, som er under utvikling av Statsforvalteren i Trøndelag. Den kan fungere som et nyttig verktøy for å synliggjøre områder og kommuner som har mest behov for støtte til blant annet kompetansebygging. Samtidig som dette er et verktøy USHT-ene kan bruke i deres egen planlegging, kan USHT-ene også bidra til data og testing av kommunebildet.

6.2 Vurder å etablere et mer strukturert samarbeid med KS, som støttespiller for USHT-ene.

- Vurder etablering av en mer strukturert mekanisme for utviklings-sentrene med administrative og faglig støtte fra KS. Dette kan fremdeles «eies» av USHT-ene, hvor de setter agendaen. Fordelen vil være å tilgang på KS sin regionale og nasjonale kapasitet, og en etablert to-veis utveksling av erfaring med gjensidig påvirkning av agendaer og prioriteter. Om dette er et forslag som følges opp, kan et årlig tilskudd til KS for dette formålet utløse synergieffekter som kan gi merverdi for både USHT ordningen og KS. En lignende løsning ble for øvrig anbefalt i 2015 evalueringen

Dette er tiltak som Helsedirektoratet ikke kan gjennomføre unilateralt, og er strengt tatt utenfor rammen av denne evalueringen. Vi legger likevel forslagene

om felles tiltak inn her for videre diskusjon med de relevante aktørene, ettersom de er rettet mot gjennomgående strukturelle utfordringer som de kan bidra til å løse.

Anbefalingene er til en stor grad gjensidig forsterkende. Økningen av driftstilskuddet vil legge til rette for en mer langsiktig og samordnet tilnærming. Samtidig er det behov for at en slik økning av grunnfinansiering kombineres med en klarere ramme for involvering av omegnskommuner, bedre rapportering og en god samhandling mellom sentrene og med andre regionale aktører, for å sikre effektiv og ansvarlig bruk av midlene. Samlet sett kan dette bidra til å styrke USHT-enes viktige bidrag til å øke kvalitet av kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Vedlegg 1: Utviklingssentrene

USHT	Vertskommune	Årsverk USHT (2022)	Antall kommuner i nedslagsfelt	Befolkning i nedslagsfelt (2022)	km ² nedslagsfelt	Befolkning vertskommune (2022)	Årsverk per 100 000 innbygger i nedslagsfelt (2022)
Agder (Vest)	Kristiansand	12,2	10	191 466	7 279	113 737	6,4
Agder (Øst)	Grimstad	7,6	15	119 668	9 156	24 017	6,4
Helse Fonna	Haugesund	4,4	16	180 091	9 776	37 444	2,4
Innlandet (Hedmark)	Hamar	7,0	22	198 762	27 396	31 999	3,5
Innlandet (Oppland)	Gjøvik	7,5	24	172 491	24 674	30 267	4,3
Møre og Romsdal	Ålesund	5,1	26	265 848	14 358	67 114	1,9
Nordland	Vestvågøy	2,8	41	240 190	38 152	11 566	1,1
Oslo	Oslo	15,2	1	699 827	454	699 827	2,2
Rogaland	Stavanger	4,9	15	376 402	5 692	144 699	1,3
Troms og Finnmark (Finnmark)	Sør-Varanger	4,8	19	79 705	50 131	9 925	6,0
Troms og Finnmark (Troms)	Tromsø	8,1	20	162 031	24 702	77 544	5,0
Trøndelag (Nord)	Verdal	4,5	18	133 520	21 945	14 955	3,4
Trøndelag (Sør)	Åfjord	4,0	20	340 611	20 258	4 252	1,2
Vestfold og Telemark (Telemark)	Porsgrunn	5,5	17	173 970	15 298	36 624	3,1
Vestfold og Telemark (Vestfold)	Sandefjord	5,7	6	250 862	2 167	64 943	2,3
Vestland (Hordaland)	Bergen	4,7	17	462 124	9 347	286 930	1,0
Vestland (S&F)	Sunnfjord	6,3	18	108 472	18 434	22 116	5,8
Viken (Akershus)	Lørenskog	2,5	21	701 565	5 897	44 693	0,4
Viken (Buskerud)	Drammen	3,5	18	262 911	14 695	102 273	1,3
Viken (Østfold)	Indre Østfold	7,0	12	304 754	4 005	45 608	2,3
USHT Samisk	Karasjok	5,3	19	79 705	50 131	2 584	
Gjennomsnitt*		4,8	16	304 310	12 450	69 155	3,1
Median*		4,8	18	250 862	15 298	44 693	2,4

* USHT Samisk er ikke inkludert i gjennomsnittet og medianen for utviklingssentrene i de fem kategoriene.

Vedlegg 2: Dokumentliste

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2023). Rundskriv 07/2023. Regelverk for tilskudd til tiltak for å bedre levekårene og livskvaliteten til personer med funksjonsnedsettelse. [Rundskriv levekår \(bufdir.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. [helseomsorg21_strategi_web.pdf \(regjeringen.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. [omsorg_2020.pdf \(unit.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2022). *Prop. 1 S (2022–2023) Proposisjon til Stortinget*.
- Helsedirektoratet (2016). Utviklingssentrene rolle i morgendagens omsorgstjenester. Innspill til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2021). Informasjon til kommunene om kriterier for å bli prioritert i tilskuddsordninger knyttet til leve hele livet. [17_9653-57Informasjon til kommunene om kriterier for å bli prioritert i tilskudd 29918390_1_1.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2020). Regelverk for tilskuddsordning Senter for omsorgsforskning.
- Helsedirektoratet (2022a). Regelverk for tilskuddsordning Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. [Vedlegg: \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2022b). Resultatrapport tilskudd 2022.
- Helsedirektoratet (2022c). Utlysning av tilskudd til utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester for 2023
- Helsedirektoratet. Rapportering 2019-2021 driftsmidler til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.
- Helsedirektoratet. Dokumentasjon knyttet til Demensplan2025.
- Helsedirektoratet. Utlysningsbrev tilskuddsordning Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester 2021-2023.
- Helsedirektoratet. Utlysningsbrev tilskuddsordning Senter for omsorgsforskning 2023.
- KPMG (2016). Forenklingspotensialet i statlige tilskuddsordninger for frivillige organisasjoner, rapport for Kulturdepartementet.
- Meld. St. 25, (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. [St.meld. nr. 25 \(2005-2006\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. [Meld. St. 29 \(2012-2013\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. [Meld. St. 26 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. [Meld. St. 15 \(2017–2018\) \(regjeringen.no\)](#)
- NIFU/NIBR (2015). Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg. Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. [NIBR's rapport/notat-mal \(oslomet.no\)](#)
- Senter for omsorgsforskning (2019). Virksomhetsrapport.
- Senter for omsorgsforskning. Tilskuddsrapporter 2019-2022.
- Senter for omsorgsforskning. Tilskuddssøknader 2019-2023.
- SSB (2022). Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (per 1.1.2022). [11342: Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet \(K\) 2007 - 2023. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)
- Statsforvalteren i Trøndelag. Kommunebilder. <https://www.statsforvalteren.no/nb/Trondelag/Kommunalstyring/Kommunebilder/>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Om oss : [Om oss \(utviklingssenter.no\)](#)
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2011). Overordnet strategi 2011-2015 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020, sist oppdatert 13. oktober). Utviklingssentrene historie: [Historie \(utviklingssenter.no\)](#)
- Utviklingssentrene. Handlingsplaner 2023.
- Utviklingssentrene. Tilgjengelige årsrapporter 2019-2022.
- Utviklingssentrene. Tilgjengelige tilskuddsrapporter 2019-2022.
- Tromsø kommune (2022). Pressemelding. Forbedringsprisen 2022 går til prosjektet Farmasøyt i hjemmetjenesten: [Pressemelding: PM Forbedringsprisen 2022 går til prosjektet Farmasøyt i hjemmetjenesten i Tromsø kommune - Helsedirektoratet | Tromsø kommune \(tromso.kommune.no\)](#)

Vedlegg 3: Intervju

Listen under viser intervjuene som har blitt gjennomført i evalueringen:

Pre-intervjuer med representanter fra:

- USHT Møre og Romsdal
- Kristiansand kommune
- Senter for Omsorgsforskning
- Helsedirektoratet
- KS

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Vestland (Hordaland):

- USHT Vestland (Hordaland)
- Gruppeintervju omegnskommuner
- Senter for Omsorgsforskning Vest
- Statsforvalteren i Vestland
- KS Vest-Norge

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Trøndelag (Nord):

- USHT Trøndelag (Nord)
- Verdal kommune
- Gruppeintervju omegnskommuner
- Statsforvalteren i Trøndelag
- KS Trøndelag

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Innlandet (Oppland):

- USHT Innlandet (Oppland)
- Gjøvik kommune
- Gruppeintervju omegnskommuner
- Senter for Omsorgsforskning Øst
- Statsforvalteren i Innlandet
- KS Innlandet

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Viken (Østfold):

- USHT Viken (Østfold)
- Indre Østfold kommune
- Gruppeintervju omegnskommuner
- Statsforvalteren i Viken
- KS Viken
- Helsefellesskapet i Østfold

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Nordland:

- USHT Nordland
- Vestvågøy kommune
- Gruppeintervju omegnskommuner
- RKK Salten, RKK Vesterålen og Lødingen, og RKK Vefsn

Intervjuer tilknyttet Dybdeundersøkelse USHT Agder (Vest):

- USHT Agder (Vest)
- Kristiansand kommune
- Gruppeintervju omegnskommuner
- Senter for omsorgsforskning Sør
- Statsforvalteren i Agder
- KS Agder

Andre intervjuer:

- Helsedirektoratet
- USHT samisk
- Gruppeintervju med USHT Møre og Romsdal, USHT Troms og Finnmark (Troms,)USHT Vestfold og Telemark (Vestfold), USHT Vestfold og Telemark (Telemark) og USHT Viken (Buskerud)
- Gruppeintervju med USHT Helse Fonna, USHT Oslo, USHT Rogaland, USHT Vestland (Sogn og Fjordane) og USHT Viken (Akershus)
- Gruppeintervju med USHT Agder (Øst), USHT Innlandet (Hedmark) og USHT Troms og Finnmark (Finnmark)

Vedlegg 4: Spørreundersøkelse

Innledning

Spørreundersøkelsen ble sendt til følgende respondentgrupper:

- USHT-ene
- Vertskommuner
- Omegnskommuner
- Senter for Omsorgsforskning
- Statsforvaltere
- Fylkeskommuner

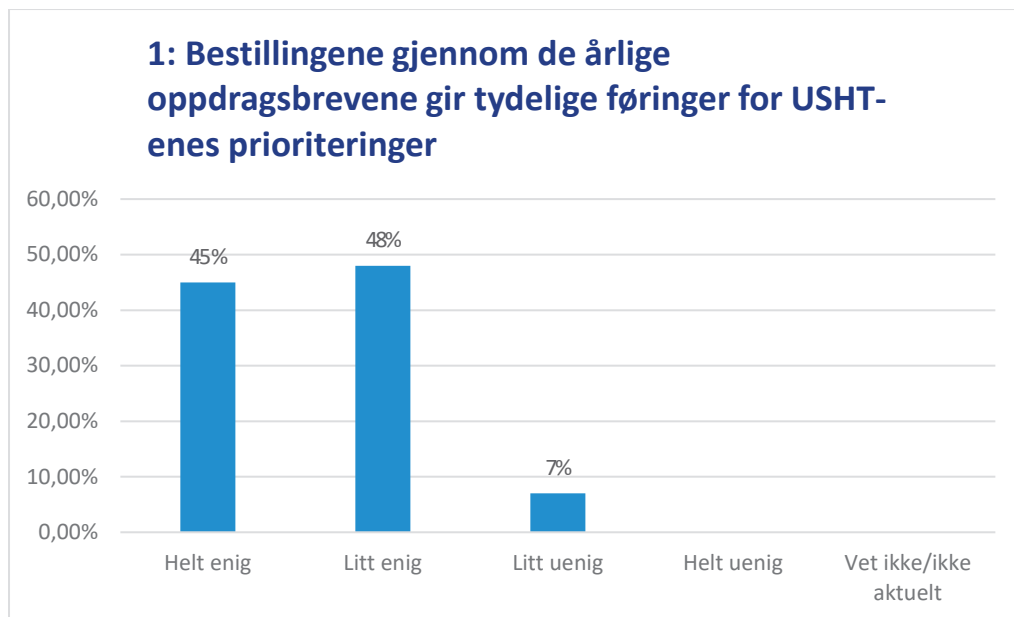
Ingen fylkeskommuner har svart på spørreundersøkelsen, da de har en perifær rolle i USHT-ene. Senter for Omsorgsforskning og Statsforvaltere er i fremviste resultater fra spørreundersøkelsen slått sammen til en respondentgruppe grunnet et lavt antall respondenter. Noen spørsmål i spørreundersøkelsen er bare rettet mot USHT-ene, Senter for Omsorgsforskning og Statsforvalteren. Resultat fra disse spørsmålene er ikke fordelt på ulike respondentgrupper.

Totalt 194 respondenter svarte på spørreundersøkelsen, fordelt på følgende respondentgrupper

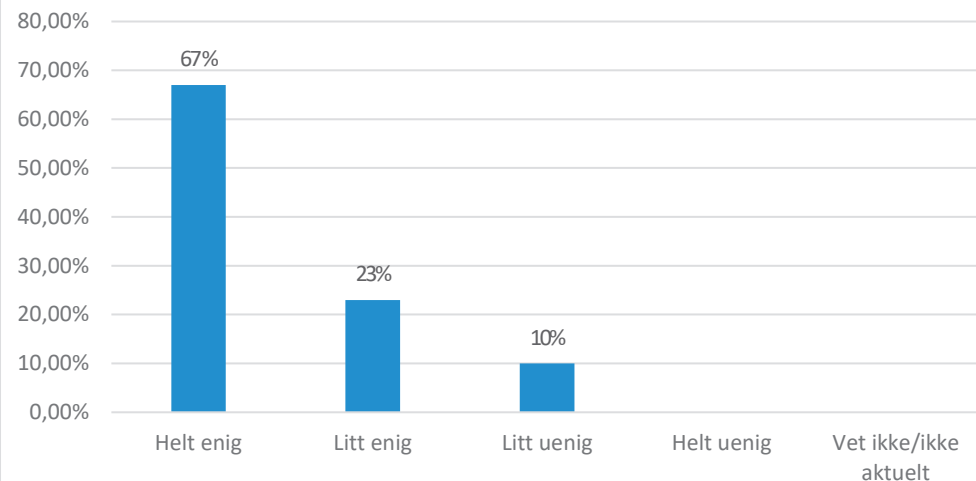
- USHT-ene (27)
- Vertskommuner (14)
- Omegnskommuner (143)
- Senter for omsorgsforskning og Statsforvalter (10)

Spørsmål og svar fra spørreundersøkelsen, uten åpne svar

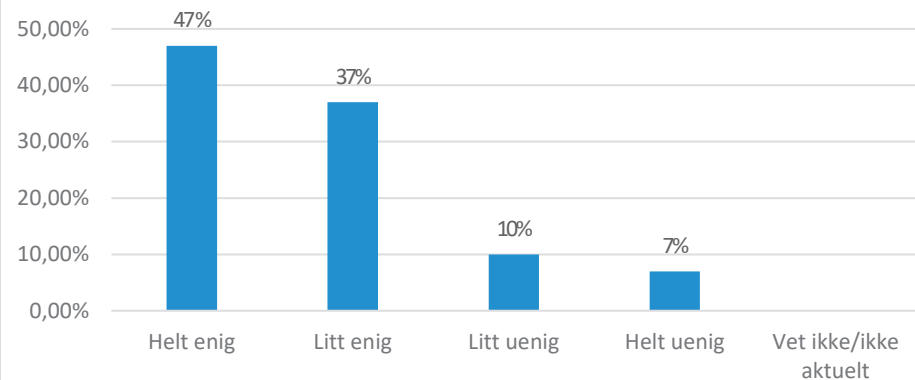
Spørsmål til USHT-ene og Senter for Omsorgsforskning



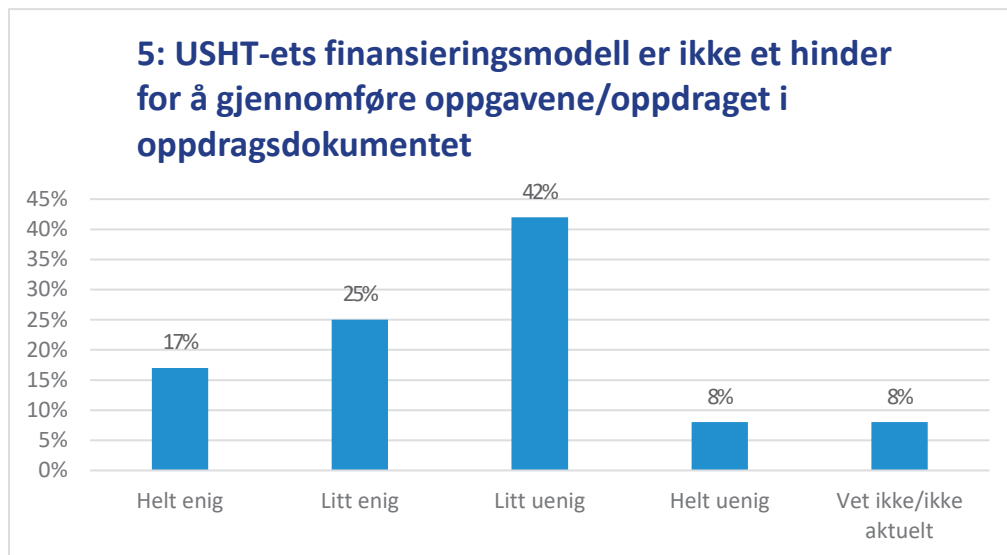
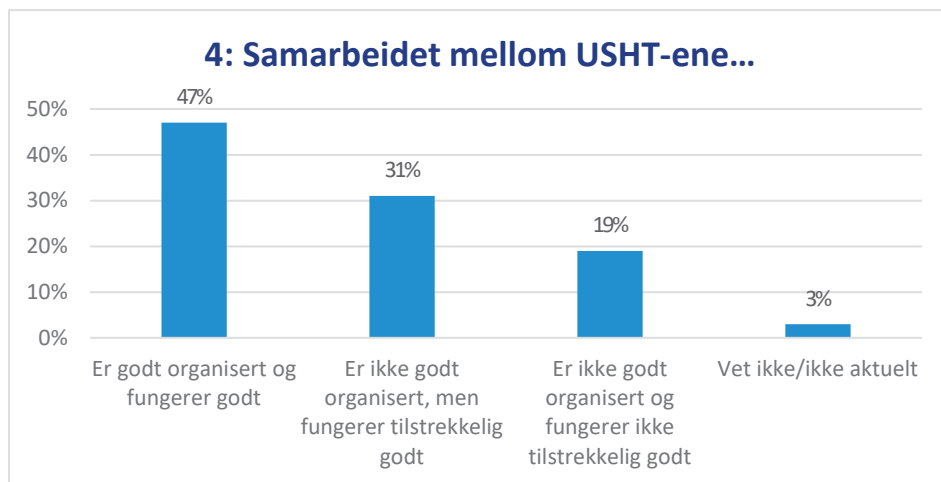
2: Bestillingene gjennom de årlige oppdragsbrevene er tydelig knyttet opp mot samfunnsoppdraget og nasjonale mål



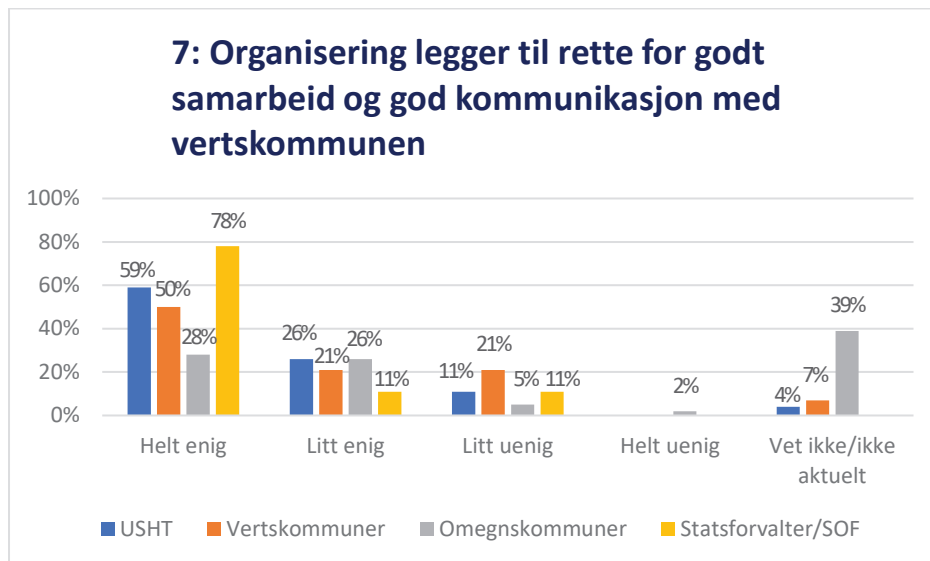
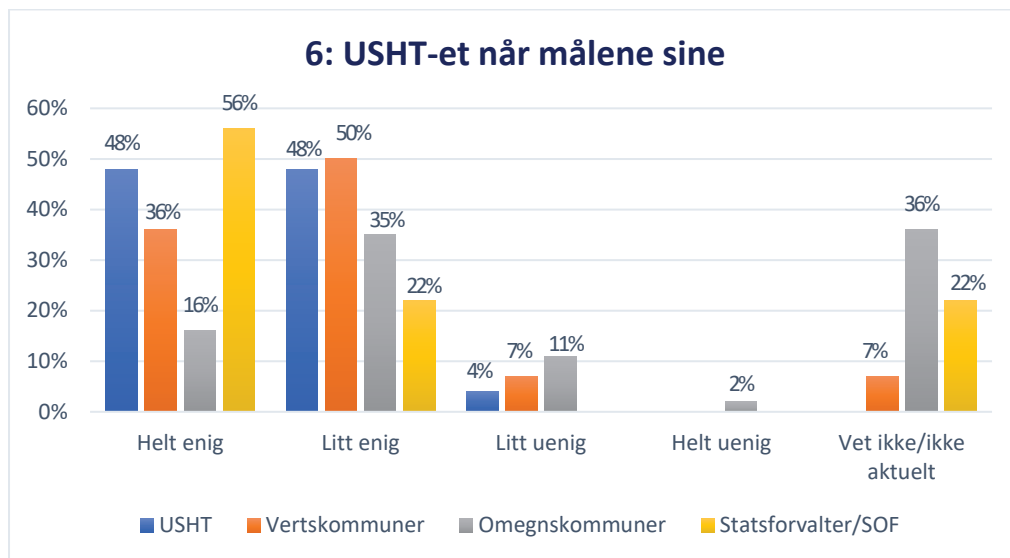
3: USHT-ets lokale mål er tydelig formulerte og enkle å formidle



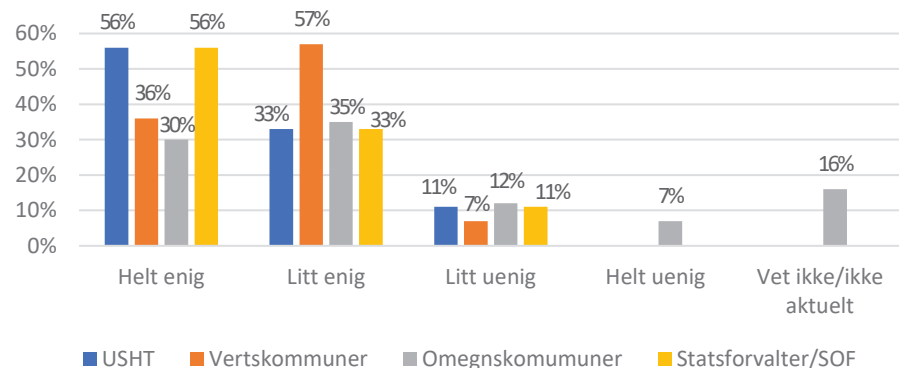
Spørsmål til USHT-ene, Senter for Omsorgsforskning og Statsforvalter



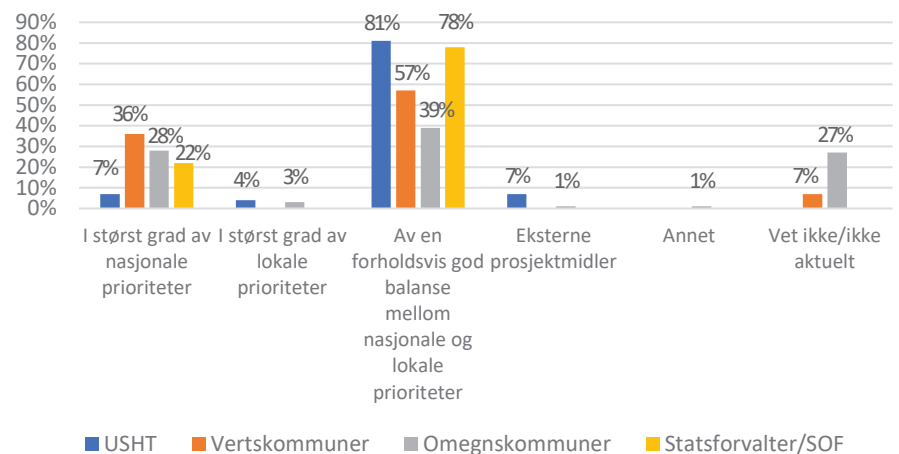
Spørsmål til alle respondentgrupper



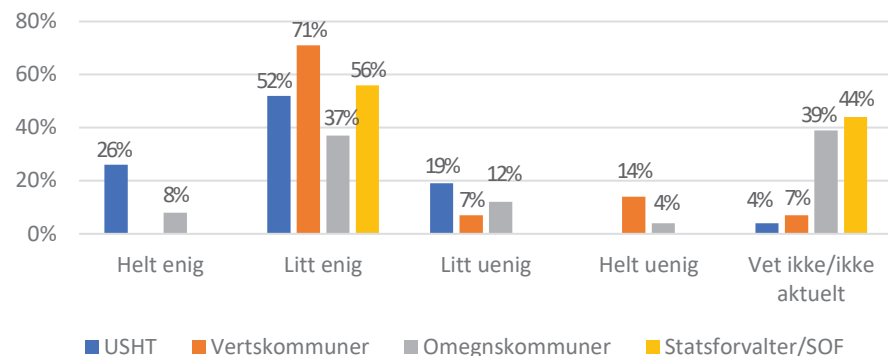
8: Organisering legger til rette for godt samarbeid og god kommunikasjon med alle kommunene i fylket



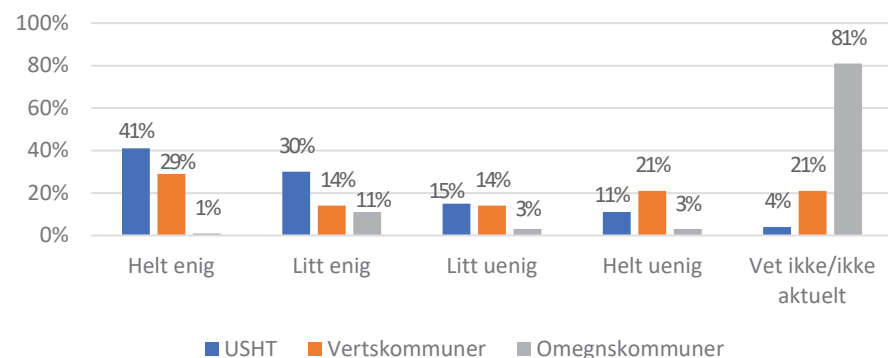
9: USHT-ets aktiviteter styres av...



10: Vi endrer prioriteringene våre ut fra hvilke tilskudd vi søker på/tilgjengelige prosjektmidler

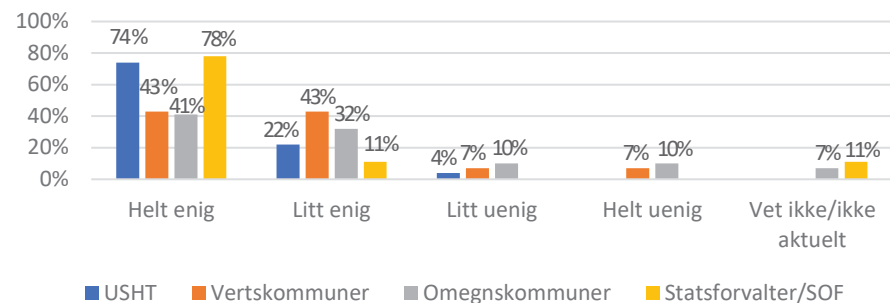


11: USHT-et bruker forholdsvis mye tid på å lete etter, søke på og rapportere på tilskudd og prosjektmidler

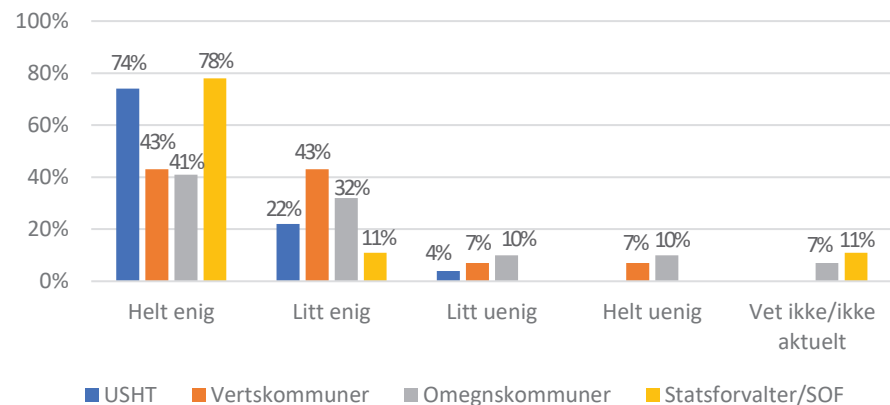


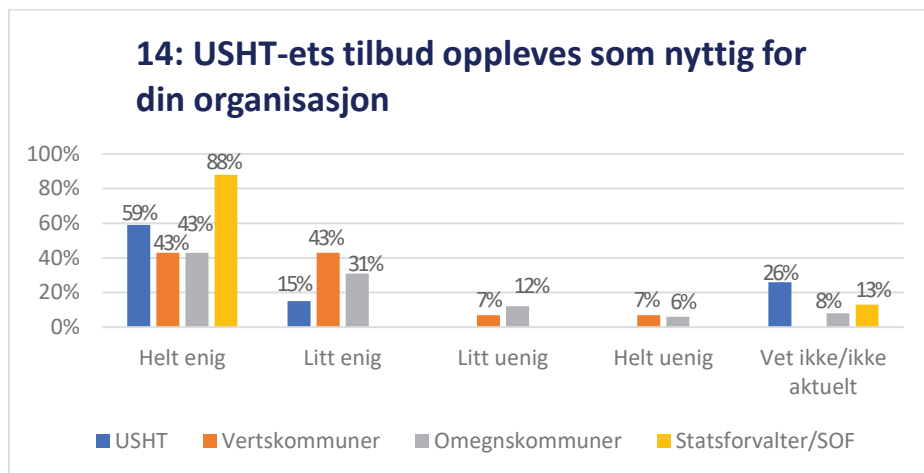
NB! For få respondenter fra Statsforvalter og SOF har svart på dette spørsmålet til at vi kan vise dette i figuren.

12: USHT-et er en viktig ressurs for kommunene for informasjon om nasjonale føringer



13: USHT-et er en viktig ressurs for kommunen for å gjennomføre nasjonale føringer





Spørsmål til alle respondentgrupper - flervalgsspørsmål

Spørsmålene under er flervalgsspørsmål, hvor respondentene har kunnet krysset av flere alternativer. Tabellene under viser hvor mange % innenfor hver respondentkategori som har krysset av på det enkelte svaralternativ.

15: Hva er USHT-ets største utfordringer når det kommer til rekruttering

Utfordring	USHT	Vertskommuner	Omegnskommuner
Finansieringsmodellen legger ikke til rette for fast ansettelse	63%	43%	15%
Oppgavene	0%	0%	2%
For lite fagmiljø	4%	7%	8%
Konkurransen mot kommunen	7%	0%	8%
Kompetanse, herunder tilgang til kompetansehevende tiltak	7%	0%	6%
Rekruttering er ikke en utfordring	26%	57%	9%
Annet	15%	0%	36%

NB! For få respondenter fra Statsforvalter og SOF har svart på dette spørsmålet til at vi kan vise dette i figuren.

16: Hva er de viktigste bidragene til USHT-et så langt (Merk av inntil tre alternativer)

Tiltak	USHT	Vertskommuner	Omegnskommuner	Statsforvalter/SOF
Fag- og læringsnettverk	96%	93%	79%	80%
Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører	70%	57%	38%	40%
Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer	67%	50%	34%	50%
Digitale kurs og verktøy	19%	21%	23%	10%
Utarbeiding og forbedring av rutiner og arbeidsprosesser	22%	0%	20%	40%
Formidling av forskning	7%	7%	9%	10%
Innføring av e-helseløsninger	4%	7%	1%	0%
Støtte til å søke tilskudd	0%	0%	6%	0%
Annet	11%	7%	6%	10%

17: Hvilke tiltak bør prioriteres av USHT-et (Merk av inntil tre alternativer)

Tiltak	USHT	Vertskommuner	Omegnskommuner	Statsforvalter/SOF
Fag- og læringsnettverk	78%	64%	71%	80%
Tilrettelegging av samarbeid mellom kommuner og/eller andre aktører	70%	50%	42%	60%
Informasjon som legger til rette for gjennomføring av tiltak i henhold til nasjonale føringer	56%	50%	33%	30%
Digitale kurs og verktøy	15%	21%	35%	10%
Utarbeiding og forbedring av rutiner og arbeidsprosesser	34%	21%	30%	60%
Formidling av forskning	19%	14%	18%	20%
Innføring av e-helseløsninger	0%	21%	15%	0%
Støtte til å søke tilskudd	4%	14%	18%	0%
Annet	19%	0%	2%	10%

Vedlegg 5: Notat for utvalg av Dybdeundersøkelser

I det følgende blir det redegjort for prosjektets metode og utvalg av utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) til dybdeundersøkelser, samt hvilke prinsipper, kriterier og vurderinger prosjektet har lagt til grunn for utvelgelsen.

1 Prinsipper og kriterier for utvelgelse

Det gjøres utvalg av seks USHT-er til dybdeundersøkelser. Det tilstrebes at sammensetningen av utvalget skal fange opp variasjoner mellom sentrene, vertskommuner og sentrenes geografiske nedslagsfelt, samt gi hensiktsmessig grad av representativitet.

2.1 Karakteristikk og indikatorverdier

Det er først gjort en inndeling av sentrene basert på objektive kvantitative karakteristikk som antas å ha en overordnet innvirkning på sentrenes måloppnåelse:

- Størrelse på geografisk nedslagsfelt (antall kvadratkilometer)
- Antall kommuner i geografisk nedslagsfelt
- Befolkningsstørrelse i vertskommune
- Årsverk ved USHT relativt til befolkning i geografisk nedslagsfelt

Karakteristikkene brukes til å vurdere sentrenes overordnede forutsetninger for måloppnåelse, og er ikke en vurdering av de enkelte sentrene sin faktiske måloppnåelse. Et senter kan ha høy faktisk måloppnåelse på tross av karakteristikk som antas å virke negativt på måloppnåelsen.

De valgte karakteristikkene kan ikke fange opp alle kvaliteter ved senteret. Karakteristikkene fanger eksempelvis ikke opp kompetansesammensetning i de ansatte som er tilknyttet sentrene, arbeidsmetodikk, stabilitet i arbeidsstokken etc. Årsverk per innbygger kan fange opp mange av de kvalitative kriteriene, ettersom det er en indikasjon på hvor mye ressurser senteret har skaffet gjennom å sikre ekstra tilskuddsfinansiering, og at dette kan være en refleksjon av kvaliteten i senterets arbeid. Disse temaene er imidlertid en del av spørreundersøkelsen og i intervjuer, og vil derfor bli dekket i den.

For hver av karakteristikkene blir USHT-ene sortert i grupper basert på indikatorverdi (lav, middels og høy) og gitt en tallverdi basert på karakteristikkens antatte generelle innvirkning på senterets måloppnåelse. Tallverdiene varierer basert på en skjønnsmessig vurdering av graden av innvirkning på sentrenes måloppnåelse. Denne variasjonen fungerer dermed som en vektning av karakteristikkens betydning for sentrenes måloppnåelse.

Lav	Middels	Høy
6 sentre med lavest indikatorverdi	8 sentre med middels indikatorverdi	6 sentre med høyest indikatorverdi

Det skal velges ut to senter for hver av gruppene «Lav», «Middels» og «Høy».

2.2 Vurdering av representativitet

Det er kombinasjonen av karakteristikkene som gir et godt vurderingsgrunnlag for utvalg av USHT-er til dybdeundersøkelse. Et utvalg av dette omfanget vil naturlig nok ikke være fullt ut representativt for hele gruppen av USHT-ene. På generelt grunnlag vil det eksempelvis være fordelaktig å utelate eventuelle sentre som har særlig ytterliggående karakteristikk.

Det er også viktig at utvalget fanger opp sentrale variasjoner som bør studeres nærmere i dybdeundersøkelsen. Et eksempel på dette vil være befolkningsstørrelse i sentrenes geografiske nedslagsfelt uavhengig av størrelsen på sentrene i form av antall årsverk. Det gjøres derfor en skjønnsmessig vurdering av representativitet og at sentrale variasjoner mellom sentrene er dekket.

2.3 Tallgrunnlag

Datamaterialet er hentet fra SSB sin befolkningsstatistikk for 2022 og sortert på senternivå. Antall årsverk per USHT er basert på egenrapporterte tall direkte fra sentrene. Etersom SSB-dataene er for 2022 er de sammenliknet med USHT-enes rapporterte årsverk for 2022. En potensiell feilkilde er at sentrene rapporterer tallene ulikt. Samspillet med vertskommunene varierer også mellom USHT-ene, eksempelvis ved at visse vertskommuner ivaretar oppgaver som andre USHT-er ivaretar selv.

3 Vurdering etter kriterier

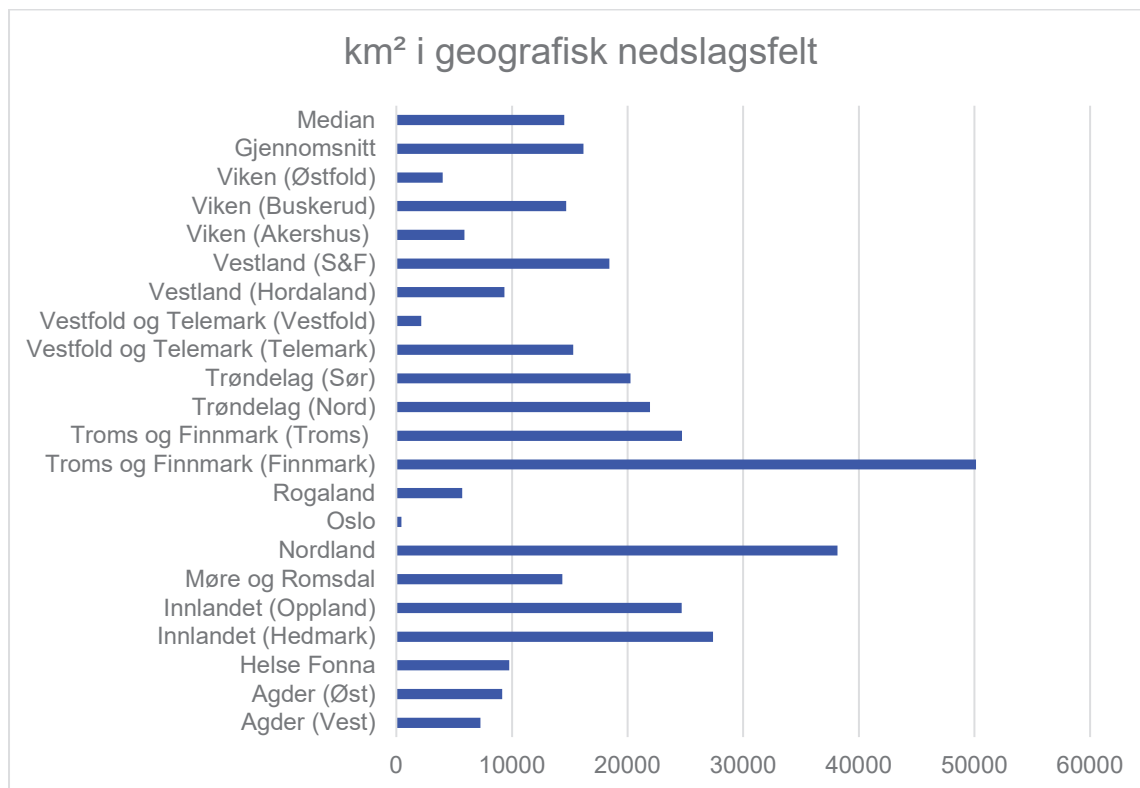
Nedenfor gir vi våre vurderinger etter kriteriene beskrevet ovenfor.

3.1 Størrelse på geografisk nedslagsfelt

Fysiske avstander kan ha betydning for USHT-enes virke og ressursbehov. Dette kan skyldes at USHT-enes aktiviteter krever fysisk tilstedeværelse i ulike kommuner, og at reiseavstander gjør beslag på tid og kapasitet i arbeidshverdagen.

Det legges til grunn en generell antakelse om at det, alt annet likt, er mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse i et større geografisk område. I et hypotetisk eksempel hvor to identiske USHT-er har 100 000 innbyggere og like mange kommuner i sitt geografiske nedslagsfelt, vil det være mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse om befolkningen er fordelt over et område på 2000 km² enn 1000 km².

Som figuren under viser er det stor variasjon i størrelsen på USHT-enes geografiske nedslagsfelt. Størst er Troms og Finnmark (Finnmark) med over 50 000 kvadratkilometer, etterfulgt av Nordland med like over 38 000 kvadratkilometer. Minst er Oslo og Vestfold og Telemark (Vestfold) med henholdsvis 454 og 2167 kvadratkilometer.



Figur 5.1: Kvadratkilometer i geografisk nedslagsfelt. Kilde: SSB (2022)

For denne variabelen setter vi relativt mindre areal av nedslagsfelt som en høy score, og større areal som lav score. Årsaken til det er at vi regner med at USHT-er med mindre nedslagsfelt i areal, har bedre forutsetninger for å lykkes, som forklart ovenfor. Vi har vektet denne med score -1 for de fleste kommunene i kategori lav, og -2 for Nordland og Troms og Finnmark (Finnmark) som har vesentlig større areal enn de andre. For kategori høy, gir vi alle kommuner en score +1, og som for alle kategorier, scorer vi kommunene i katetegori for middels med 0 poeng.

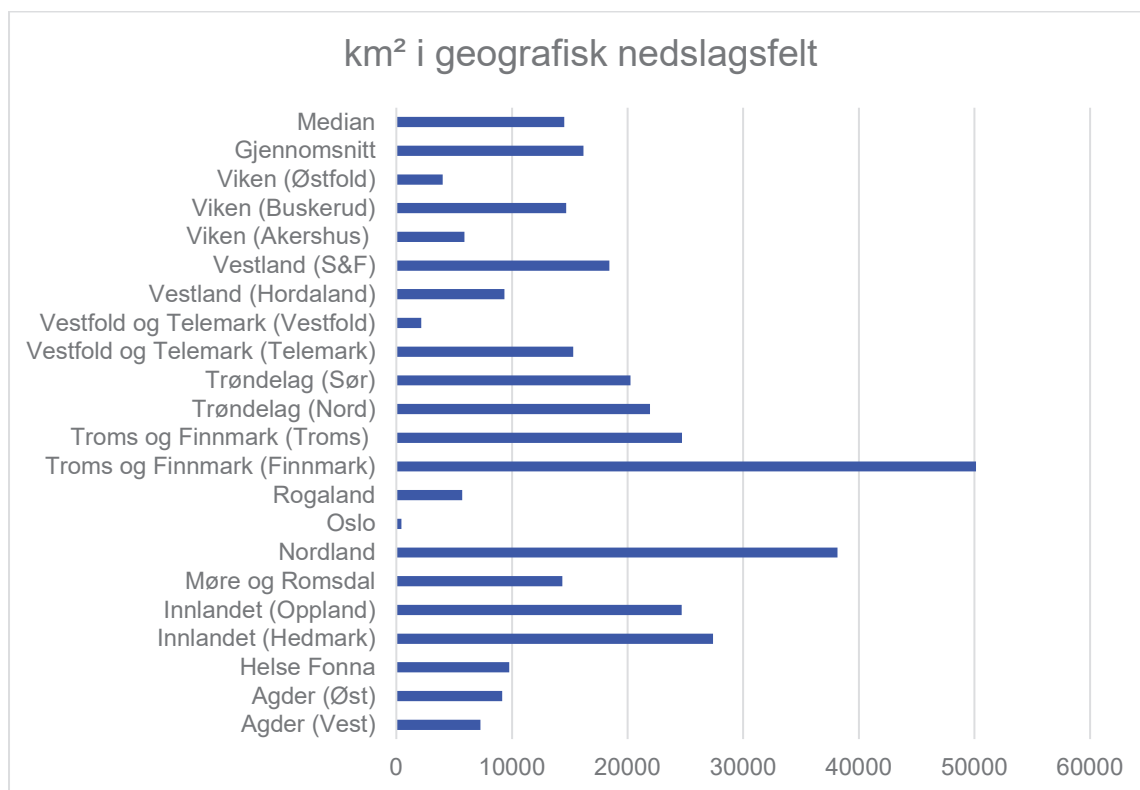
Lav	Middels	Høy
-1 Trøndelag (Nord)	0 Agder (Øst)	+1 Oslo
-1 Innlandet (Oppland)	0 Vestland (Hordaland)	+1 Vestfold og Telemark (Vestfold)
-1 Troms og Finnmark (Troms)	0 Helse Fonna	+1 Viken (Østfold)
-1 Innlandet (Hedmark)	0 Møre og Romsdal	+1 Rogaland
-2 Nordland	0 Viken (Buskerud)	+1 Viken (Akershus)
-2 Troms og Finnmark (Finnmark)	0 Vestfold og Telemark (Telemark)	+1 Agder (Vest)
	0 Vestland (S&F)	
	0 Trøndelag (Sør)	

a. Antall kommuner i geografisk nedslagsfelt

USHT-ene sitt kjerneoppdrag er å arbeide opp imot kommunene i sitt geografiske nedslagsfelt. Sentrene har et like stort ansvar overfor alle kommunene i sitt område. Antall kommuner i nedslagsfeltet har derfor stor betydning for sentrenes måloppnåelse, virke og arbeidsomfang. Denne sammenhengen er vurdert til å være særlig sterk.

Det legges til grunn en generell antakelse om at det, alt annet likt, er mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse ovenfor flere kommuner enn færre kommuner. I et hypotetisk eksempel hvor to identiske USHT-er har 100 000 innbyggere i sitt geografiske nedslagsfelt, vil det være mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse om befolkningen er fordelt på 20 kommuner enn 10 kommuner.

Som figuren under viser er det stor variasjon i antall kommuner i USHT-enes geografiske nedslagsfelt. Det er klart flest i Nordland med 41 kommuner, etterfulgt av Møre og Romsdal med 26 kommuner. Dersom vi utelater Oslo som kun har én, har Vestfold og Telemark (Vestfold) færrest med seks kommuner. Agder (Vest) og Viken (Østfold) kommer etter med henholdsvis 10 og 12 kommuner i sitt nedslagsfelt.



Figur 5.2: Antall kommuner i geografisk nedslagsfelt. Kilde: SSB (2022)

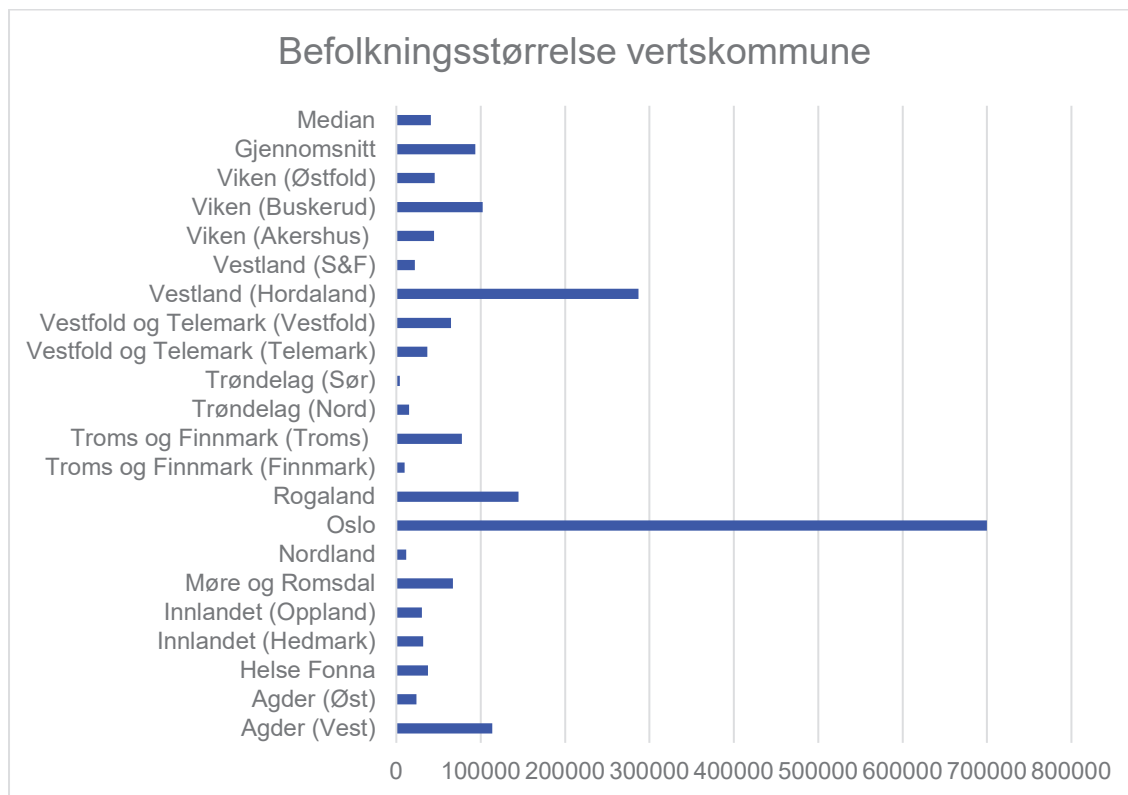
For denne variabelen setter vi relativt lavere antall kommuner i nedslagsfeltet som en høy score, og høyere antall som lav score. Årsaken til det er at vi regner med at USHT-er med færre kommuner i nedslagsfeltet har bedre forutsetninger for å nå en større andel kommuner i nedslagsfeltet. Her scorer vi alle de i kategori Høy med +1, og de i Lav med -1, med unntak av Nordland som får -2 ettersom det har et vesentlig høyere antall kommuner enn noen av de andre sentrene.

Lav	Middels	Høy
-1 Trøndelag (Sør)	0 Helse Fonna	+1 Oslo
-1 Troms og Finnmark (Troms)	0 Vestfold og Telemark (Telemark)	+1 Vestfold og Telemark (Vestfold)
-1 Viken (Akershus)	0 Vestland (Hordaland)	+1 Agder (Vest)
-1 Innlandet (Hedmark)	0 Trøndelag (Nord)	+1 Viken (Østfold)
-1 Innlandet (Oppland)	0 Vestland (S&F)	+1 Agder (Øst)
-1 Møre og Romsdal	0 Viken (Buskerud)	+1 Rogaland
-2 Nordland	0 Troms og Finnmark (Finnmark)	

*Ettersom Trøndelag (Sør) og Troms og Finnmark (Troms) har 20 kommuner er begge plassert i gruppe «lav». Dermed består gruppe «middels» og «lav» av 7 kommuner hver.

b. Befolkningsstørrelse i vertskommune

Befolkningsstørrelse i vertskommune henger sammen med vertskommunens samlede fagmiljø og utviklingskapasitet. Vertskommunemodellen legger opp til et samspill mellom USHT-ene og vertskommunen, og det antas at vertskommunens størrelse påvirker USHT-enes overordnede kapasitet og ressursituasjon. Som figuren under viser er medianverdien (41069 innbyggere) under halvparten av gjennomsnittsverdien (93527 innbyggere). Dette kommer av at gjennomsnittet blir kraftig dratt opp av vertskommuner som Bergen og Oslo.



Figur 5.3: Befolkningsstørrelse vertskommune. Kilde: SSB (2022)

For denne variabelen setter vi relativt lavere befolkning i vertskommunen som en lav score, og høyere befolkning som høy score. Årsaken til det er at vi regner med at USHT-er med vertskommuner med en høyere befolkning har tilgang til kapasitet og kompetanse i kommunen som kan bidra til en bedre måloppnåelse. Her scorer vi alle de i kategori Høy med +1, og de i Lav med -1, med unntak av Trøndelag (Sør) som får -2 ettersom vertskommunen har en vesentlig lavere befolkning enn alle andre kommuner (mindre enn halvparten av den nest minste).

Lav (-1 poeng)	Middels (0 poeng)	Høy (+1 poeng)
-1 Troms og Finnmark (Finnmark)	0 Innlandet (Oppland)	+1 Troms og Finnmark (Troms)
-1 Nordland	0 Innlandet (Hedmark)	+1 Viken (Buskerud)
-1 Trøndelag (Nord)	0 Vestfold og Telemark (Telemark)	+1 Agder (Vest)
-1 Vestland (S&F)	0 Helse Fonna	+1 Rogaland
-1 Agder (Øst)	0 Viken (Akershus)	+1 Vestland (Hordaland)
-2 Trøndelag (Sør)	0 Viken (Østfold)	+1 Oslo
	0 Vestfold og Telemark (Vestfold)	
	0 Møre og Romsdal	

c. Årsverk ved USHT relativt til antall innbyggere i geografisk nedslagsfelt

Antall innbyggere i USHT-enes geografiske nedslagsfelt relativt til årsverkene ved sentrene er en indikator på omfanget av USHT-enes oppdrag i forhold til sentrenes ressurstilgang. Befolkningsstørrelse vil speile omfanget av kommunale helsetjenester i området. Denne sammenhengen er vurdert til å være særlig sterk.

Det legges til grunn en generell antakelse om at det, alt annet likt, er mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse i et geografisk område med større befolkning enn i et område med mindre befolkning. I et hypotetisk eksempel hvor to identiske USHT-er har like mange kommuner i sitt geografiske nedslagsfelt, vil det være mer ressurskrevende å oppnå samme måloppnåelse med en befolkning på 200 000 innbyggere enn 100 000 innbyggere.

Som figuren under viser er det stor variasjon i befolkningsstørrelse. Størst er Oslo og Viken (Akershus) med om lag 700 000 innbyggere, og minst er Troms og Finnmark (Finnmark) med om lag 79 000 innbyggere.

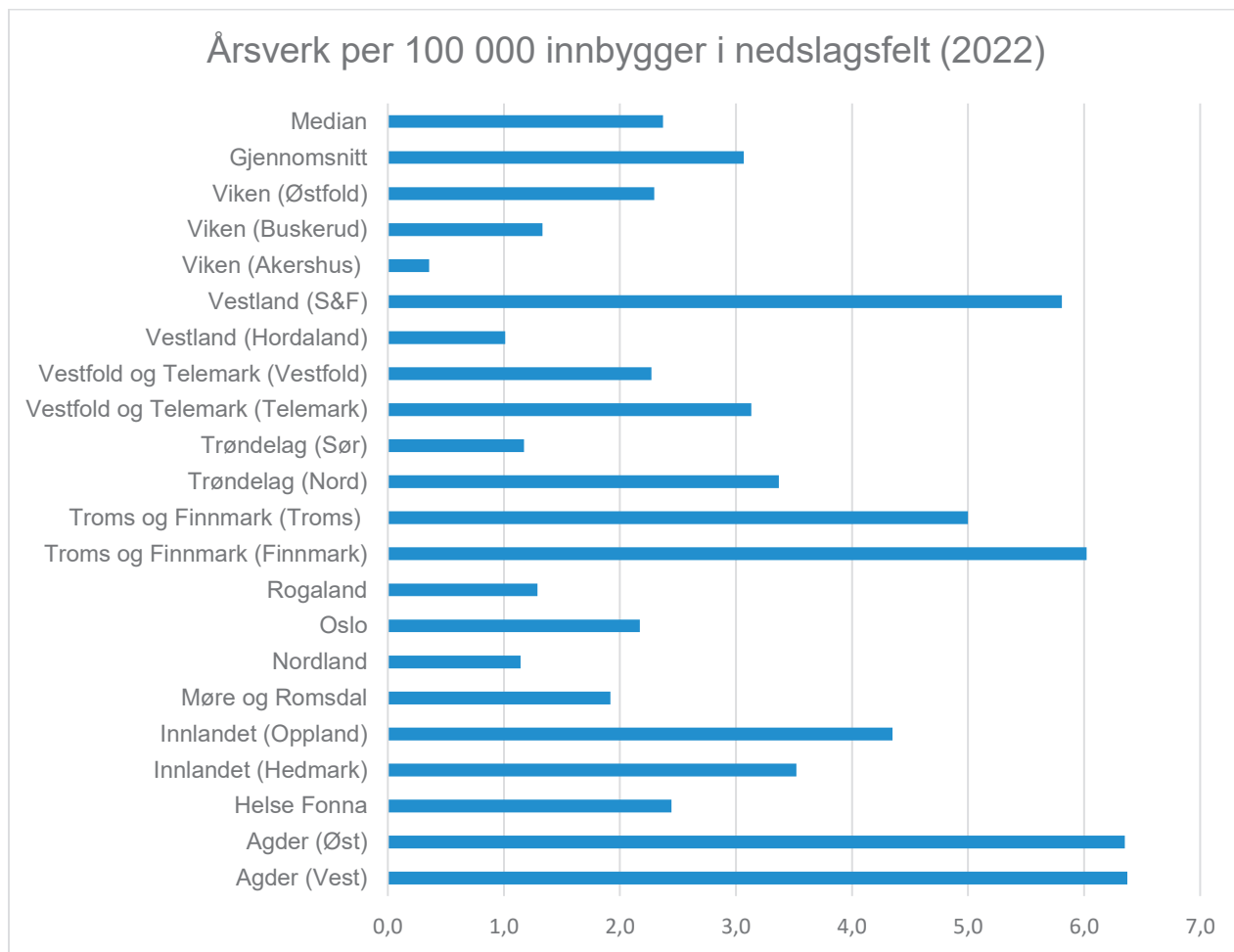


Figur 5.4: Befolkning i geografisk nedslagsfelt. Kilde: SSB (2022)

I figuren under blir befolkningsstørrelse sett i sammenheng med antall årsverk tilknyttet hver enkelt senter. USHT-enes aktiviteter og kostnader er i all hovedsak knyttet opp mot de årsverkene som sentrene disponerer. Antall årsverk relativt til befolkning i og antall kommuner i nedslagsfeltet, anses derfor som et egnet mål på sentrenes ressursituasjon og kapasitet til å løse sitt samfunnsoppdrag.

Indikatoren beregnes med årsverk per 100 000 innbygger:

Som vi ser er det store variasjoner i sentrenes årsverk målt mot befolkningsstørrelse i nedslagsfeltet.



Figur 5.4: Årsverk per 100 000 befolkning i nedslagsfelt (2022).

For denne variabelen setter vi et høyt antall årsverk per innbygger i kategori høy, og visa versa. Vi vekter denne indikatoren relativt høyt, siden dette er den eneste indikatoren som senteret selv har en innvirkning på, siden antall årsverk først og fremst er avhengig av senterets egen mobilisering av ressurser. Vi scorer de i kategori Høy med +3, og de i Lav med -3.

Lav (-3)	Middels (0)	Høy (+3)
-3 Viken (Akershus)	0 Møre og Romsdal	+3 Innlandet (Oppland)
-3 Vestland (Hordaland)	0 Oslo	+3 Troms og Finnmark (Troms)
-3 Nordland	0 Vestfold og Telemark (Vestfold)	+3 Vestland (S&F)
-3 Trøndelag (Sør)	0 Viken (Østfold)	+3 Troms og Finnmark (Finnmark)
-3 Rogaland	0 Helse Fonna	+3 Agder (Øst)
-3 Viken (Buskerud)	0 Vestfold og Telemark (Telemark)	+3 Agder (Vest)
	0 Trøndelag (Nord)	
	0 Innlandet (Hedmark)	

d. Samlet indikatorverdi

I tabellen nedenfor viser vi de samlede indikatorverdiene. Vi har markert alle med score +2 eller høyere i grønt, de med +1, 0 eller -1 i gult, og de med -2 eller lavere i oransje. Vi understreker at scoringen i denne tabellen ikke er ment som en rangering av sentrene, og det at et senter er markert i oransje behøver ikke å bety at det ikke presterer godt. Hensikten med denne vurderingen er å sikre at utvalg som gir innblikk i hvordan sentre fungerer, både i forhold til gitte forutsetninger og bemanning.

USHT	Størrelse på geografisk nedslagsfelt	Antall kommuner i geografisk nedslagsfelt	Innbyggere vertskommune	Årsverk per 100,000 innbyggere i nedslagsfelt	Samlet score
Agder (Vest)	+1	+1	+1	+3	+6
Agder (Øst)	0	+1	-1	+3	+3
Oslo	+1	+1	+1	0	+3
Vestfold	+1	+1	0	0	+2
Troms	-1	-1	+1	+3	+2
Vestland (Sogn og Fjordane)	0	0	-1	+3	+2
Viken (Østfold)	+1	+1	0	0	+2
Innlandet (Oppland)	-1	-1	0	+3	+1
Rogaland	+1	+1	+1	-3	0
Finnmark	-2	0	-1	+3	0
Helse Fonna	0	0	0	0	0
Telemark	0	0	0	0	0
Viken (Akershus)	+1	+1	0	-3	-1
Møre og Romsdal	0	-1	0	0	-1
Viken (Buskerud)	0	0	+1	-3	-2
Trøndelag (Nord)	-1	0	-1	0	-2
Innlandet (Hedmark)	-1	-1	0	0	-2
Vestland (Hordaland)	0	0	+1	-3	-2
Trøndelag (Sør)	0	-1	-2	-3	-6
Nordland	-2	-2	-1	-3	-8

4 Vurdering av representativitet

Som nevnt vil det være viktig at utvalget tilstreber å være representativt for populasjonen av USHT-er. I avsnittene nedenfor blir det gjort en tematisk gjennomgang av USHT-er med særlig høye eller lave indikatorverdier.

Innbyggertall

USHT Oslo sitt innbyggertallet er mer enn tre ganger så høyt som gjennomsnittet/medianen. USHT Viken (Akershus) har et tilsvarende høyt innbyggertall. USHT Troms og Finnmark (Finnmark) har et innbyggertall som er under halvparten av gjennomsnittlig innbyggertall per USHT.

Geografisk nedslagsfelt

USHT Troms og Finnmark (Finnmark) har en størrelse på geografisk nedslagsfelt som er mer enn dobbelt så stort som medianverdien. USHT Oslo ligger nederst på størrelse i geografisk nedslagsfelt sammen med USHT Vestfold og Telemark (Vestfold) og Viken (Østfold).

Antall kommuner

USHT Nordland har et kommuneantall som er mer enn dobbelt så stort som gjennomsnittet, mens USHT Vestfold og Telemark (Vestfold) har et kommunetall som er tre ganger mindre enn gjennomsnittet. USHT Oslo har kun en kommune i sitt nedslagsfelt.

Vertskommune

USHT Trøndelag (Sør) har en vertskommune som er ti ganger mindre enn medianverdien. I motsatt ende ligger USHT Oslo med en vertskommune som er mer enn dobbelt så stor som den neste på listen (Bergen).

11 Endelig utvalg

Lav	Middels	Høy
<ul style="list-style-type: none"> Vestland (Hordaland) Nordland 	<ul style="list-style-type: none"> Trøndelag (Nord) Innlandet (Oppland) 	<ul style="list-style-type: none"> Viken (Østfold) Agder Vest

Dette gir et utvalgt som også treffer godt på de ulike kriterier. I tabellen nedenfor viser vi fordelingen på de ulike kriteriene. I tillegg viser vi også sentralitetsindeksen for vertskommunene.

	Geografi (størrelse)	Befolkning vertskommune	SSBs sentralitetsindeks for vertskommunene	Antall kommuner	Årsverk per innbygger
Vestland (Hordaland)	M	H	1	M	L
Trøndelag (Nord)	L	L	4	M	M
Innlandet (Oppland)	L	M	3	L	H
Viken (Østfold)	H	M	2	H	L
Agder Vest	H	H	3	H	H
Nordland	L	L	5	L	L

Nordland står i en særstilling blant USHT-ene. Senteret dekker det nest største geografiske området, mer enn dobbelt så stort som medianen, og har det klart største antallet kommuner. Nordland USHT har en av de mindre vertskommunene befolkningsmessig. Og er blant de med det lavest antall årsverk per befolkning.

Vestland (Hordaland) har den nest største vertskommunen. Senteret har gjennomsnittsverdien av antall kommuner i sitt nedslagsfelt, men ligger godt under gjennomsnittet i størrelse på geografisk område. Senteret har relativt få årsverk sammenliknet med innbyggertall, og har et innbyggertall som er tredje høyeste i datasettet.

Trøndelag (Nord): USHT-et har en vertskommune i det nedre sjiktet med 14 955 innbyggere. Senteret har gjennomsnittsverdien av antall kommuner i sitt nedslagsfelt, men ligger i det øvre sjiktet i størrelse på geografisk område. Senteret ligger øverst i det midtre sjiktet på antall årsverk relativt til innbyggertall, og har et innbyggertall som ligger i det nedre sjiktet i datasettet.

Innlandet (Oppland): USHT-et har en vertskommune som er godt under medianverdien, men som er dobbelt så stor som vertskommunen til Trøndelag (Nord). Senteret ligger i toppsjiktet på antall kommuner i og geografisk størrelse på nedslagsfeltet. Senteret har et relativt høyt antall årsverk sammenliknet med innbyggertall, og har et innbyggertall som ligger i det nedre sjiktet i datasettet.

Viken (Østfold): USHT-et har en vertskommune som er godt under medianverdien, men som er på størrelse med vertskommunen til USHT Innlandet (Oppland). Senteret ligger i det nedre sjiktet på antall kommuner i sitt nedslagsfelt og i størrelse på geografisk område. Senteret ligger i det midtre sjiktet på antall årsverk relativt til befolkningsstørrelse, og har et innbyggertall som ligger i det øvre sjiktet i datasettet.

Agder Vest: USHT-et har den klart høyeste scoren blant de rangerte. Senteret har de beste forutsetningene med et lite geografisk nedslagsfelt, men en relativt lav befolkning og en vertskommune med relativt høy befolkning. Det er senteret med det høyeste antall årsverk per innbygger (marginalt høyere enn Agder Øst, interessant nok).



Geir Sundet

Director

Tlf: +47 40 63 30 78

geir.sundet@kpmg.no

Lars Torgersen

Engagement partner

Tlf: +47 40 63 92 71

lars.torgersen@kpmg.no

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© KPMG AS and KPMG Law Advokatfirma AS, a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

The KPMG name and logo are trademarks used under license by the independent member firms of the KPMG global organization.