

Hjemmetjenester - yngre hjemmetjenestemottakere

Sola kommune, 2021



INNHOOLD

Oppdraget	3
Sammendrag	4
Rådmannens kommentar.....	8
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Revisjonskriterier	10
1.3 Metode og avgrensning	10
1.4 Begreper/definisjoner	11
2 Organisering, planverk og statistikk	12
2.1 Organisering av levekår.....	12
2.2 Relevante planer	14
2.3 Statistikk.....	16
2.4 Oppsummering/Vurdering	23
3 Riktig tjeneste.....	25
3.1 Revisjonskriterier	25
3.2 Kartleggingsbesøk/vurdering av behovet for tjenester	26
3.3 Vedtak	28
3.4 Revurdering av behovet/Endringer i behov	30
3.5 Vurdering	31
4 Forebyggende og rehabiliterende tiltak	33
4.1 Revisjonskriterier	33
4.2 Status habiliterings- og rehabiliteringsplan	33
4.3 Hjemmetjenesten	34
4.4 Hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten	35
4.5 Team hjemmerehabilitering.....	38
4.6 Vurdering	40
5 Samhandling og koordinering	42
5.1 Revisjonskriterier	42
5.2 Samhandling mellom tjenestene	43
5.3 Individuell plan.....	46
5.4 Vurdering	46
6 Involvering av brukere, pårørende og frivillige	48
6.1 Revisjonskriterier	48
6.2 Bruker- og pårørendemedvirkning	49
6.3 Tilbakemelding fra brukere	50
6.4 Frivillige.....	52
6.5 Vurdering	53

OPPDRAGET

<p><u>Bestilling</u></p> <p>Kontrollutvalget i Sola bestilte den 04.12.19 en forvaltningsrevisjon om hjemmetjenester – yngre hjemmetjenestemottakere.</p>	<p><u>Problemstillinger</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Hvordan sikrer kommunen at yngre hjemmetjenestemottakere får de tjenester de har behov for/rett på?• Hvordan fungerer samhandling og koordinering overfor yngre hjemmetjenestemottakere?• Hvordan ivaretas hensyn til brukerinvolvering, dialog med pårørende og involvering av frivillige?• I hvor stor grad vektlegges forebyggende og rehabiliterende tiltak for å gjøre yngre hjemmetjenestemottakere mest mulig selvhjulpne?
<p><u>Formål</u></p> <p>Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan Sola kommune løser sitt oppdrag overfor yngre hjemmetjenestemottakere¹.</p>	

Prosjektleder for dette prosjektet har vært forvaltningsrevisor Elin Fagerheim Bjerke og forvaltningsrevisor Frøy Losnedal har vært prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av Ståle Opedal, gjennomgått av Svein Kvalvåg og leder for forvaltningsrevisjon Christian Jerejian Friestad.

¹ Formålet var opprinnelig: «Å undersøke hvordan Sola kommune løser sitt oppdrag overfor hjemmeboende brukere med ressurskrevende tjenester.» KU vedtok en forvaltningsprosjekt som var rettet mot yngre hjemmetjenestemottakere og formålet er derfor endret.

SAMMENDRAG

Formålet med prosjektet har vært å vurdere hvordan Sola kommune arbeider i forhold til yngre hjemmetjenestemottakere. Det er gjennomført 30 intervjuer og gjennomgått dokumentasjon både på systemnivå og individnivå.

Sola kommune har i årene 2017-2020 brukt mindre i netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg² enn Eigersund, Sandnes, Klepp og Time. En behovskorrigering av netto driftsutgifter pr. innbygger viser at Sola i 2020 var den av de fem kommunene som brukte minst på helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og mest til beboere i institusjon.

Sola kommune har et mål om å dreie tjenestene mot mer bruk av hjemmebaserte tjenester. Kommunestyret vedtok i 2017 at dekningsgraden for sykehjemsplasser i prosent av innbyggere over 80 år fra 2020 skal være på 18 prosent. Etter åpning av flere sykehjemsplasser i 2020 er dekningsgraden, etter noen år med nedgang, nå på 21 prosent.

Hovedbudskap

- Kommunen har hatt en stor økning i yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet, men sett i forhold til antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen, har kommunen færre yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet enn kommunene Eigersund, Sandnes og Klepp.
- Kommunen fatter i dag få tidsavgrensede opplæringsvedtak for å legge til rette for mer egenmestring blant brukerne i hjemmetjenesten.
- Koordineringen kan bli bedre mellom de tjenester som kommunen yter til yngre hjemmetjenestemottakere.

Yngre brukere

Yngre brukere er i denne forvaltningsrevisjonen definert som brukere under 67 år. Denne brukergruppen utgjorde 60 prosent av alle mottakerne av hjemmetjenester i Sola i 2020. Andelen er høyere enn kostragruppe 9, Eigersund, Time og Sandnes. Hjemmetjenester innebærer blant annet praktisk bistand, BPA og helsetjenester i hjemmet.

Det gjennomsnittlige timeantallet for yngre hjemmetjenestebrukere har gått litt ned de siste årene, fra 10,5 timer i 2017 til 10,1 timer i 2020. I samme periode er det gjennomsnittlige timeantallet for eldre hjemmetjenestebrukere redusert med 20 prosent, fra fem til fire timer.

De yngre brukerne kan ha ulike funksjonsnedsettelse/diagnoser som følge av en ulykke eller sykdom. Noen brukere kan ha rus- og/eller psykiatriproblemer i tillegg til somatiske plager som gjør at de har behov for helsetjenester i hjemmet både fra hjemmetjenesten og enhet for mestring. En del av de yngre kan også ha et kortvarig behov, for eksempel hjelp til et sårstell.

² Innbefatter kostrafunksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og person med funksjonsnedsettelse mv, 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 261 institusjonslokaler

Tall vi har mottatt fra kommunen viser en betydelig økning i yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet gjennom året. Fra 2016 til 2020 har økningen innenfor den somatiske hjemmetjenesten (virksomheten hjemmetjenester) vært på 81 prosent. Det er pekt på ulike forklaringer på økningen, men det foreligger ikke sikker kunnskap om årsakene. Selv om kommunen har hatt en økning i yngre brukere i løpet av året som mottar helsetjenester i hjemmet, har Sola, sett i forhold til antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen, færre yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet enn kommunene Eigersund, Sandnes og Klepp.

Hvordan sikrer kommunen at yngre hjemmetjenestemottakere får de tjenester de har behov for/rett på?

Når kommunen mottar søknad om tjenester eller at innbyggere blir utskrevet fra sykehus/annen institusjon, foretar tjeneste- og koordineringskontoret (TKK) som hovedregel et kartleggingsbesøk. Noen ganger deltar også tjenesteutøver. Kommunen foretar en vurdering av behovet for tjenester basert på hjelpebehovet og fatter enkeltvedtak på bakgrunn av dette.

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3, skal tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstrebe at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til vedtak og individuell plan når slik finnes. Gjennomgangen avdekker at hjemmetjenesten ikke alltid skriver endringsjournal til TKK når det er endringer i brukers behov. Dette er uheldig da brukere kan ha vedtak om at de skal ha en tjeneste, som de kanskje ikke lenger mottar.

I hvor stor grad vektlegges forebyggende og rehabiliterende tiltak for å gjøre yngre hjemmetjenestemottakere mest mulig selvhjulpne?

I intervjuer får vi oppgitt at kommunen ikke skiller noe vesentlig mellom forebyggende tiltak for yngre hjemmetjenestemottakere kontra eldre. For hjemmeboende har kommunen fokus på rehabiliterende tiltak, i form av tilbud om hjemmerehabilitering fra team hjemmerehabilitering, eller hverdagsrehabilitering som en integrert del av hjemmetjenesten. Hjemmerehabilitering er et tilbud til innbyggere over 18 år som ikke har funksjonsevne som før og som for eksempel sliter med personlig stell, matlaging eller andre daglige aktiviteter. Det settes inn mye tverrfaglige ressurser i starten for å øke brukers funksjonsnivå. I Sola er hverdagsrehabilitering en del av hjemmetjenesten og fokuset er at bruker skal kunne mestre daglige aktiviteter som er viktig for bruker.

I intervjuer oppgis det faktorer både på ansattnivå, brukernivå og på det organisatoriske nivået som kan være til hinder for mer bruk av hverdagsrehabilitering. Skal kommunen klare å legge til rette for større grad av egenmestring, redusere hjelpebehovet og gi flere tjenestemottakere muligheten til å kunne bo hjemme, er det sentralt at det ikke er personalmessige eller organisatoriske forhold som er til hinder for det. En faktor som trekkes frem av flere, er mangel på tid hos bruker. Kommunen fatter i dag få tidsavgrensede opplæringsvedtak innenfor hjemmetjenesten, men benytter i stor grad kartleggingsvedtak. Kartleggingsvedtakene innebærer ikke nødvendigvis opplæring for å bli mer selvhjulpne, men kan handle om at en kartlegger og observerer hva bruker klarer å utføre selv. Andre kommuner, som Stavanger og Sandnes, har tatt i bruk tidsavgrensede opplæringsvedtak, der målet er å trene bruker opp til å kunne utføre oppgaven helt eller delvis selv. Opplæringsvedtakene har en begrenset varighet, men det kan

settes av lenger tid hos bruker den enkelte gangen slik at tjenesten har tid til å gi bruker opplæring. På sikt kan dette være kostnadsbesparende for kommunen og bidra til økt egenmestring for bruker.

Gjennomgangen viser at hjemmerehabilitering kan bidra til at brukere bedrer sitt funksjonsnivå og at flere brukere etter avslutning av tjenesten har behov for mindre eller ingen tjenester. I intervjuer fremkommer det at det er et potensiale for at flere brukere kan ha nytte av hjemmerehabilitering. Statistikk fra kommunen viser at i underkant av 17 prosent av brukerne som har mottatt hjemmerehabilitering de siste to årene har vært yngre brukere. Den menneskelige og økonomiske gevinsten av å gjøre yngre brukere helt eller delvis selvhjulpne vil være stor, ettersom disse brukerne vil kunne være mottakere av helse- og omsorgstjenester over mange år.

Kommunen satser på velferdsteknologi og har flere tilgjengelige medisindispensere, men bruken av medisindispensere varierer i de ulike sonene. Per 12.02.21 var i underkant av halvparten av de tilgjengelige medisindispenserne i bruk.

Hvordan fungerer samhandling og koordinering overfor yngre hjemmetjenestemottakere?

I intervjuer fremkommer det at det er samarbeidsutfordringer mellom tjenester i levekår og at det er et preg av «silo»-tankegang. Samarbeidsutfordringene synes å være størst i forhold til brukere som har tjenester både fra hjemmetjenesten og fra rus og psykiatri/psykisk helsehjelp. Samarbeidsutfordringene synes både å være knyttet til samhandlingen rundt enkeltbrukere ved at tjenestene ikke alltid blir koordinert med hensyn til hva og når tjenester ytes, men også på et mer overordnet nivå ved at tjenestene har lite kunnskaper om hverandre.

«Det gode pasientforløp» innebærer ikke kun et vertikalt samarbeid (mellom sykehus og kommunen), men også å legge til rette for et godt horisontalt samarbeid omkring brukerne – altså mellom ulike tjenester i kommunen.

Revisjonen vurderer det slik at hjemmetjenesten kan ha nytte av mer informasjon om hvordan hjemmerehabilitering arbeider, både for å se om det er noe hjemmetjenesten kan ta inn i sitt daglige arbeid med hverdagsrehabilitering, men også for å bidra til at hjemmetjenesten klarer å identifisere brukere som kan ha nytte av hjemmerehabilitering tidlig, som et alternativ til at brukere får økte hjemmetjenester.

Hvordan ivaretas hensyn til brukerinvolvering, dialog med pårørende og involvering av frivillige?

Gjennomgangen viser at kommunen tilrettelegger for brukermedvirkning gjennom kartleggingsbesøk, samtaler med primærkontakt ved oppstart av tjenesten, og underveis ved endringer i tjenesten i tråd med endrede behov hos bruker.

Resultatene fra brukerundersøkelsen og intervjuer med yngre brukere viser at kommunen tilrettelegger for brukermedvirkning.

I hvilken grad pårørende blir involvert er avhengig av hva bruker ønsker. I intervjuer oppgis det at pårørende til yngre brukere vanligvis er mindre involvert enn når det er snakk om eldre brukere.

Sola Røde Kors har tilbud om besøksvenn og Sola kirkelige fellesråd drifter en ledsagertjeneste som kan følge brukere til lege, tannlege o.l. Hjemmeboende kan benytte seg av disse tjenestene. Det opplyses i intervju om det er flest eldre som har besøksvenn og at yngre brukere oftere har fritidskontakt.

Rogaland Revisjon anbefaler Sola kommune å:

- I større grad ta i bruk tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten for at brukere skal bli mer selvhjulpne.
- I større grad ta i bruk tilgjengelige medisindispensere.
- Forsøke å finne årsakene til den sterke økningen i yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet.
- Å vurdere om flere yngre brukere kan ha nytte av hjemmerehabilitering.
- Sikre at tjenestene innen levekår får bedre kjennskap til hverandre, for eksempel gjennom informasjon, opplæring eller hospitering, og at en i større grad koordinerer arbeidet rundt brukere som får tjenester i fra flere virksomheter.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektørens kommentar mottatt 25.05.21:

Kommunedirektøren takker for mottatte revisjonsrapport om oppfølging Hjemmetjenester – yngre hjemmetjenestemottakere og vil nedenfor kommentere revisjonens anbefalinger. Forvaltningsrevisjon bidrar med gode forslag til forbedringer er nyttig og vil tas med i det videre oppfølgingsarbeidet.

Rogaland Revisjon anbefaler Sola kommune å:

- I større grad ta i bruk tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten for at brukere skal bli mer selvhjulpne.
- I større grad ta i bruk tilgjengelige medisindispensere.
- Forsøke å finne årsakene til den sterke økningen i yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet.
- Å vurdere om flere yngre brukere kan ha nytte av hjemmerehabilitering.
- Sikre at tjenestene innen levekår får bedre kjennskap til hverandre, for eksempel gjennom informasjon, opplæring eller hospitering, og at en i større grad koordinerer arbeidet rundt brukere som får tjenester i fra flere virksomheter.

Kommentarer/tilbakemelding fra kommunedirektør på rapporten:

- Revisjonen peker på problemstillinger som tjenestene er kjent med og som det er viktig å få iverksatt tiltak på. Det er særlig koordineringen mellom tjenestene til yngre hjemmetjenestemottakere som må prioriteres fremover.
- Revisjonen peker også på at en i større grad kan bruke opplæringsvedtak enn det en gjør i dag, og viser til andre kommuner som gode eksempler.
- Sola kommune har investert store ressurser i velferdsteknologi, og revisjonen peker på forbedringer på blant annet bruk av medisindispensere. Dette stemmer godt med kommunedirektørens mål for tjenestene, der velferdsteknologi vil være sentralt i utviklingen av tjenestene innen levekårsområdet fremover. Tjenesteområde levekår jobber aktivt og målrettet med å øke bruken av både medisindispensere og annen trygghetsskapende teknologi for innbyggerne i Sola.
- Revisjonsrapporten viser at Sola kommune tilrettelegger for brukermedvirkning både før tjenesten innvilges, ved oppstart og underveis. Det er et viktig og sentralt tema i alle tjenestene våre, og det er bra at revisjonen har funnet at vi har stort fokus på dette med tilhørende gode resultater. Her vil vi fortsatt ha stor oppmerksomhet, blant annet er et av tiltakene etter brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten å bedre scoren på medvirkning i utarbeidelsen av planer for den enkelte.

- Økt antall yngre brukere de siste årene: Sola kommune har en ung befolkning, og at vi dermed får flere yngre brukere vil være naturlig. Samtidig viser rapporten at vi har færre yngre brukere enn andre sammenlignbare kommuner. Nyten av å bruke større ressurser på å finne ut hvorfor antallet har økt vurderes som relativt liten. Virksomhetene gir tjenester til alle innbyggere, uavhengig av alder. Det vil derimot være viktig at tjenestene virker på en best mulig måte, og samhandling internt og eksternt med stort innslag av egenmestring, er sentralt i alle aldre.

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

Kontrollutvalget i Sola bestilte 04.12.19 et prosjekt innen hjemmetjenester med fokus på yngre hjemmetjenestemottakere.

1.2 REVISJONSKRITERIER

I dette prosjektet legger vi følgende kilder til grunn for utvikling av revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022 (Sola kommune)
- Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om pasient- og brukerrettigheter

Revisjonskriteriene til de enkelte problemstillingene er beskrevet i kapittel 3-6.

1.3 METODE OG AVGRENSNING

Metode

I denne forvaltningsrevisjonen har vi gjennomgått relevante plandokumenter, rutiner og statistikk. Vi har sammenlignet Sola kommune med nabokommunene Sandnes og Klepp, med Time kommune og med Eigersund kommune som er en kommune som har kommet langt i arbeidet med hverdagsrehabilitering.

Vi har intervjuet 21 ledere og ansatte fra Sola kommune, fordelt på hjemmetjenesten, enhet for mestring, tjeneste- og koordineringskontoret, fysio- og ergoterapitjenesten, kommunalsjef levekår og Sola frivillighetssentral. Det har i tillegg vært gjennomført ett intervju av Sola Røde Kors og ett intervju av ansatt i Sola kirkelige fellesråd.

For å besvare problemstillingen «Hvordan ivaretas hensyn til brukerinvolvering, dialog med pårørende og involvering av frivillige?» har vi tatt utgangspunkt i resultater fra brukerundersøkelsen som hjemmetjenesten gjennomførte i 2020. Undersøkelsen ble sendt til 337 brukere i alle aldersgrupper. Svarprosenten var på 36,2 prosent. 14,8³ prosent av brukerne som svarte var under 67 år.

Vi foretok et utplukk av yngre brukere som vi ønsket å intervju. Planen var å intervju åtte brukere, og vi lot hjemmetjenesten høre med brukerne om de ville la seg intervju. Flere brukere takket nei. Utvalget ble derfor utvidet, men det var vanskelig å få tak i brukere som ønsket å la

³ 18 brukere

seg intervjuer. Totalt endte vi på intervjuer av fire brukere. Vi valgte derfor å også gjennomføre intervjuer med noen yngre brukere som har hjemmerehabilitering. Tre brukere ble spurt, og to takket ja. Totalt sett har vi intervjuet for få brukere til at dette gir noe representativt bilde, slik at dette må ses på som eksempler.

Vi har ikke gjennomført egne intervjuer med pårørende da vi i intervjuer med kommunen ble opplyst om at yngre hjemmetjenestemottakere i stor grad klarer å ivareta dialogen med kommunen selv.

Avgrensning

Utgangspunktet for denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke yngre hjemmetjenestemottakere. Siden kommunen i liten grad skiller mellom hjemmetjenestetilbudet til yngre og eldre brukere, vil deler av rapporten omhandle hjemmetjenester generelt. Vi har også valgt å fokusere på tilbudet som team hjemmerehabilitering har, da de utfører deler av oppgavene som i andre kommuner ofte betegnes som hverdagsrehabiliteringsteam, og som inngår i hjemmetjenesten.

Underveis i revisjonen fikk vi signaler på at samarbeidet mellom tjenestene ikke fungerer optimalt og vi valgte derfor å gjennomføre flere intervjuer av ledere fra relevante samarbeidstjenester.

1.4 BEGREPER/DEFINISJONER

Habilitering⁴ beskrives som en målrettet prosess knyttet til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Brukere innen habilitering trenger bistand til å oppøve (og vedlikeholde) nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt.

Rehabilitering⁵ er forklart som prosesser som foregår mellom brukere, pårørende og tjenesteytere på ulike arenaer og målet er å gjenvinne funksjoner som har gått tapt på grunn av fysisk, sosial eller kognitiv sykdom eller skade. Når en bruker kun trenger bistand fra én tjeneste/yrkesgruppe er det ikke rehabilitering. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander ervervet senere i livet.

1.5 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Kapittel 2 er et innledningskapittel hvor vi gjennomgår relevante planer og presenterer aktuell statistikk. Problemstillingen «Hvordan sikrer kommunen at yngre hjemmetjenestemottakere får de tjenester de har behov for/rett på?» blir besvart i kapittel tre. I kapittel fire ser vi på i hvor stor grad det vektlegges forebyggende og rehabiliterende tiltak for å gjøre yngre hjemmetjenestemottakere mest mulig selvhjulpne. «Hvordan fungerer samhandling og koordinering overfor yngre hjemmetjenestemottakere?» besvares i kapittel fem og «Hvordan fungerer samhandling og koordinering overfor yngre hjemmetjenestemottakere?» besvares i kapittel 6.

⁴ Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2019 - 2022

⁵ Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2019-2022

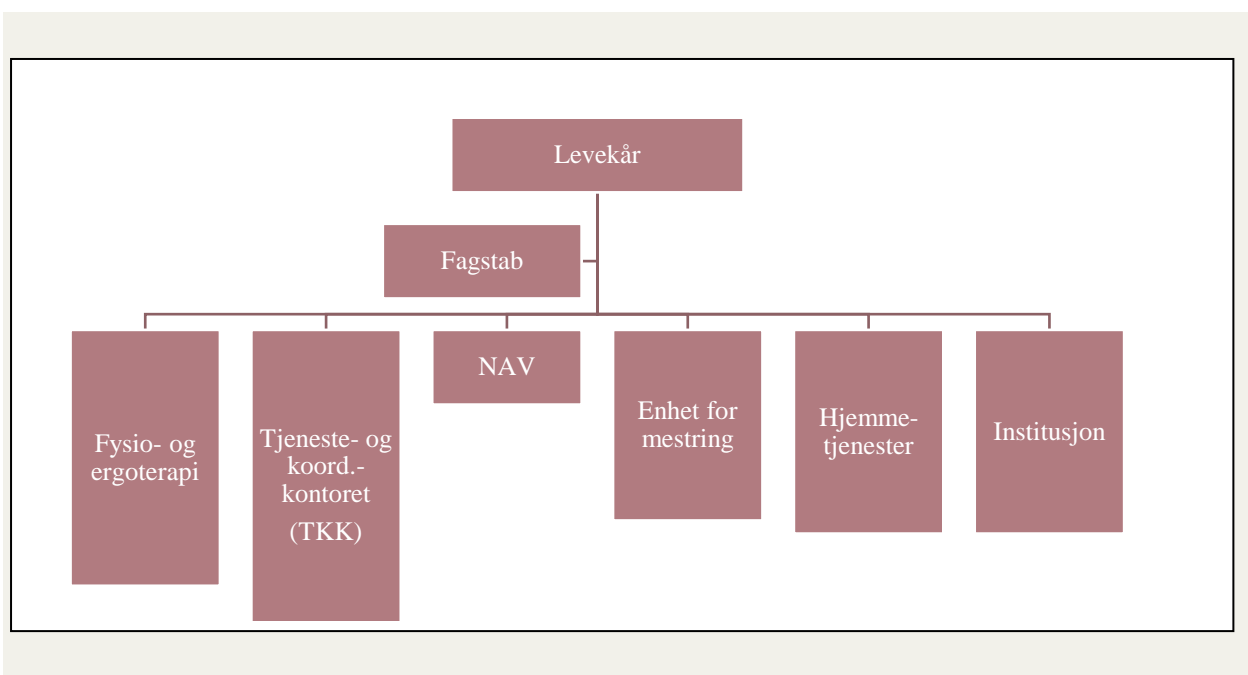
2 ORGANISERING, PLANVERK OG STATISTIKK

2.1 ORGANISERING AV LEVEKÅR

Tjenestemråde levekår

Levekår ledes av kommunalsjef og er per 01.01.21 organisert på følgende måte:

Figur 1 Organisering levekår



Hjemmetjenester

Hjemmetjenester ble organisert som en egen virksomhet fra og med 01.06.20. Tidligere var tjenesten organisert som en del av sykehjemmene og bestod av virksomhetene Sola bo- og hjemmetjenester og Tananger bo- og hjemmetjenester (Tabo). Hjemmetjenesten er nå inndelt i tre soner: Sola sør, Sola nord og Tananger.

Hjemmetjenester utfører sykepleieoppgaver som for eksempel medisinalutdeling og sårstell. Tjenesten har også hjemmehjelp og praktisk bistand. Praktisk bistand innebærer for eksempel hjelp til å ta ut søppelet, smøre mat, ta ut av oppvaskmaskinen o.l.

Enhet for mestring

Enheten ble opprettet 01.01.21 og består av de tidligere virksomhetene miljøtjenesten og rus og psykiatri. Enheten har 15 avdelinger, herunder avdeling for miljøtjenesten, psykisk helsehjelp og psykisk helse og rus. Miljøtjenesten er for personer med psykisk og fysisk funksjonshemming. Formålet med tjenesten er å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig enten i egen bolig eller i en av kommunens tilrettelagte boliger og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre. Miljøtjenesten kan hjelpe med opplæring, veiledning og praktisk bistand i dagliglivet⁶.

Voksne med ruslidelser og/eller psykiske lidelser kan blant annet få oppfølging gjennom samtaler enten individuelt eller i grupper. De kan også få veiledning, opplæring og hjelp til å mestre dagliglivets gjøremål som for eksempel vask av klær og rengjøring.

Fysio- og ergoterapitjenesten

Innbyggere som ikke har mulighet til å komme seg på et fysikalsk institutt på egenhånd, kan søke om fysioterapi og ergoterapi fra kommunen. Kommunen har utarbeidet en prioriteringsnøkkel for tjenesten og prioriteringen tas på bakgrunn av en faglig vurdering av funksjon, tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte for brukerne. Fysio- og ergoterapitjenesten har også treningsgrupper, som for eksempel «fallforebyggende gruppe» og rehabiliteringsgruppe. Team hjemmerehabilitering er underlagt fysio- og ergoterapitjenesten og består av fem årsverk. Ansatte i teamet har tverrfaglig kompetanse og består av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier. Teamet har som oppgave å kartlegge hjemmesituasjonen til den hjemmeboende og undersøke hvilken type opptrening det er behov for og hvorvidt det er behov for hjelpemidler i hjemmet. I første omgang varer tjenesten i opptil fire uker, men kan forlenges dersom det er hensiktsmessig⁷. De ansatte i team hjemmerehabilitering har også noen oppgaver internt i virksomheten.

Tjeneste- og koordineringskontoret

Tjeneste og koordineringskontoret (TKK) i Sola har ansvar for å gi informasjon, behandle søknader, kartlegge behov og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester. Alle brukere får tildelt en fast saksbehandler i TKK.

⁶ <https://www.sola.kommune.no/helse/fysisk-og-psykisk-funksjonshemming/miljotjenesten/>

⁷ <https://www.sola.kommune.no/helse/hjemmetjenester/hjemmerehabilitering/>

2.2 RELEVANTE PLANER

Sola kommune har tre planer som er relevante i denne forvaltningsrevisjonen:

- Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029
- Handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022
- Handlings- og økonomiplanen 2021-2024

Kommunedelplanen gir et bilde av utfordringer og satsingsområder innenfor kommunens helse- og velferdstjenester. Det overordnede målet med planen er å bidra til at alle skal kunne leve aktive og meningsfulle liv, og kunne delta i samfunnet ut fra den enkelte sin forutsetning. Det skal legges til rette for økt fokus på forebygging og brukermedvirkning. Tjenesteområdet levekår skal utvikles i tråd med planen, og det inngår syv satsingsområder: samhandling, brukermedvirkning, forebygging og egenmestring, pårørende og frivillige, personell og kompetanse, nye arbeidsmetoder og velferdsteknologi.

«Handlingsplan for habilitering og rehabilitering» skal bidra til at brukerne mottar gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester, samt styrke brukerperspektivet. I planen fremkommer det at kommunen ser det som en utfordring at de ikke har noe dagtilbud til yngre personer med funksjonsnedsettelse og at disse tilbringer hverdagen i hjemmet og blir gradvis mer passive. Planen inneholder konkrete tiltak og tidspunkt for når tiltakene skal gjennomføres.

I «Handlings- og økonomiplanen 2021-2023» fremkommer det at kommunen vil få en økning i antall eldre, samtidig som at innbyggere lever lengre. I Sola skal tjenestene gis i eget hjem så lenge som mulig. Det er et mål at den enkelte innbygger skal inkludere sine nære og pårørende, og at ressurser hos den enkelte og dennes nettverk er grunnlag for den hjelpen som gis.

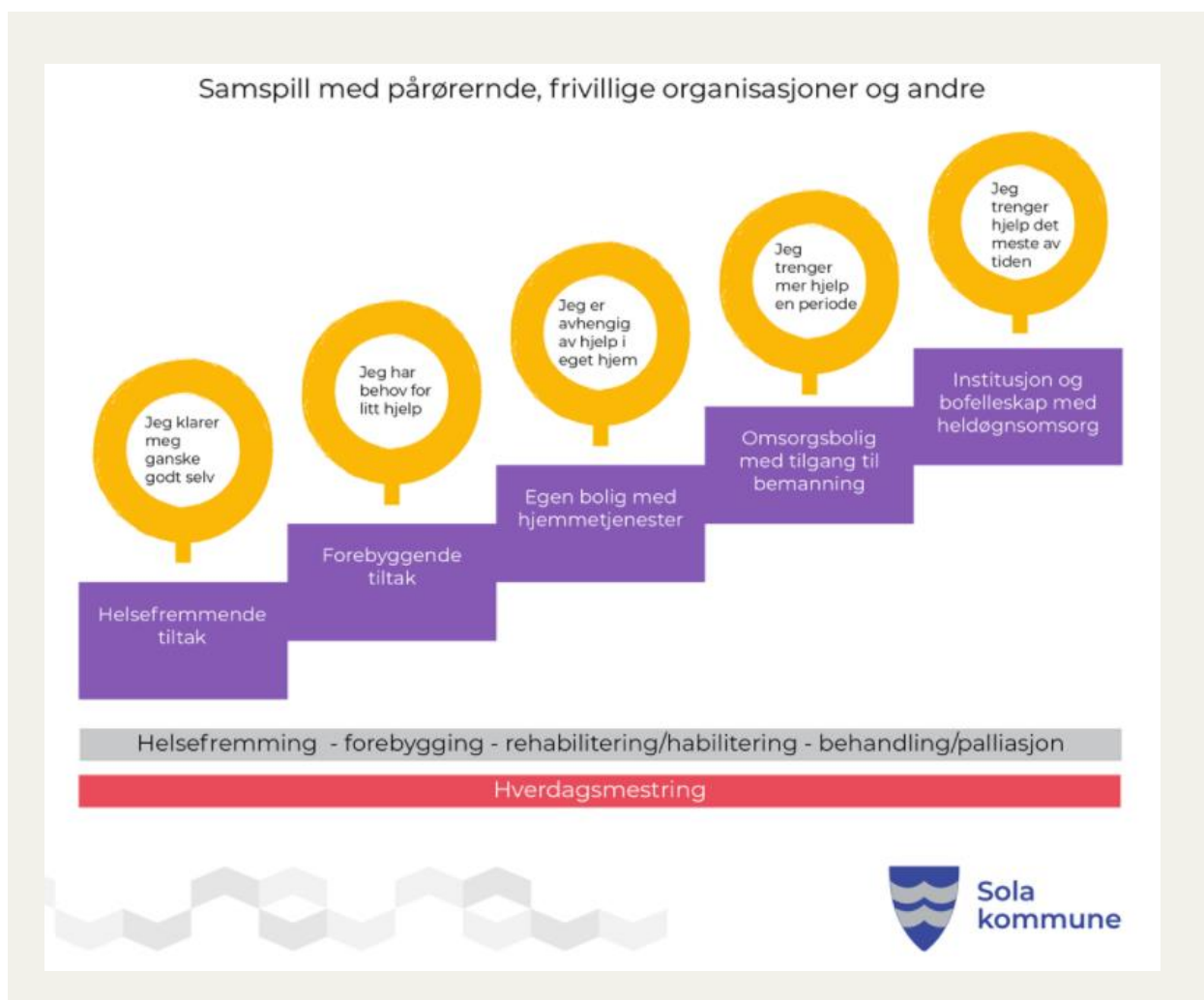
Figur 2 Hovedmål og delmål innenfor levekår (Kilde: Kommunedirektørens forslag til Handlings- og økonomiplan 2021-2023))

Hovedmål	
I Sola bygger vi et bærekraftig samfunn	<ul style="list-style-type: none">- Bistå innbyggerne med behov for tjenester som kan utvikle ferdigheter for å mestre egne utfordringer.- Sammen med innbyggerne og behandlingsinstans sikre tjenester til rett tid og sted.
I Sola er vi kreative og tar i bruk nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Innbyggerne bidrar til at tjenesteutforming utvikles gjennom individuelle og nye løsninger.- Innbyggerne blir involvert for å sikre eierskap til egne utfordringer.- Velferdsteknologi bidrar til at innbyggerne selv mestrer oppgaver.
I Sola gir en solid økonomi oss handlekraft	<ul style="list-style-type: none">- Starte tjenester på laveste omsorgsnivå.- Styrke hjemmebaserte tjenester slik at innbyggerne kan bo i egen bolig.- Utvikle tjenestene til å bli mer ressurseffektive.
I Sola skaper vi tilhørighet gjennom deltakelse	<ul style="list-style-type: none">- Legge til rette for at innbyggerne deltar aktivt i utformingen av tjenestene.- Styrke tilbudet til innbyggerne sammen med frivillige lag og organisasjoner.- Videreutvikle samarbeidet med innbyggere og pårørende.

Tjenestetrappen

Sola kommune har nylig vedtatt en tjenestetrapp som viser fem ulike tjenestenivåer på kommunens helse- og omsorgstjenester.

Figur 3 Tjenestetrappen (Kilde: <https://www.sola.kommune.no/helse/tjenestetrappen/>)



På kommunens hjemmeside kan en klikke seg inn på de ulike nivåene i tjenestetrappen og se hvilke tilbud som finnes.

2.3 STATISTIKK

Utgifter pleie og omsorg

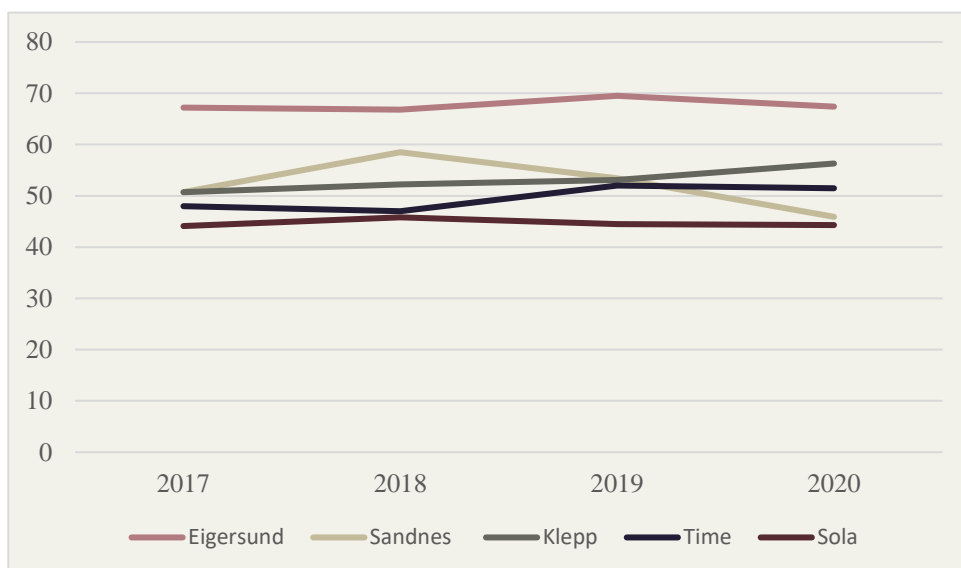
Sola kommune har i årene 2017-2020 brukt mindre i netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg⁸ enn Eigersund, Sandnes, Klepp og Time (vedlegg 2). En behovskorrigering av netto driftsutgifter pr. innbygger viser at Sola i 2020 var den av de fem kommunene som brukte minst på helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og mest til beboere i institusjon.

Tabell 1 Behovskorrigererte netto driftsutgifter pr. innbygger til helse og omsorgstjenester i institusjon og for hjemmeboende i 2020. (Kilde: framsikt.net (15.04.21), ureviderte tall)

	253 Institusjon	254 Hjemmeboende
Eigersund	5219	10471
Sandnes	7879	8934
Klepp	6206	10409
Time	7961	10659
Sola	8387	8364

Figur 4 viser hvor stor andel av utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten som går til tjenester til hjemmeboende⁹ oppgitt i prosent.

Figur 4 Utgifter til hjemmeboende som andel av pleie- og omsorgsutgiftene (Kilde: framsikt.net).



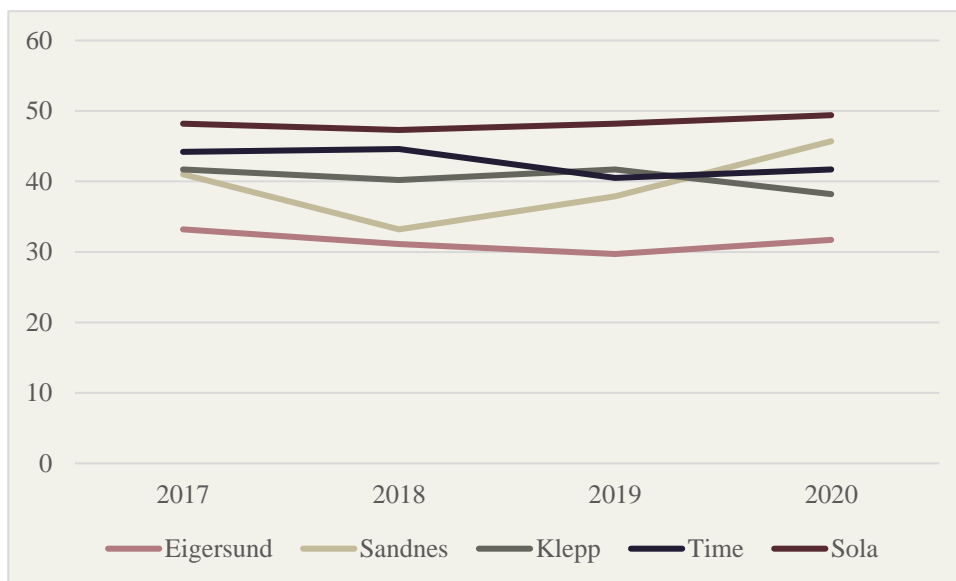
⁸ Innbefatter kostrafunksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og person med funksjonsnedsettelse mv, 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 261 institusjonslokaler

⁹ Her inngår utgifter til praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, omsorgsstønad, hjemmesykepleie, psykisk helsetjeneste i hjemmet, tiltak til rusmisbrukere som faller inn under hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning, inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring.

Av figuren kan vi se at Sola kommune bruker mindre på hjemmeboende enn de fire andre kommunene. De siste fire årene har andelen av utgiftene vært på ca. 44-45 prosent av de totale utgiftene innen pleie og omsorg. Eigersund kommune, som over tid har satset på å gi tjenester hjemme lengst mulig, bruker vesentlig mer på tjenester til hjemmeboende, ca. 67 prosent i 2020.

Neste figur viser at Sola bruker en større andel til institusjonstjenester¹⁰ oppgitt i prosent, enn de andre kommunene.

Figur 5 Utgifter til institusjonstjenester som andel av pleie- og omsorgsutgiftene (Kilde: framsikt.net)



Institusjonsplasser

23.03.17 vedtok kommunestyret at dekningsgraden for sykehjems plasser i prosent av innbyggere over 80 år, skulle settes til 18 prosent fra 2020. Dette inngikk som et ledd i å dreie tjenestene mot mer bruk av hjemmebaserte tjenester. Samtidig viste en befolkningsframskriving en økning i innbyggere over 80 år, og det har derfor blitt bygget et nytt sykehjem. Av handlings- og økonomiplanen for 2020 fremgikk det at det ville bli behov for å åpne åtte av de nye sykehjemsplassene i 2021, åtte i 2022 og åtte i 2023. I handlings- og økonomiplanen for 2021 står det: «Oppdaterte befolkningsprognoser har vist at for å holde dekningsgraden på 18 prosent vil det være behov for å fremskynde åpningen av nye plasser. I 2020 ble det åpnet 16 nye plasser. Ut fra en vurdering av det totale behovet for sykehjems plasser, samt muligheten for å optimalisere bruken av avdelingene, vil det være behov for å åpne ytterligere åtte plasser i mars 2021.»

Neste tabell viser utviklingen i dekningsgraden i årene 2017-2020, og det fremgår nå at dekningsgraden i 2020 var på 21 prosent.

¹⁰ Kostrafunksjon 253 og 261. Her inngår også utgifter til barnebolig og avlastningsbolig.

Tabell 2 Dekningsgraden på institusjonsplasser i prosent av innbyggere over 80 år (Kilde: framsikt.net)

	2017	2018	2019	2020
Eigersund	10,2	10,6	11,2	10,7
Sandnes	22,6	21,8	22,6	22
Klepp	17,1	19,8	15,5	15,8
Time	16,8	16,7	16,5	15,9
Sola	20,2	19,7	18,6	21

Tabellen viser at Sola kommune har større andel institusjonsplasser i prosent av innbyggere over 80 år sammenlignet med kommunene Eigersund, Klepp og Time. Sandnes kommune har noe høyere andel enn Sola.

Utvikling i brukere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet

Noen brukere som mottar hjemmetjenester eller helsetjenester i hjemmet mottar tjenesten en kortere periode, for eksempel to – tre måneder. I løpet av ett år er det også brukere som faller fra. Det eksisterer statistikk som viser antall brukere per 31.12., men også statistikk som viser hvor mange brukere kommunen totalt sett har hatt i løpet av ett år. For å få en oversikt over det totale omfanget av brukere har vi i dette kapittelet valgt å ha med relevant statistikk som viser brukere per 31.12 og brukere totalt sett gjennom året. Det siste tallet sier noe om sirkulasjonen blant brukerne.

Tabell 3 viser andelen brukere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet per 31.12 fordelt på alder i årene 2015-2020. Det understrekes at statistikken gjelder kostra-funksjon 254¹¹ og omhandler brukere som mottok følgende tjenester: praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistent, helsetjenester i hjemmet herunder sykepleie og psykisk helsetjeneste, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, tiltak til hjemmeboende rusmisbrukere som faller inn under hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning. Det vil si at denne statistikken inneholder brukere som får tjenester fra én eller flere av virksomhetene i Sola, og ikke kun fra virksomheten hjemmetjenester.

Tabell 3 Andel brukere per 31.12 i prosent som mottok hjemmetjenester i 2016-2020 fordelt på alder. (Kilde: Kostrastatistikken - nøkkeltall)

Aldersgruppe	2016	2017	2018	2019	2020
0 – 66 år	55,2	57,1	55,7	57,1	60
67-79 år	23,5	21,8	20,1	20,3	19,2
80 år og oppover	21,3	21,1	24,2	22,6	20,8

Tabellen viser at aldersgruppen 0-66 år er største mottakergruppe av helse- og omsorgstjenester i hjemmet i Sola. Tabellen viser at også at andelen yngre brukere øker, mens andelen eldre brukere reduseres.

¹¹ Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Statistikk (se vedlegg 2) viser også at andelen timer tildelt hjemmetjenestebrukere i snitt, går litt ned for de yngre brukerne fra 10,5 timer i 2017 til 10,1 timer i 2020. Gjennomsnittet for brukere over 67 år går i samme periode enda tydeligere ned fra 5 timer til 4 timer.

Tabell 4 viser andelen yngre brukere i prosent, 0-66 år, sammenlignet med andre kommuner.

Tabell 4 Andelen yngre brukere i aldersgruppen 0-66 år som per 31.12 mottok hjemmetjenester i 2020 sammenlignet med andre kommuner og kostragruppe. Tall oppgitt i prosent. (Kilde: Kostrastatistikken - nøkkeltall)

Aldersgruppe	Eigersund	Sandnes	Time	Klepp	Sola	Kostragr. 9 ¹²
0 – 66 år	47,9	59,4	56,1	64,3	60	50

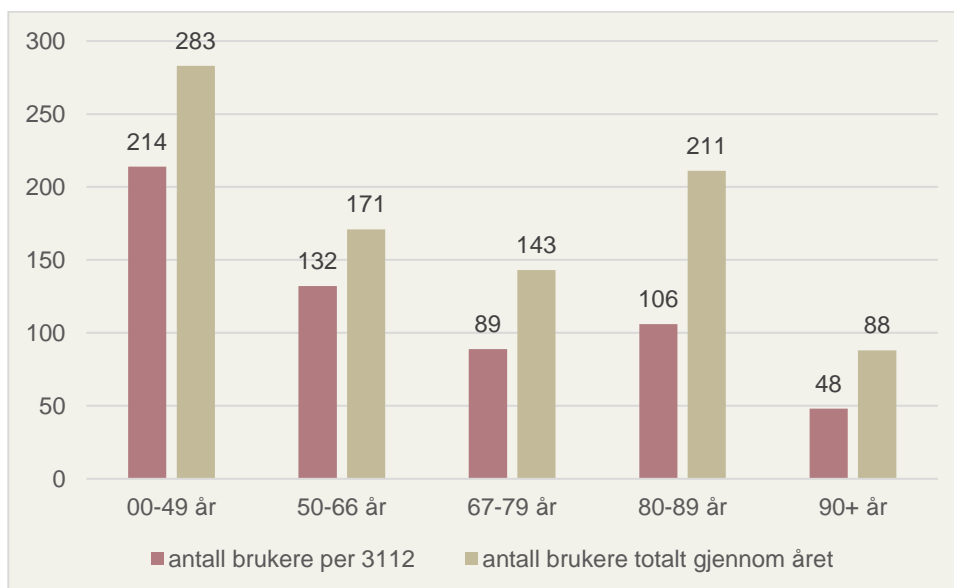
Av innbyggere som mottar helse og omsorgstjenester i hjemmet, hadde Sola i 2020 en høyere andel yngre brukere enn Eigersund, Sandnes, Time og kostragruppe 9. Andelen yngre hjemmetjenestemottakere i Sola var lavere enn nabokommunen Klepp.

Antall brukere av helsetjenester i hjemmet

Helsetjenester i hjemmet inneholder både den somatiske hjemmesykepleien, samtaletilbud til brukere med rus og/eller psykiatri og hjemmesykepleie i miljøtjenesten. I 2020 var det totalt 896 brukere som hadde helsetjenester i hjemmet i løpet av året. Per 31.12.20 var det 589 brukere som hadde helsetjenester i hjemmet.

Neste figur viser en sammenligning av antall brukere av helsetjenester i hjemmet i løpet av 2020 totalt sett og antall brukere per 31.12.19 fordelt på aldersgrupper.

Figur 6 Antall brukere totalt i Sola kommune som i løpet av 2020 har mottatt helsetjenester i hjemmet og antall brukere per 31.12.20 fordelt på aldersgrupper. (Kilde: Statistisk sentralbyrå 11642 og 11645).



¹² Sola tilhørte tidligere kostragruppe 13, men dette har blitt lagt om, slik at de nå tilhører kostragruppe 9.

Følgende antall ynge brukere (under 67 år) hadde helsetjenester i hjemmet:

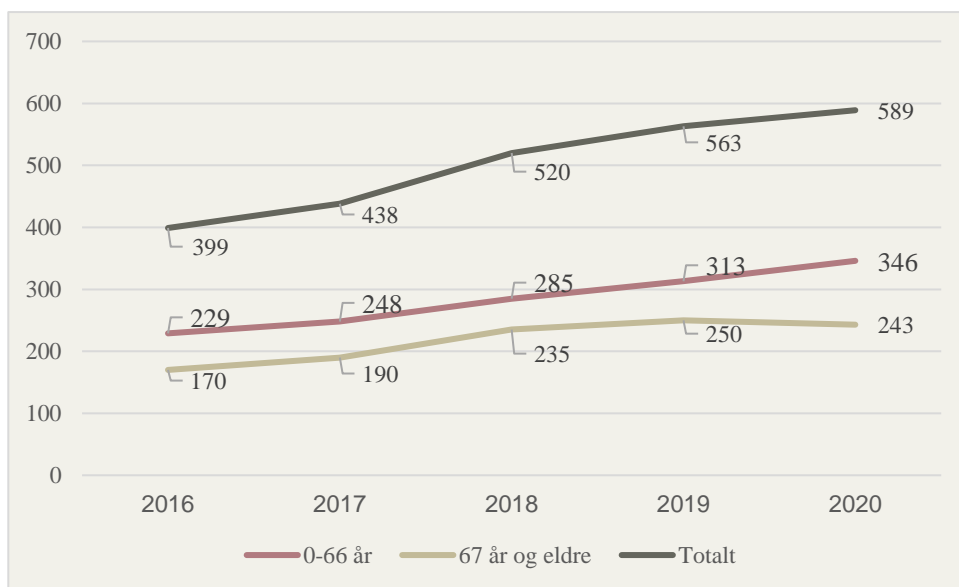
454 brukere i løpet av året

346 brukere per 31.12.20

Sammenligningen viser at det er en viss sirkulasjon i brukere gjennom året. Noen brukere kan ha et kortvarig og forbigående behov eller de får hjelp fra kommunen til å bli selvhjulpne.

Kommunen har hatt en økning i antall brukere av helsetjenester i hjemmet fra 2016 – 2020. Figur 5 viser antall brukere per 31.12. Fra 2016 til 2020 har antall brukere per 31.12. økt med 190.

Figur 7 Antall brukere per 31.12 i 2016 - 2020 som mottok helsetjenester i hjemmet. (Kilde: Statistisk sentralbyrå 11645).



Figuren viser at det har vært en økning i brukere både blant innbyggere under og over 67 år. Økningen er likevel størst i aldersgruppen under 67 år.

Vi har også sett på utviklingen i helsetjenester i hjemmet fordelt på de tre virksomhetene som tilbyr helsetjenester i hjemmet disse årene. Noen av brukerne får tjenester i fra mer enn én virksomhet. Tallene er oppgitt av kommunen og er hentet fra Geric, og viser antall brukere gjennom året.

Tabell 5 Utvikling i antall brukere i aldersgruppen 0-66 år som mottok helsetjenester i hjemmet i årene 2016-2020. (Kilde: Sola kommune – tall hentet fra Gerica)

	2016	2017	2018	2019	2020	økning ¹³
Hjemmetjenesten	78	89	120	133	141	81 prosent
Rus og psykiatri	213	235	249	272	294	38 prosent
Miljøtjenesten	35	36	45	52	50	43 prosent

Tabellen viser at kommunen har hatt en sterk økning i antall yngre brukere av helsetjenester i hjemmet. Økningen er størst innen somatikk, men en finner også økning innenfor de daværende virksomhetene rus og psykiatri og miljøtjenesten. Virksomhetsleder hjemmetjenester oppgir på epost at de tror grunnen til økningen innen hjemmetjenester er:

- Yngre innbyggere som får kreftdiagnose og ønsker/spør etter tjenester er blitt flere. Samtidig gjør vi mer avansert sykepleie i hjemmene nå enn før, slik at det er et alternativ til spesialisthelsetjenesten.
- Flere som får bistand til DOT- behandling
- Sykepleieklinikken åpnet for noen år siden og her er det fortrinnsvis yngre som kommer.
- Yngre brukere med delt tjeneste (hj.tj og rus og psyk) har økt

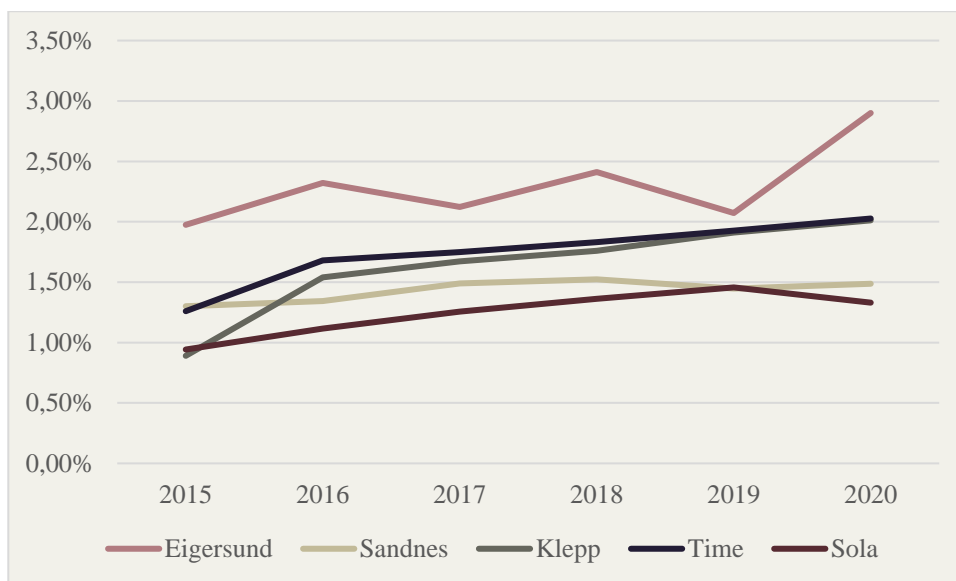
Avdelingslederne innen rus og psykiatri oppgir at de tror økningen kan handle om den generelle samfunnsutviklingen med økende psykisk uhelse, at kommunens tilbud er bedre kjent, eller at innbyggere oftere får avslag på poliklinisk behandling.

Andelen av innbyggere med helsetjenester i hjemmet

De neste figurene viser utviklingen i yngre brukere som mottok helsetjenester i hjemmet, sett i forhold til antall innbyggere i samme aldersgruppe. Her har vi valgt å dele aldersgruppen 0-66 år i to – 0-49 år og 50-66 år – for å fange opp et mer nyansert bilde.

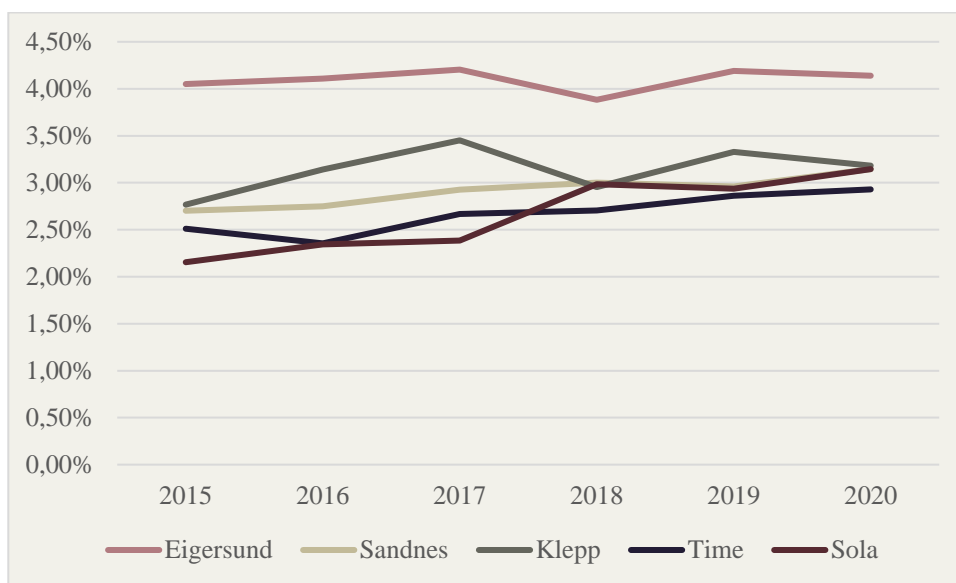
¹³ Avrundet til nærmeste hele tall

Figur 8 Andel innbyggere i aldersgruppen 0-49 år som i løpet av årene 2015 - 2020 mottok helsetjenester i hjemmet. (Kilde: Statistisk sentralbyrå¹⁴).



Selv om Sola har hatt en jevn økning i antall innbyggere i aldersgruppen 0-49 år som mottok helsetjenester i hjemmet, har kommunen en lavere andel innbyggere som mottok helsetjenester i hjemmet enn de andre kommunene.

Figur 9 Antall innbyggere i aldersgruppen 50-66 år som i løpet av årene 2015 – 2020 mottok helsetjenester i hjemmet. (Kilde: Statistisk sentralbyrå).



I aldersgruppen 50-66 år er andelen innbyggere som mottok helsetjenester i hjemmet lavere enn kommunene Eigersund, Klepp og Sandnes, men de siste årene høyere enn Time kommune.

¹⁴ Her har vi tatt tall fra ssb statistikk 11642 og delt på befolkningen i samme aldersgruppe hentet fra ssb statistikk 07459.

2.4 OPPSUMMERING/VURDERING

Sola kommune har et mål om å dreie tjenestene mot mer bruk av hjemmebaserte tjenester, og at dekningsgraden for sykehjemsplasser i prosent av innbyggere over 80 år fra 2020 skal være på 18 prosent. Etter åpning av flere sykehjemsplasser i 2020 er dekningsgraden, etter noen år med nedgang, nå på 21 prosent. På grunn av en forventet økning i innbyggere over 80 år skal flere sykehjemsplasser åpnes de nærmeste årene.

Gjennomgangen viser at kommunen bruker en større andel av de totale pleie- og omsorgsutgiftene på institusjon¹⁵ enn de andre kommunene, og en lavere andel til hjemmeboende. Eigersund kommune, som over tid har satset på å gi tjenester hjemme lengst mulig, bruker vesentlig mer av pleie- og omsorgsbudsjettet på tjenester til hjemmeboende enn Sola. Mer satsing på hjemmetjenester er en viktig forutsetning for å kunne satse mer på forebygging og rehabilitering for å gjøre brukere mest mulig selvhjulpne.

Aldersgruppen 0-66 år er den største mottakergruppen av hjemmetjenester i Sola. Andelen er høyere enn kostragruppe 9, Eigersund, Time og Sandnes. Hjemmetjenester innebærer blant annet praktisk bistand, BPA og helsetjenester i hjemmet. Statistikk viser at andelen timer tildelt hjemmetjenestebrukere i snitt, går litt ned for de yngre brukerne fra 10,5 timer i 2017 til 10,1 timer i 2020. Gjennomsnittet for brukere over 67 år går i samme periode enda tydeligere ned fra 5 timer til 4 timer. Nedgangen innebærer at selv om antallet yngre brukere går opp, så øker ikke den totale timeressursrammen tilsvarende fordi brukere i snitt får litt mindre tildelt tid.

Tall vi har mottatt fra kommunen viser at økningen i helsetjenester i hjemmet i Sola er størst innen den somatiske hjemmetjenesten, og fra 2016 til 2020 økte antall brukere gjennom året med 81 prosent. Helsetjenester i hjemmet innbefatter både den somatiske hjemmesykepleien, samtaletilbud til brukere med rus og/eller psykiatri og hjemmesykepleie utført av miljøtjenesten. Selv om Sola kommune har hatt en økning i andel yngre brukere som mottar helsetjenester i hjemmet, ligger kommunen fortsatt lavere enn kommunene Eigersund, Sandnes og Klepp sett i forhold til antall innbyggere i aldersgruppen 0-49 år. For aldersgruppen 50-66 år ligger Sola lavere enn Eigersund, Sandnes og Klepp.

Helsedirektoratet ga i 2019 ut rapporten «Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år». I rapporten fremkommer det at det er en økning i yngre hjemmetjenestemottakere, og at følgende faktorer kan bidra til å forklare økningen:

- Nye tjenester for eksempel til psykisk syke
- Endring i definisjoner i forhold til hva som inngår i helsetjenester i hjemmet
- Samhandlingsreformen med tidligere utskrivninger av pasienter
- Endringer i befolkningsgrunnlaget med flere unge
- Endring i innbyggernes forventninger i form av at de yngre i større grad er kjent med sine rettigheter
- Endring i sykkelighet

¹⁵ Kostrafunksjon 253 og 261. Her inngår også utgifter til barnebolig og avlasningsbolig.

Det er uklart i hvilken grad disse faktorene kan forklare økningen i Sola. For å få klarhet i dette og bidra til kunnskapsbasert styring av tjenestene anbefaler revisjonen kommunen om å forsøke å finne årsakene til den sterke økningen i yngre som mottar helsetjenester i hjemmet.

3 RIKTIG TJENESTE

Hvordan sikrer kommunen at yngre hjemmetjenestemottakere får de tjenester de har behov for/rett på?

3.1 REVISJONSKRITERIER

Pasient/bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1).

Når helse- og omsorgstjenesten blir oppmerksom på et mulig hjelpebehov, for eksempel ved mottak av en søknad, må det gjøres en utredning og vurdering av hvor raskt pasienten/brukeren har behov for hjelp¹⁶. Ifølge «Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven» må i noen tilfeller et hjelpebehov dekkes umiddelbart, uten at det er tid til å gjøre en grundig utredning og fatte et vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må kommunen gi tjenester først, og eventuelt igangsette utredning og utforming av vedtak etterpå. Ifølge «Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven¹⁷» vil en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkelte pasient eller brukers behov være avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å tilby i den enkelte sak.

Kommunen står fritt til å utforme et tjenestetilbud som dekker den enkeltes behov for nødvendige tjenester, men bruker har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 rett til å medvirke og bruker skal høres.

Kommunen skal fatte enkeltvedtak¹⁸ ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgsloven¹⁹ § 3-2 nr. 6. Enkeltvedtak gir parten klagerett. Et enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester er i utgangspunktet bindende for kommunen, men kommunen kan når som helst endre vedtaket til gunst for bruker. I «Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven» står det følgende: «Et generelt forbehold i vedtaket om at tjenestetilbudet vil bli vurdert løpende ut fra pasient/brukers behov, gir i utgangspunktet ikke utvidet omgjøringsadgang. Der det er spesielle forhold i en konkret sak som skaper usikkerhet rundt hvordan hjelpebehovet vil utvikle seg, bør dette omtales konkret i vedtaket, samtidig som det opplyses om muligheten for endring i tjenestetilbudet hvis behovet endrer seg. Det bør da angis et konkret tidspunkt for når dette skal skje, slik at pasienten/brukeren vet hva han eller hun har å forholde seg til.»

Det skal oppnevnes en koordinator for den enkelte pasient/bruker (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19).

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

¹⁶ Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven

¹⁷ Helsedirektoratet, juni 2017

¹⁸ Forvaltningsloven § 2

¹⁹ som varer utover to uker

- «Tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.»

En forutsetning for at bruker skal få tjenester vedkommende har behov for til rett tid, er at endringer i behovet for eksisterende brukere fanges opp.

Revisjonskriterier:

- Kommunen skal foreta en vurdering av den enkelte søkers behov for tjenester.
- Tjenesteapparatet og tjenesteyterne skal kontinuerlig tilstrebe at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til vedtak.

3.2 KARTLEGGINGSBESØK/VURDERING AV BEHOVET FOR TJENESTER

I Sola kommune er det tjeneste- og koordineringskontoret (TKK) som har ansvaret for å prioritere mellom behov og tjenestetildeling og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester. For å finne ut om søker har behov for tjenester, og i så fall hvilke tjenester, foretas en kartlegging av behovet. TKK foretar de samme vurderingene i kartleggingen uavhengig av søkers alder.

Som hovedregel skal alle nye brukere få kartleggingsbesøk av saksbehandler i TKK. Noen ganger deltar også tjenesteutøver. Vi får imidlertid opplyst at dette ikke alltid er nødvendig, eksempelvis i tilfeller med behov for en kortvarig tjeneste. Et typisk eksempel kan være at en pasient/bruker klarer å utføre sårstell selv, men likevel har hjemmesykepleien i «bakhånd» dersom vedkommende skulle ha behov for hjelp. Saksbehandler i TKK oppgir at det som regel ikke gjennomføres kartleggingsbesøk for søkere innen rus og psykiatri, men heller et kartleggingsmøte på kontoret til saksbehandler. I intervju blir dette begrunnet med at brukergruppen er yngre, og at denne gruppen erfaringsmessig ikke alltid er komfortable med at TKK foretar kartleggingsbesøk i hjemmet. Saksbehandler oppgir at i noen tilfeller kommer søker og TKK fram til at det i første omgang gjerne er mest hensiktsmessig å prøve ut et lavterskeltilbud²⁰, som for eksempel Rask psykisk helsehjelp eller Frisklivssentralen. Disse tilbudene krever ikke vedtak.

Selve kartleggingsbesøket varer i ca. én time. Hensikten er todelt; på den ene siden skal bruker få informasjon om tjenestetilbudet, samt rettighetene sine. På den andre siden skal brukers behov kartlegges, som igjen danner grunnlag for hvilken tjeneste som vurderes som passende. Samtidig har kartleggingsbesøket også en hensikt i den forstand at bruker skal bli kjent med saksbehandleren sin. Én av de intervjuede fra TKK oppgir at det å ha en fast saksbehandler gjerne føles trygt for bruker, og at terskelen for brukerne å ta kontakt blir lavere. Saksbehandlere i TKK har også et behov for å bli kjent med bruker for å kunne bistå best mulig.

²⁰ Opplyst i intervju.

Søkere kan ha med pårørende ved kartleggingsbesøket dersom de ønsker det. Én av saksbehandlerne som behandler søknader innen somatikk oppgir at hun ofte oppfordrer søkerne til å invitere med pårørende. Når det gjelder yngre søkere, får vi opplyst at de som regel «taler sin egen sak», og at pårørende derfor ikke alltid er med. For søknader som er knyttet til rus og psykiatri oppgir én av saksbehandlerne at pårørende sjelden deltar på kartleggingsmøtet, da søkerne ofte ikke ønsker det.

I intervjuer får vi oppgitt at det varierer hvem fra kommunen som deltar på kartleggingsbesøket. Tidligere foretok TKK ofte kartleggingsbesøkene alene. Etter at Sola kommune var med i prosjektet «Det gode pasientforløp» tar TKK i større grad med den tjenesteutøver som saksbehandler anser aktuell i forhold til meldt behov, men det gjøres også vurderinger om hva som er hensiktsmessig i hvert enkelte tilfelle. Gjelder det funksjonsfall får vi oppgitt at TKK vanligvis tenker hjemmerehabilitering først. I prosedyren «Gode pasientforløp i Sola» står det at for nye brukere skal TKK avtale tid for hjemmebesøk sammen med sykepleier i hjemmetjenesten²¹, første arbeidsdag for TKK etter brukers hjemkomst. Vi får oppgitt at i de tilfeller hvor bruker kommer fra sykehus/sykehjem og trenger hjemmetjenester umiddelbart, blir tjenesten satt inn før kartleggingsbesøket. Siden tjenesten da allerede har startet opp, oppgir saksbehandler at det kan bli vurdert som unødvendig å ha med tjenesteutøver på kartleggingsbesøket. Det kan også være tilfeller hvor tjenesteutøver gjennomfører kartleggingsbesøket alene. Hvis det for eksempel gjelder en kreftpasient, kan TKK avtale med kreftsykepleier at hun/han utfører kartleggingsbesøket.

Når det gjelder søkere av tjenester innen psykisk helse og rus får vi opplyst at man ikke nødvendigvis vet hvilken informasjon som kommer fram på kartleggingsmøtene, og at TKK derfor stort sett foretar disse møtene alene. Tjenesteutøver kan bli invitert med på møtet dersom det vurderes som hensiktsmessig. Dette kan eksempelvis være møter der også DPS deltar, for å sikre en god overføring av informasjon.

TKK har en rutinebeskrivelse for saksbehandling, hvor det blant annet er beskrevet at TKK skal kartlegge søkers funksjonsnivå og at IPLOS²² og ADL²³ skal gjennomgås for å måle behov og pleietyngde. Det inngår også et motiverende intervju for å sikte mot størst mulig grad av egenomsorg (mestring) og selvstendighet. Det skal fokuseres på:

- Dialog på hva bruker mestrer selv.
- Hva bruker kan trenes opp til å mestre?
- Hva kan tilrettelegges for fortsatt mestring?
- Hvilke hjelpemidler kan vurderes tatt i bruk slik at bruker klarer oppgaver selv?
- Hvilke ressurser eller personer har bruker rundt seg eller i nærmiljøet som kan tenke forespørres om å bistå?

²¹ Så fremt det lar seg gjøre.

²² De ansatte i pleie- og omsorgssektoren registrerer pleietyngden i IPLOS-registeret. I IPLOS finnes det 17 variabler som måler ulike sider ved bistandsbehovet til den enkelte tjenestemottaker. Bistandsnivået måles fra 1 til 5, der fem er det tyngste pleienivået.

²³ ADL står for «Activities of Daily Life», og deles inn i personlige ADL eller instrumentelle ADL. Førstnevnte er de grunnleggende aktivitetene mennesker gjør for å ta vare på seg selv, som for eksempel stå opp eller dusje. Instrumentelle ADL omfatter mer komplekse aktiviteter som matlaging og husarbeid.

- Hva blir igjen som nødvendig profesjonell hjelp?

TKK har nylig ansatt en ergoterapeut som sammen med saksbehandlerne i TKK skal ha fokus på ressursene til brukerne, og arbeide med hvordan brukere kan klare seg best mulig selv med utgangspunkt i aktiviteter.

3.3 VEDTAK

På bakgrunn av det som fremkommer av kartleggingsbesøket blir brukers ønsker og meldt behov vurdert opp mot lovverket og aktuelle tjenestetilbud, før det fattes vedtak om tjenester.

Både vedtak om helsetjenester i hjemmet og vedtak om hjemmerehabilitering oppgis å vanligvis bli fattet innen tre uker etter at søknad har kommet inn/bruker har kommet hjem fra sykehus/sykehjem. Vi får opplyst at vedtakene i praksis ofte blir fattet tidligere enn tre uker, og at det i tilfeller med nye, utskrivningsklare pasienter fra sykehus som har behov for helsetjenester i hjemmet blir fattet vedtak nærmest umiddelbart.

Tabell 6 Antall vedtak fattet av TKK i årene 2017-2020. (Kilde: Sola kommune)

	2017	2018	2019	2020
Antall vedtak	3347	3546	5467	3495

Fra 2018 - 2019 økte antall vedtak med over 2000. Virksomhetsleder i TKK oppgir at hun ikke har en forklaring på økningen. Vi får opplyst at reduserte vedtak har vært et fokusområde i kommunen, og i 2020 begynte kommunen å i større grad fatte samlevedtak for brukere som har behov for stabile tjenester. Virksomhetsleder påpeker at nedgangen i antall vedtak fra 2019 til 2020 blant annet kan skyldes at flere innbyggere var tilbakeholdne med å søke om tjenester grunnet frykt for koronasmitte. En annen forklaring som blir løftet fram er allerede avklarte saker: en del søkere var allerede ferdig vurdert og ventet på langtidsplass på sykehjem.

Hvorvidt bruker innvilges tjenester fra team hjemmerehabilitering eller fra hjemmetjenesten er avhengig av brukers hjelpebehov. Dersom det er snakk om et funksjonsfall, vil hjemmerehabilitering som hovedregel være det tjenestetilbudet som blir vurdert først. Kommunen oppdaterte «Kriterier for tildeling av tjenesten rehabilitering utenfor institusjon» (hjemmerehabilitering) januar 2021. For at bruker skal innvilges hjemmerehabilitering må det foreligge et potensiale for rehabilitering, og bruker må være i stand til å nyttiggjøre seg tjenestetilbudet. Det oppgis for eksempel at dersom behovet er hjelp til pleiefaglige oppgaver som eksempelvis stomi, vil et vedtak om hjemmesykepleie gjerne være mest hensiktsmessig.

Innen hjemmetjenester kan det gis vedtak om:

- praktisk bistand i hjemmet (hjelp til matlaging, klesvask, ta ut av oppvaskmaskinen, o.l.)
- hjemmesykepleie (sårstell, medisiner, lindrende behandling o.l.)
- hjemmehjelp (vaske gulv, støvsuge o.l.)
- velferdsteknologiske løsninger (for eksempel medisindispenser)

Innen rus og psykiatri kan det gis vedtak om

- individuelle motivasjonssamtaler
- tilsyn
- gruppesamtaler
- hjemmesykepleie
- praktisk bistand

Rehabilitering utenfor institusjon

- hjemmerehabilitering

Innbyggere som har sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale utfordringer eller nedsatt funksjonsevne kan søke om fritidskontakt. En fritidskontakt skal bidra til at mennesker med behov for hjelp, støtte og kontakt får en trygg og meningsfull fritid²⁴.

3.3.1 KARTLEGGINGSVEDTAK

Innenfor psykisk helse og rus kan brukere ha problemstillinger som tar tid å kartlegge. Nye brukere får derfor vanligvis²⁵ et vedtak med en varighet på tre-fire måneder. Denne perioden brukes til å kartlegge hjelpebehovet, og bruker får en kontaktperson i tjenesten.

I intervju får vi opplyst at TKK som hovedregel²⁶ fatter midlertidige vedtak om hjemmetjenester til nye brukere, og så et endelig vedtak etter at hjemmetjenesten i noen uker har kartlagt behovet. Det midlertidige vedtaket kalles kartleggingsvedtak, og har normalt en varighet på 4-6 uker. Én ansatt i hjemmetjenesten oppgir at brukere kan fremtre annerledes på sykehus enn hjemme, og at det «reelle» behovet kan være annerledes enn det meldte behovet. Det blir påpekt at behovene ikke blir særlig synlige før hjemmetjenesten går inn på en jevnlig basis. Praksisen med kartleggingsvedtak var et resultat av arbeidet kommunen gjorde i «Det gode pasientforløp»²⁷. Et eksempel som blir nevnt i denne sammenheng er medisinansvar. I forbindelse med prosjektet ble det rettet søkelys på hvorfor kommunen skulle overta et medisinansvar før det var kartlagt om bruker selv mestret å ta medisiner. Gjennom kartleggingsvedtakene kan hjemmetjenesten dermed få mulighet til å foreta faglige vurderinger og observasjoner for å kartlegge hjelpebehov og grad av mestring, før endelig vedtak blir tatt. Hjemmetjenesten må i løpet av kartleggingstiden evaluere brukerens tjenestebehov og gi melding om behovet til TKK.

Revisjonen har fått tilsendt fire eksempler på kartleggingsvedtak knyttet til helsetjenester i hjemmet. Noen av vedtakene omhandler kun kartlegging, mens enkelte andre også angir veiledning og opplæring:

- Kartlegge egenmestring og hjelpebehovet til medisinadministrasjon
- Kartlegge behov for blodtrykksmåling
- Kartlegge egenmestring og hjelpebehov til støttestrømper
 - Ivareta hjelpebehov for å få på støttestrømper

²⁴ <https://www.sola.kommune.no/kultur-fritid-og-idrett/tilrettelagte-fritidstilbud/jeg-onsker-a-fa-fritidskontakt/>

²⁵ Varighetene på vedtak blir imidlertid individuelt vurdert, og man kan sette en lenger revurderingsfrist dersom brukerne for eksempel har en kronisk sykdom.

²⁶ Unntaket er når «bestillingen» er helt tydelig, eksempelvis hvis det er snakk om en dement bruker som ikke klarer å håndtere medisinene sine.

²⁷ Opplyst i intervju.

- Vurdere hjelpemidler/strømpepåtrekker og bistå til eventuell hjelp og opplæring.

Tre av vedtakene har begrenset varighet, men for ett av vedtakene er det ikke satt noen varighet. Revisjonen får oppgitt at det har skjedd en feil i dette vedtaket.

Vedtaket som fattes er som hovedregel tidsbegrenset, men varigheten kan variere.

Tabell 7 Eksempler på varighet av vedtak (Kilde: Sola kommune)

Vedtaket omhandler	Vedtaketets lengde
Psykisk helse (motivasjonssamtaler og tilsyn, hjelp til å komme ut på meningsfull aktivitet)	13 måneder
Helsetjenester i hjemmet (medisinadministrering/utdeling av medisiner)	ca. 13 måneder
Praktisk bistand til dagliglivets gjøremål	28 måneder
Helsetjenester i hjemmet (tilsyn og stell av sår)	Frem til det foreligger endringer i hjelpebehovet
Hjemmerehabilitering	1 måned

Revisjonen har fått oppgitt at det fattes vedtak uten sluttdato for å redusere antall vedtak. I vedtak uten sluttdato er det tatt inn i teksten at vedtaket gjelder frem til det foreligger endringer i hjelpebehovet. Dette er omtalt nærmere i kapittel 3.4.

I ni av de ti enkeltvedtakene revisjonen har gjennomgått er det oppgitt at klagefristen etter pasient- og brukerrettighetsloven er tre uker. I det siste enkeltvedtaket er det oppgitt at klagefristen er fire uker, som er den riktige klagefristen. I forbindelse med høringen av rapporten opplyser kommunen at enkeltvedtak som er fattet etter 05.02.21 har hatt riktig klagefrist.

3.4 REVURDERING AV BEHOVET/ENDRINGER I BEHOV

Dersom det skjer endringer i hjelpebehovet skal tjenesteutøver skrive en endringsjournal til TKK. Én avdelingsleder i hjemmetjenesten oppgir at vedtaket som regel blir endret i tråd med vurderingene i endringsjournalen.

I tråd med en nokså nystartet praksis fatter TKK vedtak om at tjenesten gjelder fra gjeldende dato, og «til det foreligger endringer i behov»²⁸. Vi får oppgitt at en av hensiktene med denne praksisen er at brukere med stabilt hjelpebehov skal slippe å få likt vedtak én gang i året. TKK skal likevel foreta en intern revurdering etter ca. ett år. Dersom TKK ikke har fått tilbakemelding fra tjenesten innen revurderingsdato, kontakter de bruker og/eller tjenesteutøver for å forsikre seg om at hjelpebehovet er uendret. Én saksbehandler i TKK opplyser at praksisen med å fatte vedtak der det fremkommer «til det foreligger endringer i behov» gjør at det er lettere å avslutte tjenesten når det er endringer i behovet, enn hvis revurderingsdatoen hadde blitt satt til ett år.

Når det nærmer seg utløpet av en tjeneste, for eksempel vedtak om hjemmerehabilitering, snakker tjenesten med bruker om det er behov for å forlenge tjenesten. Tjenesten fyller ut en evalueringsjournal og foreslår enten at vedtaket forlenges eller avsluttes. Tjenesten kan også

²⁸ Opplyst i intervju.

komme med anbefaling om andre tjenester. Evalueringsjournalen danner så grunnlaget for TKK til å revurdere vedtaket. TKK erfarer at evalueringen innen rus og psykisk helse ofte konkluderer med at det er behov for forlengelse av vedtaket²⁹. Når det gjelder endringer i form av økt hjelpebehov må TKK ta en vurdering på om man eksempelvis skal øke vedtakstimer på hjemmesykepleie, eller om det bør vurderes å involvere andre tjenester. Det opplyses om at dette blir gjort i dialog med bruker, samtidig som de faglige vurderingene legges til grunn.

For å undersøke om bruker får de tjenestene han/hun har behov for, kan TKK undersøke om tiltaksplanen samsvarer med vedtaket. Dersom det oppdages forskjeller mellom vedtak og tiltaksplan, betyr det som regel at tjenesteutøver ikke har sendt endringsjournal. I intervju med TKK får vi oppgitt eksempler på hendelser hvor det er forskjeller mellom vedtak og tiltaksplan. Bruker og hjemmetjenesten kan for eksempel ha laget en avtale og oppdatert tiltaksplanen, uten å ta høyde for innholdet i vedtaket: «*Hjemmesykepleien sa bruker skulle ringe ved behov, mens vedtaket sa de skulle på besøk*». Det blir påpekt at slike avtaler er særlig uheldige i tilfeller hvor brukerne undervurderer sitt eget hjelpebehov: «*H*n kunne sitte i flere timer på do og vente på hjelp*». Selv om det blir påpekt at det som regel er samsvar mellom vedtak og tiltaksplan, og at slike hendelser ikke skjer så ofte, blir det likevel fremhevet som et viktig punkt fordi det er vedtaket som er grunnlaget for brukers klagemulighet.

Fra hjemmetjenesten får vi opplyst at de av og til kan glemme å sende endringsjournal, dersom de er presset på tid. Virksomhetsleder i hjemmetjenesten oppgir at de ligger på etterskudd med å sende endringsjournaler og at det hender at de gjør endringer på sine arbeidslister uten at endringsjournal blir sendt. Det er i utgangspunktet primærsykepleier som har som oppgave å sende endringsjournal.

Vi får opplyst at rus og psykiatritjenesten tar i bruk FIT – Feedback-informerte Tjenester³⁰ for å sikre at brukerne får den hjelpen de har behov for. Bruker og utøver gjennomgår et evalueringsjournal hver tredje måned for å vurdere hvorvidt hjelpen har effekt.

3.5 VURDERING

Når kommunen mottar søknad om tjenester eller at innbyggere blir utskrevet fra institusjon, foretar TKK som hovedregel et kartleggingsbesøk. Noen ganger deltar også tjenesteutøver.

Gjennomgangen viser at kommunen foretar en vurdering av behovet for tjenester og fatter enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester på bakgrunn av dette. I prosessen med tildeling av tjenester oppgis det i intervjuer at det er hjelpebehovet som er førende, ikke alder.

En kontroll av ti enkeltvedtak viser at kommunen i ni av ti enkeltvedtak har oppgitt at klagefristen er tre uker. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5, som er en særlov for helse- og omsorgstjenester, er klagefristen fire uker. Kommunen opplyser om at enkeltvedtak som er fattet etter 05.02.21 har riktig klagefrist.

²⁹ Opplyst i intervju.

³⁰ FIT er en faglig tilnærming gir utgangspunkt for læring og endring, og sikrer større grad av brukermedvirkning og tilpasset behandling.

TKK har foretatt endringer i sin praksis ved å i større grad fatte vedtak om at tjenester gjelder fra gjeldende dato og «til det foreligger endringer i behov»³¹. Dette kan nok være gunstig med tanke på å redusere antall vedtak, men revisjonen vil gjøre kommunen oppmerksom på hva som står i «Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven»: «Et generelt forbehold i vedtaket om at tjenestetilbudet vil bli vurdert løpende ut fra pasient/brukers behov, gir i utgangspunktet ikke utvidet omgjøringsadgang. Der det er spesielle forhold i en konkret sak som skaper usikkerhet rundt hvordan hjelpebehovet vil utvikle seg, bør dette omtales konkret i vedtaket, samtidig som det opplyses om muligheten for endring i tjenestetilbudet hvis behovet endrer seg. Det bør da angis et konkret tidspunkt for når dette skal skje, slik at pasienten/brukeren vet hva han eller hun har å forholde seg til.»

Tjenesteapparatet og tjenesteyterne skal ifølge forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3 kontinuerlig tilstrebe at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til vedtak og individuell plan når slik finnes. Gjennom intervjuene kommer det frem at hjemmetjenesten ikke alltid skriver endringsjournal til TKK når det er endringer i brukers behov. Dette er uheldig da brukere kan ha vedtak om at de skal ha en tjeneste som de kanskje ikke lenger mottar. Revisjonen ber kommunen vurdere behovet for å innskjerpe praksisen.

Selv om vi får oppgitt at saksbehandlere i TKK er opptatt av å tenke hjemmerehabilitering ved funksjonsfall, er ikke hjemmerehabilitering nevnt som et alternativ i prosedyren «Gode pasientforløp i Sola». Revisjonen ber kommunen vurdere om det er behov for endring i prosedyren slik at hjemmerehabilitering også tas inn som en aktuell tjeneste etter opphold på sykehus eller sykehjem.

³¹ Opplyst i intervju.

4 FOREBYGGENDE OG REHABILITERENDE TILTAK

I hvor stor grad vektlegges forebyggende og rehabiliterende tiltak for å gjøre yngre hjemmetjenestemottakere mest mulig selvhjulpne?

4.1 REVISJONSKRITERIER

Ifølge helse- og omsorgsloven § 3-3 skal kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 fremkommer det at habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Det skal være målrettede samarbeidsprosesser mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere, og prosessene skal være koordinerte. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

I kommunens «Handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022» fokuseres det blant annet på:

- Kommunen ønsker økt fokus på at innbyggerne er aktive deltakere i å utforme kommunens tjenester og i eget liv.
- Innbyggere skal selv definere sine behov og mål.
- Fokuset skal endres fra passiv mottaker av hjelp, til egenmestring så langt dette er mulig.

Som en sentral del av dette arbeidet må kommunen forebygge og iverksette tiltak for å stoppe negativ utvikling eller unngå forverring av sosiale eller helsemessige forhold.

I årsrapporten for 2019 fremgår det at kommunen sammen med innbyggerne arbeider for å redusere hjelpebehovet og bli en hjemmetjenestekommune.

Revisjonskriterier:

- Egenmestringsperspektivet skal være godt forankret i tjenestene.
- Kommunen skal jobbe med å redusere hjelpebehovet og bli en hjemmetjenestekommune.
- Kommunen skal ha tilbud som bidrar til habilitering og rehabilitering ut fra bruker/pasients behov og mål.

4.2 STATUS HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSPLAN

«Handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022» skal bidra til at brukerne mottar gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester, samt styrke brukerperspektivet. Planen inneholder

konkrete tiltak og tidspunkt for når tiltakene skal gjennomføres. Per 05.02.21 er deler av tiltakene implementert. Flere av tiltakene, som for eksempel hospiteringsordning og møter i forbedringsteamet, er utsatt/ikke gjennomført på grunn av Covid-19.

4.3 HJEMMETJENESTEN

4.3.1 TJENESTER FRA HJEMMETJENESTEN

Prosedyren «Gode pasientforløp i Sola» gjelder for alle pasienter som skal hjem etter opphold på sykehus eller sykehjem. Prosedyren inneholder sjekklister for TKK, sykehjemmet og hjemmetjenesten.

Brukere som får tildelt hjemmetjenester tildeles en primærkontakt. Primærkontakten har blant annet ansvar for å³²:

- Gjennomgå hjemmetjenestens informasjonshefte med bruker.
- Følge opp og observere brukers fysiske og psykiske helsetilstand.
- Starte/videreføre det gode pasientforløpet som blant annet innebærer å få en oversikt over brukers ressurser, mål og behov og ha en samtale med bruker om hva som er viktig for bruker³³.
- Utarbeide tiltaksplan og IPLOS.
- Foreta endringer fortløpende i tiltaksplanen og sende endringsjournal til TKK.
- Delta på ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter vedrørende bruker ved behov.

I tillegg får vi oppgitt at det ved oppstart av tjenesten skal fokuseres på «Hva er viktig for deg?» Tiltaksplanen skal fylles ut i Geric og skal ta utgangspunkt i brukerens vedtak. Fagansvarlig oppgir at alle brukere skal bli evaluert hver tredje måned. Virksomhetsleder i hjemmetjenesten oppgir at hun tror at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial her.

Hjemmetjenesten har også som oppgave å oppdage begynnende funksjonsfall hos bruker. Hjemmetjenesten skal kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukers hjem, motivere og følge opp brukere med mål om å mestre hverdagen³⁴. De kan også vurdere om det er behov for å trekke inn andre tjenester, som for eksempel fysio- og ergoterapitjenesten, som kan bidra til at brukere kan få hjelp til trening og tilpasning av hjelpemidler.

4.3.2 YNGRE HJEMMETJENESTE MOTTAKERE

Yngre hjemmetjeneste mottakere kan ha ulike funksjonsnedsettelse/diagnoser som følge av en ulykke eller sykdom. For eksempel nevnes det kreft, hjerneslag, MS eller ALS. Noen brukere kan ha rus og/eller psykiatriproblemer i tillegg til somatiske plager som gjør at de har behov for hjelp fra både hjemmetjenesten og enhet for mestring. En del av de yngre som får hjelp av hjemmetjenesten kan ha et kortvarig behov, for eksempel hjelp til et sårstell.

³² Hentet fra Sola kommune sitt kvalitetssikringssystem

³³ Prosedyre «Gode pasientforløp i Sola» 2019.

³⁴ Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2019 - 2022.

Hjemmetjenesten fokuserer ikke på den enkelte bruker sin alder, men den enkelte tjeneste som bruker er tildelt. På spørsmål om hva som skiller de yngre fra de eldre, får vi som svar at de ofte har flere avtaler i løpet av en dag, og derfor er avhengig av å få tjenesten til bestemte tidspunkt. Samtidig pekes det på at de yngre i større grad ofte ønsker å klare seg selv. I tillegg oppgis det at noen av de yngre oftere har vedtak om fritidskontakt enn det eldre brukere har.

4.4 HVERDAGSREHABILITERING I HJEMMETJENESTEN

4.4.1 HVERDAGSREHABILITERING I HJEMMETJENESTEN

Hjemmetjenesten i Sola har arbeidet med hverdagsrehabilitering i flere år. Flere av de intervjuede oppgir at det er stort fokus på hverdagsrehabilitering og at det er en tankegang som er godt innarbeidet i tjenesten. Det oppgis at kompetansen innen hverdagsrehabilitering særlig blant de faste ansatte er god. Hverdagsrehabilitering blir snakket om på personalmøter, i «rapporten» og ansatte minner hverandre på det i hverdagen. Enkelte intervjuobjekter trekker frem at hjemmetjenesten skal jobbe ut fra at bruker skal bruke sine ressurser og at en ikke skal ta fra brukeren mulighet til å gjøre det bruker klarer selv. Det skal være hjelp til selvhjelp. For eksempel oppgis det at istedenfor at hjemmetjenesten låser seg inn til bruker, kan ansatte ringe på og vente til bruker åpner selv.

Vi får oppgitt at nye ansatte³⁵ får informasjon om at brukere skal gjøre det de kan selv og at tjenesten har fokus på hverdagsrehabilitering. Kommunen har ikke noe eget kurs/opplæring i hverdagsrehabilitering. Én avdelingsleder oppgir at en kan alltid bli bedre på hverdagsrehabilitering, og at en kunne hatt mer strukturert opplæring i hverdagsrehabilitering.

I intervjuer fremkommer det flere faktorer som ansatte og ledere mener kan være til hinder for hverdagsrehabilitering. Her trekkes det frem forhold på ansattnivå, brukernivå og på det organisatoriske nivået. På ansattnivået nevnes det at ansattes personlighet kan spille inn, i form av at noen ansatte er mer utålmodige eller er mer «omsorgspersoner», og av den grunn kan komme til å gjøre mer for bruker istedenfor å la bruker utføre oppgaven selv. Det kan også være ulike oppfatninger blant ansatte om hva de mener at brukerne kan klare selv. Når hjemmetjenesten er hos bruker skal den ansatte følge det som står i tiltaksplanen. Tiltaksplanen skal stemme overens med vedtaket. I intervjuene får vi oppgitt at ansatte noen ganger avviker fra tiltaksplanen. Noen intervjuobjekter trekker frem at det kan være forskjell mellom de faste ansatte og ekstrahjelper/ufaglærte, og at ekstravakter/ufaglærte kan komme til å utføre oppgaven, istedenfor å vente på at bruker utfører oppgaven selv.

En viktig oppgave i forbindelse med hverdagsrehabilitering er å motivere bruker til å ta i bruk egne ressurser/gjøre oppgaven selv. På brukernivå oppgis det at det er lettere å motivere bruker til egenmestring når ansatte kjenner brukeren godt: «Blir man godt kjent med bruker er det lettere å vite hvilke områder man kan pushe på.» I intervjuer nevnes det at brukere er forskjellige og at

³⁵ Inkludert ekstravakter

noen ønsker å ha hjelp fordi de ikke vil utføre oppgaven selv. Det oppgis at dette er mest vanlig blant eldre brukere.

Når det gjelder organisatoriske forhold, får vi oppgitt at det er mange ulike ansatte innom en bruker i løpet av en uke, og at dette kan være til hinder for hverdagsrehabilitering. Det trekkes også frem at dersom hjemmetjenesten har en travel dag, kan det føre til at ansatte ikke har tid til å la bruker utføre oppgaven selv, og dermed overtar oppgaven for å unngå å bli liggende bakpå resten av dagen. Én ansatt oppgir: «Jeg føler ikke vi klarer så mye på den forebyggende delen. Det krever ofte mer tid hos bruker og mer kontinuitet av hvem som går til brukere. Krever også at vi er godt kjent med brukerne og vet hva brukeren trenger.»

Enkelte oppgir at hjemmetjenesten prøver å bidra til at brukere blir selvstendige, men at dette ikke er realistisk for alle brukere. Noen brukere kan ha behov for omfattende tjenester over tid.

To intervjuede fra hjemmetjenesten oppgir at noen brukere ikke lar seg pushe/trene med hjemmesykepleien, men dersom det kommer en fysioterapeut eller ergoterapeut så aksepterer de å bli pushet. Virksomhetsleder i fysio- og ergoterapitjenesten oppgir at de mener at hjemmetjenesten hjelper brukerne for mye, og at det hender at fysio- og ergoterapitjenesten lærer brukerne opp, uten at det blir trent på når hjemmetjenesten er inne.

Én av avdelingslederne oppgir at de noen ganger ser effekter av hverdagsrehabilitering, men at kommunen ikke har statistikk på det. Vi får også oppgitt eksempler på brukere som har mindre tjenester enn før.

4.4.2 YNGRE BRUKERES POTENSIALE FOR HVERDAGSREHABILITERING OG Å BLI MER SELVHJULPNE

Når det gjelder yngre brukeres potensiale for hverdagsrehabilitering får vi oppgitt at det har sammenheng med brukers diagnose. Noen av de yngre kan ha potensiale for hverdagsrehabilitering, og da prøver en å utnytte de ressursene som brukeren har og fokusere på hjelp til selvhjelp. På like linje som for eldre brukere, er en opptatt av å vurdere behov for hjelpemidler eller om det er aktuelt å koble på fysio- og ergoterapitjenesten eller team hjemmerehabilitering. Det oppgis at en har noen yngre brukere med tiltak om trening.

Noen ansatte oppgir at yngre, i større grad enn eldre, ofte ønsker å klare seg selv og dermed kan være mer motivert. Men på bakgrunn av diagnosen og funksjonsnivå er det yngre brukere som kan være avhengige av hjelp over lengre tid eller resten av livet. To av de intervjuede oppgir at de ikke vet om det er potensiale for mer hverdagsrehabilitering hos de yngre.

I intervju oppgis det at kommunen tidligere hadde dagsenterplass for unge med funksjonshemminger, men at dette tilbudet er avviklet. Det oppgis at dagsentertilbudene som finnes, ikke er godt nok tilpasset de yngre. Dette kan føre til at yngre blir mer ensomme og passive. Dette er også omtalt i «Handlingsplan for habilitering og rehabilitering». Fysio- og ergoterapitjenesten har flere treningsgrupper, inkludert treningsgrupper for yngre med kroniske sykdommer. På grunn av korona har tilbudet vært noe redusert, og det oppgis at målet er at tilbudet skal utvides når pandemien tillater det.

4.4.3 OPPLÆRINGSVEDTAK

Vi får opplyst at opplæringsvedtak sjeldent blir brukt i hjemmetjenesten i Sola, men at det brukes mer innen enhet for mestring³⁶. TKK kan imidlertid fatte et hjemmesykepleievedtak hvor meldt behov omhandler hjelp og opplæring, til for eksempel stomi-stell, medisinhåndtering og liknende.

Én avdelingsleder oppgir at det brukes mye tid på brukere som føler seg litt utrygge eller bare trenger litt hjelp. For eksempel får vi oppgitt at hjemmetjenesten er til stede hos noen brukere når de dusjer, kun for å trygge brukerne. Både én av avdelingslederne og virksomhetsleder oppgir at en kunne hatt opplæringsvedtak med noen ukers varighet der en kunne lært opp bruker til å utføre oppgaver selv. Virksomhetsleder oppgir at det krever litt administrasjon fra TKK og hjemmetjenesten.

Noen av de intervjuede kommer inn på at det også kan være vanskelig å avslutte en tjeneste, og at noen brukere ikke ønsker å gi slipp på hjemmetjenesten.

Stavanger kommune og Sandnes kommune benytter tidsavgrensede opplæringsvedtak. Siktemålet med opplæringsvedtak er at bruker etter endt opplæringsperiode skal mestre aktiviteten på egen hånd, helt eller delvis. I Stavanger settes det av mer tid til oppgaven i opplæringsvedtak enn i et ordinært hjemmetjenestevedtak, ettersom det tar lengre tid når brukeren skal utføre hele eller store deler av oppgaven selv.

4.4.4 BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI

Sola kommune satser på velferdsteknologi og har siden 2017 ledet et interkommunalt prosjekt i velferdsteknologi. Velferdsteknologi er teknologiske hjelpemidler som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet³⁷. Hjemmetjenesten har tatt i bruk elektroniske medisindispensere. I sak 51/20 til Utvalg for levekår, fremkommer det at det er ujevnt fordelt i virksomhetene/sonene i hvilken grad de har tatt i bruk elektronisk medisindispensere. Det samme gjelder i hvilken grad elektroniske låser har erstattet gamle nøkkelbokser.

Per 12.02.21 har 21 brukere i hjemmetjenesten medisindispensere, men hjemmetjenesten har 47 medisindispensere tilgjengelig³⁸. Virksomhetsleder i hjemmetjenesten oppgir at Tananger er den sonen som er best på utplassering av medisindispensere, og at de medisindispenserne som er ledige er i de to andre sonene. Kommunalsjef levekår oppgir at det skal jobbes videre med innføring av velferdsteknologi og at det å ha en medisindispenser vil bidra til økt mestring for bruker. Enkelte av medisindispenserne kan bruker ta med hjemmefra.

Pasientjournal med arbeidslister er tilgjengelig på smarttelefon og nettbrett. Alle trygghetsalarmer hos hjemmeboende ble skiftet ut tidlig høst 2020, og det er mulig å knytte ytterligere teknologi til denne.

³⁶ Rus og psykiatri og miljøtjenesten.

³⁷ Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven. Helsedirektoratet. 2017.

³⁸ 6 av disse skal returneres. (Oppgitt på epost fra virksomhetsleder)

4.5 TEAM HJEMMEREHABILITERING

4.5.1 OM TJENESTEN

Team hjemmerehabilitering ble opprettet i 2012. Hjemmerehabilitering er et tilbud til innbyggere over 18 år som ikke har funksjon som før og som for eksempel sliter med personlig stell, matlaging eller andre daglige aktiviteter³⁹. Brukere kan bli henvist enten fra Stavanger Universitetssykehus, sykehjemmet, hjemmetjenesten, leger eller at innbyggere selv søker om tjenesten.

Teamet har som oppgave å kartlegge hjemmesituasjonen og undersøke hvilken type opptrening det er behov for og hvorvidt det er behov for hjelpemidler i hjemmet⁴⁰. Det legges til grunn en tverrfaglig tilnærming.⁴¹

Andre kommuner i området som Stavanger, Sandnes, Klepp, Time og Gjesdal har et hverdagsrehabiliteringsteam. I intervjuer opplyses det at team hjemmerehabilitering kan ha tyngre brukere og innebærer en mer avansert rehabilitering kontra hverdagsrehabilitering. Teamet kan for eksempel ha slagpasienter som kommer rett fra Lassa (Helse Stavanger, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering). Teamet arbeider turnus og arbeider til kl. 21.30 på hverdager og lørdag, søndag og helligdager fra kl. 7.30 – 15.00. Dette er annerledes enn de andre kommunene som har organisert hverdagsrehabilitering som et tilbud på dagtid.

Team hjemmerehabilitering har en innkomstrutine som viser oppgaver og når oppgavene skal være utført. Innkomstsamtalen med bruker skal gjennomføres første dag, og det skal utarbeides en innkomstrapport. Kartleggingen av bruker skal være utarbeidet innen tre dager.

I kartleggingen benyttes to kartleggingstester:

- SPPB42 test som er en test av fysisk funksjon
- PSFS43 test som er en skala der pasienten velger ut tre til fem aktiviteter som han/hun har problemer med som følge av sin sykdom/skade og deretter scorer utførelsen av disse aktivitetene.

En del av kartleggingen innebærer å kartlegge hva bruker kan gjøre selv, hva som er viktig for bruker og utarbeide mål. På bakgrunn av dette utarbeider teamet en rehabiliteringsplan og et treningsprogram. Medlemmene av teamet har ulik kompetanse og de tilstreber at alle fem rullerer på å gå til brukeren. Dette bidrar til tverrfaglighet. Teamet drøfter og evaluerer arbeidet med brukerne underveis.

I første omgang får brukeren et vedtak på fire uker, men dette kan forlenges etter behov. I vedtaket er det ikke spesifisert hvor mange timer bruker får og hvor ofte team hjemmerehabilitering skal være hos bruker. Dette er det teamet som styrer avhengig av brukers

³⁹ Brosjyre hjemmerehabilitering. Sola kommune.

⁴⁰ <https://www.sola.kommune.no/helse/hjemmetjenester/hjemmerehabilitering/>

⁴¹ Kriterier for tildeling av tjenesten Rehabilitering utenfor institusjon

⁴² <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/aktuelle-saker/test-av-fysisk-funksjon-hos-eldre-sppb.html>

⁴³ <https://diakonhjemmetsykehus.no/nkr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/psfs-patient-specific-functional-scale>

behov. Revisjonen får opplyst at teamet vanligvis er hos bruker hver dag, og ofte flere ganger om dagen. De kan hjelpe bruker med å stå opp, lage mat, gjøre øvelser, trene på å gå i trapper, gi medisiner o.l.

Teamet har bedre tid enn hjemmetjenesten og jobber ikke «mot klokken». Teamet har tid til å lære/veilede bruker i utførelse av hverdagslige oppgaver og til å trene med bruker. I oppstarten kan teamet for eksempel være hos bruker i 1-2 timer om gangen.

Avdelingsleder oppgir at brukerne er dårligere enn de var når kommunen startet opp med hjemmehabilitering i 2012. Teamet deltar på samhandlingsmøter om brukere dersom TKK mener at det er behov for det.

Tabell 8 Antall brukere med hjemmehabilitering 2018 – 2020. (Kilde: Sola kommune)

	2017	2018	2019	2020
Antall brukere - hjemmehabilitering	97	105	121	131
Herav brukere under 67 år	15	20	20	22

Tabellen viser at det har vært en økning i antall brukere med hjemmehabilitering. De to siste årene har i underkant av 17 prosent av de som mottok hjemmehabilitering vært yngre brukere.

4.5.2 EFFEKT AV HJEMMEREHABILITERING

I årsrapportene fra 2017 og 2018 rapporterte team hjemmehabilitering på hvilket behov bruker hadde for tjenester etter hjemmehabilitering. På grunn av omlegging i årsrapporten har dette ikke blitt rapportert på etter 2018. Tallene for 2017 og 2018 fremgår av tabell 9.

Tabell 9 Behov for tjenester etter hjemmehabilitering i prosent. (Kilde: Sola kommune)

	Økt tj. behov	Uendret tj. behov	Nedgang i tj.behov	Ingen tj.behov	Mors
2017	21 prosent	23 prosent	0 prosent	52 prosent	4 prosent
2018	13 prosent	40 prosent	3 prosent	43 prosent	1 prosent

I 2017 og 2018 var det mellom 43-52 prosent av brukerne som ikke hadde behov for tjenester etter endt vedtak⁴⁴.

I årsrapporten for 2018 står det: «Vi ser en vesentlig økning i andelen som er i gruppen som er avsluttet med uendret behov.... Årsaken til dette er trolig at en oftere har brukere som har hatt

⁴⁴ Brukerne kan ha hatt flere vedtak.

tjenesten før, som blir henvist igjen i forbindelse med at de har hatt et funksjonsfall, teamet blir satt inn, og de kommer opp på nivået som de var i utgangspunktet.»

Ved avslutning av tjenesten måles funksjonsnivået til brukerne ved hjelp av SPPB score. Utviklingen i funksjonsnivå for ti brukere som hadde hjemmerehabilitering i november og desember 2020 viste at

- Tre hadde funksjonsnivå på samme nivå som før hjemmerehabilitering
- Syv hadde bedre funksjonsnivå enn før hjemmerehabilitering

Vi får oppgitt at team hjemmerehabilitering tar kontakt med brukerne tre måneder etter at tjenesten ble avsluttet. Dersom noen brukere oppgir at det ikke går greit, kan de ble vurdert som aktuelle for mer hjemmerehabilitering.

Tre intervjuede fra hjemmetjenesten og de intervjuede fra virksomheten fysio- og ergoterapi oppgir at det er potensiale for at flere i kommunen kunne hatt nytte av hjemmerehabilitering. Én av de intervjuede fra Hjemmetjenesten oppgir at de sikkert kunne blitt flinkere til å henvise flere brukere til hjemmerehabilitering, og én annen oppgir at en har potensiale i forhold til det forebyggende perspektivet. Avdelingsleder for team hjemmerehabilitering oppgir at istedenfor at hjemmetjenesten sier at bruker har behov for mer vedtakstimer, så kunne hjemmerehabilitering kommet inn. Virksomhetsleder i Hjemmetjenesten oppgir at det hender at de tenker at team hjemmerehabilitering burde vært inne, men at de får avslag. Som eksempel nevnes det brukere med psykiatriutfordringer. Én avdelingsleder i hjemmetjenesten oppgir at de kunne hatt nytte av undervisning for ansatte om hjemmerehabilitering.

4.6 VURDERING

Kommunen skiller ikke noe vesentlig mellom forebyggende og rehabiliterende tiltak for yngre hjemmetjenestemottakere kontra eldre. For hjemmeboende har kommunen fokus på rehabiliterende tiltak, i form av hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. Hjemmetjenesten selv vurderer at hverdagsrehabilitering er godt ivaretatt i tjenesten, mens fysio- og ergoterapitjenesten mener at det er rom for forbedring.

I intervjuer oppgis det faktorer både på ansattnivå, brukernivå og på det organisatoriske nivået som kan være til hinder for hverdagsrehabilitering. Skal kommunen klare å legge til rette for større grad av egenmestring, redusere hjelpebehovet og forsterke innsatsen for å bli en hjemmetjenestekommune, er det sentralt at det ikke er personalmessige eller organisatoriske forhold som er til hinder for det.

En faktor som blir nevnt er mangel på tid, som gjør at ansatte noen ganger velger å utføre oppgaven for bruker da det går raskere. I tillegg trekkes det frem at det er mange forskjellige ansatte hos en bruker. Kommunen fatter i dag få opplæringsvedtak innenfor hjemmetjenesten, men benytter i stor grad kartleggingsvedtak. Kartleggingsvedtakene innebærer ikke nødvendigvis opplæring, men kan handle om at en kartlegger og observerer hva bruker klarer å utføre selv. Andre kommuner som Stavanger kommune og Sandnes kommune har tatt i bruk opplæringsvedtak, der målet er å trene bruker opp til å kunne utføre oppgaven selv. Opplæringsvedtakene har en begrenset varighet, men det kan settes av lenger tid hos bruker den enkelte gangen slik at tjenesten har tid til å gi bruker opplæring. Revisjonen anbefaler kommunen å i større grad ta i bruk tidsavgrensede opplæringsvedtak i hjemmetjenesten for at brukere skal bli

mest mulig selvhjulpne. På sikt kan dette være kostnadsbesparende for kommunen og bidra til økt egenmestring for brukere. For at opplæringen skal ha mest mulig kontinuitet, bør det vurderes om det er praktisk mulig at det ikke er så mange ansatte innom brukeren, eller om opplæringen kan gjennomføres av team hjemmerehabilitering.

Gjennomgangen viser at hjemmerehabilitering kan bidra til at brukere bedrer sitt funksjonsnivå og at flere brukere etter avslutning av tjenesten har behov for mindre eller ingen tjenester. I intervjuer fremkommer det at det er et potensiale for at flere brukere kunne ha nytte av hjemmerehabilitering. Tall fra kommunen viser at de to siste årene har ca. 17 prosent av mottakerne av hjemmerehabilitering vært yngre brukere. Den menneskelige og økonomiske gevinsten av å gjøre yngre brukere helt eller delvis selvhjulpne kan være stor, ettersom disse brukerne vil kunne være mottakere av helse- og omsorgstjenester over mange år. Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere om flere yngre brukere kan ha nytte av hjemmerehabilitering,

Kommunen satser på velferdsteknologi og har tilgjengelig flere medisindispensere, men bruken av medisindispensere varierer i de ulike sonene. Revisjonen anbefaler kommunen å i større grad ta i bruk tilgjengelige medisindispensere.

5 SAMHANDLING OG KOORDINERING

Hvordan fungerer samhandling og koordinering overfor yngre hjemmetjenestemottakere?

5.1 REVISJONSKRITERIER

Kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 3-4).

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten.

I kommunens «handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022» fokuseres det blant annet på:

- En forutsetning for et godt habilitering- eller rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene.
- Helhetlige og samordnede tjenester krever økt tverrfaglig samarbeid og god kunnskap om andres fagfelt.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 har bruker som har behov for langvarige og koordinerte⁴⁵ helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan. Ifølge «Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven» har kommunen plikt til å tilby individuell plan til pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester og som ønsker en slik plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.

Langvarige tjenester betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være permanent. Koordinerte tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Individuell plan skal bidra til at pasient/bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den skal koordinere og styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottakere og eventuelt pårørende, og mellom etater på et og samme forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåer. Det er TKK som har ansvar for arbeidet med individuell plan og for å oppnevne, lære opp og veilede koordinator. Hvis en pasient/bruker takker nei til individuell plan, skal slik plan ikke utarbeides (Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven).

⁴⁵ «Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. (Veileder «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» punkt 13.4)

Revisjonskriterier:

- De kommunale tjenestene har tilstrekkelig kunnskap om hverandre.
- Kommunen skal ha tilrettelagt for gode samarbeidsforhold mellom tjenestene og ha et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.
- Det skal utarbeides en individuell plan for den enkelte bruker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og som ønsker individuell plan

5.2 SAMHANDLING MELLOM TJENESTENE

5.2.1 ARENAER FOR SAMHANDLING

Levekår har flere arenaer for samhandling både internt, men også med brukere og eventuelt med pårørende. Noen av arenaene er beskrevet i dette delkapittelet.

Kommunalsjefens ledergruppe har møte annen hver uke. Kommunalsjefen har i tillegg månedlige oppfølgingsmøter med den enkelte virksomhetsleder.

TKK og hjemmetjenesten har halvårslige samarbeidsmøter om overordnede saker hvor alle i TKK, avdelingsledere og virksomhetsledere møter.

Oktober 2020 startet kommunen opp med ukentlig samarbeidsmøte/stormøte og målet er å få ned antall liggedøgn på korttid. De som møter er aktuelle saksbehandlere fra TKK, virksomhetsleder TKK (møteleder), avdelingsleder hjemmerehabilitering, fagleder institusjon, og aktuell avdelingsleder institusjon og utvalgt avdelingsleder i hjemmetjenesten. Andre kan inviteres ved behov.

Brukere som har hjemmetjenester kan også ha tjenester fra andre kommunale virksomheter/enheter. TKK har ansvar for å kalle inn til samarbeidsmøter med tjenestene dersom det er behov for å samhandle om bruker. På disse møtene deltar ikke brukerne. Enkelte av de vi intervjuet oppgir at det burde vært flere samordningsmøter.

Møter der brukerne deltar, betegnes ansvarsgruppemøter. Her kan aktuelle tjenester både fra kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten delta og bruker kan ha med pårørende. På møtene kan en legge en plan for veien videre.

Det er utarbeidet samarbeidsavtale mellom TKK og hjemmetjenester og TKK og team hjemmerehabilitering.

5.2.2 SAMARBEIDET MELLOM TJENESTENE

I intervjuene fremkommer det ulike synspunkter på hvordan samarbeidet mellom tjenestene fungerer. Noen beskriver samarbeidet mellom tjenestene som gode, og da særlig samarbeidet med TKK. En stor andel intervjuede oppgir at samarbeidet mellom tjenestene kan bli bedre. Det fremheves at det er «*silotankegang*» mellom virksomhetene, eller at «*Vi sitter på hver vår tue*». I intervjuene fremkommer det at det er forbedringspotensial i samarbeidet mellom

hjemmetjenesten og enhet for mestring ved avdelingene rus og psykiatri og psykisk helsehjelp og mellom hjemmetjenesten og team hjemmerehabilitering.

Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og enhet for mestring (rus og psykiatri og psykisk helsehjelp)

Intervjuobjekter både fra hjemmetjenesten og enhet for mestring (rus og psykiatri) oppgir at samarbeidet mellom tjenestene kan forbedres. Virksomhetene har flere felles brukere, der for eksempel hjemmetjenesten gir medisiner, stell eller sårstell til bruker og enhet for mestring kan ha samtale med bruker. Det oppgis at det har vært samarbeidsutfordringer over tid, at det er uenigheter mellom tjenestene, og at det har blitt gjort forsøk på å bedre samarbeidet. Noen oppgir at de i noen tilfeller får til et godt samarbeid rundt bruker. Noe av det som oppgis er:

- Kommunikasjon mellom tjenestene er dårlig.
- Tjenestene har lite informasjon om hverandre og at de ikke forstår hvordan den andre tjenesten arbeider.
- Det foreligger ikke en klar plan for hvem som har ansvar for hva.
- Det er lite tid til å ha møter rundt felles brukere.
- En må jobbe med å få mer helhetlige tjenester til brukerne.

Én ansatt i hjemmetjenesten oppgir: «Det hender at hjemmetjenester og rus og psykiatri møter hverandre i døren hos en bruker.»

Et hinder for helhetlige tjenester for brukere som har vedtak fra begge tjenestene, oppgis å handle om kompetanse. Hjemmetjenesten opplever å ikke ha nok kompetanse til å gjennomføre samtaler med bruker og enhet for mestring ved rus og psykiatri/psykisk helsehjelp oppgir at ansatte ikke nødvendigvis har nok kompetanse innen det somatiske. Det kommer også frem at ansatte innen psykisk helse og rus arbeider der fordi de ønsker å jobbe med nevnte fagområder, og ikke med somatikk. Vi får også oppgitt at det handler om bemanning og at ROP-teamet ikke har ressurser til å gå inn til brukere med medisiner to ganger i døgnet.

Leder av TKK og én av avdelingslederne i hjemmetjenesten oppgir at det er uheldig at begge tjenestene⁴⁶ er inne hos én bruker. Kommunen prøvde å starte opp et prosjekt om «helhetlige tjenester» i oktober 2020, hvor tanken var at de som hadde kompetansen på hovedutfordringen skulle «ei» brukeren og selv innhente kompetanse eller tilegne seg kompetanse⁴⁷. På denne måten kunne en også slippe vedtak om to tjenester. Leder av TKK oppgir at det fort kom tilbakemelding fra tjenesteutøverne om at tjenestene ikke var klar for dette, og arbeidet måtte stoppes. Det oppgis at en skal starte en prosess for dette i år og legge en plan for arbeidet.

⁴⁶ Hjemmetjenesten og Enhet for mestring ved rus og psykiatri eller psykisk helsehjelp

⁴⁷ Opplyst i intervju.

Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten

Det er ulike synspunkter blant de intervjuede i hjemmetjenesten om hvordan samarbeidet med fysio- og ergoterapitjenesten fungerer. Noen oppgir at samarbeidet er godt og at det er lett å ta kontakt, mens enkelte andre oppgir at samarbeidet kunne vært bedre.

Hjemmetjenesten og team hjemmerehabilitering har også noen felles brukere. Da teamet startet opp, var det faste møter mellom hjemmetjenesten og team hjemmerehabilitering, men dette avholdes ikke lenger. Fra team hjemmerehabilitering får vi oppgitt at samarbeidet med hjemmetjenesten kunne vært bedre og at de jobber på forskjellige måter. Dersom en bruker med hjemmerehabilitering ikke har vedtak om hjemmetjenester, men likevel har behov for hjelp/tilsyn på kveldstid i helgene, ringer ansatte fra team hjemmerehabilitering til vakthavende for å avklare at hjemmetjenesten går til bruker. Noen av de intervjuede fra hjemmetjenesten beskriver samarbeidet som godt, mens enkelte andre, både fra hjemmetjenesten og team hjemmerehabilitering, mener at en har en vei å gå. Vi får oppgitt at det skjer misforståelser i kommunikasjonen som kan gå ut over bruker. Én av de intervjuede fra team hjemmerehabilitering oppgir: «Jeg avtalte med vakthavende at de skulle gå til bruker og gi medisiner på kvelden (helg), men de gjorde ikke det.»

Én av de ansatte i hjemmetjenesten oppgir at de kunne blitt mer effektive dersom samarbeidet med team hjemmerehabilitering fungerte bedre. Blant annet savnes det mer informasjon og kunnskap om hvordan team hjemmerehabilitering jobber, slik at hjemmetjenesten ikke utfører oppgaver som bruker blir trent til å klare selv. Dette gjelder særlig i de tilfellene hvor hjemmetjenesten overtar oppgaver for teamet i helgene.

Avdelingsleder i team hjemmerehabilitering oppgir at de synes at de møter litt «stengt dør» og at de kunne ønske at de ble kontaktet oftere av hjemmetjenesten.

Kunnskap om tjenestene og hospitering

Flere av lederne oppgir at en har snakket om at tjenestene i større grad burde hospitert hos hverandre. Dette kunne sikret en bedre forståelse for de andre tjenestene. Kommunalsjef oppgir at det er et mål om at tjenestene skal hospitere mer hos hverandre, men at Covid-19 har satt en stopper for dette. Kommunalsjefen sin stab skal jobbe med å organisere dette etter Covid-19.

I intervjuer oppgis det også at en kunne hatt mer kompetanse om hverandres tjenester. Her nevner intervjuobjekter for eksempel at en kunne visst mer om hjemmerehabilitering og psykiske lidelser.

5.3 INDIVIDUELL PLAN

Fra kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029⁴⁸ står det at et av tiltakene for brukermedvirkning er å øke bruken av individuell plan. Det oppgis at individuell plan er mest brukt i forhold til barn og i miljøtjenesten.

Vi får oppgitt at brukere av hjemmetjenesten sjelden har individuell plan. Ifølge leder av TKK hadde tre brukere i hjemmetjenesten individuell plan i 2019. I intervjuer blir vi fortalt at dette kan handle om at en del brukere av hjemmetjenesten ikke har så sammensatte utfordringer og at det ikke er behov for at de har en individuell plan. Det opplyses også at det er bruker som må eie planen, og at det er brukere som ikke ønsker individuell plan. Brukere kan søke om å få en individuell plan, men vi får opplyst at kommunen også kan foreslå individuell plan og tilby dette der dette vurderes som hensiktsmessig. Kommunen bruker i tillegg det digitale verktøyet «Enkelt samspill», der en på en sikker måte kan kommunisere digitalt med brukere, pårørende og andre tjenesteytere.

5.4 VURDERING

Sola kommune har samarbeidsavtale mellom TKK og tjenestene. Prosedyren «Gode pasientforløp i Sola» inneholder sjekklister for hvilke oppgaver TKK, sykehjemmet og hjemmetjenesten har for pasienter som skal hjem etter opphold på sykehus eller sykehjem. Noen brukere kommer direkte fra sykehuset eller sykehjemmet og får tjenester fra team hjemmehabilitering, men dette er ikke omtalt i prosedyren «Gode pasientforløp i Sola». Det er heller ikke omtalt hvordan det gode pasientforløpet skal ivaretas for brukere som i dag har behov for tjenester fra flere virksomheter, der koordinering kan være viktig.

I intervjuer fremkommer det at det er samarbeidsutfordringer mellom tjenester i levekår og at forholdet dem imellom er preget av en «silo»-tankegang. Samarbeidsutfordringene synes å være størst i forhold til brukere som har tjenester både fra hjemmetjenesten og fra rus og psykiatri/psykisk helsehjelp. Samarbeidsutfordringene synes både å være knyttet til samhandlingen rundt enkeltbrukere ved at tjenestene ikke alltid blir koordinert, men også på et mer overordnet nivå ved at tjenestene har lite kunnskaper om hverandre.

«Det gode pasientforløp» innebærer ikke kun å samarbeide på det vertikale nivået (mellom sykehus og kommunen), men også å legge til rette for et godt samarbeid om brukere på det horisontale nivået – altså mellom tjenester i kommunen.

Revisjonen vurderer det slik at hjemmetjenesten kan ha nytte av økte kunnskaper om hvordan hjemmehabilitering, arbeider, både for å se om det er noe hjemmetjenesten kan ta inn i sitt daglige arbeid med hverdagsrehabilitering, men også for å bidra til at hjemmetjenesten klarer å identifisere brukere som kan ha nytte av hjemmehabilitering tidlig, kontra at brukere får økte hjemmetjenester.

⁴⁸ Kapittel 4.1.2 Brukermedvirkning

Revisjonen anbefaler kommunen å sikre at tjenestene innen levekår øker kjennskapene til hverandre for eksempel gjennom informasjon, opplæring eller hospitering, og at en i større grad koordinerer arbeidet rundt brukere som får tjenester fra flere virksomheter.

Individuell plan er lite benyttet til brukere av hjemmetjenester og en del av brukerne fyller ikke vilkårene for å ha en individuell plan. Individuell plan kan være et verktøy for å bidra til koordinering mellom tjenester, og det er viktig at brukere som oppfyller vilkårene får tilbud om en individuell plan.

6 INVOLVERING AV BRUKERE, PÅRØRENDE OG FRIVILLIGE

Hvordan ivaretas hensyn til brukerinvolvering, dialog med pårørende og involvering av frivillige?

6.1 REVISJONSKRITERIER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 stiller krav om at kommunen skal:

- Sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- At virksomheter etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.
- Legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjon og med frivillige organisasjoner.

Dialogen med pårørende og brukere er også omtalt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting § 3, og det stilles krav om at kommunene skal etablere et styringssystem hvor brukere av pleie- og omsorgstjenester eventuelt pårørende/hjelpeverge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og i daglige utførelsen av tjenestene.

Ifølge lov om pasient og brukerrettigheter § 3-1 har pasient eller bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dersom pasient eller bruker samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasienten eller brukerens helsetilstand (§ 3-3).

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som blant annet sikrer at:

- Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.»

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4 stiller krav om at kommunene skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. I veileder «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» fremkommer det i punkt 4 at medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Forutsetningen for medvirkning kan endres over tid, og at det skal legges vekt på å få frem vedkommendes egne mål.

Pårørende og frivillige har i samspill med kommunens tjenester, en viktig rolle i fremtidens helse- og omsorgstjenester⁴⁹. Frivilligheten blir i kommunedelplanen fremhevet som en svært viktig ressurs, og kommunen har som mål å styrke tilbudet til innbyggerne gjennom å utvide samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner.

Revisjonskriterier:

- Sola kommune skal sikre at brukere eller pårørende/hjelpeverge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og i daglig utførelse av tjenestene.
- Sola kommune skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner.

6.2 BRUKER- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING

Ett av målene i «Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029» er at «Tjenestene utvikles sammen med innbyggere». Det beskrives et delmål og tiltak, men ingen av tiltakene omhandler hvordan tjenesten direkte skal utformes sammen med den enkelte bruker eller pårørende⁵⁰ eller om det skal gjennomføres noen bruker/pårørendeundersøkelse.

Når Hjemmetjenesten får en «null-bruker» (en bruker som ikke har hatt hjemmetjenester tidligere), avholdes det et kartleggingsmøte. Dette er omtalt i kapittel 3.2 og kapittel 4.3.1. Ett av spørsmålene som Hjemmetjenesten ved oppstarten av en tjeneste avklare med bruker er: «Hva er viktig for deg?».

Fem uker etter at en bruker har fått tildelt hjemmetjenester skal brukers opplevelse av oppfølgingen (pasientforløpet) dokumenteres⁵¹.

Ett av målene i «Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029» er at en skal ha engasjerte og involverte/aktive pårørende. Noen av utfordringene er beskrevet i planen: «Svært mange pårørende ønsker å hjelpe til når en av deres nærmeste får behov for hjelp. Pårørende kan oppleve å få et stort ansvar som følge av manglende koordinering og samhandling mellom tjenesteområdene. Ved å tidligere komme i kontakt med pårørende med omsorgsoppgaver for syke familiemedlemmer, kan vi gi informasjon om hvilke kommunale, frivillige og andre tilbud som finnes for å avlaste og forebygge uhelse hos pårørende. En tydelig og tidlig avklaring på hvilke tilbud kommunen har, og hva som ikke er kommunens oppgaver, kan avklare forventninger og forbygge konflikter.»

Hjemmetjenester har en sjekklister for pårørendesamarbeid. Det skal innhentes samtykke fra bruker om hvilken informasjon som kan gis de pårørende og eventuell videre kontakt og

⁴⁹ Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029

⁵⁰ Med unntak av at barn skal bli hørt.

⁵¹ Sjekklister pasientforløp

samarbeid med pårørende skal avklares. Kommunen har en pårørendeveileder som beskriver pårørendes rettigheter og gir anbefaling om god praksis. Målet med veilederen er å⁵²:

- Involvere pårørende til beste for bruker.
- Barn som pårørende får nødvendig informasjon og støtte.
- Voksne pårørende med omsorgsoppgaver tilbys tilpasset støtte, avlastning, opplæring og veiledning.

Ifølge veilederen skal blant annet forventninger avklares, det skal være en fast kontaktperson og faste møtepunkt. Kommunen gjennomfører også kartleggingssamtaler dersom bruker har omsorg for barn under 18 år for å blant annet avklare om kommunen skal bistå med informasjon til barn og deres nettverk (barnehage, skole, familiemedlemmer sm.m.)⁵³.

Hvilken kontakt det er mellom hjemmetjenesten og pårørende er avhengig av i hvilken grad bruker ønsker å involvere pårørende og hvilken involvering pårørende selv ønsker. Som omtalt i kapittel 3.2 er pårørende noen ganger til stede ved kartleggingsbesøket. For at kommunen skal kunne samarbeide og ha dialog med pårørende, må bruker gi kommunen tillatelse til dette. Brukers helsesituasjon, diagnose og alder kan også spille inn på hvilken kontakt det er med pårørende. Det oppgis i intervju at kontakten ikke alltid er like tett mellom kommunen og pårørende til yngre brukere, da de yngre oftere forstår informasjonen og er i stand til å ivareta kontakten med kommunen selv. Men for yngre brukere med demens er kontakten med pårørende viktig. Vi får oppgitt at brukere innen rus eller psykiatri ikke alltid ønsker at hjemmetjenestene har kontakt med pårørende eller at pårørende ikke involverer seg fordi «bruker har slitt de ut».

Pårørende kan delta på samarbeidsmøter om bruker. I de tilfeller hvor pårørende er en ektefelle/samboer, så hender det at vedkommende er hjemme når hjemmetjenesten kommer, slik at kontakten kan være på jevnlig basis. I intervjuer oppgis det at hjemmetjenesten i tillegg til å ha dialog med bruker, samarbeider med pårørende⁵⁴ hvis det er behov for endringer i hjelpebehovet.

Én ansatt fra TKK oppgir: «Godt samspill mellom bruker, pårørende, tjenesteutøver og TKK fører til best mulig vurdering av rett tjenestenivå.»

Én annen ansatt oppgir: «Vi har stort fokus på brukernes rett til å bestemme over eget liv. De er i sine egne hjem og vi må respektere deres grenser.»

6.3 TILBAKEMELDING FRA BRUKERE

Som omtalt i kapittel 1.3 har revisjonen intervjuet et begrenset antall yngre brukere. Dette gjør at innspillene ikke er representativ for alle brukerne av hjemmetjenester eller hjemmerehabilitering.

⁵² Pårørendeveiledning. Sola kommune. Revidert 2019.

⁵³ Barn som pårørende kartleggingssamtale. Sola kommune.

⁵⁴ Så sant bruker har gitt tillatelse til det.

6.3.1 INTERVJUER MED BRUKERE AV HJEMMETJENESTER

De intervjuede er i all hovedsak fornøyde med tjenestene, og én av brukerne oppgir: «Den passer mine behov godt». Ansatte beskrives som hyggelige og hjelpsomme og tre av brukerne beskriver en fleksibel tjeneste, og en tjeneste som gir rom for brukermedvirkning:

«Det er ikke alltid det passer for meg at de kommer på det tidspunktet de skal dele ut medisin, for eksempel hvis jeg skal ut på noe, da kan jeg sende en melding til vakttelefonen.»

«Dersom jeg ha sovet dårlig og det er avtalt at de skal komme kl. 8, så kan jeg sende melding at de kan komme kl. 10, slik at jeg får sove lenger.»

«Jeg kan ringe hvis jeg har behov for hjelp.»

«Jeg har fått bestemme tidspunkt for når jeg skal dusje.»

Selv om brukerne i hovedsak er fornøyde, så har de innspill om på hva som kan bli bedre. Én av brukerne oppgir at selv om vedkommende har bedt de komme på et annet tidspunkt i forbindelse med utdeling av medisin og hjemmetjenesten har bekreftet dette, så skjer det omtrent et par ganger i måneden av kommunikasjonen ikke kommer frem til ansatt som har til oppgave å dele ut medisinen.

En annen bruker oppgir at det er mange forskjellige som kommer. «Jeg vil ha det på min måte for at jeg skal få mest mulig utbytte av strømpene og særlig de ansatte over 40-50 år glemmer til neste gang hvordan jeg vil ha det. Dersom strømpene kommer på feil, da er dagen min ødelagt.»

Én bruker oppgir at det er ugreit at det kommer så mange forskjellige ansatte og at enkelte av de som kommer ikke alltid vet hvilken diagnose vedkommende har. «De bør lese det som står.» Bruker oppgir å bli nervøs i forbindelse med dusjing når det er mange forskjellige ansatte og opplever at hjelpen tar lenger tid dersom det ikke er en fast som kommer.

Én bruker opplever at hjemmetjenesten ikke kommer til faste tidspunkt i forbindelse med medisinutdeling og at det fører til at vedkommende merker symptomer.

Samtidig viser brukerne forståelse for at det er forskjellige ansatte som kommer eller at hjemmetjenesten ikke kommer til samme tid, da de vet at hjemmetjenesten har flere brukere og kan ha det travelt.

Tre⁵⁵ av brukerne oppgir at de ikke vet hvem som er deres primærkontakt, og én oppgir at det er sjeldent at hjemmetjenesten bærer id-kort.

To av brukerne har også tjenester fra andre virksomheter, som virksomheten fysio- og ergoterapi og enhet for mestring (rus og psykiatri). Bruker som har tjenester fra enhet for mestring oppgir at det ikke er kontakt mellom hjemmetjenesten og rus og psykiatri, og uttrykker at det hadde vært bedre dersom de var på samme team. Bruker uttrykker at hjemmetjenesten vet ikke noe om psykisk helse og har heller ikke deltatt på ansvarsgruppemøte.

⁵⁵ Én bruker ble ikke spurt om dette.

6.3.2 INTERVJUER MED BRUKERE MED HJEMMEREHABILITERING

Brukerne som vi har intervjuet er fornøyde med tjenesten de får fra team hjemmerehabilitering. Én av brukerne beskriver tjenesten som fabelaktig, og den andre brukeren oppgir å være veldig fornøyd. Begge oppgir at de får trent med personalet, og opplever at treningen har effekt og at de merker fremgang.

6.3.3 BRUKERUNDERSØKELSE I HJEMMETJENESTEN

Hjemmetjenester gjennomførte en brukerundersøkelse i 2020 som viser følgende resultat i forhold til brukermedvirkning:

Tabell 10 Resultater fra spørreundersøkelsen for brukere av hjemmetjenesten i alle aldersgrupper. Tall oppgitt i gjennomsnitt. Skal fra 1-6. (Kilde: Brukerundersøkelse. Sola kommune. Bedre kommune.)

Spørsmål	Sola totalt	Sola nord	Sola sør	Tananger	Snitt Norge
Jeg får være med å bestemme hvilken hjelp jeg skal motta	4,8	4,9	4,9	4,6	4,7
Jeg får være med å bestemme når (til hvilket tidspunkt) jeg skal motta hjelp	4,3	4,5	4,2	4,1	4,2
Jeg får være med å bestemme hvordan hjelpen skal utføres	4,8	4,8	5	4,8	4,7
Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)	3,9	3,7	4,5	3,4	3,8

På spørsmålet «Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg», har i underkant av en tredjedel av respondentene svart «vet ikke». 13,3 prosent er helt uenig i at de er med når det utarbeides planer som angår de. Sola sør skiller seg her positivt ut og har vesentlig bedre skår på dette spørsmålet enn de to andre avdelingene.

Kommunen har utarbeidet en handlingsplan for oppfølgingen og for å bedre resultatet på «Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg» er det satt opp at det skal tas utskrift av tiltaksplan til bruker som ønsker det, at det skal gjennomføres god kartlegging sammen med bruker og at tiltaksplanen skal evalueres hver tredje måned gjerne sammen med bruker.

6.4 FRIVILLIGE

Sola frivillighetssentral er en del av Sola kommune. Frivillighetssentralen har en egen nettside der innbyggere kan «varsle» frivillighetssentralen om de kan bidra med noe eller trenger hjelp til noe. Innbyggerne kan blant annet krysse av på om de trenger hjelp til handling, ønsker turvenn, ringevenn eller besøksvenn. Det er frivillige som ivaretar disse oppgavene. Nåværende leder av frivillighetssentralen begynte i september 2019. På det tidspunktet hadde sentralen kun tilbud om turgrupper. Vi får opplyst at det på grunn av Covid-19 ikke har vært mulig å starte opp nye aktiviteter. Året 2020 ble derfor hovedsakelig brukt til strategi- og planleggingsarbeid – i samråd med både direktørgruppen og forskjellige virksomhetsledere.

Kommunalsjef levekår oppgir at kommunen har fått midler til en prosjektstilling som frivillighetskoordinator, og at den ansatte skal bidra til aktiviteter for de som bor hjemme og på institusjon. Kommunen har utarbeidet brosjyren «Aktiviteter og tilbud for eldre». Brosjyren inneholder en beskrivelse av aktiviteter som finnes, både aktiviteter og hjelp som kommunen tilbyr, men også aktiviteter som arrangeres av frivillige. Selv om brosjyren retter seg mot eldre, finner en også aktiviteter/tilbud som andre kan benytte.

Av frivillige aktører som kan tilby hjelp til hjemmetjenestemottakere, har vi intervjuet Røde Kors og Sola kirkelige fellesråd. I intervju med representanter fra kommunen oppgis det imidlertid at de frivillige ikke er så mye involvert i arbeid/oppfølging av yngre brukere, men at de i større grad er involvert i forhold til eldre. Enkelte av de intervjuede i kommunen oppgir at dette skyldes at yngre brukere oftere har fritidskontakter⁵⁶ eller BPA enn eldre.

Sola Røde Kors har tilbud om besøksvenn. Hovedandelen av de som får besøksvenn er over 65 år. Vanlig praksis er at TKK tar kontakt på vegne av en aktuell bruker, og Røde Kors vurderer hvorvidt de har kapasitet. Sola Røde Kors ønsker flere besøksvenner.

Sola kirkelige fellesråd drifter en ledsagertjeneste. Ledsagerne er frivillige som for eksempel følger brukere til lege, tannlege, sykehuset eller lignende, og brukerne betaler en symbolsk timepris for tjenesten. Vi får imidlertid opplyst at tilbudet en periode ikke ble brukt så mye, både fordi det var mangel på frivillige og mangel på brukere. Sola kirkelige fellesråd oppgir at de nå har fått tak i flere frivillige.

Sola kommune har «Knutepunktet» som er en møteplass hvor det arrangeres aktiviteter og mestringskurs. Kaféen på «Knutepunktet» drives av Kirkens bymisjon, av frivillige brukere. Kaféen blir mye brukt av brukere med tjenester innen psykisk helse.

Én av saksbehandlerne i TKK oppgir at det er ønskelig å få til mer systematikk rundt frivilligheten.

6.5 VURDERING

Gjennomgang viser at kommunen tilrettelegger for brukermedvirkning både før tjenesten innvilges, ved oppstart og underveis.

Før kommunen fatter vedtak om hjemmetjeneste gjennomføres det som hovedregel et kartleggingsbesøk⁵⁷ der en retter søkelys på hva bruker mestrer og brukers behov. Hjemmetjenesten ved primærkontakt skal ved oppstart av tjenesten også avholde en samtale med bruker, hvor det blant annet skal fokuseres på hva som er viktig for bruker.

Resultatene fra brukerundersøkelsen viser at brukerne i stor grad får være med å bestemme hvilken hjelp de skal motta og hvordan hjelpen skal utføres, men kommunen har forbedringspunkt når det gjelder om brukeren er med når det utarbeides planer som angår dem.

Brukerintervjuene viser at brukerne er fornøyde med tjenestene de mottar, og at det er rom for brukermedvirkning. Det kommer imidlertid frem noen mulige forbedringsområder. Dette

⁵⁶ I 2020 var det totalt 167 innbyggere i Sola som hadde fritidskontakt.

⁵⁷ Omtalt i kapittel 3.2

omhandler blant annet at brukere ikke vet hvem som er deres primærkontakt, at det er mange forskjellige ansatte som kommer, at de kommer til ulike tidspunkt med tanke på medisinutdeling, at informasjon ikke kommer frem og at det ikke er kontakt mellom to av tjenestene i forbindelse med oppfølging av bruker.

Kommunen har en sjekklister for pårørendesamarbeid og en pårørende-veileder. I hvilken grad pårørende blir involvert er avhengig av hva bruker ønsker. Pårørende til yngre brukere er vanligvis mindre involvert enn for eldre brukere, men dette kan variere blant annet i forhold til diagnose.

Til hjemmetjenestemottakere har Sola Røde Kors tilbud om besøksvenn og Sola kirkelige fellesråd drifter en ledsagertjeneste som kan følge brukere til lege, tannlege o.l. Det opplyses i intervju om det er flest eldre som har besøksvenn og at yngre brukere oftere har fritidskontakt.

Revisjonen ser det som positivt at frivillighetsentralen i Sola er i dialog med virksomhetsledere om å utarbeide og samkjøre en felles strategi for frivillighetsarbeidet. Brosjyren «Aktiviteter og tilbud for eldre» inneholder også aktiviteter som andre enn eldre kan benytte seg av. Det bør vurderes om kommunen bør endre tittelen på brosjyren slik at det kommer frem at yngre brukere også kan benytte seg av noen av tilbudene.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Skriftlige kilder fra kommunen

«Aktiviteter og tilbud for eldre»

Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2020

Enkeltvedtak

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2019 – 2022

Handlings- og økonomiplan 2021-2023

Kriterier for tildeling av tjenesten rehabilitering utenfor institusjon

Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029

Innkommustrutine. Team hjemmerehabilitering

Prosedyren «Gode pasientforløp i Sola

Rutinebeskrivelse for saksbehandling

Sak 51/20 Utvalg for levekår

Sak 19/17 Kommunestyret

www.sola.kommune.no/helse/fysisk-og-psykisk-funksjonshemming/miljotjenesten/

www.sola.kommune.no/helse/hjemmetjenester/hjemmerehabilitering/

www.sola.kommune.no/helse/tjenestetrappen

www.sola.kommune.no/kultur-fritid-og-idrett/tilrettelagte-fritidstilbud/jeg-onsker-a-fa-fritidskontakt/

www.sola.kommune.no/helse/hjemmetjenester/hjemmerehabilitering/

Årsrapport for Team Hjemmerehabilitering 2017 og 2018

Eksterne skriftlige kilder

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering for 2019-2022 (Sola kommune)

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

«Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år». Helsedirektoratet. 2019.

Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

<https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/psfs-patient-specific-functional-scale>

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasient- og brukerrettighetsloven

Veileder for saksbehandling av tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven. Helsedirektoratet. 2017.

www.ssb.no

www.framsikt.net

Årsrapport for Sola kommune 2019

Muntlige kilder

Anette Bakken – konstituert avdelingsleder Psykisk helse og rus, Enhet for mestring
Ann Christin Sæland Rødne – avdelingsleder Team hjemmerehabilitering
Berit Rosså Eie - virksomhetsleder TKK
Elin Sande Torkildsen – avdelingsleder Hjemmetjenesten sone sør
Elisabeth Berge – fagkonsulent TKK
Gunn Laila Dahlseng -virksomhetsleder Fysio- og ergoterapitjenesten
Hanne Blomqvist – fagkonsulent TKK
Inger Flood Engebretsen – virksomhetsleder Hjemmetjenesten
Jofrid Vølstad – fagkonsulent TKK
Karianne Gjil Krüger – avdelingsleder dagsenteret Sola, hjemmehjelp
Kathrine Horpestad – avdelingsleder Hjemmetjenesten sone nord
Lise Ingeleiv Gunnaleite – diakon Sola kirken
Mari Ann Hedland – avdelingsleder Miljøtjenesten, Enhet for mestring
Oddny Hovtun Bjordal – kommunalsjef Levekår
Silje Einarsen Høgestøl – avdelingsleder Hjemmetjenesten sone Tananger
Silje Fjærtøft Hegerland – avdelingsleder Psykisk helseteam, Enhet for mestring
4 ansatte i Hjemmetjenesten
1 ansatt i Team hjemmerehabilitering
4 brukere av hjemmetjenester
2 brukere av hjemmerehabilitering

Vedlegg 2

Utgifter pleie og omsorg

Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg for årene 2017-2020. (Kilde:framsikt)

	2017	2018	2019	2020
Eigersund	17 376	18 081	18 866	18 068
Sandnes	13 510	14 392	15 816	15 172
Klepp	12 966	14 053	13 929	14 729
Time	14 948	15 772	16 216	16 880
Sola	12 842	13 649	13 573	14 718

Andel sykehjemsplasser sett i forhold til antall innbyggere i kommunen.

Kommune	Andel sykehjemsplasser i prosent
Eigersund	0,45
Sandnes	0,60
Klepp	0,44
Time	0,52
Sola	0,64

Gjennomsnitt antall tildelte timer hjemmetjeneste i uken, hjemmetjenestebrukere 0-66 år (kilde: framsikt.net)

	2017	2018	2019	2020
Eigersund	14,9	14,3	15,9	14,8
Sandnes	-	-	-	12,5
Klepp	17,0	14,7	15,9	13,6
Time	14,1	16,2	14,0	14,5
Sola	10,5	10,9	10,5	10,1

Gjennomsnitt antall tildelte timer hjemmetjeneste i uken, hjemmetjenestebrukere 67 år og eldre (kilde: framsikt.net)

	2017	2018	2019	2020
Eigersund	11,9	10,4	8,7	9
Sandnes	-	-	-	4,1
Klepp	3,9	3,8	4,5	5,1
Time	4,1	3,8	3,8	4,7
Sola	5	4,6	4,4	4,0

