

FORVALTNINGSREVISJON AV
PLEIE OG OMSORG



HÅ KOMMUNE
JUNI 2019

INNHold

Denne rapportens målgrupper er kontrollutvalget, andre folkevalgte, formelt ansvarlige i administrasjonen og utførende fagfolk i administrasjon. Rapporten er et offentlig dokument og skal være tilgjengelig også for media og andre interesserte. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med to nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Innholdsfortegnelsen, sammendraget og rådmannens kommentarer
2. Hovedrapporten med innledning, fakta og vurderinger, samt vedlegg

| | |
|---|-----------|
| Innhold | 3 |
| Sammendrag | 4 |
| Rådmannens kommentar | 10 |
| Rapporten | 12 |
| 1 Innledning | 13 |
| 1.1 Formål og problemstillinger | 13 |
| 1.2 Revisjonskriterier og metode | 13 |
| 2 Faktadel..... | 21 |
| 2.1 Innledning | 21 |
| 2.2 Befolkningsutvikling - flere eldre | 21 |
| 2.3 Tjenester viktige for hjemmeboende | 24 |
| 2.4 Omsorgstrappa i tall | 26 |
| 2.5 Tiltak for å styrke eldres egenmestring..... | 30 |
| 2.6 Betingelser for å lykkes med en mer mestringsorientert hjemmetjeneste | 48 |
| 2.7 Resultater i tall | 52 |
| Vedlegg | 59 |

SAMMENDRAG

Siktemålet med prosjektet er å undersøke hvor langt Hå kommune har kommet i arbeidet med å legge til rette for at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Hå kommune har de siste 10 årene hatt en vekst på 36 prosent i antallet eldre, særlig yngre eldre i alderen 67-79 år. Fra 2023 ventes en kraftig vekst i antallet 80-89-åringer.

Flere eldre vil bety et større press på pleie- og omsorgstjenestene om det ikke gjøres tiltak fra kommunens side for å dempe etterspørselen. Flere strategiske grep er mulige: Kommunen kan omprioritere ressurser fra andre tjenesteområder eller den kan gjøre nåløyet for å få pleie og omsorg trangere. En tredje strategi, som vi er opptatt av i denne forvaltningsrevisjonen, er å *forebygge og rehabilitere* mer slik at de eldre får tatt ut det potensialet de har for egenomsorg og dermed bli mest mulig selvhjulpne.

Et viktig mål for hjemmetjenesten i Hå er å *«legge til rette for at innbyggjarane kan bu så lenge som mogleg i eigen heim.»* De fire bo- og velferdssentraene skal sikre at tjenestene blir gitt nær brukerne, mens omsorgstrappetenkningen skal sikre at tjenester blir gitt på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Hovedmålet med dette prinsippet er i følge Omsorgsplanen til Hå at *«...den einskilde skal få hjelp slik at han eller ho kan bu lengst mogleg i eigen heim og vera mest mogleg sjølvhjulpne.»*

Rapporten gir en status over hvor langt Hå har kommet i forhold til disse målene. Der det har vært naturlig har vi gjort sammenligninger med Eigersund, Sandnes og Stavanger, hvor vi har gjennomført lignende prosjekt som i Hå.

Hovedinntrykket er at Hå har tatt viktige steg som gjør det enklere for eldre å bli boende hjemme i alderdommen. Det er etablert et tilbud om *hverdagsrehabilitering* fra 2015. Drøyt 40 innbyggere i året får hjelp til opptrening etter funksjonsfall. Det er også mer fokus på *«hjelp-til-selvhjelp»* og egenomsorg i de ordinære hjemmetjenestene og kommunen er i en fase hvor *velferdsteknologi* mer aktivt tas i bruk.

Fortsatt har Hå et potensiale for å gjøre mer for at eldre kan bli boende hjemme. Hå har en tjenestestruktur med relativt mange omsorgsboliger og sykehjemsplasser, noe som betyr at tjenestemottakeren ofte vil være borteboende. Innslagspunktet for når eldre innbyggere har behov for omsorgsbolig eller sykehjemsplass, kan utsettes om det aktivt satses på forebyggende og rehabiliterende tiltak i hjemmetjenesten. De som har størst potensiale for å klare seg selv hjemme, kan helt eller delvis hjelpes ut av tjenesten, mens hjemmetjenesten i større grad kan konsentrere seg om de mest skrøpelige hjemmetjenestemottakerne. Det kan i neste omgang utsette behovet for sykehjemsplass.

FUNN OG VURDERINGER

Hverdagsrehabilitering

Hå kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering som en del av rehabiliteringstjenesten der leder av rehabiliteringsavdelingen også er leder av hverdagsrehabiliteringsteamet. Hverdagsrehabiliteringsteamet har tverrfaglig kompetanse, bestående av en halv stilling til sykepleie, ergoterapi og fysioterapi, til sammen 1,5 årsverk.

Gjennom jevnlig lunsjmøter med ulike tjenester har teamet gjort tjenesten kjent, og sørget for at de får tilgang på aktuelle kandidater for opptrening. Det varierer imidlertid noe hvor aktive de fire bo- og velferdssentraene er til å henvise mulige kandidater.

Det er klare forskjeller i ressurser til hverdagsrehabilitering når vi sammenligner Hå med Klepp, Time og Eigersund – fra 1,5 årsverk i Hå til 4 årsverk i Klepp. I Time og Eigersund utgjør hverdagsrehabiliteringsteamet om lag 3 årsverk og ansatte i hjemmetjenesten deltar i hverdagsrehabiliteringen. Det gir en ekstra ressurs i disse kommunene som Hå og Klepp ikke har. Omfanget av hverdagsrehabilitering er minst i Hå (45 mottakere i 2018) mot 158 mottakere i Eigersund og 120 mottakere i Klepp. Det indikerer at Hå har et potensiale for mer hverdagsrehabilitering som kommunen ikke har tatt ut.

En utfordring for hverdagsrehabiliteringsteamet er at teamet er lite, og dermed sårbart for sykemeldinger og permisjoner. Teamet har heller ikke *hjemmetrenere/hverdagsterapeuter* ute i hjemmetjenesten som regelmessig kan bidra i rehabiliteringsarbeidet. Sandnes og Time involverer ansatte ute i hjemmetjenesten som har fått opplæring av teamet og som hjelper til i opptreningen av de som mottar hverdagsrehabilitering. En modell som fungerer bra i Sandnes er at noen få utvalgte hjemmetrenere/hverdagsterapeuter får tilpasset turnus og arbeidslister til treningsoppgavene slik at de kan bistå på dagtid.

En tilnærming i Hå kan være et tettere samarbeid mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten. Det kan tenkes en modell der hvert av de fire bo- og velferdssentraene utpeker 1-2 ansatte som kan være ressurspersoner i sitt distrikt. Disse kan delta i hospitering i hverdagsrehabiliteringsteamet og få nødvendig opplæring slik at de kan bistå teamet i opptreningen av mottakere av hverdagsrehabilitering. En slik modell kan forankre hverdagsrehabiliteringsperspektivet sterkere ute i hjemmetjenesten, og det kan gi hverdagsrehabiliteringsteamet tilgang på en ressurs de ikke har i dag.

Mestringsorientert hjemmetjeneste

Hjelp til mestring handler om at ansatte i hjemmetjenesten skal gi tjenester på en måte som styrker brukernes ressurser, slik at de opplever mestring og selvstendighet. Brukere som har mulighet til å mestre aktiviteter selv skal få opplæring, trening og tilrettelegging i stedet for hjelp som passifiserer og dytter dem inn i «hjelpefeller».

Intervjuene og stikkprøver av vedtak i Hå, tyder på at tildeling av hjemmetjenester i all hovedsak er ordinære hjelpevedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det står lite i vedtakene om at hjelpen skal være tidsavgrenset til brukeren klarer å gjøre oppgaven selv.

For ansatte i hjemmetjenesten blir dermed kompenserende hjelp det sentrale, mens det som går på opplæring av bruker til å klare mer selv – det vil si en mer *mestringsorientert hjemmetjeneste* – blir lite synlig. Det er i såfall noe som kommer i tillegg, og det blir de mest entusiastiske som i praksis prøver å få brukeren til å klare mest mulig selv.

Prinsipielt kan *tidsavgrenset opplæring* omfatte et bredt spekter av både hverdagslige gjøremål og mer helsefaglige oppgaver: Morgenstell/kveldsstell, dusjing, matlaging, handle, tømme søppel og gjennomføre toalettbesøk. Bruker kan videre læres opp til å dryppe øyne, administrere insulin, bruke dosett, kateterisering, måling av blodsukker, stell av stomi og ta av/på elastiske strømper. Noen kan læres opp til mye, andre klarer kun noen få oppgaver selv, men de fleste har et potensiale for å gjøre litt på egenhånd.

Pleierne forteller at det ofte går raskere å gjøre oppgavene selv enn å la brukerne få delta aktivt i oppgaveløsningen. Noen brukere må motiveres og det kan ta tid og lære dem opp. Men klarer brukerne å gjøre noen omsorgsoppgaver selv, vil det over tid avlaste hjemmetjenesten slik at ressurser kan frigjøres til de mest pleietrengende.

Å utprøve en ordning med *tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten* kan være en veg å gå for å styrke fokuset på egenmestring i hjemmetjenesten. Erfaringene er i hovedsak gode i Eigersund og Stavanger som har tatt i bruk slike vedtak.

Flere forhold underbygger at *utprøving* av tidsavgrensede opplæringsvedtak kan ha noe for seg i Hå. Det tar tid å bygge ny kultur og nye måter å jobbe på. Opplæringsvedtak kan være et bidrag til å bygge en ny felles kultur i hjemmetjenesten. Et annet argument er at opplæring kan ta lengre tid enn om at den ansatte bare gjør det selv. Da er det bedre med et opplæringsvedtak som tildeler en tidsressurs til å gjennomføre pasientopplæring. På lengre sikt kan det føre til at pasienten klarer seg helt eller delvis uten tjenester fra kommunen, noe som vil være kostnadsbesparende for kommunen.

Velferdsteknologi

Foreløpig er det *digitale trygghetsalarmer* som er tatt i bruk på bred front i Hå. Økt bruk av *medisinsdispensere* er neste steg i implementeringen av ny teknologi. Flere andre teknologier er i en start- og uttestingsfase som ulike sensorer og GPS tilknyttet helseklokke. Flere av teknologiene følger framdriften i det interkommunale samarbeidet Hå deltar i. Dermed unngås at alle kommuner driver og tester ut det samme. Også tjenesteapparatet må forberedes på nye teknologier gjennom opplæring og nye rutiner.

Det har tatt tid å utvikle velferdsteknologi som et tiltak som kan gjøre det lettere for eldre å bli boende hjemme. Det har å gjøre med finansiering, at teknologien er brukervennlig for dagens eldre, og at løsningene er «modne» nok for implementering.

I årene som kommer vil velferdsteknologi trolig få et større omfang i eldreomsorgen. Da blir det viktig å få dokumentert at ny teknologi faktisk gjør det enklere for eldre å bli boende hjemme og at de avlaster tjenesten og er kostnadsbesparende. Det vi hittil vet er at mange alarmer utløst av trygghetsalarmer blir avklart i responscenteret. Dermed unngås unødvendige hjemmebesøk. Ved pilotering av elektroniske medisinsdispensere er det utviklet gevinstindikatorer for bruker, ansatt og kommuneøkonomien.

Velferdsteknologi har en kostnadsside for kommunen, og det er viktig å dokumentere at teknologi realiserer tilsiktede gevinster, både økonomisk og i form av bedre kvalitet for brukeren. Utvikling av noen få nøkkelindikatorer som dokumenterer gevinster av kommunens ambisjoner om økt satsing på velferdsteknologi kan være en måte å følge utviklingen på. Et eksempel på en måleindikator kan være andel/antall brukere uten eller med redusert pleie i hjemmet etter tilrettelegging med velferdsteknologi.

En slik objektiv måleindikator kan suppleres med noen nye spørsmål i brukerundersøkelser i hjemmetjenestene som måler opplevd effekt av kommunens tilrettelegging for at bruker skal klare seg selv hjemme. Der kan det stilles spørsmål til de som har tatt velferdsteknologi om teknologien har gjort det lettere for dem å mestre hverdagen.

Kompetanseutvikling

Å få *mestrings- og rehabiliteringsperspektivet* bredt forankret blant de ansatte på gulvet i den ordinære hjemmetjenesten er krevende og tar tid. Det er i stor grad et møte mellom en tradisjonell og kompenserende form for omsorg og en ny måte å yte hjelp på der aktivisering, hjelp-til-selvhjelp og egenmestring står sentralt.

Det lages årlige opplæringsplaner for helse- og sosialområdet i Hå. Der evalueres forrige års kompetanseutvikling og det foreslås prioriterte opplæringsformål for året som kommer. På markedet har det etter hvert kommet tilbud om fagutdanning, e.læringskurs og utdanningstilbud i forhold til hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Forløpig reflekteres dette i liten grad i Hå kommunes opplæringsplan for helse og sosial. Spørsmålet er om det i årene bør fokuseres sterkere på disse fagfeltene.

Relasjonen mellom ansatt og bruker viser at det stilles relativt store krav til de ansattes kommunikative ferdigheter og relasjonelle kompetanse. Noen «snille» ansatte kan være seg for å gå inn i en dialog med bruker om at hun/han har best av å gjøre mer selv, når bruker synes det mest behagelige er å bli hjulpet. Andre kan oppfattes som «kjipe» om de ber bruker om å øve på å klare mer selv. Noen ansatte takler denne type situasjoner, andre gjør det ikke, og bør få opplæring som trygger de i slike situasjoner.

Tre typer kompetanser synes å være viktige: Det ene er en faglig vurdering av hvilket potensiale den enkelte har for egenomsorg. Per i dag ivaretas dette av fagteamet eller den leder i tjenesten som har fullmakt til å foreta tildeling. Viktig i denne sammenheng er tverrfaglighet der helsefaglig kompetanse koples til kompetanse på rehabilitering.

Det andre er kommunikative og relasjonelle ferdigheter der den ansatte fungerer som *mentor* for brukeren, slik at vedkommende motiveres til mer egenomsorg. Pedagogiske evner er viktig – det vil si ansattes evne til å lære bruker opp til å ta større ansvar for egen omsorg – oppgaver som den ansatte i andre situasjoner vil utføre selv.

For det tredje trengs det kompetanse i selve oppgaveutførelsen. Det være seg medisinskhåndtering og ulike helsefaglige oppgaver, eller hverdagslige aktiviteter og gjøremål.

Praksisnær kompetanseutvikling er sannsynligvis mest effektiv gitt disse kompetansebehovene. Mer bruk av hospitering av ansatte i hjemmetjenesten i hverdagsrehabiliteringsteamet kan være én vei å gå. Det kan også tenkes at hverdagsrehabiliteringsteamet mer aktivt kan brukes i den interne opplæringen i hjemmetjenesten. Case-gjennomgang av ansattes oppfølging av brukere, gir mulighet for å korrigere atferd og drøfte hvilke arbeidsformer som mest effektivt kan styrke brukers egenmestring.

Bruker- og pårørendes forventninger

Flere av de intervjuede i hjemmesykepleien sier at det er krevende å overbevise brukerne om at egenmestring er til det beste for dem. For noen brukere er hjelp fra kommunen til å klare seg selv, helt eller delvis, et tegn på god kvalitet. De aktiviseres i stedet for å passiviseres. For andre oppleves mest mulig hjelp som et tegn på kvalitet.

Noen av de ansatte i hjemmesykepleien opplever det som en stor pedagogisk utfordring å formidle til pårørende at hjelp til egenomsorg er til beste for mor eller far. Pårørendes forventning er i mange tilfeller at nå er foreldrene blitt gamle og skrøpelige, og

da må kommunen stille opp med den hjelpen som trengs. For mange pårørende er det da mest logisk at kommunen stiller opp og hjelper med hverdagslige gjøremål.

Flere av de intervjuede mener at det fortsatt gjenstår mye i forhold til å korrigere de pårørendes forventninger til eldreomsorgen. Bedre informasjon til de pårørende blir framhevet. Det blir pekt på at det første møtet mellom kommunen og bruker/pårørende må utnyttes bedre til å korrigere forventningene, og slik forebygge at dette blir et stridstema når hjemmetjenesten skal utføre tjenestevedtaket.

Omsorgstrappa i Hå

Tallene viser at Hå kommune har en relativt topptung omsorgstrapp, med en høy andel av de eldre som borteboende i omsorgsboliger og i sykehjem. Det er uproblematisk om alle andre løsninger i hjemmet først er prøvd ut, og at skrøpeligheit og sykdom tilsier et behov for omsorgsbolig eller sykehjemsplass.

Bistandsbehovet til de eldre med institusjonsplass i Hå er imidlertid lavere i Hå enn i nabokommunene Klepp og Time. Det kan tyde på at Hå har en lavere terskel for tilde-ling av sykehjemsplass, muligens fordi kapasiteten er større i Hå enn i Klepp og Time. Forskjellene i brukernes bistandsbehov mellom kommunene er imidlertid så stort at det kan ha noe med registreringspraksis i kommunen å gjøre. Vi vil derfor anbefale en gjennomgang av registreringspraksis for å sjekke realismen i disse tallene.

Administrativt er det foreslått en gradvis nedtrapping av dekningsgraden for institu-sjonstjenester i Hå fra dagens drøyt 21 prosent til om lag 15 prosent som andel av innbyggere 80 år og eldre. Da vil Hå være på samme nivå som i Klepp og Time. Det vil bety at nåløyet for å få sykehjemsplass blir trangere, om det ikke gjøres tiltak lengre nede i omsorgstrappa for å redusere presset på sykehjemsplassene.

Hverdagsrehabilitering og en mer mestringsorientert hjemmetjeneste, kan i større grad realisere det potensialet eldre har for egenomsorg. Mange eldre ønsker å bo hjemme i alderdommen. Eldre med enklere hjelpebehov kan hjelpes til å klare seg selv i deler av alderdommen. For hjemmetjenesten gir det en mulighet for å bruke mer ressurser på de skrøpeligste eldre, der hjelp i hjemmet kan gjøre at de kan bo lengre hjemme, også med sykdom og nedsatt funksjonsnivå. Det vil minske presset på sykehjemsplassene. I perioden 2014-2018 har gjennomsnittlig liggetid på sykehjem i Hå vært 2,4 år.

Intervjuene viser en relativt utbredt tilfredshet med den desentraliserte tildelingsmo-dellen gjennom *fagteam*. Flere av de intervjuede, peker på at den virker ansvarliggjø-rende på tjenestene, i den forstand at det ikke tildeles flere tjenester enn det er kapasitet til. Enkelte stiller imidlertid spørsmål ved om fagteamet har tilstrekkelig oppmerk-somhet om forebygging og rehabilitering. Når det i hovedsak er lederne for de tradisjo-nelle hjemmetjenestene og institusjonslederne som utgjør teamet, er det et spørsmål om denne dimensjonen får tilstrekkelig oppmerksomhet. Et kjernepunkt i en mer mest-ringsorientert tjeneste, er å vurdere tidlig om søkeren har et egenmestringspotensiale og deretter tilpasse hjelpebehovet. Vårt inntrykk fra intervjuer med ledere og ansatte er at Hå har noe å gå på i forhold til å forankre et slikt perspektiv i tjenesten.

Hå kommune har i begrenset grad synliggjort de laveste trinnene i sin omsorgstrapp, og beskriver primært tre hovedtrinn (helsehjelp i eget hjem, omsorgsbolig i nærheten av bo- og velferdssentraene og sykehjemsplass). Det skaper et inntrykk av en tjeneste orientert mot å gi kompensierende hjelp, mens hjelp til egenomsorg blir lite synlig.

Resultatoppnåelse

En stadig større andel av eldrebefolkningen i Hå klarer seg uten hjelp fra kommunen. Tallene viser at Hå har en høyere andel eldre 80 år og over som klarer seg selv enn det Eigersund har, men en lavere andel enn den vi finner i Klepp og Time. Andelen selvhjulpne eldre i Hå har økt fra 41 prosent i 2012 til 44 prosent i 2017.

Trenden de siste 5 årene er fallende både når det gjelder andel av de eldre 80 år og over som bor på institusjon og som mottar hjemmetjenester. Det betyr at innslagspunktet for når eldre har behov for hjelp fra kommunes utsettes, og at færre eldre relativt sett har behov for pleie- og omsorgstjenester.

Noe av denne utviklingen kan forklares med en friskere eldrebefolkning, men det er også klare indikasjoner på at det nytter å satse på hverdagsrehabilitering, hjelpemidler i hjemmet og en mer mestringsorientert hjemmetjeneste. Vårt hovedinntrykk er at Hå kommune har tatt viktige steg på denne veien, men at det fortsatt er et potensiale for å øke satsningen på å gjøre eldre mest mulig selvhjulpne i eget hjem.

Anbefalinger

Vi har nedenfor sammenfattet noen råd og anbefalinger til Hå. Hensikten er å vise muligheter Hå har for å styrke oppmerksomheten om forebygging og rehabilitering.

- Vurdere et tettere samarbeid mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten i forbindelse med gjennomføring av treningen.
- Vurdere utprøving av tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten som kan bidra til at brukeren tar et større ansvar for egen omsorg.
- Vurdere utvikling av noen nøkkelindikatorer som kan måle gevinster av å ta i bruk flere typer velferdsteknologi.
- Vurdere informasjons- og kompetansehevingstiltak som kan styrke perspektivet på egenmestring og egenomsorg i hjemmetjenesten.
- Vurdere en gjennomgang av praksis i forhold til registrering av bistandsbehovet i Iplos for å sikre at registreringene gir et mest mulig riktig bilde av behovet.
- Vurdere på sikt dagens omsorgstrapp med sikte på å synliggjøre bedre de laveste trinnene i trappa der forebygging og rehabilitering står sentralt.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Hå kommune har tatt viktige steg på veien til en mer mestringsorientert hjemmetjeneste, men er enige i at det fortsatt er et potensiale for å øke satsningen på å gjøre eldre mest mulig selvhjulpne i eget hjem.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere et tettere samarbeid mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten i forbindelse med gjennomføring av treningen.

Rådmannen mener at ideen med en modell der hvert av de fire bo- og velferdssentraene utpeker 1-2 ansatte som kan være ressurspersoner i sitt distrikt kan være verd å vurdere. Disse kan delta i hospitering i hverdagsrehabiliteringsteamet og få nødvendig opplæring slik at de kan bistå teamet i opptreningen av mottakere av hverdagsrehabilitering.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere utprøving av tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten som kan bidra til at brukeren tar et større ansvar for egen omsorg.

Rådmannen mener å prøve ut en ordning med tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten kan være en veg å gå for å styrke fokuset på egenmestring i hjemmetjenesten.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere utvikling av noen nøkkelindikatorer som kan måle gevinster av å ta i bruk flere typer velferdsteknologi.

Rådmannen mener utvikling av noen enkle nøkkelindikatorer er noe vi bør tilstrebe. Gevinsten vil være ulik om hjemmesykepleieren slipper ett besøk når hjemmesykepleieren likevel skal innom nabohuset eller om man slipper et besøk i ytterkanten av hjemmesonen. Ved å bruke snitt tall, vil vi få en indikasjon selv om ikke det blir helt nøyaktig.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere informasjons- og kompetansehevingstiltak som kan styrke perspektivet på egenmestring og egenomsorg i hjemmetjenesten.

Rådmannen er enig i at man må styrke kompetansen blant de ansatte i hjemmetjenesten. Hå kommune vil være dette mer bevisst ved neste rullering av Opplæringsplanen.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere en gjennomgang av praksis i forhold til registrering av bistandsbehovet i Iplos for å sikre at registreringene gir et mest mulig riktig bilde av behovet.

Rådmannen har arbeidet de siste årene med å få en Iplos registrering med god kvalitet.

Anbefaling fra Rogaland Revisjon:

- Vurdere på sikt dagens omsorgstrapp med sikte på å synliggjøre bedre de laveste trinnene i trappa der forebygging og rehabilitering står sentralt.

Rådmannen er enig i at de laveste trinnene i omsorgstrappen i begrenset grad er synliggjort. Det er primært tre hovedtrinn (helsehjelp i eget hjem, omsorgsbolig i nærheten av bo- og velferdssentraene og sykehjemsplass) som er beskrevet. Det kan skape et inntrykk av en tjeneste orientert mot å gi kompenserende hjelp, mens hjelp til egenomsorg blir lite synlig.

Rådmannen mener at å endre forventningen blant eldre og pårørende vil være krevende og ta tid. Det å ta seg tid til systematisk å korrigere forventningene på det første møtet mellom kommunen og bruker/pårørende er en god rutine. Da blir ikke vedtaket fra hjemmetjenesten en overraskelse og dermed vil det være lettere å akseptere. Det vil fremdeles være slik at for noen brukere er hjelp fra kommunen til å klare seg selv, helt eller delvis, et tegn på god kvalitet. De aktiviseres i stedet for å passiviseres. For andre oppleves mest mulig hjelp som et tegn på kvalitet. Det vil være en stor pedagogisk utfordring å formidle til pårørende at hjelp til egenomsorg er til beste for mor eller far. Hå kommune vil arbeide for å få ut bedre informasjon til de pårørende.

29.05.2019

Anne Berit Berge Ims
Rådmann Hå kommune

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med dette prosjektet er å vurdere i hvilken grad Hå kommune klarer å legge til rette for at flere eldre innbyggere skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Prosjektet ønsker også å se nærmere på om høy institusjonsdekning svekker mulighetene for å yte omsorgstjenestene på lavest mulig omsorgsnivå.

Problemstillinger

- I hvilken grad klarer Hå kommune å legge til rette for at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig?
- I hvilken grad har hjemmetjenestene tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å sikre dette?
 - o Med spesielt fokus på hverdagsrehabilitering
- I hvilken grad svekker høy institusjonsdekning Hå kommunens muligheter til å satse mer på hjemmetjenestene?

Punktet om «Med spesielt fokus på hverdagsrehabilitering» ble lagt til av kontrollutvalget i Hå i møtet 25.10.2017 da utvalget bestilte forvaltningsrevisjon av pleie og omsorg.

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Flere virkemidler er viktige for å kunne tilrettelegge for at eldre kan bo hjemme lengst mulig. *Hverdagsrehabilitering* er et trenings- og opplæringstiltak for eldre som har opplevd funksjonsfall, for eksempel i forbindelse med sykdom eller fall mv. Dette tilbudet ivaretas av et hverdagsrehabiliteringsteam med kompetanse i fysio- og ergoterapi og sykepleie. I de ordinære hjemmetjenestene, hjemmesykepleie og praktisk bistand, kan det også være et element av *tidsavgrenset opplæring eller trening* i forhold til hverdagslige gjøremål. Hverdagsmestring eller mestringsorientert hjemmetjeneste er begrep som brukes om ordinære hjemmetjenester der aktivisering og egenomsorg er vektlagt.

For øvrig kan kommunen bistå med *velferdsteknologi* og andre typer hjelpemidler i hjemmet, slik at hjemmeboende klare seg lengre hjemme også med redusert funksjonsnivå. Et fjerde og siste grep kommunen kan ty til, er *forebygging og helsefremming*. Det kan være snakk om forebyggende hjemmebesøk, kostholdsråd, etablering av sosiale møteplasser trimtilbud og mobilisering av frivillige som besøksvenner, aktivitetsvenner ol.

Til nå har både brukere og tjenesteyter i hovedsak tenkt at tjenestetilbudet består av tilbud om *oppgaveutføring*, ikke så mye *hjelp-til-egenomsorg* og oppgavemestring. For at hverdagsmestring skal ligge til grunn i all tjenesteyting, er det behov for en fokusendring både hos brukere og ansatte. Siktemålet er å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og dermed unngå at brukeren føler eller gjør seg avhengig av hjelpeapparatet.

Det har betydning for hvordan omsorgstjenesten forholder seg til brukeren. Det sentrale spørsmålet i forhold til brukeren er...

Hva er viktig for deg?

Og ikke: *Hva er problemet du trenger hjelp til?*

Passivisering og den såkalte «hjelpefeller» skal dermed kunne unngås, og de eldre skal føle seg verdsatt og bli involvert i vedtak som angår dem selv. Eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig, på tross av sykdom og funksjonssvikt. Ansatte skal jobbe mer med *hendene-på-ryggen*, og i stedet legge vekt på å aktivisere den eldre.

Tankesettet er at eldre selv skal ta grep og være sjef i eget liv. Når aldring og sykdom setter sine uhelbredelige spor, skal eldre få god omsorg og pleie på de øverste trinnene i omsorgstrappa som kompenserer for det pasienten ikke klarer selv, enten gjennom omfattende hjemmetjenester, omsorgsbolig/eldreboliger eller institusjonsplass.

Tilpasninger i eldreomsorgen i Hå er en pågående endringsprosess. Den er forankret i omsorgsplanen 2015-2019, i kommuneplanen og i budsjett- og økonomiplanen.

Overgangen til en mer aktiv eldreomsorg der egenmestring er et nøkkelbegrep, er relativt radikal. Det kreves holdningsendring både hos *bruker* (hva kan du klare å gjøre selv) og hos de *ansatte* ute i praksisfeltet (hjelp for å styrke eldres egenmestring).

Hå kommune bruker omsorgstrappen som prinsipp sammen med distriktsmodellen der eldre skal få tilbud i nærheten av der de bor, på laveste effektive tjenestenivå (LEON). Geografisk blir dermed de fire bo- og velferdssentraene viktige, sammen med inndeelingen i hjemmetjenester, omsorgsboliger uten heldøgnspleie og institusjonsplasser.¹

Å hjelpe eldre til å klare seg selv hjemme, betyr å bruke virkemidler på de laveste trinnene i trappa for å utsette behovet for omsorgsbolig og sykehjem. Ved aktivt å bruke hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, fysio- og ergoterapi og velferdsteknologi, kan brukeren selv ivareta hverdagslige gjøremål og enkelte hjemmesykepleieoppgaver. Det kan minske presset på hjemmetjenestene slik at disse tjenestene kan fokusere på «tyngre» brukere med stort hjelpebehov i hjemmet. Ved at brukeren holdes lengre i hjemmetjenesten kan presset på de øverste trinnene i omsorgstrappa reduseres.

¹ Prinsippene for tjenestemodellen og omsorgstrappa, er sammen med tjenestene, nærmere beskrevet i Omsorgsplanen.

Resultatoppnåelsen er avhengig av hvor langt kommunen er kommet med å implementere virkemidler som kan styrke forebyggings- og rehabiliteringsarbeidet.

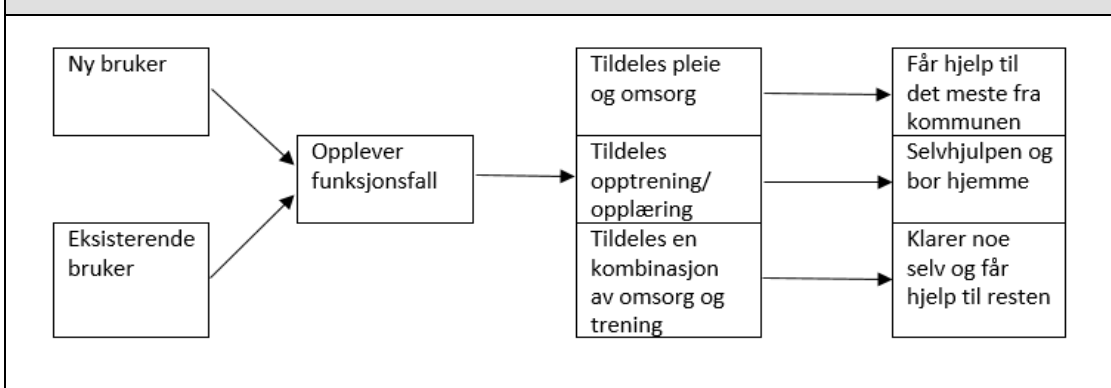
Figur 1 – Forenklet bilde av omstillingsarbeid i eldreomsorgen i Hå kommune.

| Mål | Prosesser | | Resultater |
|--|---|---|---|
| ...Innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem. | Pågående prosjekter /utviklingsarbeid. ←→ Eksempelvis: <ul style="list-style-type: none"> - Uttesting og innføring av medisindispensere - Testing av sensorer tilknyttet trygghetsalarm - Utvikling av Heimtun til hjemmetjenestesenter | Implementerte tiltak. Eksempelvis: <ul style="list-style-type: none"> - Hverdagsrehabilitering - Digitale trygghetsalarmer - Andre hjelpemidler i hjemmet | ... kvalitet for bruker – blir flere selvhjulpne og kan bo lengre hjemme? ... økonomi , er forebygging og rehabilitering billigere for kommunen enn å gi tradisjonell pleie og omsorg? ... ansatte , er arbeidsdagen mer meningsfull og motiverende? |

1.2.1 FAGLIG TILNÆRMING

Forvaltningsrevisjonens utgangspunkt er eldre som opplever et funksjonsfall der kommunen må foreta en vurdering om den skal gi tilbud om opptrening og opplæring, ordinære pleie- og omsorgstjenesten eller om vedkommende har behov for en kombinasjon av pleie og omsorg og opptrening. Forenklet kan det se slik ut:

Figur 2 – Hva kan kommunen gjøre om en eldre innbygger opplever et funksjonsfall?



Siktemålet er å vurdere om mer fokus på forebygging og rehabilitering i eldreomsorgen fungerer som en *kvalitetsreform* for eldre innbyggere. Undersøkelser viser at de fleste eldre ønsker å bo lengst mulig hjemme, og for noen vil hjelp til å bli selvhjulpne oppleves som en kvalitetsforbedring. Fra tjenestens side blir det da viktig å finne fram til de som har potensiale for å bo hjemme og tilrettelegge slik at den eldre kan klare å bo hjemme.

Brukeropplevd kvalitet kan henge i hop med objektiv kvalitet i tjenesten, men slett ikke alltid. *Objektiv kvalitet* vil her ha sammenheng med kommunens evne til å identifisere brukers behov og faglig sett finne fram til de mest treffsikre tiltakene for å dekke behovet. Har bruker et opptreningspotensiale og er motivert, og kommunen setter inn riktig opp treningstiltak, vil brukeren mest sannsynlig ha en opplevelse av kvalitet.

Opplevelsen henger også sammen med andre forhold i livet. Er bruker underernært vil ikke fysisk trening være et godt svar. Er bruker ensom og/eller har psykiske problemer, er heller ikke nødvendigvis trening det beste svaret. *Brukeropplevd kvalitet* vil mest sannsynlig ha sammenheng med brukers totalopplevelse av møtet med kommunen.

I tillegg til kvalitetsgevinster, har forvaltningsrevisjonen et blikk på gevinster for økonomi og ansatte. *Økonomisk* er det et spørsmål om penger brukt på forebygging og rehabilitering, her primært på ulike former for opptrening, gir en reduksjon i kommunens tradisjonelle hjemmetjenester og minsker presset på sykehjemsplassene. Hvis reduksjonen i tjenester, målt i kroner, er større enn utgiftene til forebygging og rehabilitering, vil regnskapet gå i pluss og kommunen får frigjort ressurser til andre formål.

Ofte dreier dette seg om reduksjon i den bistand kommunen gir til eldre i forhold til hverdagslige gjøremål (innkjøp, lage mat, bære søppel, dusje selv, gjøre rent selv ol.), samt at eldre kan opplæres til å gjøre enkelte hjemmesykepleieoppgaver (ta på/av elastiske strømper, dryppe øyedråper, stell av stomi, ta medisiner, kateterisering mv.). Investeringer i trygghetsalarmer og medisindispensere kan bety at behovet for hjemmebesøk fra hjemmesykepleien blir mindre, og mer tid kan brukes på de mest pleietrengende.

For *ansatte* kan det oppleves som mer meningsfullt og motiverende om innsatsen fører til at flere av de eldre helt eller delvis klarer seg selv i hverdagen. For andre kan det å jobbe med «hendene på ryggen» oppleves å være stikk i strid med det å yte omsorg. Det interessante i vår sammenheng er hvordan ansatte i hjemmetjenesten ser på hjelp til egenomsorg, om dette er integrert i tjenesten eller om det ikke har festet seg hittil.

1.2.2 REVISJONSKRITERIER BASERT PÅ LOVVERKET

Moderniseringen av eldreomsorgen skjøt fart med samhandlingsreformen 1.1.2012.² Samtidig trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid i kraft. Forebygging og helsefremming i stedet for «reparasjon» ble for alvor løftet fram som veien å gå for kommunene sett fra statens ståsted.

I St.meld. nr. 29 *Morgendagens omsorg* er det regjeringens ønske å «bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats».³ I meldingen pekes det på at «hverdagsrehabilitering er et eksempel på tidlig innsats som kan bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsevne hos brukerne».

² Jf. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

³ Jf. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Følgende lover og forskrifter har betydning for hvordan kommunene kan innrette sin eldreomsorg. I forhold til forebygging og rehabilitering er føringene generelle:

- Helse- og omsorgstjenesteloven:
 - I lovens formålsparagraf, § 1, 3 og 4 ledd, fremgår det at kommunen skal «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre», samt «sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud».
 - I § 3-3 om Helsefremmende og forebyggende arbeid fremgår det at «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.»
 - I § 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet fremgår det at «Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»
 - I § 12-5. fremgår det at «Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.»⁴
 - I lov om helse- og omsorgstjenester er ansvaret for rehabilitering lagt til § 3-2 punkt 5, og i merknaden til lovparagrafen blir ansvaret uttrykt ved at «kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse». Rehabilitering blir definert som «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
 - Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten/brukeren. Ved tildeling av tjenester som helsetjenester i hjemmet og sykehjem skal det legges stor vekt på hva pasienten/brukeren mener.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 2017.
 - I kvalitetsforskriften er det presisert at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
 - Ved behandlingen av stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i 2014 uttalte Helsekomiteen i Innst. 217 S (2015–2016) at arbeidet med kvalitet i helsetjenesten må skje kontinuerlig og systematisk, og at dette er et ledelsesansvar.

⁴ På forespørsel til Helsedirektoratet om det vil bli utviklet kvalitetsindikatorer i forhold til forebygging og rehabilitering i pleie- og omsorgstjenesten svarer Helsedirektoratet følgende: «Når det kommer til rehabilitering og forebygging i de kommunale helse- og omsorgstjenestene så er det noe som jobbes kontinuerlig med i Helsedirektoratet, og vi ønsker oss indikatorer på feltet som kan si noe om kvaliteten på disse tjenestene. Det er for eksempel gjort et arbeid med å forsøke å definere en indikator som kan si noe om funksjonsforbedring i kommunal døgnrehabilitering, så dette er et pågående arbeid», se for øvrig lenke til indikatoren det er henvist til <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-av-nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-kommunal-dognrehabilitering-kartlegging-av-resultatindikator-for-funksjonsforbedring>

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

Lover og forskrifter gir grunnlag for revisjonskriterier i den forstand at kommunene skal fremme helse og forebygge gjennom helse- og omsorgstjenestene. De skal også ivareta tilbud om (hverdags-)rehabilitering, men dette er ikke like tydelig fastslått som i den danske Servicelov fra 2015 – jf. paragraf 83a- «å tilbyde et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, hvis det i forhold til den konkrete borger vurderes at have potentiale til at kunne forbedre dennes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp.»

Det kan argumenteres med at hverdagsrehabilitering inngår i kravet om å yte rehabilitering slik det er definert i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Men det er ikke like tydelig fastslått i Norge som Danmark at det er lovpålagt.

1.2.3 AVGRENSNING AV FORVALTNINGSREVISJONEN

Denne forvaltningsrevisjonen har først og fremst et fokus på hva pleie- og omsorgstjenestene kan gjøre for at eldre kan bo hjemme og klare seg selv best mulig.

Det er flere andre faktorer som har betydning for Eldres mulighet for å bo hjemme.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset i forhold til følgende temaer:

- **Bolig.** Mange eldre eier store og gamle boliger som gjennomgående er dårlig tilpasset alderdommen. Data fra levekårsundersøkelsene viser at 30-40 prosent av de eldre bor i boliger med ulike former for hindringer (trapper, tungvinte adkomstler ol.). Eldre har selv et ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom, eksempelvis skaffe en mer lettvinnt bolig. Det offentlige kan imidlertid gjennom planer og boligpolitikk påvirke at det blir bygget eldrevennlige boliger.
- **Nærmiljø.** Kvaliteter i nærmiljøet har stor betydning for Eldres mulighet for å bo hjemme. Det forutsetter enkel tilgang på private og offentlige tjenester i nærheten av boligen, og et trygt nærmiljø. Her inngår handel og service, sosiale møteplasser, kulturtilbud osv. Kommunene har mulighet til å påvirke utviklingen av gode nabolag gjennom planverk og støtte til frivilligheten.
- **Levevaner.** Levevaner som fysisk aktivitet, kosthold, røyking og rusbruk, har betydning for levealder og sykkelighet. *For eldre er det særlig kognitiv aktivitet, fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et sunt kosthold som betyr noe.* Seks av ti 80-åringer vurderer egen helse som god, og andelen eldre med hjelpebehov har gått ned i de yngre årsklassene. Økt levealder har imidlertid ikke betydd at eldre har fått færre år med sykdom, kanskje snarere flere.⁵ Kommunene kan tilrettelegge for sunne levevaner gjennom areal- og transportplanlegging, nærmiljøutvikling, grøntområder osv. Levevaner har også sammenheng med levekår. Gjennom folkehelsearbeidet kan kommunen utjevne levekår og løfte flere høyere opp på den

⁵ Jf. referanser til forskningsbidrag i Meld. St. 15 – *Leve hele livet*.

sosiale gradienten. Dermed kan flere innbyggere ta med seg gode levekår og levevaner inn i alderdommen, noe som gir dem ekstra ressurser i alderdommen.⁶

Alle disse faktorene utenfor pleie- og omsorgstjenesten er viktige for Eldres helse og evne til egenmestring og dermed mulighet for å bo hjemme i alderdommen.

1.2.4 HVA SLAGS RESULTATER KAN VENTES?

Omstillingen i eldreomsorgen skjer i en periode med vekst i andelen yngre eldre i alderen 67-79 år. Etter hvert vil også antallet 80-åringer og eldre øke sterkt.

Det betyr at tilpasninger i eldreomsorgen skjer i en periode med økende etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester. En rimelig antakelse er at etterspørselen etter pleie og omsorg vil fortsette å øke, men der etterspørselen kan dempes noe om kommunen aktivt tar i bruk tidsavgrensede rehabiliterings- og forebyggingstiltak.

Et viktig revisjonskriterie er hvorvidt *rehabiliteringsperspektivet* er forankret i kommunen som grunntanke og arbeidsform, både gjennom hverdagsrehabilitering og en mer mest-ringsorientert hjemmetjeneste der hjelp til egenmestring står sentralt. Sammenligninger med andre kommuner er sentrale vurderingskriteriet her.

For de ansatte betyr *hjelp til mer egenomsorg* at deres rolle og arbeidsmåte endres:

- Fra *pasientbehandling* til en sterkere vektlegging av *pasientopplæring*.
- Fra *hjelperrolle* til en sterkere vektlegging av *mentor-/lærerrollen*.

Slik endring forutsetter kompetanseutvikling som bygger oppunder en slik arbeidsmåte.

Videre er det en viktig forutsetning at rehabiliteringsperspektivet er godt forankret hos brukerne og pårørende. Om nødvendig at forventninger korrigeres.

Hvor mye effekt forebygging og rehabilitering har på etterspørselen, er vanskelig å estimere.⁷ Det finnes ikke et mål på hvor mye slike virkemidler kan realisere av Eldres potensielle for egenomsorg. Vi må gå mer indirekte til verks for å nærme oss et svar.

På gruppenivå er det rimelig å vente følgende:

- **Brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering eller kortere vedtak om hjelp til selvhjelp har mindre behov for tjenester etter gjennomført tiltak.** Her hører også med at de som ikke hadde tjenester før denne typen tiltak, heller ikke har behov for tjenester etter hverdagsrehabilitering eller opplæringstiltak.

⁶ De siste generasjoner av eldre, er jevnt over plassert høyere oppe på den sosiale gradienten. Det betyr at de gjennom inntekt, arbeid og utdanning har større mestringsressurser enn de foregående generasjoner av eldre. De eldre er friskere enn før, men de stiller også større krav til hva de ønsker av det offentlige.

⁷ Det finnes ikke forskning som har estimert hvor stort egenmestringspotensiale den norske eldrebefolkningen har. Eller sagt på en annen måte, hvor mye for mye norske kommuner gir av pleie- og omsorgstjenester til de eldre i dag.

- **Innslagspunktet for når den eldre behøver hjelp fra kommunen utsettes.** Dette måles ved å undersøke utviklingen i andelen eldre som klarer seg uten hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene.
- **Eldres behov for praktisk bistand til hverdagslige gjøremål går ned.** Dette måles ved å undersøke andel av de eldre som mottar praktisk bistand i hjemmet.⁸
- **Ressursbruken i pleie og omsorg vris over tid i favør av hjemmetjenestene.** En mestringsorientert hjemmetjeneste har som siktemål å gjøre eldre mest mulig selvhjulpne slik at de kan bo lengst mulig hjemme. Det kan utsette behovet for sykehjems plass, og gjøre liggetiden på sykehjem kortere.
- **Økt gjennomstrømming av brukere i hjemmetjenesten.** Flere eldre på kortvarige rehabiliteringstiltak som bringer mottakeren ut av hjemmetjenesten, vil føre til økt sirkulasjon blant hjemmetjenestemottakerne.

1.2.5 DATAKILDER

Forvaltningsrevisjonen er basert på følgende datakilder:

- **Dokumenter.** Utredningsrapporter, plandokumenter og rapporter fra piloterte tiltak. Fra kommunen er det innhentet dokumenter som beskriver prosjekter, organisering, tjenester, fagteam, kriterier for tildeling av tjenester ol.
- **Tall.** Statistikk hentet fra KOSTRA og Framsikt (som i stor grad bygger på KOSTRA) og tall som kommunen selv henter inn gjennom rapportering.
- **Intervjuer med ledere og ansatte.** Det er gjennomført **20 intervjuer** med ledere og ansatte innenfor tjenesteområdet Helse- og sosialsaker. Her inngår ledere for ulike tjenester (rehabiliteringsavdeling/ hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapitjenester, hjemmetjenestene på Nærbø og Varhaug, frisklivssentral). Dessuten er ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet og i hjemmetjenestene på Nærbø og Varhaug blitt intervjuet. Også utvalgte rådgivere på stabsnivå i Helse- og sosialsaker er blitt intervjuet (jf. vedlegg med oversikt over de intervjuede).
- **Intervjuer og annen informasjon om brukerne.** I alle intervjuene med ansatte i de ulike tjenestene, har det vært viktig å få belyst brukernes og pårørendes erfaringer med tiltak for å bedre eldres egenmestring og mulighet for å bo hjemme. Vi har også benyttet nyeste brukerundersøkelser i hjemmebaserte tjenester og i ergo-/fysioterapitjenesten for å få et inntrykk av brukeropplevd kvalitet.

Dokumentasjonen anses som tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingene.

⁸ Denne indikatoren er ikke helt treffsikker, i og med at en del eldre bruker private leverandører av praktisk bistand.

2 FAKTADEL

2.1 INNLEDNING

Rapporten belyser de problemstillingene som framgår av mandatet. Revisjonen er spesielt opptatt av om nye tiltak er blitt realisert i praksisfeltet, det vil si blant de ansatte.

Førstelinjeansatte har i utgangspunktet sine kjerneoppgaver - enten det er snakk om hjemmesykepleie, praktisk bistand eller fysio- og ergotjenester. Større fokus på hjelp til selvhjelp skal finne sin plass i en tjeneste der kompensierende omsorg har stått sterkt.

Det store spørsmålet er hvorvidt *forebyggings- og rehabiliteringsperspektivet* har fått en tydeligere plass i pleie- og omsorgstjenestene. Flere tiltak må spille på lag for at omstillingsarbeidet skal stikke så dypt at det påvirker hverdagspraksis blant de ansatte.

Faktadelen består av følgende:

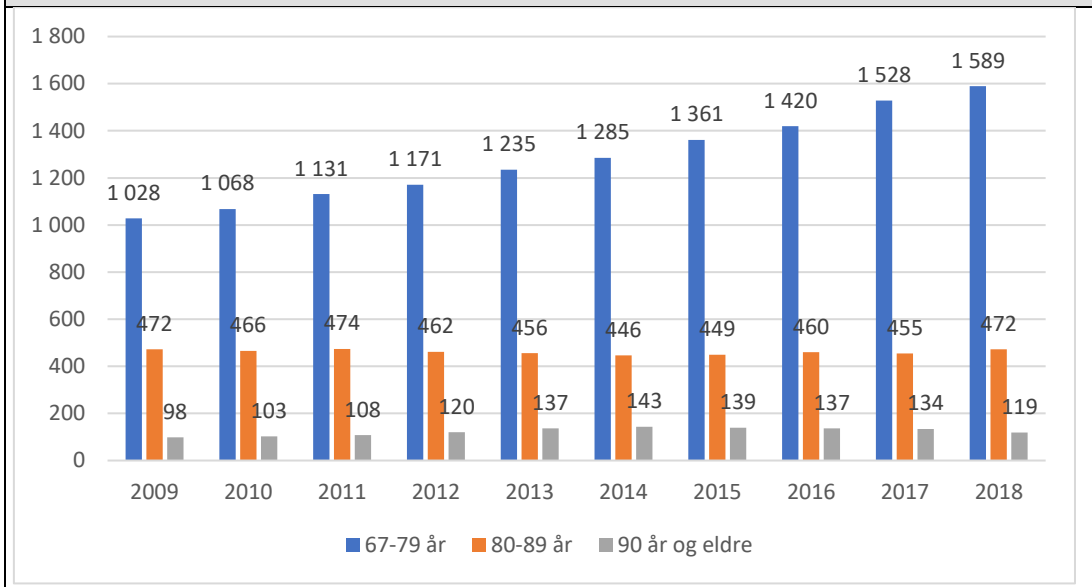
- Først ser vi kort på den demografiske utviklingen i Hå kommune og veksten i eldrebefolkningen. Denne delen er bakgrunnen for prosjektet.
- Deretter beskriver vi kort de tjenester som i størst grad berøres av omstillingen i eldreomsorgen: Hjemmetjenestene, fysio/ergo, hverdagsrehabilitering mv.
- Så beskriver vi kort hva som er status for implementering av ulike tiltak: Hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, velferdsteknologi og forebygging.
- Deretter sammenfatter vi forhold som påvirker implementeringen av satsingen.
- Til slutt ser vi på hvor langt Hå har kommet i forhold til måloppnåelse.

2.2 BEFOLKNINGSUTVIKLING - FLERE ELDRE

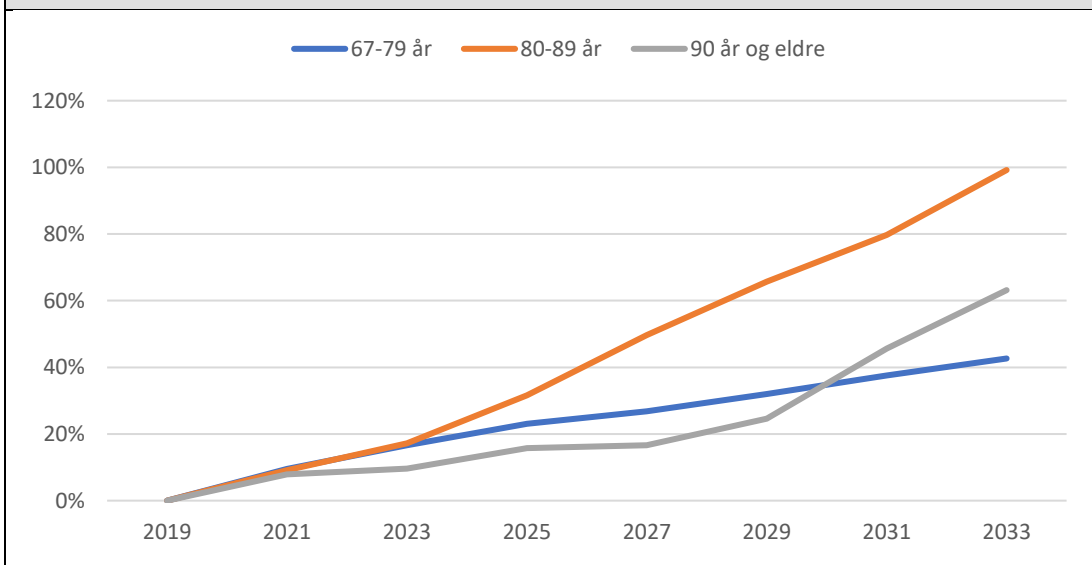
Folketallet i Hå nådde 18 762 ved årsskiftet 2017-2018 etter ein nedgang i 2017 på 38 personer. Dette svarte til en negativ vekst på 0,2 prosent.

Fram til 2015 opplevde Hå en svært høy folkevekst, og kommunen rundet 18 000 innbyggere i 2013. Fra 1. januar 2011 til 31. desember 2014 økte folketallet med 1 706 personer. Folkeøkningen svarer til om lag 2,4 prosent eller gjennomsnittlig 427 personer i året. De siste to årene har veksten vært betydelig mindre.

Antallet eldre har de siste 10 årene økt i Hå. Fra 2009 har antallet eldre 67 år og over økt med 582 personer, fra 1598 eldre i 2009 til 2180 i 2018 (jf. figur nedenfor). *Det utgjør en vekst på 36 %.* Det er i første rekke yngre eldre mellom 67 og 79 år som har økt i antall.

Figur 3 – Utvikling i eldrebefolkningen i Hå 2009-2018. Kilde: SSB

Befolkningsprognosen for Hå viser at eldrebølgen vil forsterke seg.

Figur 4 – Befolkningsprognose for Hå 2019-2033. Kilde: SSB/MMMM-alternativet.

Figuren viser fortsatt vekst blant de yngste eldre – 67-79 år. Den mest markante endringen er imidlertid taktskiftet i forhold til veksten blant 80-89 åringer fra 2023. Fra 2023 og utover skjer en klar økning i denne gruppen. Senere i perioden – fra ca. 2029 – blir det også en viss økning i antall eldre 90 år og over. I tall (SSB) vil trolig eldrebefolkningen i Hå vokse fra 2239 personer i 2019 til 3496 personer i 2033, en vekst på 56 prosent.

I intervjuene har vi spurt både ledere og ansatte hva de tenker om eldrebølgen.

Mange er opptatt av den relativt høye institusjonsdekningen i Hå. De fleste ser for seg at antallet sykehjemsplasser ikke kan fortsette å vokse i samme takt som de har gjort, og at dekningsgraden i forhold til sykehjemsplass derfor vil krype nedover.

Hva slags konsekvenser det vil ha for dimensjonering av ulike trinn i omsorgstrappen, er det litt ulike synspunkter på. Noen ser for en framtidig utbygging av omsorgsboliger med heldøgns bemanning for å få på plass dette trinnet i omsorgstrappen. Andre igjen mener at dagens 88 trygde-/eldreboliger uten heldøgns pleie i de fire distriktene, nettopp utgjør et selvstendig trinn i omsorgstrappa, mens etablering av flere omsorgsboliger med heldøgns bemanning på mange felt vil ligne på dagens sykehjemsplasser.⁹

Et tredje synspunkt som kommer fram i intervjuene, er at det er for stor oppmerksomhet om omsorgsboliger og sykehjemsplasser i Hå, det vil si de øverste trinnene i omsorgstrappa, og at det heller er satsing på de laveste trinnene i omsorgstrappa – hjemmetjenester, forebygging og rehabilitering som er veien å gå for Hå kommune framover.

Intervjuene identifiserer ulike strategier eldrebølgen kan møtes på:

- 1) **Omprioritere ressurser.** Flere eldre, uten en parallell vekst i antall barn og unge, kan tilsi en omprioritering fra oppveksttjenestene til helse- og omsorgstjenestene. I 2010 gikk ca. 36% av netto driftsutgifter til pleie og omsorg i Hå. I 2018 lå andelen på 28,8%, det vil si en nedgang i samme periode som eldrebefolkningen har vokst med 36%.¹⁰ Omprioritering kan også bety flytting av ressurser innad i pleie og omsorg, der hjemmetjenesten oppprioriteres for å sikre at sterkt hjelpetrengende pasienter kan bli boende hjemme lengst mulig. I Hå har andelen av netto driftsutgifter som går til henholdsvis institusjonstjenester og hjemmetjenester vært nokså stabil over tid, med jevn fordeling mellom de to tjenestene.
- 2) **Strengere prioritering.** Et alternativ eller supplement til omprioritering, kan være å heve terskelen for å få innvilget tjeneste. Færre eldre kan i framtida slippe gjennom nåløyet og få tilbud om pleie og omsorg. I praksis betyr det at færre kommer inn på de laveste trinnene i «omsorgstrappa» og at opphold i omsorgsbolig eller i sykehjem utsettes så lenge som mulig. I Hå har kriteriene for å få sykehjemsplass blitt strengere, noe som førte til en økning i antall avslag.
- 3) **Hente ut produktivetsgevinster.** En tredje strategi kan gå ut på at pleie- og omsorgstjenestene får gjort mer med de samme ressursene, altså jobber fortere, smartere og bedre, ved hjelp av ny teknologi, nye rutiner og høyere kompetanse. Velferdsteknologi er bl.a. et satsingsområde i Hå kommune.¹¹
- 4) **Satse mer aktivt på forebygging og rehabilitering.** Det betyr mer innsats på de laveste trinnene i omsorgstrappa for å dempe presset på de øverste trinnene.

Den siste strategien, er den vi er mest opptatt av i denne forvaltningsrevisjonen. Noen tjenester er mer berørt enn andre, noe vi ser nærmere på i neste avsnitt.

⁹ Hå kommune har omsorgsplasser med heldøgnspleie rundt Heimtun og Olsvoll bo- og velferdssenter.

¹⁰ Fra 2013 har andelen til pleie og omsorg av Hå kommunes samlede netto driftsutgifter ligget på om lag 28 %.

¹¹ Framtidsløftet i Hå en bred strategi for å fornye, forenkle og forbedre måten kommunen drives og styres på.

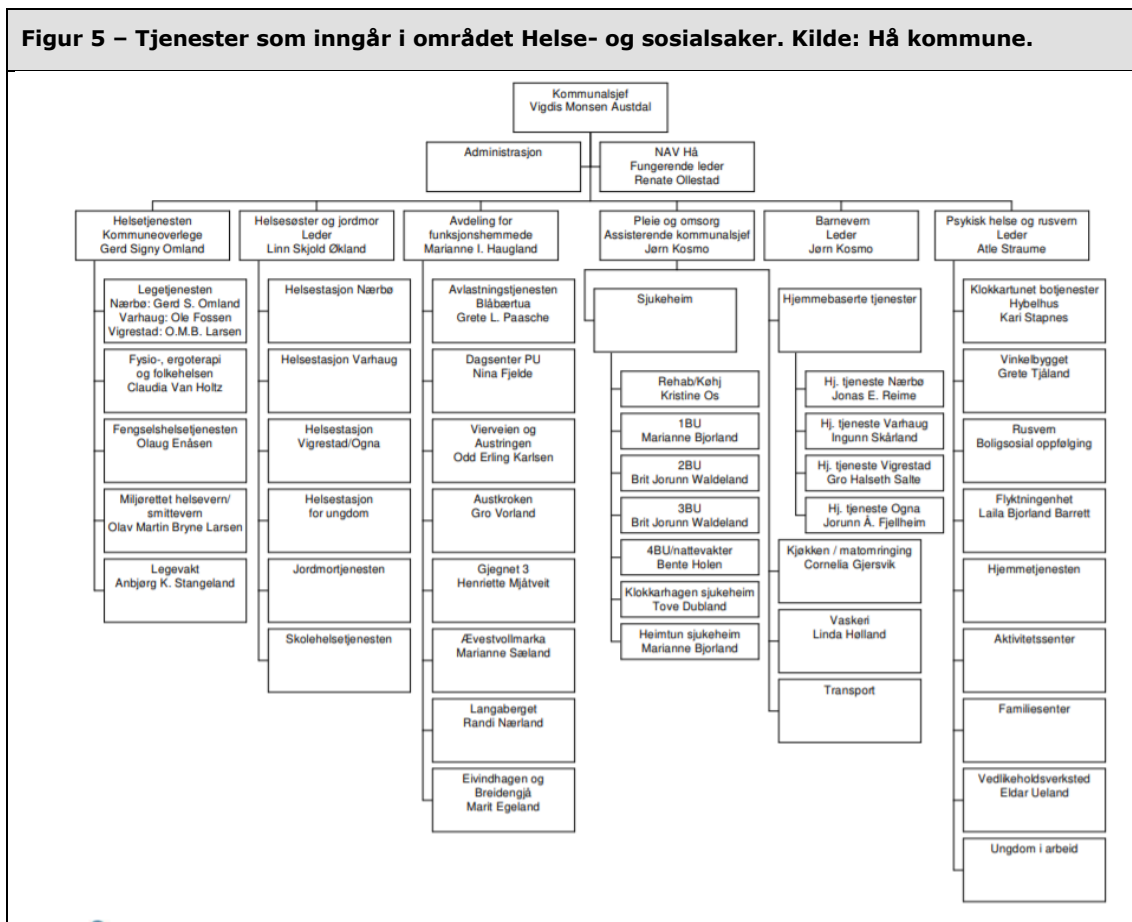
2.3 TJENESTER VIKTIGE FOR HJEMMEBOENDE

Flere tjenester er viktige for å nå målene om mer selvhjulpne og aktive innbyggere som kan bo lengst mulig hjemme også når alder og funksjonssvikt melder seg.

Neste figur viser tjenester som inngår i tjenesteområdet Helse- og sosialsaker. I forhold til de eldre, er et av kommunens hovedmål å sikre de en trygg livssituasjon. De eldre skal oppleve mening, og være en ressurs i nærmiljøet sammen med familien sin.

Organiseringen reflekterer to hovedtanker:¹² En *distriktstenkning* og en *omsorgstrapptenkning*. Distriktene er de fire bo- og velferdssentraene og skal gi tjenester nær brukerne. Omsorgstrappa består av hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Tanken er at tjenester skal ytes på laveste effektive tjenestenivå.

Figur 5 – Tjenester som inngår i området Helse- og sosialsaker. Kilde: Hå kommune.



Flere av tjenestene er særlig berørt i forhold til målet om at eldre skal kunne bo hjemme.

Rehabiliteringsavdelingen er en del av institusjonstjenestene, og består av 16 plasser ved Hå sjukeheim av totalt 142 langtids- og korttidsplasser i Hå kommune.¹³ Tre av rehabiliteringsplassene er avlastningsplasser for barn. Ved behandling av økonomiplanen

¹² Jf. Omsorgsplanen 2015-2019: Me løftar i lag.

¹³ Kommunen har tre institusjoner med heldøgns omsorg for eldre – Hå Sjukeheim, Heimtun sjukeheimsdel og Klokkarhagen. I mars 2019 ble sykehjemsdelen på 21 plasser av Heimtun flyttet til Hå sjukeheim. Før flyttingen hadde Hå Sjukeheim 80 plasser hvor 2 rom er reservert tilbud om øyeblikkelig hjelp. Klokkarhagen sjukeheim

for 2019-2022 vedtok politikerne en gradvis økning med 8 korttidsplasser plassert i 2. etasjen på Hå sjukeheim. Økonomiplanen inneholdt en forutsetning om ingen økning i antallet sykehjemsplasser de neste fire årene. Begrunnelsen for at politikerne likevel vedtok en økning er at flere korttidsplasser vil dempe presset på langtids plassene. Rehabiliteringsavdelingen gir tilbud om tidsavgrensa opphold for å hjelpe pasientene til å bli selvhjulpne, eksempelvis etter lårshalsbrudd, slag og operasjoner slik at de kan flytte hjem igjen. Avdelingen har styrket bemanning på fysioterapi, ergoterapi og legetenester.

Hverdagsrehabilitering ledes av leder for rehabiliteringsavdelingen, og er en rehabiliteringsform for hjemmeboende med fokus på å opprettholde eller øke fysisk funksjon og livskvalitet. Tjenesten skal bidra til at hjemmeboende klarer seg selv hjemme og mestrer eget liv så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering gis i en tidsbegrenset periode og det gis intensiv opptrening i daglige aktiviteter med utgangspunkt i deltakernes egne mål. Et tverrfaglig team kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan og treningsprogram. Hjemmetrenere i teamet utfører treningen. Hverdagsrehabilitering er for eldre som kan gjennomgå rehabilitering i hjemmet i stedet for på institusjon.

Fysio- og ergoterapitjenesten er en del av helsetjenesten og består av fysio- og ergoterapeuter. Fysio- og ergoterapitjeneste har rehabilitering som kjerneoppgave og ga i 2017 7.062 konsultasjonar til 861 pasientar, mot 7.199 konsultasjonar til 831 pasientar i 2016. Totalt hadde fysio- og ergoterapitjenesten 1.659 henvisninger i 2017, mot 1.626 i 2016.

Friskliv- og meistringssenteret i Hå inngår i et samarbeid med Gjesdal, Klepp og Time. Hå hadde i 2017 88 henvisninger mot 83 i 2016. Frisklivssentralen har en felles nettportal «Friskliv Jæren».¹⁴ Leder av Frisklivssentralen er også del av hverdagsrehabiliteringsteamet. Frisklivssentralen gir råd i forhold til ernæring, rus, røyking og fysisk aktivitet.

Hjemmetjenestene gir nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til brukere som bor eller oppholder seg i kommunen. Typiske oppgaver er personlig stell, sår og medikamenthåndtering, oppfølging og observasjon. Tjenesten skal arbeide mot fastsatte mål for brukeren og gi tidsavgrensede tjenester for om mulig å gjøre brukeren mer selvhjulpne. Tjenesten inkluderer også praktisk bistand i forhold til hverdagslige gjøremål den eldre ikke klarer selv. Det kan være hjelp til dusjing, matlaging, morgen-/kveldsstell, dobesøk mv. Hjemmehjelp er avgrenset til primært rengjøring hos de som er innvilget tjenesten. Hjemmesykepleien avgjør tildeling av trygghetsalarm etter behovsvurdering. Brukere som har behov for det, kan få tilkjørt middag fra Hå sjukeheim.

Hjemmetjenester tilbys ved de fire bo- og velferdssentrene på Nærbø, Varhaug, Vigrestad og Ogna. I sentrene inngår dagsenter for eldre. Bo- og velferdssentraene har ulike aktiviteter for eldre, eksempelvis trimgrupper, kulturelle tiltak og ulike former for sosiale fellesskap. Hjemmetjenestene er pleiebase for trygde- og omsorgsboliger lokalisert

har 25 plasser. Totalt er det 126 institusjonsplassar for eldre i kommunen. 13 av disse plassene var tidligere nytta av vertskommunebeboere, men dette antallet har gått nedover de siste årene.

¹⁴ Kursoversikten for 2019 framgår her... http://www.xn--frisklivjren-fdb.no/_f/p32/ib4a5631d-2f8b-4835-aa80-bb181d5937a1/kursoversikt-2019.pdf

til de fire bo- og velferdssentraene. Lindrende omsorg er en del av hjemmesykepleien. Hjemmetjenestene tilbyr på nettsiden til Hå kommune hjemmebesøk for alle innbyggere som er blitt 80 år der målet er å gi informasjon om tjenestetilbudet i Hå kommune. Ordningen med forebyggende hjemmebesøk ble avviklet for flere år siden.

Fagteam. Hå kommune har beskrevet rutiner for to fagteam: Et for tildeling av hjemmetjenester og et for tildeling av sykehjemsplass. Fagteam hjemmetjenester avgjorde i utgangspunktet tildeling av hjemmebaserte tjenester, samt vurderte søknader til institusjonstjenester for vidersending til fagteam sykehjem. Søknader om både hjemmetjenester og institusjonstjenester skal vurderes i lys av kommunens kriterier for tildeling av disse tjenestene og det lovverket som regulerer tildeling av disse tjenestene.

Lederne i de to teamene erfarte imidlertid at det ble en del «*vi-og-de-tenkning*» i de to fagteamene. Det gikk ut over koordinering og pasientflyt mellom nivåene i omsorgstrappa. De to teamene ble derfor slått sammen til ett felles team for hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det har ifølge flere av de intervjuede bedret samarbeidet mellom tjenestenivåene og skapt en felles plattform for tjenestetildeling der argumenter avgjør.

I forhold til hjemmetjenester er det lagt opp til *desentralisert tildelingsmodell*. «Enkle» saker om hjemmetjenester (hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing, dagsenter) er delegert lederne for hjemmetjenestene i de fire distriktene.

I noen grad er denne fullmakten delegert videre til ansatte som foretar vurderingsbesøk og anbefaler løsning. Større og komplekse saker blir diskutert både i fagteam og med pleie- og omsorgssjefen. I det daglige bruker ledere i hjemmetjenesten hverandre i saker de er usikre på. Søknader om alle typer institusjonsplasser, dagopphold for demente og kommunale boliger, blir tatt i fagteam. Da må det argumenteres med at alt annet er prøvd på forhånd før vedkommende eventuelt tildeles institusjonsplass.

2.4 OMSORGSTRAPPA I TALL

Forebygging og rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene forutsetter at det er satt av ressurser på de laveste trinnene i omsorgstrappa. Det er på disse trinnene potensialet for egenomsorg er størst om det settes inn effektive og treffsikre virkemidler.

Nedenfor har vi sammenliknet Hå kommune med Klepp og Time når det gjelder ressurser til rehabilitering. Kommunen har tilbud om døgnopphold for rehabilitering, fysio- og ergoterapitjenester som tilbys institusjonsbeboere og hjemmeboende brukere og ressurser avsatt til hverdagsrehabilitering. Disse tjenestene inngår i det som ofte kalles den *kommunale rehabiliteringstrekanten*, med hverdagsrehabilitering nederst, fysio- og ergoterapitjenestene i en mellomkategori, og spesialisert døgnbasert rehabilitering øverst.

Tabell 1 – Ressurser til forebygging og rehabilitering i Hå sammenlignet med Klepp og Time. Kilde: Framsikt/KOSTRA og tall innhentet fra kommunene direkte.

| | Hå | Klepp | Time |
|---|-----|-------|------|
| Tall på plasser til døgnbasert rehabilitering/ habilitering (2017-tall) | 13 | 4 | 18 |
| Avtalte fysioterapiårverk per 10 000 innbyggere (2018-tall) | 8,2 | 6,3 | 6,7 |
| Ergoterapiårverk (kommunehelse + omsorg) (2018-tall) | 9,6 | 7,7 | 11,9 |
| Legeårverk per 10 000 innbyggere (2018-tall) | 8,0 | 9,2 | 8,4 |
| Antall årverk i hverdagsrehabiliteringsteamet (2018-tall) | 1,5 | 4 | 3 |

Sammenlignet med nabokommunene har Hå kommune best tilgang på fysioterapitjenester og minst ressurser til hverdagsrehabilitering. Når det gjelder ergoterapiårverk og plasser for døgnbasert rehabilitering havner Hå mellom Time (mest) og Klepp (minst). Klepp ligger relativt lavt på fysioterapi, men skårer høyt på ressurser til hverdagsrehabilitering.

Neste tabell inneholder nøkkeltall om de tre neste trinnene i omsorgstrappa: Hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Som nevnt har Hå kommune 88 omsorgsboliger uten heldøgnspleie, men få omsorgsboliger med heldøgnspleie.

Tabell 2 – Institusjonstjenester og hjemmetjenester i Hå sammenlignet med Klepp og Time. Kilde: Framsikt/KOSTRA

| | Hå | Klepp | Time |
|---|------|-------|------|
| Plasser avsatt til korttidsopphold i institusjon korrigert for utleie (2018) | 19 | 16 | 20 |
| Plasser i sykehjem korrigert for utleie (2018) | 129 | 103 | 99 |
| Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over (2017) | 21,2 | 15,4 | 15,2 |
| Andelen innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon (2017) | 11,5 | 11,5 | 10,2 |
| Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov, langtid (2017) | 56,6 | 81,4 | 85,0 |
| Hjemmetjenester – brukere i alt (antall) (2017) | 578 | 575 | 542 |
| Hjemmetjenester – andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (2017) | 29,3 | 28,0 | 25,1 |
| Hjemmetjenestebrukere – andel hjemmetjenestemottakere 80 år og over med omfattende bistandsbehov (2017) | 3,5 | 18,1 | 13,5 |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, totalt hjemmesykepleie/praktisk bistand (2017) | 11,3 | 12,7 | 11,3 |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (2017) | 7,3 | 12,7 | 9,9 |

KOSTRA-tallene viser at Hå kommune har litt færre korttidsplasser enn Time, men totalt sett klart flere sykehjemsplasser enn de to nabokommunene. *Andelen plasser i forhold til innbyggere 80 år og over er 21,2 prosent for Hå sin del og om lag 15 prosent i Klepp og Time.*¹⁵

¹⁵ Rådmannens forslag i økonomiplanen for 2019-2022 er en gradvis reduksjon i dekningsgraden på sykehjemsplasser til 15 prosent de neste 10 årene. I denne perioden vil det som nevnt bli en klar vekst i antallet eldre 80 år og over. Mens det i 2019 er 607 personer over 80 år i Hå vil antallet ha økt til 1168 i 2033 om befolkningsprognosen slår til.

Andelen innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon er nokså lik i de tre kommunene. Over tid har den falt fra 14,4 prosent i 2015 for Hå sin del til 11,5 prosent i 2017. Utviklingen i de to nabokommunene er mer preget av stabilitet. En forskjell er at andelen av brukerne på institusjon med omfattende bistandsbehov er langt lavere i Hå (56,6 prosent) sammenlignet med Klepp (81,4 prosent) og Time (85 prosent).

KOSTRA-tallene viser at Hå kommune ligger på samme nivå som Klepp kommune når det gjelder tallet på mottakarar av hjemmetjenester, mens Time kommune har litt lavere tall. Andelen av innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester er litt høyere i Hå, særlig sammenlignet med Time. Over tid har det vært en klar nedgang i andelen 80 år og over som er mottakere av hjemmetjenester – fra 34,2 prosent i 2015 til 29,3 prosent i 2017. Både i Hå kommune og Klepp kommune har tallet på brukere 0-66 år økt, mens tallet på brukere over 80 år har minket (jf. tall i økonomiplanen 2019-2022).

Hå kommune har klart lavere andel av hjemmetjenestemottakerne 80 år og over som har omfattende bistandsbehov. For Hå sin del er andelen 3,5 prosent mot over 18 prosent i Klepp og nærmere 14 prosent i Time. Når det gjelder gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, til hjemmesykepleie/praktisk bistand, er forskjellene mellom kommune små. Gjennomsnittlig tildelte timer til hjemmesykepleie er imidlertid lavest i Hå.

VURDERINGER OG ANBEFALINGER

En hovedproblemstilling i dette prosjektet er å vurdere om Hå kommune legger til rette for at eldre kan bo hjemme lengst mulig.

Tallenes tale er at Hå kommune har en relativt *topptung omsorgstrapp*, med en relativt høy andel av de eldre som borteboende i omsorgsboliger og i sykehjem.

Dette er uproblematisk om alle løsninger i hjemmet først er prøvd ut, og at skrøpelighet og fallende funksjonsnivå tilsier et behov for omsorgsbolig eller sykehjemsplass.

Bistandsbehovet til de eldre med institusjonsplass i Hå er imidlertid betydelig lavere i Hå enn i nabokommunene. Det kan bety at Hå opererer med en lavere terskel for tildeling av sykehjemsplass enn nabokommunene, sannsynligvis fordi kapasiteten er større i Hå på det øverste trinnet i omsorgstrappa enn i Klepp og Time.

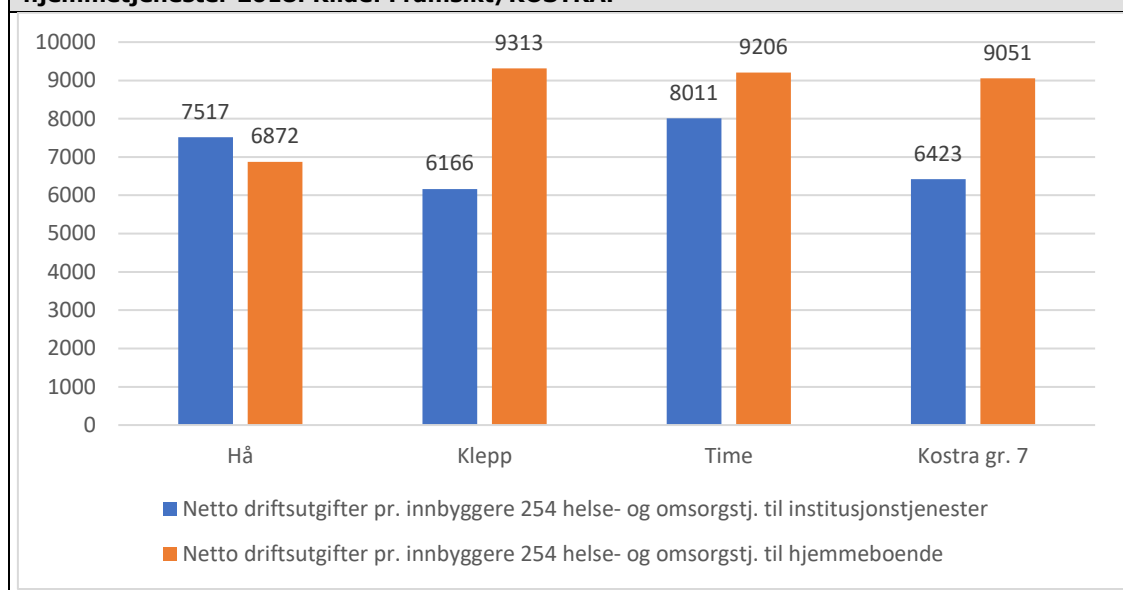
Forskjellene i bistandsbehovet mellom kommunene er imidlertid så stort at det kan ha noe med registreringspraksis i kommunen å gjøre. Vi vil anbefale Hå kommune:

- *Å foreta en gjennomgang av rutiner og skjønnsutøvelse ved registrering av bistandsbehovet i Iplos for å sikre at registreringene gir et mest mulig riktig bilde av behovet.*

Hjemmetjenesten er nødvendigvis viktig for at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Med en relativt topptung omsorgstrapp, er det et spørsmål om Hå har underdimensjonert hjemmetjenesten. Er dette trinnet i omsorgstrappa for lite, vil det bli press på å få brukere inn i omsorgsbolig eller sykehjem, det vil si bli borteboende.

Neste figur viser at Hå, i motsetning til både nabokommunene og Kostra-gruppe 7, har høyere driftsutgifter til institusjonstjenestene per innbygger enn de har til hjemmetjenestene. Sykehjem er viktig politisk i Hå. Det vi kan stille spørsmål ved, er om ressursfordelingen bygger oppunder et mål om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme.

Figur 6 – Behovskorrigerede netto driftsutgifter per innbygger til institusjonstjenester og hjemmetjenester 2018. Kilde: Framsikt/KOSTRA.



Hå kommune planlegger en gradvis nedtrapping av dekningsgraden for institusjonstjenester fra dagens drøyt 21 prosent til om lag 15 prosent, det vil si samme nivå som i Klepp og Time. Det vil bety at nåløyet for å få sykehjemsplass blir trangere, om det ikke gjøres tiltak lengre nede i omsorgstrappa for å redusere presset på sykehjemsplassene.

Satsing på hverdagsrehabilitering og en mer mestringsorientert hjemmetjeneste, kan i større grad realisere det potensialet eldre har for egenomsorg. Eldre med enklere hjelpebehov kan hjelpes til å klare seg selv i deler av alderdommen. For hjemmetjenesten gir det en mulighet for å bruke mer ressurser på de skrøpeligste eldre, der hjelp og tilrettelegging i hjemmet kan gjøre at de kan bo lengre hjemme, også med sykdom og nedsatt funksjonsnivå. Det vil minske presset på sykehjemsplassene.

Hå kommune har i liten grad synliggjort de laveste trinnene i sin omsorgstrapp, og beskriver primært tre hovedtrinn (helsehjelp i eget hjem, omsorgsbolig i nærheten av bo- og velferdssentraene og sykehjemsplass). Det skaper et inntrykk av en tjeneste orientert mot å gi kompenserende hjelp, mens hjelp til egenomsorg blir lite synlig.

Ressurser til hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapitjenester og fastleger befinner seg på de laveste trinnene i omsorgstrappa sammen med velferdsteknologi/ andre hjelpemidler og Frisklivssentral. Disse er synliggjort i følgende omsorgstrapp:

Figur 7 – En alternativ framstilling av omsorgstrappa i Hå.

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| Ingen behov. Ivaretar egenomsorg hjemme | Fastlege, lavterskeltilbud, friskliv. Bor hjemme | Hverdagsrehabilitering, Fysio og ergo, trygghetsalarm / velferdsteknologi, andre hjelpemidler. Bor hjemme | Hjemmesykepleie, praktisk bistand, omsorgslønn, BPA, omsorgsboliger. I hovedsak hjemmeboende. ¹⁶ | Kortidsopphold institusjon, døgnbasert rehabilitering. Delvis borteboende | Omsorgsboliger med heldøgns pleie. Borteboende | Sykehjem, andre spesialiserte tilbud. Borteboende |
|---|--|---|---|---|--|---|

Å satse på egenmestring og hjelp til selvhjelp i helse- og omsorgstjenestene betyr at de laveste trinnene i omsorgstrappa blir viktige. Innsats på disse trinnene for å ta ut potensialet for egenmestring kan bremse presset på tjenestene høyere opp i trappa.

Det betyr ikke at brukere høyere opp i omsorgstrappa ikke har et egenmestringspotensiale, men potensialet vil normalt være størst på de nederste trinnene, og gradvis avta jo høyere opp pasienten kommer i trappa. Med planlagt lavere dekningsgrad på det øverste trinnet i trappa, vil det bli desto viktigere med innsats på de lavere trinnene.

Den alternative omsorgstrappa vist i figuren over, er kun ment som et eksempel for å få synliggjort de laveste trinnene i omsorgstrappa.

- Vi vil anbefale Hå kommune å vurdere dagens omsorgstrapp med sikte på å synliggjøre bedre de laveste trinnene i trappa der forebygging og rehabilitering står sentralt.

2.5 TILTAK FOR Å STYRKE ELDRES EGENMESTRING

Det er flere virkemidler som kan styrke fokuset på *hjelp-til-selvhjelp* i pleie og omsorgstjenestene. Et viktig tiltak i Hå er satsingen med *hverdagsrehabilitering*. Et annet mulig tiltak er *tidsavgrenset opplæring* av brukerne av hjemmetjenesten slik at de kan gjøre flere

¹⁶ Omsorgsboligene til Hå kommune uten heldøgnspleie er utfordrende å plassere i omsorgstrappa. Siden de er betjent av hjemmetjenestene, har vi valgt å plassere de sammen med hjemmetjenesten. Er omfanget av pleie stort, vil det imidlertid være vel så naturlig å plassere disse boligene sammen med omsorgsboliger med heldøgns pleie.

oppgaver på egenhånd. Et tredje er installering av *velferdsteknologi* for å gjøre mottakeren mer selvhjulpen. Et fjerde tiltak er mer fokus på proaktive tjenester som kan bidra til *helsefremming og sykdomsforebygging* i pleie- og omsorgstjenesten.

I dette kapitlet gjennomgår vi status for alle disse fire tiltakene i Hå.

2.5.1 HVERDAGSREHABILITERING

Grunnideen med en mestringsorientert eldreomsorg, er å utvikle tjenesten på en slik måte at den i større grad enn i dag støtter eldre mennesker i å leve et aktivt liv med høy grad av egenomsorg i eget hjem. I dette avsnittet undersøkes tilbudet om hverdagsrehabilitering. Det bygger på resultatrapporter for årene 2015-2018 og intervjuer, både leder/ansatte i selve teamet og med ledere/ansatte i fysio/ergo og hjemmetjenesten.

Hverdagsrehabilitering handler om tidlig innsats – å sørge for at mennesker som har hatt funksjonsfall ikke forverres eller glir inn i rollen som langtidsbrukere av pleie og omsorg. Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats for å bedre funksjonsnivået til deltakerne gjennom opptreningstiltak og opplæring i praktiske gjøremål.

Bakgrunn og historikk. Hverdagsrehabilitering ble først omtalt i omsorgsplanen 2015-2019 der det ble anbefalt å etablere et hverdagsrehabiliteringsteam på fire årsverk i et prøveprosjekt i 2 år. I forbindelse med økonomiplanen for 2015-2018 ble det foreslåtte prosjektet endret til en mindre versjon bestående av 1,5 årsverk fordelt på tre halve stillinger som henholdsvis ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. 1. september 2015 var teamet rekruttert og tilbudet ble satt i drift.

Den første oppgaven teamet tok fatt på var å gjøre teamet kjent i kommunen og overfor aktuelle henvisende instanser utenfor kommunen. Høsten 2015 mottok teamet 12 søknader og 7 av disse ble innvilget. Det ble også utarbeidet en første versjon av kriterier for tildeling av hverdagsrehabilitering som ble gjort kjent i organisasjonen.

For å få opp antall henvisninger, ble det laget en plan for samarbeid med ulike deler av organisasjonen. Resultatet er at det fra 2016 har vært jevnlig lunsjmøter mellom representanter for hverdagsrehabiliteringsteamet og de fire hjemmetjenestedistriktene. Det ble også inngått avtaler med fysio- og ergoterapitjenesten, rehabiliteringsavdelingen og med fastlegene. Etter at leder av rehabiliteringsavdelingen i 2018 også ble leder av hverdagsrehabiliteringsteamet, er denne koordineringen blitt ivaretatt gjennom felles leder.

Hverdagsrehabiliteringsteamet er lite og dermed sårbart for sykemeldinger og permisjoner. I perioder med sammenfall mellom stor pågang av deltakere og sykemeldinger, som i starten av 2018, har det resultert i ventetid for deltakere med innvilget hverdagsrehabilitering.

Planlegging og gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats rettet mot nye og eksisterende brukere av helse- og omsorgstjenester. Det er et skreddersydd «ytelsessjokk» der mottakeren gjennomgår et intensivt treningsopplegg i form av daglig fysisk trening i ca. 45-90 minutter 3-5 dager i uken i normalt fire uker, men med mulighet for utvidelse med ytterligere fire uker. Treningshyppighet og -lengde kan variere i tråd med treningsplanen og dagsformen til mottakeren.

Målgruppen er voksne personer med endring i funksjonsnivå som har et rehabiliteringspotensiale og er motivert for å bedre funksjonsnivået. Terminale pasienter, pasienter med uavklart sykdomsbilde eller som er psykisk syke eller lider av framskreden kognitiv svikt, er ekskludert fra hverdagsrehabiliteringstilbudet.

Hverdagsteamet går dagtid og fordeler stillingene slik at hverdagene dekkes. Det betyr at flere fra teamet må inn og trene en og samme deltaker. Av den grunn er det opprettet en ordning med primærkontakt og sekundærkontakt. Primærkontakten har ansvar for å lage sluttrapport som sendes fastlege og med lenke til andre deler av CosDoc. Alle i teamet har et felles ansvar for å delta aktivt i deltakernes rehabiliteringsforløp.

Som forarbeid til at man startet opp med hverdagsrehabilitering i kommunen var en gruppe ute og besøkte andre kommuner som allerede hadde startet opp. Formålet var å høste erfaringer fra andre. I denne forbindelse fikk teamet kjennskap til at Eigersund kommune var med i et prosjekt sammen med diakonihøyskolen og NOVA. Prosjektet arbeidet for å utarbeide et nytt kartleggingsverktøy i forbindelse med oppstart og vurdering i forhold til tildeling av tjenesten til søkere. Etter dialog med Eigersund har teamet fått lov å fortsette å bruke dette som et alternativt verktøy til COPM-måling.

På kartleggingsbesøk hos en ny søker, spør representant fra hverdagsrehabiliteringsteamet alltid spørsmålet "Hva er viktig for deg?" Dette danner grunnlag for målsetning for hverdagsrehabiliteringen. Ikke alle deltakere har en klar formening om dette, men gjennom rådslag oppnås det enighet om hva som skal være målet med treningen.

Av rapporten fra 2016 er det snakk om mål av typen: "Jeg kommer meg ut på tur." "Jeg dusjer uten hjelp fra andre." "Jeg går trygt i trappen." "Jeg tar av og på støttestrømpene selv." "Jeg ordner medisinerne på egenhånd." "Jeg tømmer bosset mitt selv." "Jeg klarer å reise meg fra stolen." "Jeg handler mat alene." "Jeg lager middag fra bunnen av."

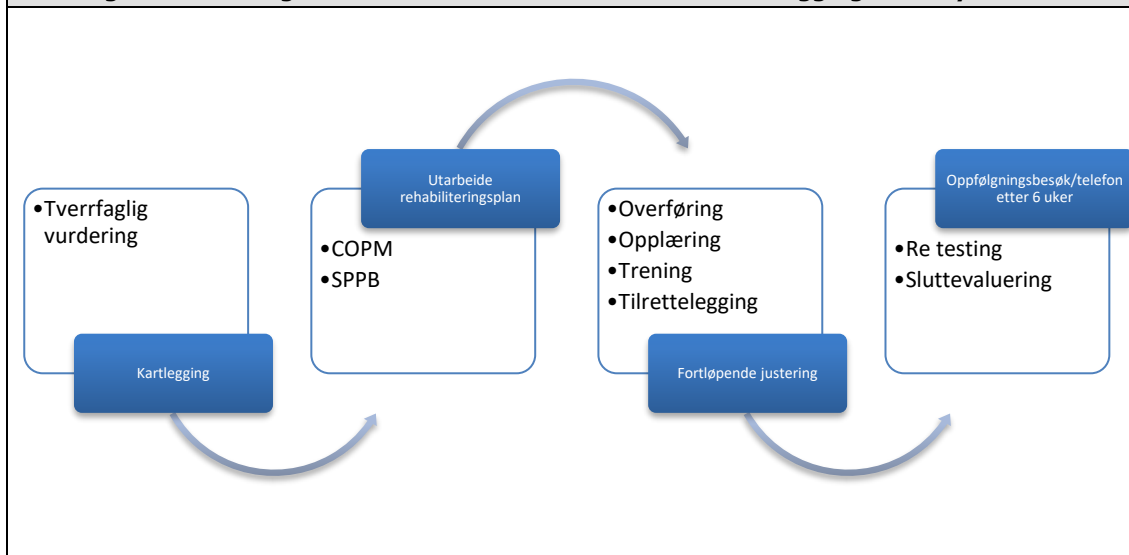
De aller fleste av deltakerne blir testet med Short Physical Performance Battery (SPPB) ved oppstart, avslutning og ved 3 og 6 måneder etter avslutning av hverdagsrehabiliteringstjenesten. Her testes balanse, normal ganghastighet og oppreisningsfunksjon. I følge SPPB gir en ganghastighet på 0,0-0,6 meter/sekundet økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse. I disse tilfellene aktualiseres hverdagsrehabilitering.

I følge den formelle rutinen for oppfølging etter endt treningsperiode, skal deltaker kontaktes per telefon 6 uker etter endt trening og etter 3 måneder. Etter et halvår tar en i hverdagsrehabiliteringsteamet et hjemmebesøk hos den tidligere deltakeren.

Teamet har etter erfaring justert litt på hvilket tidspunkt de tar kontakt med deltakerne etter endt tjeneste. I utgangspunktet var første kontakt etter 6 uker, dette er nå justert til å være etter bare 2 uker. Hensikten med dette er at teamet ønsker å holde oppe trykket på deltakers egenaktivitet og således vedlikeholde effekten av hverdagsmestringen.

Dersom teamet ved det siste besøket ser at det er hensiktsmessig med ny rehabilitering, pga sykdom, fall etc kan de tilby en ny runde med hverdagsrehabilitering. På denne måten slippes ikke mottakerne helt, men de vet at de vil bli kontaktet etter 6 uker.

Figur 8 – Prosessen fra tverrfaglig vurdering av aktuelle deltakere til avslutning av hverdagsrehabilitering. Hå kommune bruker et alternativt kartleggingsverktøy til COPM.



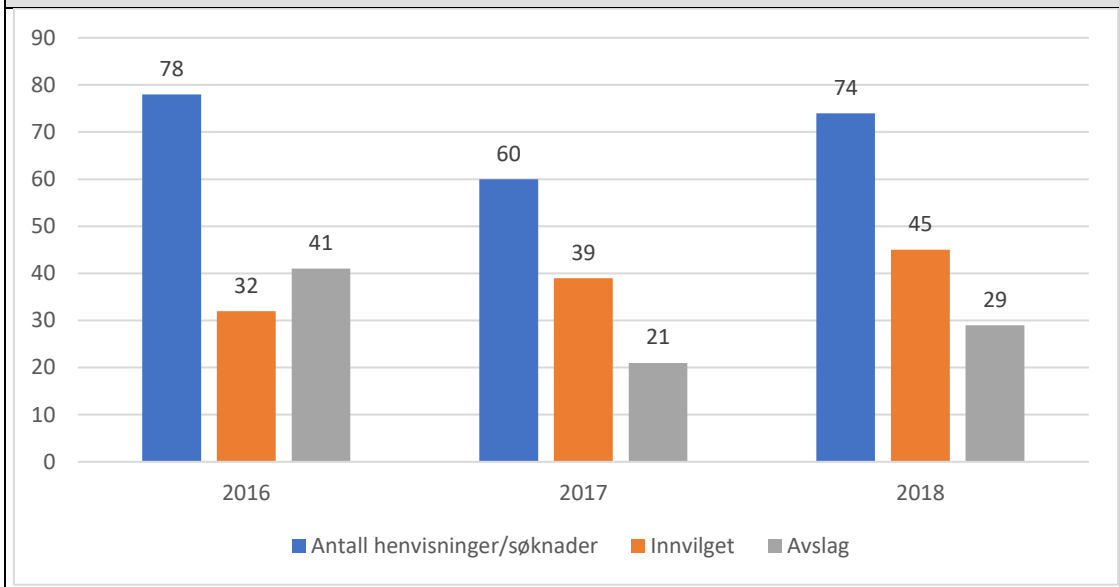
Spesialisert team. Hå kommune har valgt en organisering med et spesialistteam med egne ansatte uten at det trekkes veksler på ansatte i hjemmetjenesten.

Sandnes kommune har også et spesialisert team, men har i tillegg lært opp ansatte i hjemmetjenesten som bistår i opptreningen som hjemmetrenere. Det samme har Time kommune. Hjemmetrenerne, i hovedsak helsefagarbeidere/hjelpepleiere, har både erfaring med trening og de utfører mer tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver. Fordelen er at en og samme person kan se potensialet til deltakeren for å klare seg selv opp mot det behovet deltakeren måtte ha for tradisjonell pleie. En utfordring med den organisasjonsmodellen Sandnes og Time har valgt er at hjemmetrenerne i en del tilfeller føler seg mellom «barken og veden». De skal både strekke til i forhold til treningsopplegg på dagtid som krever tid og de skal ivareta tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver.

Omfanget av hverdagsrehabilitering. Siden oppstarten av hverdagsrehabilitering, har det vært en økning i antall deltakere. I 2016 fikk 32 tilbud om hverdagsrehabilitering mot 45 i 2018. Det har også blitt mindre avvik mellom antall henvisninger/søknader på den

ene siden og antall deltakere som får innvilget hverdagsrehabilitering. Det tyder på at henvisende instanser i og utenfor kommunen har fått bedre kjennskap til tiltaket.

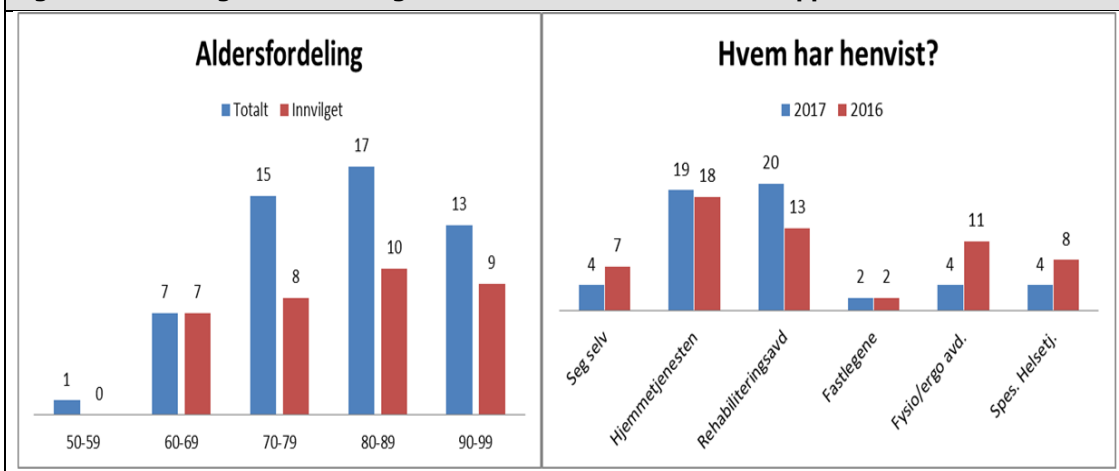
Figur 9 – Antall henvisninger og iverksatte vedtak om hverdagsrehabilitering. Kilde: Hå kommune.



Henvisninger og behovsvurdering. En viktig forutsetning for positiv effekt av hverdagsrehabilitering er at det rekrutteres kandidater med treningspotensial. Det forutsettes at kommunen har definert inkluderings- og ekskluderingskriterier for hverdagsrehabilitering og at disse er gjort kjent blant de som henviser kandidater. Forskning har også dokumentert at *nye brukere* oftere har et større potensial og er mer motivert for opptrening enn den eksisterende brukere har som har tilvent seg ordinære tjenester.

Hverdagsrehabiliteringsteamet mottar henvisninger fra rehabiliteringsavdelingen, hjemmetjenesten, eldre selv, SUS, pårørende og fastleger. Flertallet er 70 år og eldre.

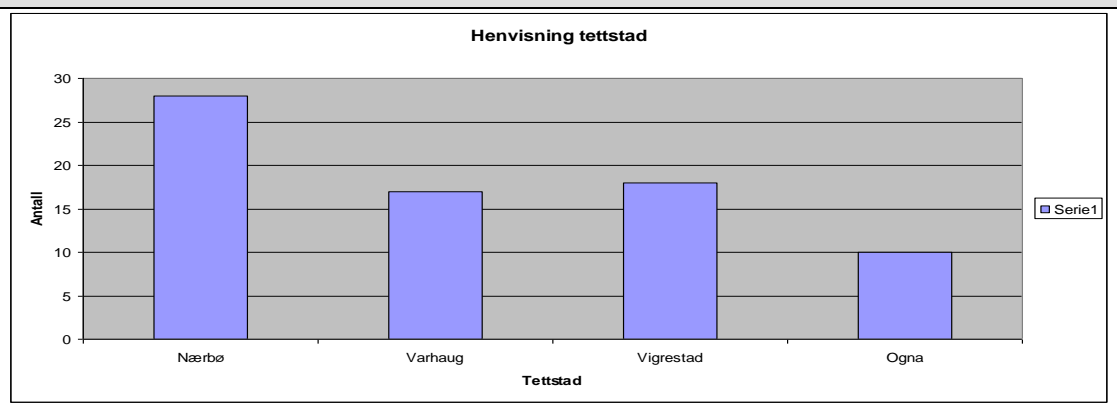
Figur 10 – Henvisninger fordelt på ulike instanser og aldersfordeling på de som er henvist og tildelt hverdagsrehabilitering. Kilde: Hå kommune. Resultatrapport 2017.



Rehabiliteringsavdelingen på Hå sjukeheim er de som henviser flest, hjemmetjenesten kommer rett etter. Samme mønsteret gjorde seg gjeldende i 2018. Videre ser vi at henvisningene fra fysio- og ergoterapiavdelingen sank mye sammen med spesialisthelsetjenesten i 2017. I 2018 var det på nytt en økning i henvisninger fra SUS. For øvrig ser vi at fastlegene i både 2016 og 2017 henviste svært få til hverdagsrehabilitering.

Når det gjelder henvisninger fra hjemmetjenesten i de fire distriktene, har vi bare tall fra 2016. De viser at Nærbø har klart flest, mens Oгна har færrest. Dette mønsteret gjør seg fortsatt gjeldende ut fra opplysninger fra de vi har intervjuet. Forskjellen skyldes at bygdene har ulik befolkningsstørrelse, men ikke alt kan forklares på den måten.

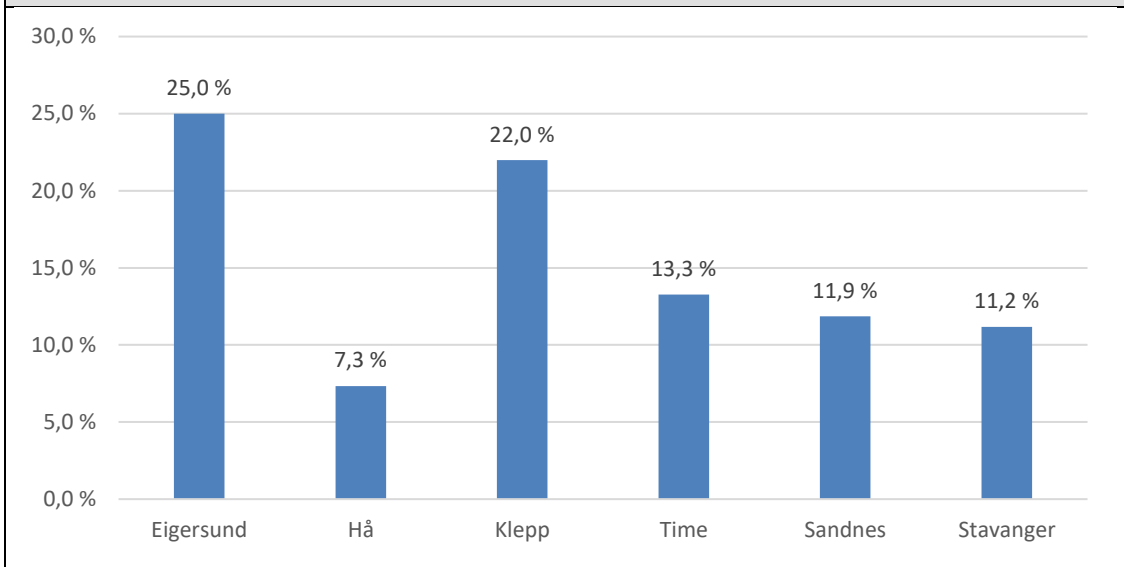
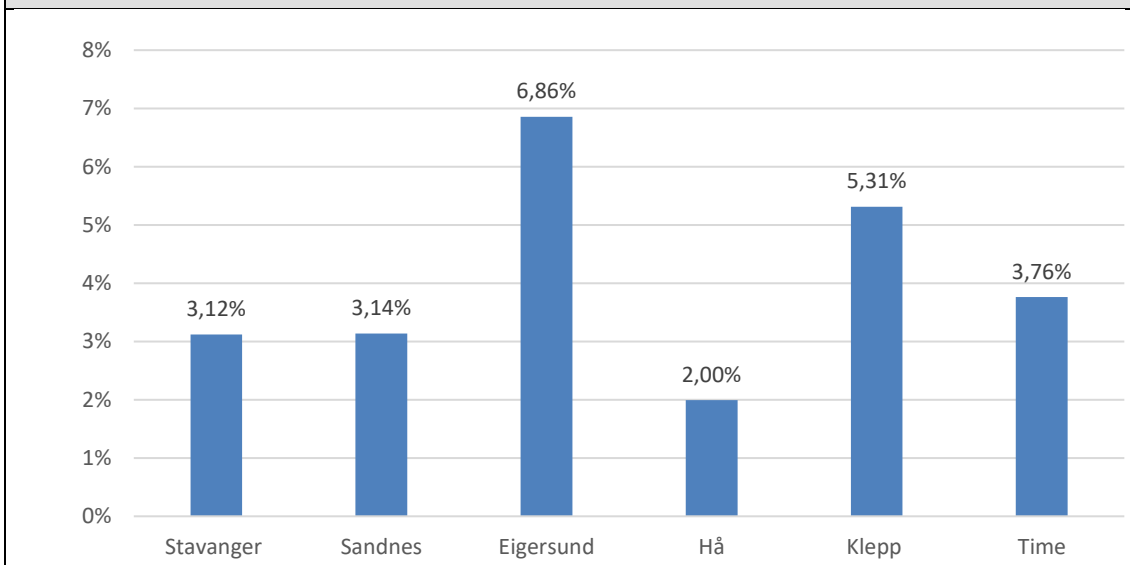
Figur 11 – Henvisninger etter distrikt. Kilde: Hå kommune. Resultatrapport 2016.



Får tilstrekkelig mange hverdagsrehabilitering? Et sentralt spørsmål er om antallet som tilbys hverdagsrehabilitering reflekterer det antallet eldre som vil ha fordel av et slikt tilbud, altså har et potensial for å bli mer selvhjulpne etter et funksjonsfall.

I figuren nedenfor har vi sammenlignet Hå med andre kommuner. Der har vi sett på andelen eldre 80 år og over som har fått tilbud om hverdagsrehabilitering. Her ligger Eigersund og Klepp høyest, mens Hå og Stavanger ligger lavest.¹⁷

¹⁷ Stavanger har i tillegg innført opplæringstiltak som en egen vedtakskategori. Summeres mottakere av hverdagsrehabilitering og mottakere av opplæringsvedtak vil andelen av eldre over 80 år som mottar disse tjenestene være nær 20 %.

Figur 12 – Andel mottakere av hverdagsrehabilitering i Hå sammenlignet med andre kommuner. Prosentandel av eldre 80 år og eldre som har fått hverdagsrehabilitering.**Figur 12 – Andel mottakere av hverdagsrehabilitering i Hå sammenlignet med andre kommuner. Prosentandel av eldre 67 år og eldre som har fått hverdagsrehabilitering.**

I neste tabell har vi sammenlignet organiseringen av hverdagsrehabilitering i Hå med de kommunene som er mest sammenlignbare. Vi ser at organiseringen varierer mye. Det er også klare forskjeller i ressurser – fra 1,5 årsverk i Hå til 4 årsverk i Klepp.

I Time og Sandnes er som nevnt ansatte i hjemmetjenesten delaktige i hverdagsrehabiliteringen. Det gir en ekstra ressurs i disse kommunene som Hå og Klepp ikke har. Vi ser til slutt at antall gjennomførte tilbud om hverdagsrehabilitering var lavest i Hå.

| Tabell 3 – Organisering av hverdagsrehabilitering. Kilde: Respektive kommuner. | | | | | |
|---|-----------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| | Sandnes | Hå | Eigersund | Klepp | Time |
| Hverdagsrehabilitering organisert som del av....? | Hjemmetjenesten | Korttids-/rehabavdelingen | Helse- og omsorgsavg. Egen enhet | Fysio- og ergoterapi-tjenesten | Hjemmetjenesten |
| Årsverk i hverdagsrehabiliterings-team? | 5,7 | 1,5 | 3,1 | 4 | 3 |
| Hjemmetrener i hjemmetjenesten? | Ja | Nei | I prinsippet alle ansatte | Nei | Ja |
| Antall gjennomførte hverdagsrehabiliteringer i 2018 | 262 | 45 | 158 | 120 | 85 |
| Antall mottakere av hverdagsrehabilitering per årsverk ¹⁸ | 46 | 30 | 50 | 30 | 28 |

MÅLOPPNÅELSE – HVERDAGSREHABILITERING

Hovedtanken bak hverdagsrehabiliteringstilbudet er at tiden for funksjonssvikt utsettes. Brukeren skal selv definere hva som er viktig for han/henne. Ofte handler dette om å trene på daglige gjøremål (stille seg, lage mat, handle, bære ut bosset, dusje ol.) eller for å kunne delta i sosiale aktiviteter. Et måleverktøy (SPPB) måler funksjonsnivået ved oppstart, mens et annet måleverktøy (COPM) måler brukers aktivitet og tilfredshet.

Kunnskapsgrunnlaget om gevinster ved hverdagsrehabilitering er relativt omfattende. Foruten interne resultatmålinger i Hå kommune, foreligger det mange lokale undersøkelser fra danske og norske kommuner, og diverse nasjonale kunnskapsoversikter.¹⁹ Hverdagsrehabilitering har vist seg å forbedre funksjonsnivået for et flertall av deltakerne, gi bedre selvopplevd ytelse og øker evnen til deltakelse i dagliglivets aktiviteter.

De aller fleste av deltakerne blir som nevnt testet med Short Physical Performance Battery (SPPB) ved oppstart, avslutning og ved 3 og 6 måneder etter avslutning av tjenesten. Her testes balanse, normal ganghastighet og oppreisningsfunksjon.

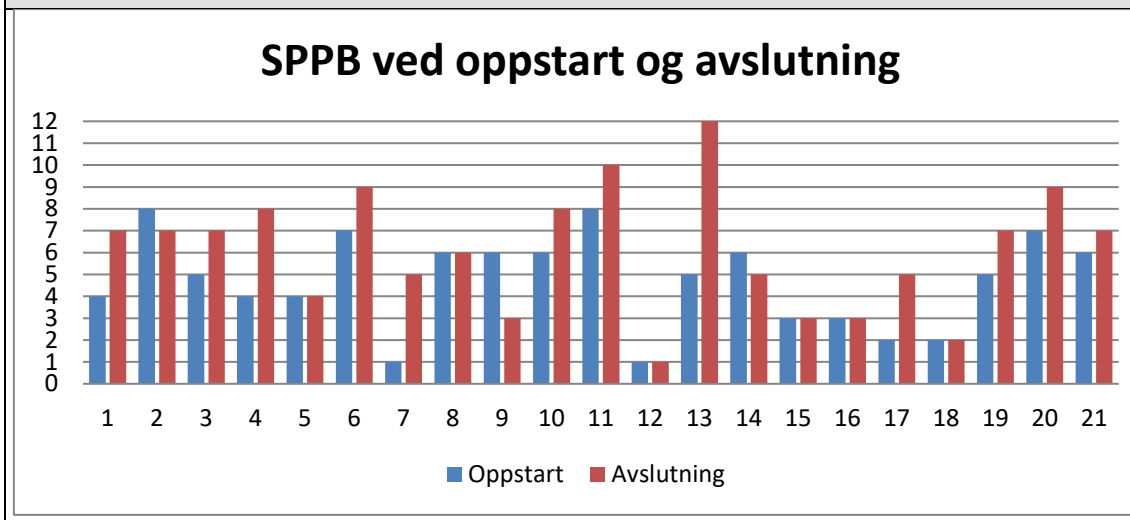
I SPPB utføres det 3 ulike tester og det kan totalt oppnås 12 poeng. Under 10 poeng indikerer økt risiko for funksjonssvikt og under 8 poeng indikerer begynnende svikt i ADL funksjoner. I 2017 ble det foretatt målinger av deltakerne som deltok.

¹⁸ Dette produktivitetsmålet er påvirkelig av hva hverdagsrehabiliteringen inneholder av aktiviteter, hva som er brukers mål med opptreningen og hvor lenge rehabiliteringen varer. Det må derfor tolkes med forsiktighet.

¹⁹ Jf. Rapport Først og Høverstad (2014): *Fra passiv til aktiv deltaker – hverdagsrehabilitering i norske kommuner.* <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-fra-passiv-mottaker-til-aktiv-deltaker--hverdagsrehabilitering-i-norske-kommuner/>. Se også en dansk kunnskap rapport basert på erfaringer fra 24 danske kommuner: *Rehabilitering på ældreområdet - HVAD FORTÆLLER DANSKE UNDERSØGELSER OM KOMMUNERNES ARBEJDE MED REHABILITERING I HJEMMEPLEJEN?* Sundhedsstyrelsen 2017.

I 2017 hadde de 21 testede deltakerne i snitt 4,7 poeng ved oppstart. Ved avslutning etter 4 uker hadde snittet økt til 6,10 poeng. Av deltakerne som ble testet var det 3 stk som fikk en dårligere skår enn ved oppstart. Dette skyldes sykdom under hverdagsrehabiliteringsperioden. 5 deltakere hadde lik skår, mens 12 viste bedring i fysisk funksjon.

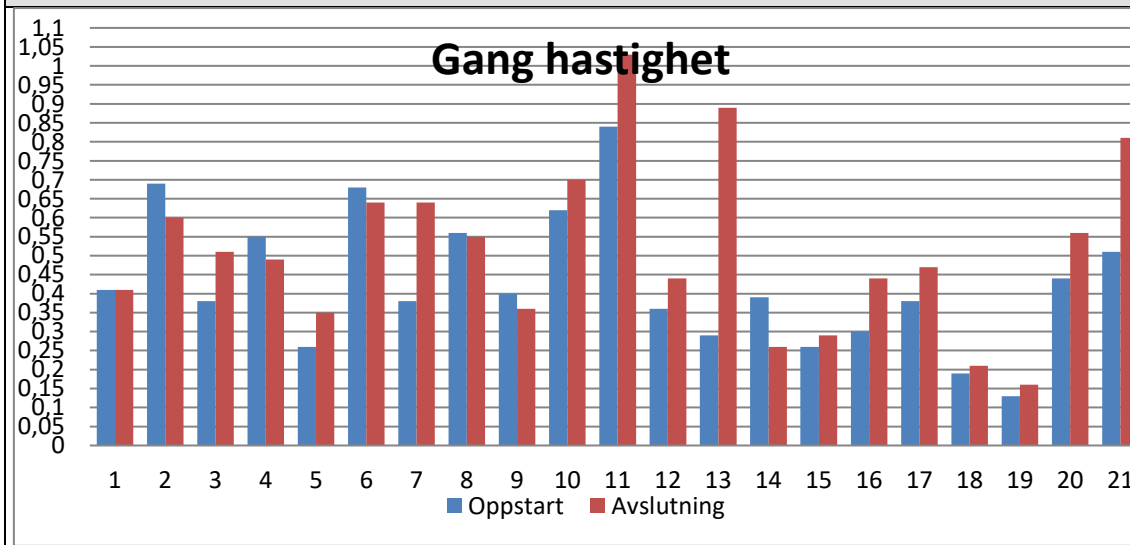
Figur 13 – Skår på SPPB målingen ved start og avslutning. Kilde: Hå kommune 2017.



Ganghastighet er en av testene som blir utført ved SPPB. Ganghastighet er derfor en god pekepinn på helsetilstand og funksjonsnivå hos eldre. Ganghastigheten bør være over 0,8 m/s. For å kunne krysse gaten på grønt lys må du ha en ganghastighet på over 1,2 m/s. Snitthastigheten på deltakeren i hverdagsrehabilitering var 0,43 m/s ved oppstart og 0,51 m/s ved avslutning etter 4 uker. Forskningen sier at for hver ti cm lenger i sekundet personene gikk, økte sjansen for overlevelse med over ti prosent.

Figur 14 viser hvordan ganghastigheten utviklet seg for deltakerne. Mange bedret ganghastigheten, andre stod på stedet hvil, mens noen fikk lavere ganghastighet.

Figur 14 – Ganghastighet ved oppstart og avslutning av hverdagsrehabilitering. Kilde: Hå kommune 2017.



Tilbakemeldinger fra deltakere. Fra februar 2016 har alle deltakere fått mulighet til å evaluere tjenesten gjennom et evalueringsskjema. Sitater fra disse skjemaene er brukt i forbindelse med de årlige resultatrapportene. Gjennomgående er brukerne godt fornøyd med det tilbudet de har mottatt. Men det er også de som har mistet motivasjonen og avsluttet opptreningen underveis. Andre har blitt skuffet og ikke oppnådd den forbedringen i funksjonsnivå som de hadde håpet på. Også fra hjemmetjenestene rapporteres det om litt ulike resultater, fra vedvarende og robust forbedring for noen brukere, til andre som har oppnådd liten effekt, eller har fallert fort etter opptreningen.

VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Hå kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering som en del av rehabiliteringstjenesten der leder av rehabiliteringsavdelingen også er leder av hverdagsrehabiliteringsteamet. Hverdagsrehabiliteringsteamet har tverrfaglig kompetanse bestående av halv stilling til henholdsvis sykepleie, ergoterapi og fysioterapi, til sammen 1,5 årsverk.

Fordelen med et eget team er at hjemmetjenesten har tilgang på dedikerte og motiverte ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet. Gjennom jevnlig lunsjmøter med ulike tjenester har teamet gjort tjenesten kjent, og sikret at de får tilgang på aktuelle kandidater for opptrening. Det varierer imidlertid noe hvor aktive de fire distriktene er til å henvise kandidater, og fysio- og ergoterapitjenesten har hatt en nedgang i antall henvisninger.

Det er klare forskjeller i ressurser til hverdagsrehabilitering når vi sammenligner Hå med Klepp, Time og Eigersund – fra 1,5 årsverk i Hå til 4 årsverk i Klepp. I Time og Eigersund utgjør hverdagsrehabiliteringsteamet om lag 3 årsverk og ansatte i hjemmetjenesten deltar i hverdagsrehabiliteringen. Det gir en ekstra ressurs i disse kommunene som Hå og Klepp ikke har. Omfanget av hverdagsrehabilitering er minst i Hå (45 mottakere i 2018) mot 158 mottakere i Eigersund og 120 mottakere i Klepp. Det indikerer at Hå har et potensiale for hverdagsrehabilitering som hittil ikke er tatt ut.

En utfordring for hverdagsrehabiliteringsteamet er at teamet er lite, og dermed sårbart for sykemeldinger og permisjoner. Teamet har heller ikke ressurspersoner ute i hjemmetjenesten som på regelmessig basis kan bidra i rehabiliteringsarbeidet. Sandnes og Time har ansatte ute i hjemmetjenesten som har fått opplæring av teamet og som bidrar aktivt i opptreningen av mottakere av hverdagsrehabilitering. En modell som ser ut til å fungere bra i Sandnes er at noen få utvalgte hjemmetrenerne får tilpasset turnus og arbeidslister til treningsoppgavene slik at de kan bistå på dagtid. Det er ikke snakk om opptreningsarbeid på heltid, men at de bruker en del av sin stilling på hverdagsrehabilitering.

En tilnærming i Hå kan være et mer integrert samarbeid mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenestene. Det kan tenkes en modell der hvert av de fire distriktene utpeker 1-2 ansatte som kan være «hverdagsterapeuter» i hvert sitt distrikt. Disse kan delta i hospitering i hverdagsrehabiliteringsteamet og få nødvendig opplæring slik at de kan bistå

teamet i opptreningen av mottakere av hverdagsrehabilitering. En slik modell kan forankre rehabiliteringsperspektivet sterkere ute i hjemmetjenestene, og det kan gi hverdagsrehabiliteringsteamet tilgang på en ressurs de ikke har i dag.

- *Vi vil anbefale Hå kommune og vurdere et tettere og mer integrert samarbeid mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten.*

2.5.2 HJELP TIL SELVHJELP I HJEMMETJENESTEN

Hverdagsrehabilitering som vi så på foran, er et konkret og avgrenset opptreningstiltak med en fast metodikk for trening, måling og bedring av mottakerens funksjonsnivå.

Det vi undersøker nærmere i dette delkapitlet er hvor sterkt tankesettet om hjelp til selvhjelp står i de ordinære hjemmetjenestene. Det betyr at hver enkelt ansatt skal se etter potensialet den enkelte bruker har for å klare seg selv, helt eller delvis.

Det betyr at brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Mer fokus på hjelp til selvhjelp og egenmestring forutsetter at hjemmetjenestene inviterer til og tilrettelegger for dialog som kartlegger brukerens egne ressurser, og sammen med bruker sørger for at disse kan tas i bruk.

Konkret kan det bety at den ansatte lærer opp brukeren til helt eller delvis å lage mat selv, ordne morgen- og kveldsstell, gjøre innkjøp, dusje selv, tømme søppel osv. Det kan også bety at bruker får opplæring i å ta på/av støttestrømper, administrere insulin og øyedråper og håndtere medisiner selv. Ekstra innsats til opplæring på kort sikt, kan på lang sikt bety at flere eldre klarer seg med mindre hjelp fra kommunen.

VEDTAK OM HJEMMETJENESTER ER KOMPENSERENDE I SITT INNHOLD

De ordinære hjemmetjenestene – hjemmesykepleie og praktisk bistand – er i utgangspunktet tjenester som skal kompensere for det bruker ikke klarer selv. Det kan også legges inn *tidsavgrensede opplæringsvedtak* der bruker skal læres opp til å gjøre mer selv.


I Hå kommune er vedtak som er rettet mot hjemmeboende ordinære vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det står lite i vedtakene om at hjelpen skal være selvhjelpsorientert gjennom opplæring og tilrettelegging slik at bruker klare det selv.

Intervjuene våre tyder på at **formuleringene i hjemmetjenestevedtakene skaper forventninger hos brukerne og de pårørende**, som det kan være vanskelig for de ansatte i hjemmetjenesten å justere. I tildelingsvedtakene beskrives tiltakene som hjelp til dusj/helvask, kveldsstell, mating, hjelp til morgenstell, til WC-besøk og ulike sykepleiefaglige oppgaver (medisinshåndtering, administrere insulin, øyedråper, kateterisering, stell av stomi, sår etc.). Ved utskrivning fra sykehuset kan det stå at pasient trenger hjelp til det meste uten at det tas stilling til om bruker kan klare å gjøre noe selv.

For ansatte i hjemmetjenesten blir dermed kompensierende hjelp det sentrale, mens det som går på opplæring til å klare seg selv – det vil si en mer mestringsorientert hjemmesykepleie – kommer i bakleksa. Det er i så fall noe som kommer i tillegg, og det blir de mest entusiastiske som i praksis prøver å få brukeren til å klare mest mulig selv.

Stavanger har innført opplæringsvedtak som egen vedtakskategori. Sandnes er i oppstarten, og har begynt i 2019 med egne opplæringsvedtak. Også i Eigersund er det innført tidsavgrensede opplæringsvedtak uten at dette er en egen vedtakskategori. Et eksempel på et tidsavgrenset opplæringsvedtak i Eigersund er følgende:

Tabell 4 – Eksempel på opplæringsvedtak i hjemmesykepleien fra distrikt 2 i Eigersund kommune. Kilde: Eigersund kommune.

| |
|--|
| SVAR PÅ SØKNAD OM HJEMMESYKEPLEIE |
| Innvilget hjemmesykepleie |
|  blir innvilget hjemmesykepleie f.o.m. 02.05.2018 t.o.m. 07.05.2018 |
| Hjelpetilbudet vurderes fortløpende og kan endres om helsesituasjonen endrer seg. |
| Hjelpen vil omfatte: |
| ❖ Tilrettelegging i personlig stell daglig, samt bistand opp/ned trapper inntil du mestrer dette selv. |

Det er presisert at hjelpetilbudet skal vurderes fortløpende og kan endres om helsesituasjonen endrer seg. Også Hå kommune har en lignende formulering i sine vedtak. Det spesielle med vedtaket er at det er et tidsavgrenset opplæringsvedtak, der den ansatte får i oppdrag å tilrettelegge stell og bistand i trapper til vedkommende klare det selv.

SPØRSMÅLET – «HVA ER VIKTIG FOR DEG?» - ER SVÆRT ÅPENT

En sentral verdi i omstillingen av eldreomsorgen er økt brukerinvolvering og innflytelse på eget pasientforløp. Konkret kan det dreie seg om at ansatte starter sine samtaler med pasientene med spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*», i stedet for «*Hva er i veien med deg?*»

Tanken er at dette vil skape en annen motivasjon og forståelse hos pasienten for å yte den innsatsen som kreves av han eller henne.

Enkelte vi har intervjuet i Hå mener dette spørsmålet er hensiktsmessig mht. å fange opp brukers egenopplevde behov, men det er ikke nødvendigvis treffsikkert mht. å få fokus på egenmestring. Svaret kan like gjerne være «*ægg vil ha hjelp te alt*» eller få «*hjelp te å lufta hunden*» for å ta noen sitat fra intervjuene. Andre klarer ikke å sette seg egne mål.

For hva om det viktigste for brukerne er å få hjelp til det aller meste fordi de har jobbet og slitt et langt liv og nå trenger hjelp til å klare seg hjemme? Hva om det viktigste for

dem er at de ønsker seg tiltak som befinner seg innenfor det som defineres som «hjelp-fellen», selv om de har et egenmestringspotensial? Fordi det er mest behagelig...

Gjennomgangen tyder på at en del brukere ønsker å være passive mottakere av hjelp. De ansatte ved en av hjemmetjenestedistriktene formulerte dette slik: «Ikke alle brukere er interessert i selvhjelp, de ønsker å være pasienter (...). «Æg sede heller og ser på» som en bruker sa til en hjemmesykepleier når hun oppfordret han til å ta et tak selv.

Det ble også pekt på av flere av de intervjuede at brukerne forventer hjelp. Og da er det ikke lett å snu brukeren og si at nå skal du få opplæring til å klare mer selv. Som en ansatt ved et av distriktene sa det: «Du lærer ikke en gammel hund å gjø». Hennes poeng er at de nye brukerne er de som i første rekke bør oppfordres til mer egenmestring.

I sum viser innblikket i relasjonen mellom ansatt og bruker, at det stilles relativt store krav til de *ansattes kommunikative ferdigheter og relasjonelle kompetanse*. Noen ansatte kan vegre seg for å gå inn i en dialog med bruker om at hun/han har best av å gjøre mest mulig selv, når bruker synes det mest behagelige er å bli hjulpet. Noen ansatte har disse ferdighetene, andre har de ikke, og bør få opplæring som trykker dem i slike situasjoner.

FORVENTNINGER OM Å GI OG FÅ HJELP STÅR STERKT

Intervjuene våre tyder på at forventningene til hjemmetjenesten skapes fra flere hold. På sykehuset («de sa at mor skulle få hjelp til alt»), de pårørende og på sykehjemmet. Ansattes utdanningsbakgrunn og arbeidskulturen er også med på å skape forventninger. Peker mange forventninger i samme retning – *at omsorg er å gi hjelp og få hjelp* – er det neppe så overraskende at det tar tid å innarbeide egenmestring som tankesett.

Hva som forbindes med begrepet «hjemmesykepleie»? Vi får opplyst at brukerne ofte har klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. *de er syke og må få hjelp*. **Dermed inntar de en passiv pasientrolle.** Vi blir fortalt at en og samme bruker kan innta en helt annen rolle når terapeuter fra fysio- og ergo enheten kommer på besøk: «Da sitter de klar med joggeskoene på og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer.» Dette er et inntrykk vi sitter igjen med i alle de kommunene hvor vi har satt fokus på egenmestring.

Både brukere og pårørende har klare forventninger til tjenesten. Mange forstår hensikten med tiltak som skal bidra til at brukeren blir mest mulig selvhjulpne, men flere er også negative til dette. De pårørende blir sinte når de hører at deres gamle foreldre må låse opp døra selv, gå ut med søppelet selv etc. De synes det er smålig at pleierne ikke gjør dette for dem. Hjemmetjenesten blir møtt med argumenter av typen «De har jobbet og slitt i alle år, de har betalt skatt i alle år. Hvorfor kan dere ikke gjøre dette for dem?»

Gjennomgangen tyder på at det framstår som noe av et paradoks for mange eldre (og ansatte) at kommunene roper på flere «varme hender» i pleie- og omsorgstjenesten, og så når de varme hendene er på plass i form av nye ansatte, skal de være bak på ryggen!

PLEIERNES HOLDNINGER TIL HJELP-TIL-SELVHJELP VARIERER

De aller fleste peker på at det er enklere å få unge pleiere til å jobbe «*med-hendene-på-ryggen*» enn eldre pleiere. De mener det er vanskeligere for eldre pleiere å snu en innarbeidet hjelpetradisjon enn det er for unge, relativt nyutdannede pleiere.

Noen av de ansatte i to av distriktene i Hå er blitt spurt om de gir brukerne for mye hjelp. Satsingen på mer hjelp-til-selvhelp bygger indirekte på at det i noen tilfeller gis hjelp til oppgaver som brukere kunne ivarett selv. Noen av de ansatte svarte spontant at brukerne kunne gjort mer selv, og at de ergo gir for mye hjelp. Andre igjen peker på at brukerne i mange tilfeller er så skrøpelige at de ikke klarer seg uten mye hjelp. Opplevelsen varierer i stor grad med hvilke brukere den enkelte har på arbeidslista.

I intervjuene skilles det mellom «snille» og «slemme» pleiere. Brukerne fanger kjapt opp om det er «snille» pleiere som gjør oppgavene for dem – de tømmer søppelet, de låser selv opp døren, de smører maten, de henter avisen, de rydder litt. De «kjipe» pleierne er de som er opptatt av at brukere selv lærer seg å gjøre disse oppgavene. De oppfattes på en og samme tid å være strenge, men også late fordi de ikke automatisk hjelper.

I intervjuene pekes det på at enkelte brukere kan være ganske smarte for å få den hjelpen de mener de trenger. Ofte kjenner de pleierne godt og de foretrekker de som vasker dem på ryggen, de som bærer ut søppelet, ordner og fikser – altså de som gjør litt ekstra. I noen sammenhenger omtales dette som «*hemmelige*» tjenester» utover selve oppdraget.

OPPLÆRING TIL EGENMESTRING TAR TID

Pleierne forteller at det som regel går raskere å gjøre oppgavene for brukerne selv enn å la brukerne få mulighet til å gjøre oppgaven helt eller delvis. Å lære bruker å ta øyendråpene selv, administrere medisinerne, ta på/av støttestrømper, eller å følge bruker ut med søppet, ta morgen-/kveldsstell, tar lengre tid enn bare å gjøre det selv. Klarer brukerne det selv etter opplæringen, vil det imidlertid avlaste tjenesten.

Hvis en eller to av brukerne krever mer tid enn forutsatt, går det som regel ut over tidsbruken hos andre brukere. Det kan derfor være fristende for pleierne å overta oppgavene for brukerne fordi det går raskere og man opplever mindre motstand fra brukere og pårørende. Men det som fungerer greit på kort sikt i en travel hverdag, er ikke så bra på lang sikt. Konsekvensen kan være en langtidsbruker som havner i hjelpefellen.

På spørsmål om ledere og ansatte ute i tjenestene opplever *mer fokus på hjelp-til-selvhelp* som et paradigmeskifte, svarer de fleste nei. De opplever snarere at det er en gjenoppbygging eller revitalisering av det som har vært gjeldende norm innenfor sykepleien fra gammelt av, men som er blitt avlært over tid, blant annet på grunn av tidspress.

VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Hjelp til egenmestring handler om at ansatte i hjemmetjenesten skal gi tjenester på en måte som styrker brukernes ressurser, slik at de opplever mestring og selvstendighet. Brukere som har mulighet til å mestre aktiviteter selv skal få opplæring, trening og tilrettelegging i stedet for hjelp som passifiserer og fratrar dem evnen til egenomsorg.

Interjuene og stikkprøver av vedtak, tyder på at vedtak om tildeling av hjemmetjenester i all hovedsak er ordinære hjelpevedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det står lite i vedtakene om at hjelpen skal være tidsavgrenset til brukeren klarer det selv.

For ansatte i hjemmetjenesten blir dermed kompensierende hjelp det sentrale, mens det som går på opplæring av bruker til å klare mer selv – det vil si en mer *selvhjelpsorientert hjemmetjeneste* – blir lite synlig. Det er noe som kommer i tillegg, og det blir de mest entusiastiske som i praksis prøver å få brukeren til å klare mest mulig selv.

Pleierne forteller at det som regel går raskere å gjøre oppgavene for brukerne selv enn å la brukerne få mulighet til å gjøre oppgaven helt eller delvis selv. Å lære bruker å ta øyendråpene selv, administrere medisinerne, ta på/av støttestrømper, eller å følge bruker ut med søpplet, ta morgen-/kveldsstell, tar lengre tid enn bare å gjøre det selv. Men klarer brukerne å gjøre mer selv, vil det over tid kunne avlaste hjemmetjenesten.

Å utprøve en ordning med *tidsavgrensede opplæringsvedtak* i hjemmetjenesten kan være en veg å gå for å styrke fokuset på egenmestring. Erfaringene er i hovedsak gode i Eigersund og Stavanger som har tatt i bruk slike vedtak.

Opplæringsvedtak kan gis i forhold til gjøremål som morgenstell, dusj, matlaging, handle, tømme søppel og toalettbesøk, samt enkelte hjemmesykepleieoppgaver som å administrere insulin, bruk av dosett, dryppe øyne, kateterisering, måling av blodsukker, stell av stomi og ta av/på elastiske strømper.

Å prøve ut vedtak om opplæring i selvhjelp vil kunne gi en mer likeartet praksis på tvers av distriktene. Formelle opplæringsvedtak kan videre over tid bygge en ny kultur der ansatte venner seg til å jobbe med hendene på ryggen. For mange ansatte er dette en stor omstilling, og opplæringsvedtak kan bidra til å gi ryggdekning til denne omstillingen.

- *Hå kommune anbefales å vurdere utprøving av tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten som kan bidra til at brukeren tar et større ansvar for egen omsorg.*

2.5.3 VELFERDSTEKNOLOGI

Omsorgsplanen i Hå beskriver at kommunen har som intensjon å være offensiv og ta i bruk velferdsteknologi. Det har vært satt av midler i budsjettet til velferdsteknologi fra 2015. Det har tatt tid å få dette på plass, og Hå kommune er fortsatt i startfasen.

Hå har fra 2017 inngått i et interkommunalt samarbeid om utprøving og implementering av velferdsteknologi. Sola kommune er koordinator og kommunene som deltar er Sandnes, Randaberg, Gjesdal, Time, Klepp, Hå, Egersund, Sokndal, Lund og Bjerkreim.

Alle kommunene er gjennom samarbeidet forpliktet til gjennomføre implementering av valgt teknologi, egenfinansiering i form av stillingsressurs til lokal prosjektgjennomføring i egen kommune og egenfinansiering av innkjøp og anskaffelse av teknologi. Kommunene skal videre delta i felles arbeid/møter/opplæring i prosjektperioden.

Hå har opprettet en prosjektstilling som inngår i staben i tjenestoområdet Helse- og saksaker. Det er opprettet en prosjektgruppe og arbeidsgrupper for medisineringsstøtte, digitalt tilsyn og lokaliseringsteknologi. Det er laget framdriftsplan for ulike aktiviteter – behovskartlegging, utprøving, kompetanseheving og implementering. Hittil er det gjennomført oppstartsseminar og samlinger om Velferdsteknologiens ABC.

I det interkommunale prosjektet har Hå valgt elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn som to teknologier Hå vil prioritere. Prosjektet har i første omgang tatt for seg medisineringsstøtte. I den forbindelse er det gjennomført en felles anskaffelse som gav tilslag til to leverandører. Hå kommune er nå i gang med opplæring i forhold til første leverandør (Dignio) og til høsten skal neste leverandør gi opplæring (Evondos).

Prosjektet er forlenget med et år, og vil gå frem til sommeren 2020. Fra høsten 2019 og frem til sommeren 2020 er tanken at prosjektet skal hjelpe til med implementering av digitalt tilsyn og lokaliseringstøtte. Når det nærmer seg implementering av de ulike teknologiene, vil det bli utarbeidet rutiner for hvordan teknologiene skal inngå i drift.

I løpet av 2017/2018 byttet Hå ut de analoge alarmene med digitale trykghetsalarmer. I 2019 vil implementering av medisindispensere stå sentralt. Bruk av digitalt tilsyn der tilsynet skjer via et kamera hjemme hos brukeren, er foreløpig ikke tatt i bruk.

Tabell 5 – Velferdsteknologier i Hå kommune. Kilde: Hå kommune.

| Teknologi | Antall 2018 | Forventet antall 2019 |
|---|-------------|--|
| Digitale trykghetsalarmer | 268 | 275 |
| Elektroniske multidosedispensere | 0 | 20 |
| Pilly medisindispensere | 0 | 10-30 |
| GPS sporingsklokke | 0 | 10 |
| Digitale trykghetsalarmer tilknyttet ulike typer alarmer og sensorer (dør, brann, fall ol.) | 3 | 4 (behovskartlegging til høsten (digitalt tilsyn)) |
| Digitalt tilsyn/avstandsoppfølging med kamera i hjemmetjenesten | 0 | Behovskartlegging til høsten |
| Bærbare nettlesere i hjemmetjenesten | 5 | 5 (øker dersom leverandøren klarer å levere tilfredsstillende produkt) |

For å kunne ta i bruk mer velferdsteknologi har det vært nødvendig for Hå å få en responscenterløsning. En tilbudsforespørsel ble sendt ut høsten 2018 som Telenor fikk tilslag på. Fra januar 2019 har Kristiansand responscenter håndtert anrop fra våre trygghetsalarmer. Ca 80 prosent av alarmene blir avklart av responscenteret, noe som forhindrer unødvendige hjemmebesøk for hjemmetjenesten.

Parallellt med det interkommunale prosjektet har Hå inngått en avtale med ContinYou som er leverandør av en helseklokke – Contact. Denne klokken har flere funksjoner: GPS, geofence, fallalarm, mobil trygghetsalarm, pulsmåler og skritt teller. Funksjonene som er av interesse for Hå er i hovedsak mobil trygghetsalarm, GPS/geofence og fallalarm. Kommunen er i en prøvefase i dette prosjektet og det er en vei å gå frem til drift.

VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Foreløpig er det digitale trygghetsalarmer som er tatt i bruk på bred front i Hå. Medisindispensere er neste steg i implementeringen av ny teknologi. Flere andre teknologier er i en start- og uttestingsfase som ulike sensorer og GPS tilknyttet helseklokke.

Flere av teknologiene følger framdriften i interkommunale samarbeid. Dermed unngås at alle kommuner driver og tester ut det samme. Også tjenesteapparatet må forberedes på nye teknologier gjennom opplæring og nye rutiner.

Det er foreløpig ikke utviklet noen måleindikatorer som kan si noe om gevinsten ved å innføre de planlagte velferdsteknologiene. For elektroniske medisindispensere er det utviklet gevinstindikatorer for bruker, ansatt og kommuneøkonomien. Tas disse indikatorene i bruk fra starten av implementeringen, vil kommunen ha et 0-punkt den kan sammenligne driftssituasjonen med. Trygghetsalarmer reduserer behovet for besøk gjennom avklaringer i responscenteret. Sannsynligvis gir de brukerne en opplevelse av større trygghet.

Vi vil anbefale Hå kommune å tenke igjennom hvordan kommunen kan få målt gevinster for brukeren og for kommuneøkonomien av mer omfattende bruk av velferdsteknologi. Det ligger an til at ulike velferdsteknologier vil få et større omfang i årene som kommer, og da kan det være en fordel om kommunen har utviklet noen enkle måleindikatorer og rapporteringsrutiner slik at effektene av ny teknologi blir kartlagt.

Vi vil anbefale Hå kommune å:

- *Utarbeide måleindikatorer som kan fange opp gevinster av å ta i bruk velferdsteknologi.*

2.5.4 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK

Forebyggende tjenester er tjenester som settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom har utviklet seg. Disse tjenestene innebærer at kommunen aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten, og tilbyr tettere oppfølging. Det kan forhindre at sykdom og funksjonssvikt forverres, og at eldre kan bo hjemme lengre.

I følge Folkehelseinstituttet er det fire nøkkelfaktorer som er viktige for helse i eldre år: *Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold.*

Hå har flere typer aktiviteter for eldre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Dagsenter. Dagsenter for eldre er et tilbud for eldre som bor hjemme. Kommunen har dagsentertilbud ved bo- og velferdssentraene på Nærbø, Varhaug, Vigrestad og Ogna. Velferdssentrene driver ulike aktiviteter arbeid med tanke på forebyggelse av helsesvikt og isolasjon. Flere frivillige bidrar i forbindelse med aktiviteter.

Frivilligsentralen ble opprettet i 1997 og gir tilbud til mange omsorgstrengende personer. Mange pensjonister er engasjert der og deltar aktivt med å hjelpe andre. Dette er et helsefremmende tiltak for både de frivillige og mottakerne av hjelpen.

Kulturtilbudet 55+ i Ståvå har seniorkafé i Hå kulturtorg hver fredag kl. 13.00 - 14.30.

Frivillighet i hjemmebaserte tjenester skal være et supplement til tjenestene der frivillige bistår med hjelp til å vareta psykisk/fysisk helse og sosialt felleskap. Frivilligsentralen kan formidle ønsker om eksempelvis besøkstjeneste, aktivitetsvenn og bistand til hjelp med hagestell og annet. Intervjuene med ledere og ansatte i hjemmetjenesten viser at frivillige i liten grad inkluderes i tjenesten. Det er oppmerksomhet om denne mulige ressursen, men det er i liten grad tatt grep for å benytte frivillige mer aktivt.

Frisklivssentralen er et samarbeid mellom Gjesdal – Hå – Klepp – Time og kan hjelpe personer til å sette konkrete mål, finne frem til aktiviteter og tilbud som passer, og gi støtte til å gjennomføre planlagte tiltak. Veiledning og oppfølging foregår både individuelt og i grupper. Tilbudene er rettet mot de som står i fare for å få, eller allerede har fått livsstilsrelatert sykdom. Tilbudene omfatter røykeslutt, ernæring, aktivitet og søvn.

Matombringning. I Hå kan eldre hjemmeboende få middag levert hjem. Dersom søker innvilges tjenesten, og får vedtak om mat levert hjem, kan de velge mellom ulike abonnement til forskjellig pris. Fysisk aktivitet uten sunt kosthold henger dårlig sammen. Et vanlig anslag er at 1 av 3 hjemmeboende eldre lider av underernæring. Med flere hjemmeboende eldre, er matombringning et viktig helsefremmende tiltak.

I 2018 ble det vedtatt ny *ernæringsstrategi* i Hå kommune. Alle beboere i sykehjem og brukere i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse

eller vedtak og deretter månedlig. Vedtaket er en oppfølging av vedtaket om matombringing i 2017 i forhold til middagsservering på sykehjem og hjembringing.

Hjemmebesøk til 80-åringene. Hå kommune tilbyr på nettsidene hjemmebesøk for alle innbyggere som er blitt 80 år. Målet med hjemmebesøket er å gi informasjon om tjenestetilbudet i Hå og sikre at hjemmet er tilrettelagt om det er behov for tilpasninger.

Ordningen med forebyggende hjemmebesøk der kommunen inviterte seg hjem, ble avvirket for mange år siden. Intervjuene med ledere og ansatte i hjemmetjenestene på Nærbø og Varhaug viser at tilbudet om hjemmebesøk ikke er i bruk slik det fungerer i dag. Skal det tas i bruk må det sannsynligvis markedsføres mer aktivt enn i dag. Et alternativ kan være å invitere alle 80-åringene til en felles fagdag der det informeres om aldring, livsstil og de tilbud kommunen har for eldre i forhold til fysisk aktivitet og sosiale møteplasser. Både Sandnes og Stavanger har denne typen arrangementer.

2.6 BETINGELSER FOR Å LYKKE MED EN MER MESTRINGSORIENTERT HJEMMETJENESTE

Det er flere brikker som må være på plass for å få til en langsiktig omstilling i eldreomsorgen. Vi så tidlig i faktadelen, at Hå kommune står overfor en betydelig vekst i eldrebefolkningen. De vi har snakket med, er skjønt enige om at kommunen må gjøre ulike grep for å dempe etterspørselen etter pleie og omsorg. Ett av dem er å tilrettelegge for at eldre kan ta mer ansvar for egen omsorg gjennom forebygging og rehabilitering.

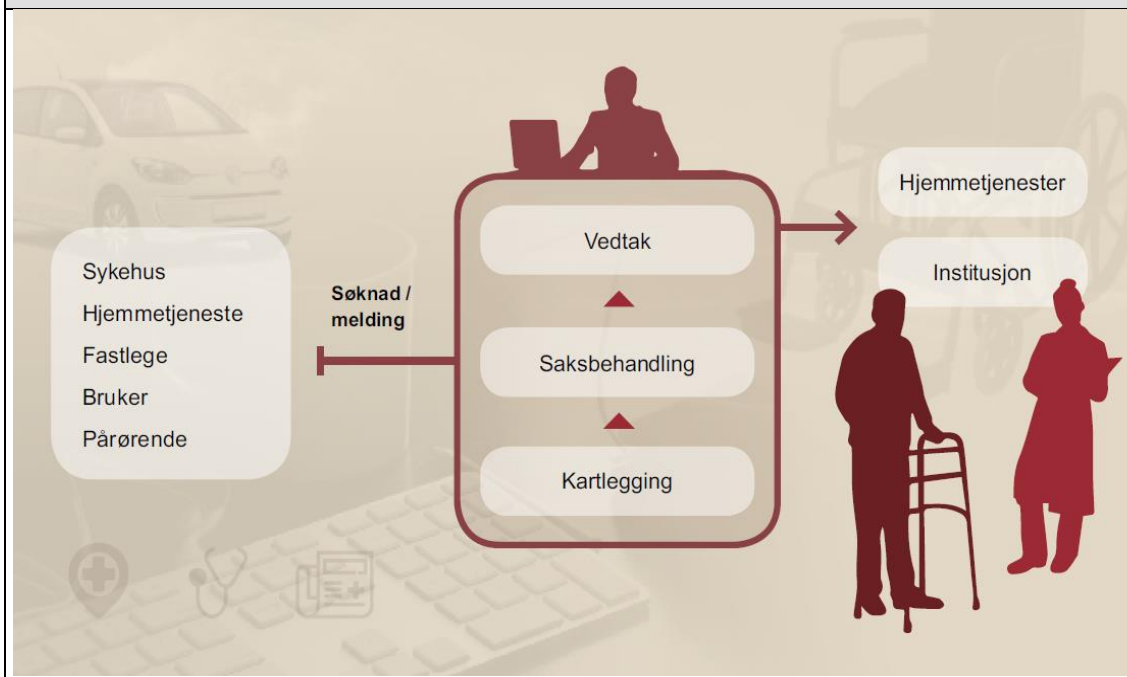
Hå kommune har et mål om å tilrettelegge for at eldre kan bo lengst mulig hjemme, og har samtidig et relativt stort tilbud av omsorgsboliger og sykehjems plasser som forutsetter at brukeren i stor grad er borteboende. Som vi så i gjennomgangen av Hå kommunes omsorgstrapp, er trappa nokså topptung, og det kan gjøre det mer utfordrende å få til et høyere aktivitetsnivå på de lavere trinnene, som forebygging og rehabilitering.

I det følgende drøfter vi tre faktorer av viktighet for å skape en mer mestringsorientert hjemmetjeneste: *Tverrfaglig behovsvurdering* ved behandling av søknader, *kompetanseutvikling* der rehabiliteringsperspektivet får sterkere fotfeste i hjemmetjenesten, og *korrigering av brukeres og pårørende forventninger* til den hjelp kommunen gir.

BEHOVSVURDERING OG TILDELING I FAGTEAM

En søknad eller annen henvendelse kan komme fra den eldre selv eller fra pårørende, men hjelpebehovet kan også meldes fra sykehuset, fastlegen eller hjemmetjenesten. For å vurdere hvilke tjenester kommunen eventuelt skal tildele, må kommunen kartlegge behovet nærmere. Deretter fatter kommunen et vedtak om avslag eller innvilgelse, som formidles til søkeren i et brev. Figuren nedenfor viser gangen i prosessen.

Figur 15 – Prosess fra søknad/henvisning til tildeling av tjeneste. Kilde: Riksrevisjonens rapport Dokument 3:5 (2018–2019): Tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.



Som vi så innledningsvis i faktadelen, har Hå opprettet et felles fagteam som behandler søknader om (omfattende) hjemmetjeneste og institusjonstjenester.

Intervjuene viser en relativt utbredt tilfredshet med den *desentraliserte tildelingsmodellen gjennom fagteam*. Flere av de intervjuede, peker på at den virker ansvarliggjørende på tjenestene, i den forstand at det ikke tildeles flere tjenester enn det er kapasitet til. Fagteamet blir dermed en arena for å balansere tilbud og etterspørsel. Fagteamet bidrar også positivt i forhold til å skape god pasientflyt i omsorgstrappa gjennom koordinering mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det pekes på at fagteamet har stor oppmerksomhet på at alt skal være prøvd på lavere trinn i trappa før neste trinn tas i bruk.

Av kritiske synspunkt på ordningen med fagteam, kan følgende trekkes fram: Desentralisert tildelingsansvar er utfordrende når det skal prioriteres strengere. En mer sentralisert tildelingsmodell gjennom et *tildelingskontor* vil kunne ha større avstand til tjenestene, og vil uavhengig av tilgjengelig kapasitet kunne vurdere behov og gi skreddersydde tjenester. Mot dette igjen anføres at en sentralisert tildelingsmodell vil føre til duplisering av kompetanse, og at det slett ikke er sikkert at et tildelingskontor vil prioritere strengere enn et fagteam. Det sentrale er at det er utviklet presise tildelingskriterier.

Videre stiller enkelte spørsmål ved om fagteamet har tilstrekkelig oppmerksomhet om *forebygging og rehabilitering*. Når det i hovedsak er lederne for de tradisjonelle hjemmetjenestene og institusjonslederne som utgjør teamet, er det et spørsmål om denne dimensjonen får tilstrekkelig oppmerksomhet.²⁰ Debatten om mer satsing på egenmestring, tar utgangspunkt i et «*tidlig-innsats-perspektiv*», der potensialet for egenmestring først skal

²⁰ Det må her føyes til at lederen for rehabiliteringsavdelingen på Hå sjukeheim, som også er leder for hverdagsrehabiliteringsteamet, deltar i fagteamet, og er dermed et talerør for rehabiliteringsperspektivet i teamet.

vurderes, før eventuelle hjelpetiltak settes inn. Et slikt perspektiv krever en tverrfaglig behovsvurdering tidlig, særlig når nye brukere melder seg.

Som ledd i gjennomgangen av hjemmetjenesten bør Hå kommune å vurdere å justere beskrivelsen av ordningen med fagteam slik at det blir samsvar mellom formell rutinebeskrivelse og det som er praksis i dag med ett fagteam. I dag foreligger det beskrivelser av to fagteam, ett for hjemmetjenestene og ett for institusjonstjenestene.

Det bør også gjennomtenkes hvorvidt ordningen med fagteam og dagens tildelingsrutiner i Hå sikrer nok oppmerksomhet om forebygging og rehabilitering. Et kjernepunkt i en mer mestringsorientert tjeneste, er å vurdere tidlig om søkeren har et egenmestringspotensiale og deretter tilpasse hjelpebehovet. Vårt inntrykk fra intervjuer med ledere og ansatte er at Hå har noe å gå på i forhold til å forankre et slikt perspektiv i tjenesten. En slik forankring er nært forbundet med kompetanseutvikling, som vi tar opp nedenfor.

KOMPETANSEBYGGING I FORHOLD TIL EGENMESTRING

Å få et mestrings- og rehabiliteringsperspektiv bredt forankret blant ledere og ansatte i den ordinære hjemmetjenesten er krevende og tar tid. Det har på en måte oppstått et møte mellom en tradisjonell og kompenserende form for omsorg og en ny måte å yte omsorg på der aktivisering, hjelp-til-selvhjelp og egenmestring står sentralt. Det fører nødvendigvis til debatt om hva som er den riktige formen for omsorg.

Det lages årlige opplæringsplaner for helse- og sosialområdet i Hå. Der evalueres forrige års kompetanseutvikling og det foreslås prioriterte opplæringsformål for året som kommer. Etter hvert har det kommet tilbud om fagutdanning, e.læringskurs og utdannings-tilbud i forhold til hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering integrert i ordinære tjenester. Foreløpig reflekteres dette i liten grad i Hå kommunes opplæringsplan for helse og sosial. Spørsmålet er om det i årene bør fokuseres sterkere på disse fagfeltene.

Relasjonen mellom ansatt og bruker viser at det stilles relativt store krav til de *ansattes kommunikative ferdigheter og relasjonelle kompetanse*. Noen «snille» ansatte kan vegre seg for å gå inn i en dialog med bruker om at hun/han har best av å gjøre mest mulig selv, når bruker synes det mest behagelige er å bli hjulpet. Andre kan oppfattes som «kjipe» om de ber bruker om å øve seg opp til å klare mer selv. Noen ansatte takler denne type situasjoner, andre gjør det ikke, og bør få opplæring som trygger de i slike situasjoner.

Tre typer kompetanser synes å være viktige. *Det ene er en faglig vurdering av hvilket potensiale den enkelte pasient har for egenomsorg*. Per i dag ivaretas dette av fagteamet eller den leder i tjenesten som er tildelt fullmakt til å foreta tildeling. Viktig i denne sammenheng er tverrfaglighet der helsefaglig kompetanse koples til kompetanse på rehabilitering.

Det andre er *kommunikative og relasjonelle ferdigheter* der den ansatte fungerer som mentor for brukeren, slik at vedkommende motiveres til mer egenomsorg. Pedagogiske evner

er viktig – det vil si ansattes evne til å lære bruker opp til å ta større ansvar for egen omsorg – oppgaver som den ansatte i andre situasjoner vil utføre selv.

For det tredje trengs det *kompetanse i selve oppgaveutførelsen*. Det være seg medisinskhåndtering og ulike helsefaglige oppgaver, eller hverdagslige aktiviteter og gjøremål.

Praksisnær kompetanseutvikling er sannsynligvis mest effektiv gitt disse kompetansebehovene. Mer bruk av hospitering av ansatte i hjemmetjenesten i hverdagsrehabiliteringsteamet kan være én vei å gå. Det kan også tenkes at hverdagsrehabiliteringsteamet mer aktivt kan brukes i den interne opplæringen i hjemmetjenesten. Case-gjennomgang av ansattes oppfølging av utvalgte brukere, gir mulighet for å korrigere atferd og drøfte hvilke arbeidsformer som mest effektivt kan styrke brukers egenmestring. Det er neppe en fasitløsning i forhold til kompetanseutvikling, men vi vil anbefale Hå å:

- *Vurdere kompetansehevingstiltak som kan styrke perspektivet på egenmestring og egenomsorg i hjemmetjenesten.*

BRUKER- OG PÅRØRENDES FORVENTNINGER

En viktig betingelse for å få til en vridning i retning mer hjelp-til-selvhjelp, er at målgruppen synes tiltakene er positive og at de oppleves som en kvalitetsforbedring. Mer satsing på egenmestring i hjemmet vil stå overfor utfordringer om ikke brukeren eller de pårørende støtter slike tiltak eller lar seg overbevise om at det er riktig vei å gå.

Den foreligger en relativt ny brukerundersøkelse i hjemmetjenesten. Den viser at Hå kommune gjennomgående får god skår om det sammenlignes med snitt for kommuner i Norge. Hå får imidlertid litt lavere skår på spørsmålet om «Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme» - 1,9 i skår for Hå mot 2.0 for Norges-snittet.

Tabell 6 – Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2018. Kilde: Hå kommune.

| Spørsmål | Snitt Hå | Snitt Norge |
|---|----------|-------------|
| De ansatte utfører arbeidsoppgavene på en god måte. | 2 | 2 |
| Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme | 1,9 | 2 |
| Jeg får være med å bestemme hvilken hjelp jeg skal motta | 2 | 1,9 |
| De ansatte behandler meg med respekt | 2 | 2 |
| Tjenesten jeg får hjemme gjør at jeg føler meg trygg | 1,9 | 2 |
| De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem | 2 | 2 |
| Alt i alt, jeg er fornøyd med den hjemmesykepleien jeg får | 2 | 2 |
| Alt i alt, jeg er fornøyd med den praktiske bistanden (hjemmehjelpen) jeg får | 2 | 1,9 |
| Snitt | 2 | 2 |

Opplevelse av kvalitet. Flere av de intervjuede i hjemmetjenesten sier at det er krevende å overbevise brukerne om at egenmestring er til det beste for dem. For noen brukere er hjelp fra kommunen til å klare seg selv, helt eller delvis, et tegn på kvalitet. For andre oppleves hjelp til det bruker selv sliter med å klare, som et klart tegn på kvalitet.

Pårørende. Noen av de ansatte i hjemmetjenesten opplever det som en stor pedagogisk utfordring å formidle til pårørende at hjelp til egenomsorg er til beste for mor eller far. Pårørendes forventning er i mange tilfeller at nå er foreldrene blitt gamle og skrøpelige, og da må kommunen stille opp med den hjelpen som trengs. For mange pårørende er det da mest logisk at kommunen stiller opp og hjelper med hverdagslige gjøremål.

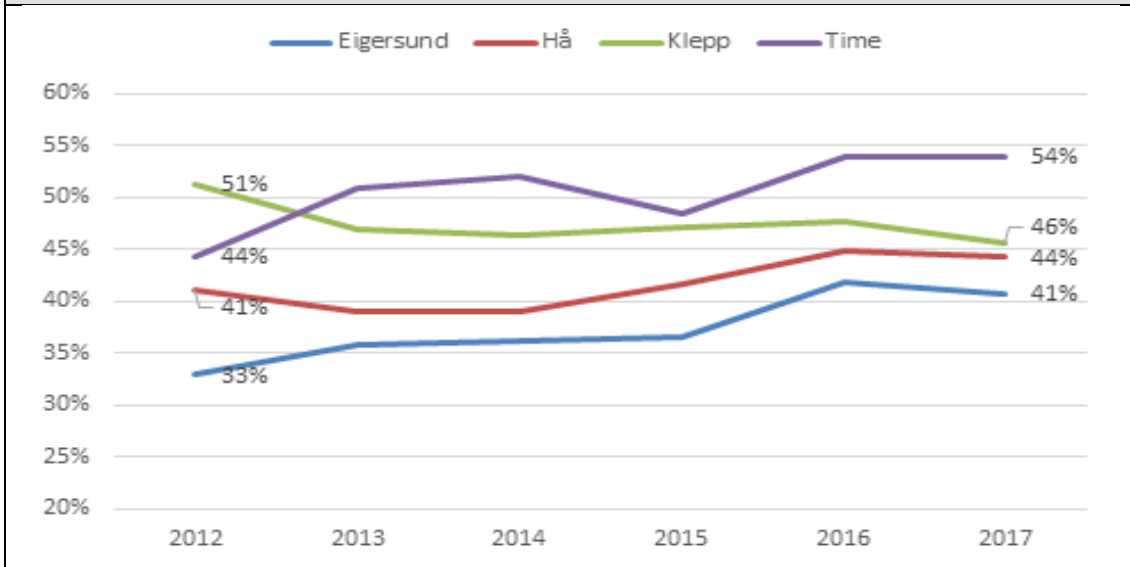
Flere av de intervjuede mener at det fortsatt gjenstår mye i forhold til å korrigere de pårørendes forventninger til eldreomsorgen. Bedre informasjon til de pårørende blir framhevet. Det blir også pekt på at førstegangsmøtet mellom tjenesten og bruker/pårørende er en arena som må utnyttes bedre til å korrigere forventningene, og slik forebygge at dette blir et stridstema når hjemmetjenesten skal effektivere vedtakene.

2.7 RESULTATER I TALL

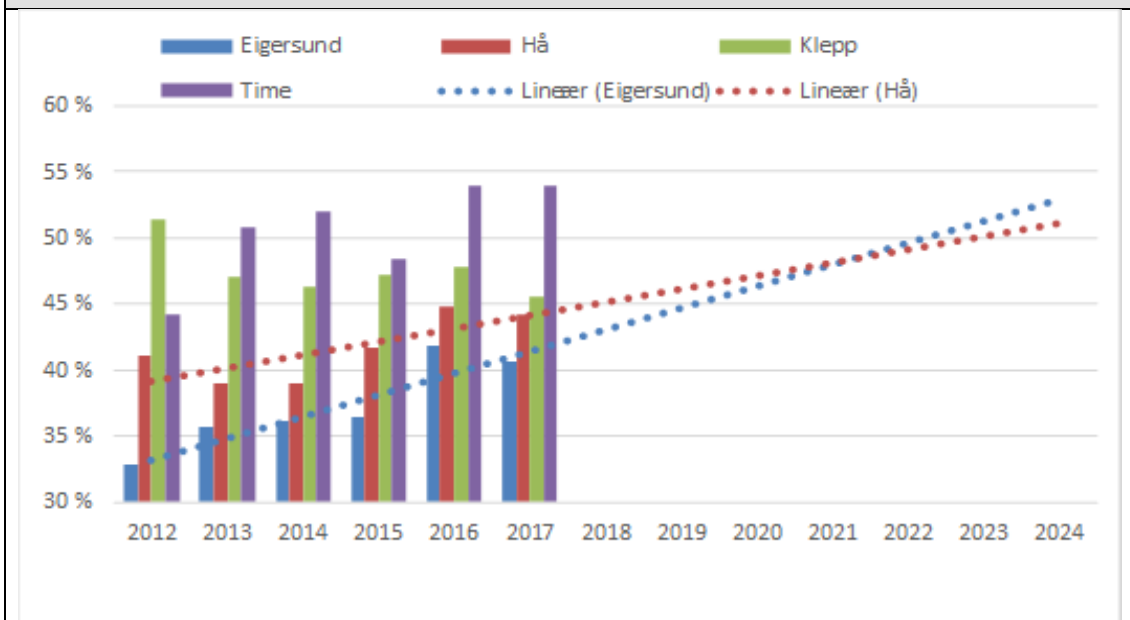
I dette kapitlet undersøker vi hvordan bruken av de ordinære hjemmetjenestene utvikler seg og hvordan brukerne og pårørende opplever tjenesten. Vi er spesielt opptatt av statistiske utviklingstrekk som kan ha sammenheng med kommunens tilrettelegging for at flere eldre kan være hjemmeboende. Som vi har sett, har Hå ulike virkemidler som hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi som kan gjøre det enklere å bo hjemme.

2.7.1 ELDRE SOM KLARER SEG UTEN HJELP FRA KOMMUNEN

I neste figur undersøker vi andel av innbyggere i alderen 80-89 år som **ikke** mottar noen form for pleie- og omsorgstjenester fra Hå kommune.

Figur 16 – Andel innbyggere mellom 80-89 år som ikke har pleie- og omsorgstjenester.²¹

Figuren viser at Hå har en høyere andel eldre 80 år og over som klarer seg selv enn det Eigersund har, men en lavere andel enn den vi finner i Klepp og Time. Andelen i Hå har økt fra 41 prosent i 2012 til 44 prosent i 2017. Til sammenligning har Time økt andelen fra 44 prosent i 2012 til 54 prosent i 2017. I Klepp har andelen falt over tid. Det ser altså ut til at Hå beveger seg i retning av at flere av de eldre klarer seg på egenhånd.

Figur 17 – Andel innbyggere mellom 80-89 år som ikke har pleie og omsorgstjenester framskrevet ved hjelp av trendlinje.

²¹ Vi har beregnet andelen som klarer seg selv ut fra foreliggende tall i KOSTRA-statistikken som viser antall unike brukere av omsorgstjenester delt på antall innbyggere i denne aldersgruppen, dvs. <https://www.ssb.no/statbank/table/11642/> og <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>.

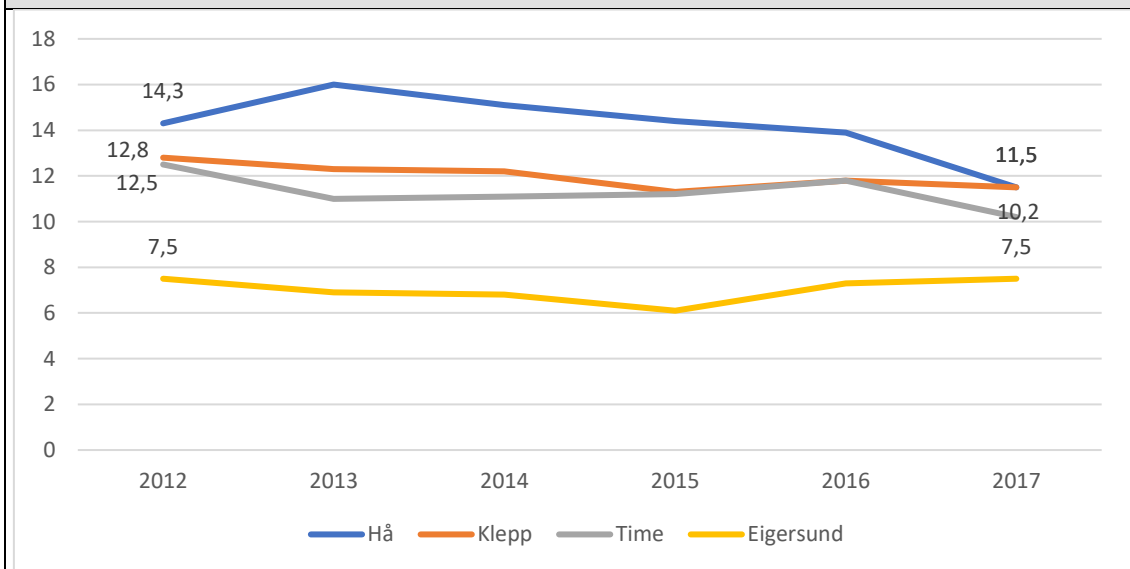
Både Eigersund og særlig Time har hatt en større vekst i andelen eldre som klarer seg selv enn det Hå, og særlig Klepp har hatt, som har motsatt trend enn de øvrige. Framskriver vi trenden for Eigersund og Hå, vil Eigersund passere Hå i 2022 målt i andelen eldre 80-89 år som klarer seg selv, fordi veksten har vært større i Eigersund enn Hå.

2.7.2 ELDRE SOM MOTTAR HJELP FRA KOMMUNEN

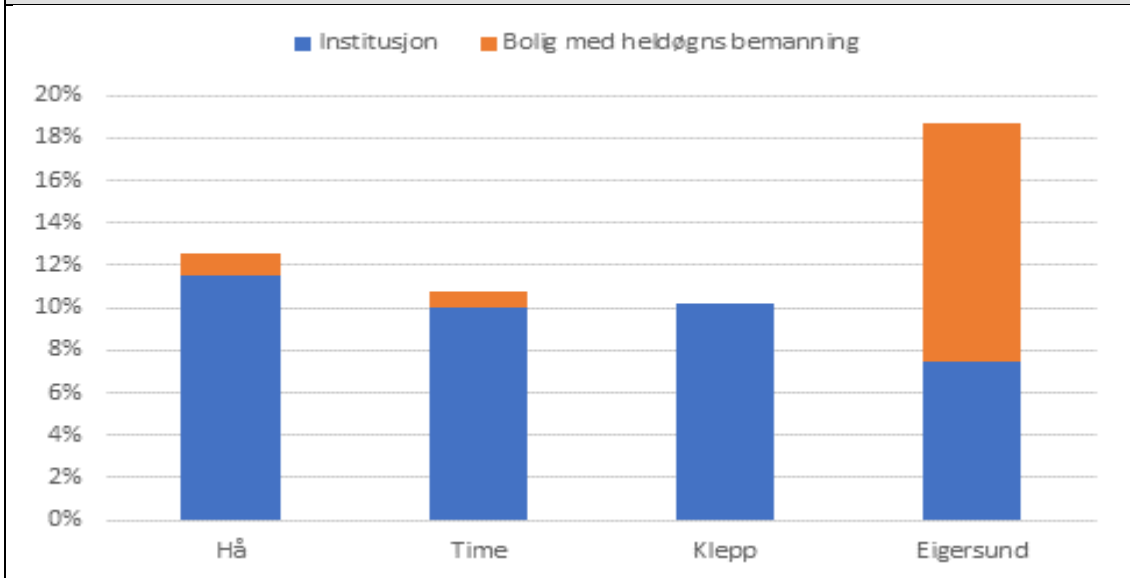
I de to neste figurene ser vi på utviklingen i andelen av innbyggerne 80 år og over som er på institusjon eller mottar hjemmetjenester. Trenden de siste 5 årene er fallende både når det gjelder andel som bor på institusjon og som mottar hjemmetjenester.

Av de kommunene vi har sammenlignet med, er det Hå som har den mest markerte nedgangen når det gjelder andelen 80 og over som er beboere på institusjon.

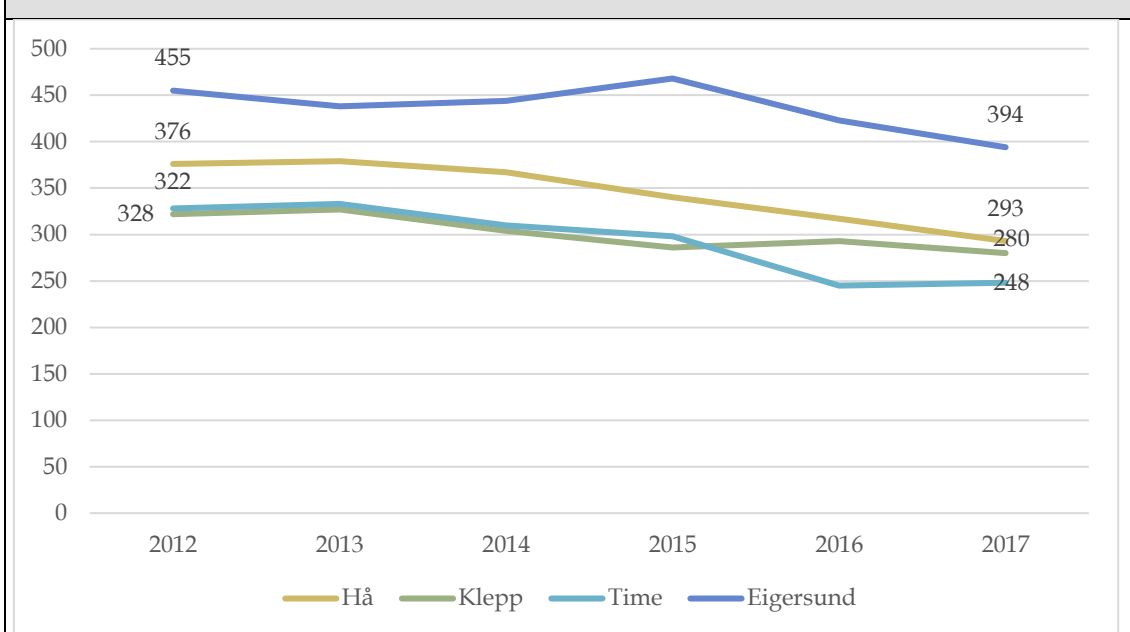
Figur 18 – Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon. Kilde: KOSTRA



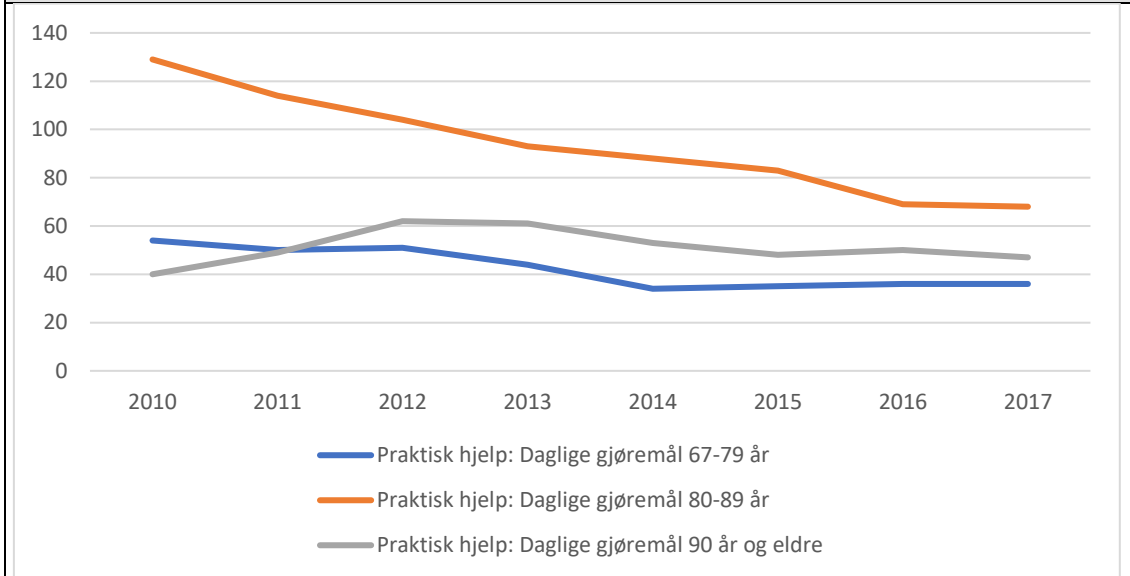
Figuren overfor, viser at Eigersund har klart færrest institusjonsplasser. Hvis vi derimot legger til omsorgsboliger med heldøgnspleie, jevner bildet seg ut betraktelig. Da er det faktisk Eigersund som ligger høyest, med Hå på en andreplass.

Figur 19 – Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon eller omsorgsbolig med heldøgnspleie. Kilde: KOSTRA/ Framsikt

Fallende er også andelen som mottar hjemmetjenester i Hå, men her ligger Hå over Klepp og Time. Vi ser at Eigersund ligger klart høyest, jf. figuren nedenfor.

Figur 20 – Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og over. Kilde: KOSTRA

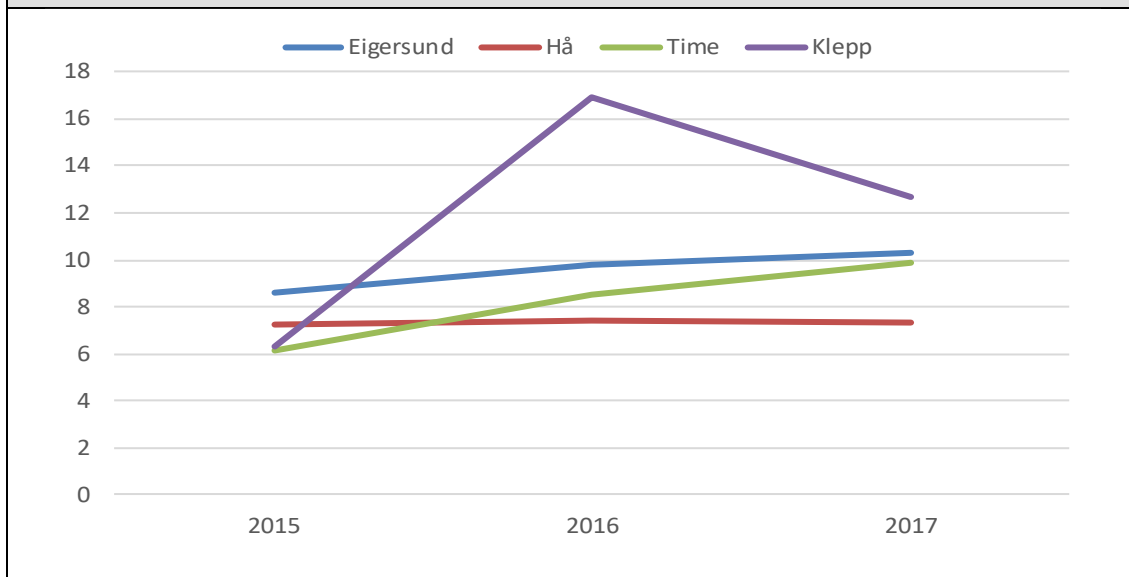
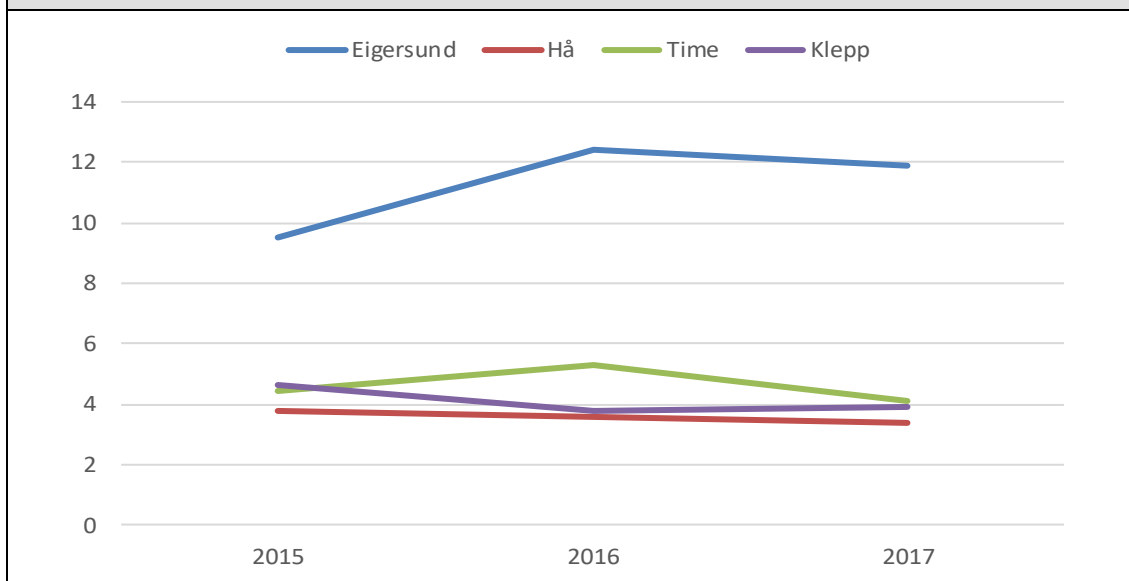
I neste figur har vi sett nærmere på utviklingen i praktisk bistand som del av hjemmetjenesten. Her inngår hjelp fra kommunen til hverdagslige gjøremål. Også her ser i en nedgang over tid for Hå sin del, særlig blant eldre i alderen 67-79 år. Det har sannsynligvis sammenheng med at yngre eldre er friskere enn før. Det er også flere som skaffer seg praktisk bistand privat. Satsingen på hverdagsrehabilitering vil også mest sannsynlig påvirke behovet for praktisk bistand, men vi vet ikke hvor stor effekten er.

Figur 21 – Utvikling i antall eldre som mottar praktisk hjelp i hjemmet i Hå. Kilde: KOSTRA.

2.7.3 VEDTAKSTIMER

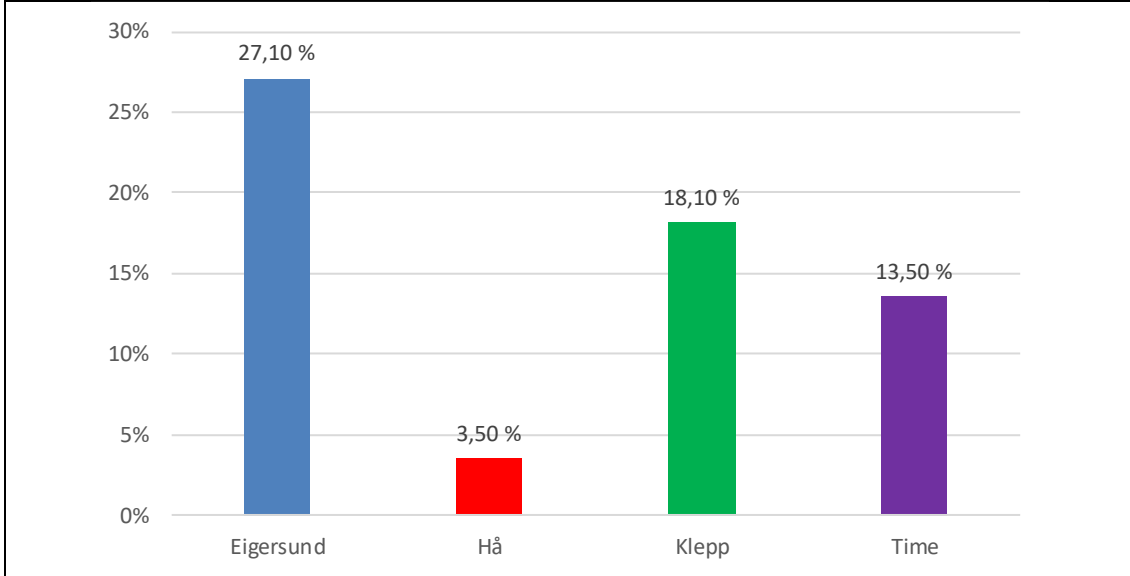
De neste figurene viser det gjennomsnittlige antallet tildelte hjemmesykepleietimer i uken. Den første viser det totale bildet for alle mottakere av hjemmesykepleie, mens den andre viser bildet for hjemmesykepleiemottakere over 67 år. Figurene viser flere ting:

- Av de fire kommunene har Klepp det høyeste antallet timer per uke, mens Hå har det laveste. For Hå sin del, er det stabilt over tid.
- Det store skillet mellom Eigersund og de tre andre kommunene blir tydelig når vi se på brukere over 67 år. Her tildeler Eigersund i gjennomsnitt tre ganger så mange timer per bruker, sammenlignet med de andre kommunene. Hå er lavest.
- En helt sentral forklaring her er ulik institusjonsdekning i de fire kommunene. Dess færre institusjonsplasser man har, dess flere tyngre brukere må håndteres av hjemmetjenesten. Hå som har det laveste uketimetallet har også den høyeste institusjonsdekningen (22,2%), tett fulgt av Klepp (19,7) og så Time (16,7). Om dette forklarer hele forskjellen er imidlertid vanskelig å si.

Figur 22 – Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie, alle**Figur 23 – Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie, brukere 67 +**

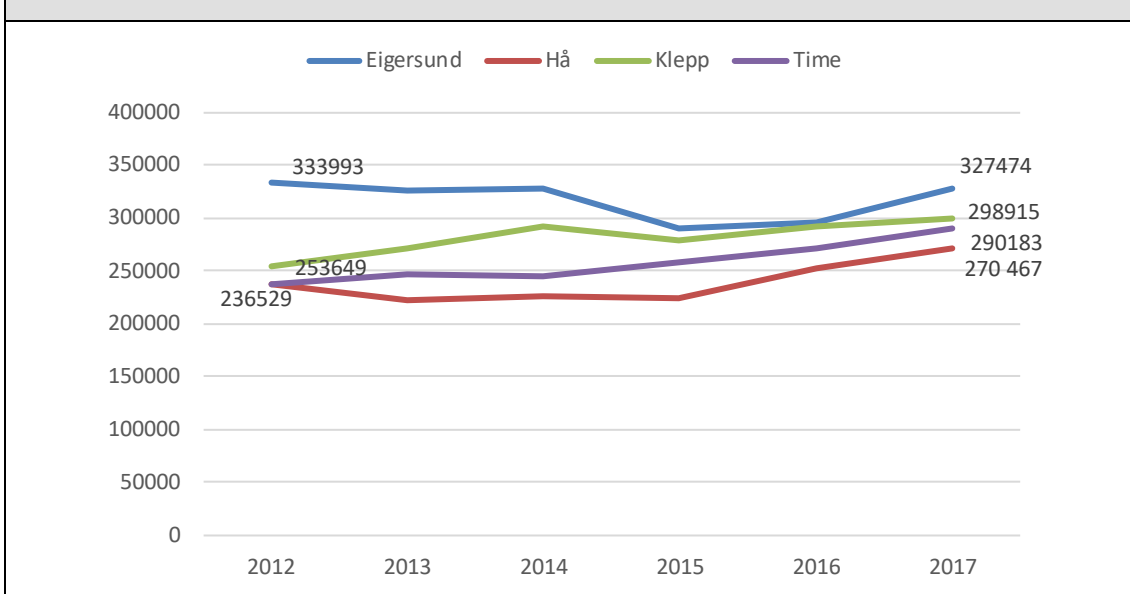
I figuren under ser vi at Hå har lav andel av hjemmetjenestemottakerne, 80 år og over, som har omfattende bistandsbehov. Eigersund har en betydelig større andel hjemmetjenestemottakere i alderen 80+ med omfattende bistandsbehov. Dette vil naturlig nok påvirke uketimetallet til gjennomsnittsmottakeren. Bildet er nokså likt dersom vi ser mottakere mellom 67-79 med omfattende bistandsbehov, selv om forskjellene er litt mindre.

Vi viser for øvrig til gjennomgangen av omsorgstrappa i Hå kommune tidligere i rapporten der vi anbefaler en sjekk av registreringspraksis i forhold til bistandsbehov.

Figur 24 – Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over, 2017 (KOSTRA)

2.7.4 UTGIFTSUTVIKLING

Nedenfor har vi sett nærmere på utviklingen i utgiftene til hjemmetjenestene. Her er det ikke skilt mellom ulike aldersgrupper, slik at mottakere 0-66 år også er inkludert.

Figur 25 – Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester (KOSTRA)

Hå ligger lavest av alle kommunen vi har sammenlignet, selv om det er noe vekst over tid. Det reflekterer mest sannsynlig at gjennomsnittlig bistandsbehov er lavere i Hå, og at Hå har relativt få omsorgsboliger med heldøgnspleie fra hjemmetjenesten.

VEDLEGG

Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor kun regnskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget i kommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, [RSK 001](#). Les mer på www.rogaland-revisjon.no.

Denne rapporten er utarbeidet av senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal og kvalitetssikret av senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg. Fagansvarlig for forvaltningsrevisjon, Christian Jerejian Friestad, har gjennomgått rapporten. Det samme har revisjonsdirektør Rune Haukaas og oppdragsansvarlig for Hå kommune Øyvind Bjørsson Anda.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som revisjonen bruker for å vurdere funnene i undersøkelsene. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks lovverk og politiske vedtak. Det vises i den sammenheng til gjennomgang av revisjonskriterier i innledningskapitlet.

Metode

Rapporten bygger på intervjuer, et skriftlig materiale og statistisk tallmateriale.

Intervjuer i Hå kommune

Anne Berit Berge Ims, rådmann.

Vigdís Monsen Austdal, kommunalsjef helse og sosialsaker.

Jørn Kosmo, ass. kommunalsjef helse og sosialsaker.

Jonas Egeland Reime, leder hjemmetjenesten på Nærbø

Ingunn Skårland, leder hjemmetjenesten på Varhaug

Kristine Os, leder rehabiliteringsavdeling Hå sjukeheim og hverdagsrehabilitering

Claudia van Holtz, leder fysio- og ergoterapitjenesten

Kari Helgøy Haaland, hverdagsrehabilitering

Ruth Magrethe Westre, hverdagsrehabilitering og Frisklivssentralen

Inger Ueland Tjåland, sykepleier 1, Nærbø hjemmetjenester

Anna Vigre Sand, sykepleier, Nærbø hjemmetjenester

Katrine Torvund Jakobsen, sykepleier, Nærbø hjemmetjenester

Linn Karin Skårland, sykepleier, Varhaug hjemmetjenester

Heidi Johnsen, kreftsykepleier, Varhaug hjemmetjenester

Kirsten Amalie Auestad Høyland, helsefagarbeider, Varhaug hjemmetjenester

Kitty Marie Eikeland, rådgiver helse og sosialstab.

Beate Fundingsland Skaraas, rådgiver/prosjektansvarlig velferdsteknologi, helse og sosialstab.

Jo Kristian Heimdal, rådgiver, administrasjonen

Håvard Braut, leder hverdagsrehabilitering, Klepp kommune

Anne Merethe Hauge Håland, leder hverdagsrehabilitering, Time kommune

Skriftlig materiale:

Strategi for frivillighet i Hå kommune

Ernæringsstrategi – Hå kommune

Brukerundersøkelser hjemmetjenestene og fysio- og ergoterapitjenestene 2018

Gevinstrealiseringsrapport - implementering av elektroniske medisindispensere

Resultatrapporter - hverdagsrehabilitering 2015-2018.

Årsmeldinger, diverse årganger.

Kriterier for tildeling av ulike typer hjemmetjenester og institusjonstjenester.

Beskrivelse av rutine for fagteam.

Organisasjonskart for ulike tjenester viktige for forebygging og rehabilitering.

Omsorgsplan 2015-2019.

Økonomi- og handlingsplan – diverse årganger.

Statistikk fra KOSTRA og Framsikt.

Framdriftsplan velferdsteknologi.

Opplæringsplaner helse og sosial, diverse årganger.

Internrevisjoner, Heimtun, Olsvoll bu- og velferdssenter.

Kommunebarometeret.



Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no