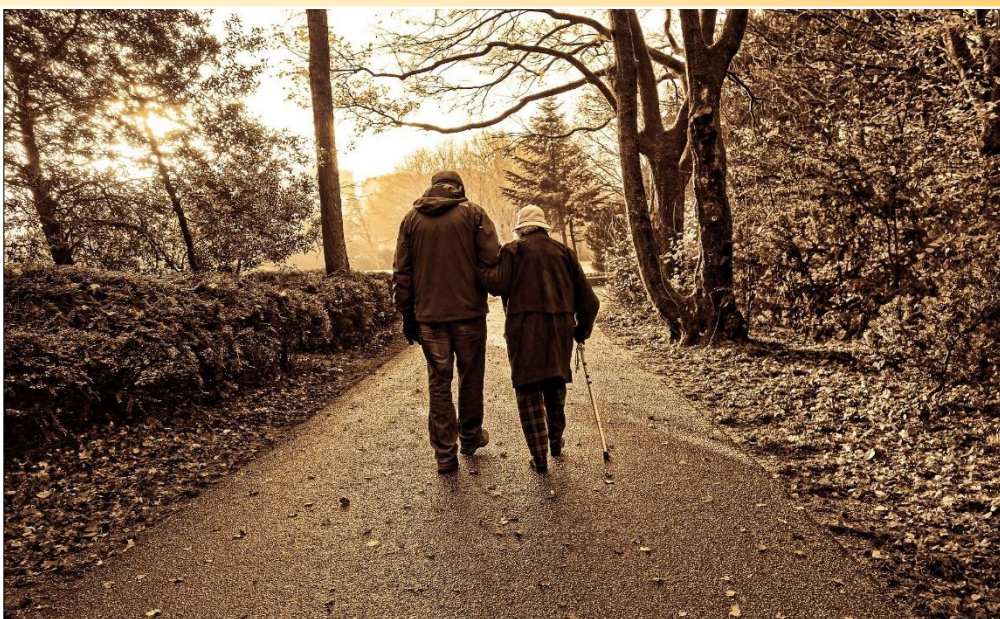


FORVALTNINGSREVISJON AV

KVALITET I TJENESTENE ELDREOMSORG



STAVANGER KOMMUNE
JUNI 2019

INNHOOLD

| | |
|---|-----------|
| Innhold | 3 |
| Sammendrag | 4 |
| Rådmannens kommentar | 12 |
| Rapporten | 15 |
| 1 Innledning | 16 |
| 1.1 Formål og problemstillinger | 16 |
| 1.2 Revisjonskriterier og metode..... | 16 |
| 2 Faktadel..... | 24 |
| 2.1 Utviklingen av Leve HELE LIVET..... | 24 |
| 2.2 Hva er status for implementering av tiltak i Leve HELE LIVET-satsingen? | 25 |
| 2.3 Er betingelsene for effektiv implementering på plass? | 46 |
| 2.4 Forhold som svekker eller som kan svekke pleiernes mulighet til å jobbe i henhold til målene i reformen | 64 |
| 2.5 I hvilken grad er målene nådd? | 70 |
| Vedlegg | 81 |

SAMMENDRAG

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvor godt Leve HELE LIVET-satsingen er blitt implementert ute i tjenestene og om brukerne har høstet kvalitetsmessige gevinster, i tråd med reformens mål om å støtte de eldre til et aktivt liv. Vi har gjennomført tilsvarende prosjekter i Eigersund, Hå og Sandnes kommune i samme periode.

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i Stavanger kommunes mål om bedre og billigere tjenester. Oppmerksomheten har vært rettet mot hva kommunen gjør for at eldre kan bo hjemme og klare seg selv best mulig. Til tross for sykdom og funksjonssvikt skal de eldre få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen. Tankesettet er at eldre selv skal ta grep og være sjef i eget liv. Når livet går mot slutten, skal eldre få god omsorg og pleie som kompenserer for det pasientene ikke klarer selv.

I satsingen inngår blant annet *hverdagsrehabilitering* og *hverdagsmestring*. **Hverdagsrehabilitering (HRH)** handler om tidlig innsats, dvs. å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. HRH innebærer å gi et skreddersydd «*ytelsessjokk*» i form av fysisk trening eller opplæring. HRH-teamet er organisert som en egen virksomhet under Madla og Tjensvoll hjemmehaserte tjenester. Hverdagsrehabilitering startet opp som en pilot i Madla bydel i 2012, før det ble utvidet til hele kommunen i 2014. HRH var viktig i første versjon av Leve HELE LIVET. *Hverdagsmestring* går ut på at hjemmesykepleien gir brukere opplæring (opplæringstiltak) til å mestre flere hverdagsaktiviteter. Dette virkemidlet stod sentralt i den andre versjonen av satsingen. I Stavanger er ikke bare hverdagsmestring en grunnholdning i tjenesten, men er også skilt opp som en egen vedtaksform (opplæringstiltak).

HOVEDINTRYKK

- Vi finner flere indikasjoner på at de overordnede brukerrettede målene med Leve HELE LIVET nås. Blant annet ser det ut til at innslagspunktet for når de eldre trenger hjelp, utsettes.
- Leve HELE LIVET-satsingen har vært en viktig inspirasjonskilde for regjeringens kvalitetsreform for eldre, som har adoptert navnet fra Stavanger.
- Stavanger har gjort en rekke strukturelle og organisatoriske endringer som understøtter målene med reformen, og har vært et lokomotiv i utviklingsarbeidet i regionen. Kommunen har hentet inspirasjon fra danske kommuner, men har ikke passivt kopiert eller adoptert disse. Ideene er videreutviklet for å passe inn i Stavanger.
- Kommunen har lyktes relativt godt i arbeidet med hverdagsmestring, og en betydelig andel av brukerne mottar hverdagsrehabilitering eller opplæringstiltak.
- Disse tiltakene fører til et redusert behov for hjemmesykepleie.

- Til tross for gode resultater, er andelen med hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak redusert noe de to siste årene. Det er også store forskjeller mellom helse- og sosialdistriktene.
- Målene med reformen har god forankring øverst i kommunen, i den politiske og administrative ledelsen, men det ser ut til å være større variasjoner blant linjeledere og ansatte lengre ned i organisasjonen. Målene ser ut til å være best forankret i Madla og Tjensvoll helse- og sosialdistrikt.
- Det er betydelige variasjoner i tjenesteutførelsen blant de ansatte mht. å jobbe med hverdagsmestring - fra entusiaster og ildsjeler på den ene siden - til de som er skeptiske til denne måten å jobbe på, på den andre.
- Kommunen ser ikke ut til å ha lykkes helt med å bygge en felles kultur innenfor praksisfeltet, til tross for at det er gjennomført en rekke kulturbyggende tiltak.
- Stavanger har gjennomført en del gode kompetansehevingstiltak, men samlet sett har tiltakene vært sporadiske og for lite systematiske, spesielt rettet mot de ansatte i hjemmetjenesten. Det ser ut til å være behov for et praksisnært kompetanseløft, som kan være med å legge grunnlaget for en mer likeartet praksis.
- Samhandlingen mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmesykepleien har et betydelig forbedringspotensial. Dette gjelder i første rekke oppfølgingen av felles brukere.
- Vi finner enkelte tegn på omstillingstrøtthet i organisasjonen. For kommunen blir det fremover viktig å holde «reformtrykket» oppe, noe som er krevende i en stor og kompleks organisasjon.
- Stavanger har kommet lengst i arbeidet med velferdsteknologi av våre utvalgte kommuner. Likevel er det få velferdsteknologier som har fått noe stort omfang, med unntak av digitale trykghetsalarmer og til dels elektroniske medisindispensere, der sistnevnte har gitt en klar økonomisk gevinst. Flere teknologiske løsninger skal etter hvert tas i bruk. Hundvåg og Storhaug helse- og sosialdistrikt har klart flest brukere med elektroniske medisindispensere.
- Målet om egenmestring ser ut til å ha varierende oppslutning blant brukerne. For noen brukere og pårørende er hjelp til selvhjelp et tegn på kvalitet. For andre er det ikke det. De har et ønske om at pleierne skal gjøre oppgavene for dem. For dem er det motsatte av målene i reformen et tegn på kvalitet. Vi har fått lignende tilbakemeldinger i de andre undersøkte kommunene.
- Det ser ikke ut til at hjemmetjenestene er blitt billigere de siste årene, snarere tvert i mot. Utgiftene til eldre hjemmetjenestemottakere er høyere i Stavanger enn de andre storbykommunene, og utgiftsveksten er større.
- Men dersom vi ser på kommunens totale pleie- og omsorgsutgifter, korrigert for behov, ser vi at forskjellene mellom Stavanger og de andre storbyene blir stadig mindre. I 2013 brukte Stavanger 15,6 prosent mer enn snittet for de andre storbyene til pleie og omsorg. I 2018 brukte Stavanger 6,6 prosent mer. Det er vanskelig å fastslå en årsakssammenheng her, men det er interessant å merke seg at nedgangen kommer i årene etter at Leve HELE LIVET ble igangsatt.

FUNN OG VURDERINGER

Gjennomgangen viser at både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring fører til redusert behov for hjemmesykepleie. Per i dag måles ikke de økonomiske effektene av disse tiltakene, men vi er kjent med at kommunen i mai 2019 jobber med dette.

Vi ser samtidig at det er **store forskjeller mellom distriktene her**. Dette kan selvfølgelig skyldes ulikheter i behov/egnethet blant brukerne for denne type vedtak i de ulike distriktene. Forskjellene er imidlertid så store at dette neppe kan være hele forklaringen. Forskjellene er også betydelig større når vi ser på opplæringstiltak enn når vi ser på hverdagsrehabilitering. I forbindelse med hverdagsrehabilitering er det fire bestillere og en utfører. I forbindelse med opplæringstiltak er det fire bestillere og fire utførere. Det er grunn til å tro at disse organisatoriske forskjellene har betydning for hvor mange som mottar hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak.

Nye praksiser vil aldri utvikles i et sosialt eller institusjonelt tomrom, men formes med utgangspunkt i historiske, institusjonelle og organisatoriske rammebetingelser. At det er flere utførerledd ifm. opplæringstiltak, betyr at det er flere enheter med hver sine kulturer, verdier, normer og handlemåter. Dette kan være en viktig forklaring på at forskjellene mellom distriktene er større i forbindelse med opplæringstiltak.

I intervjuene blir det av flere vist til at det er kulturelle skiller mellom distriktene, og at Madla og Tjensvoll er det distriktet som har kommet lengst med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Gjennomgangen tyder på at dette dels har sammenheng med at man i Madla bydel har jobbet i tråd med intensjonene i reformen i lang tid. Madla var pilotbydel når kommunen startet opp arbeidet med hverdagsrehabilitering i 2012. I tillegg har Madla hjemmetjenester hatt en egen ressursperson som har frontet egenmestringperspektivet i hjemmetjenesten. Både helse- og sosialkontoret og hjemmetjenesten hevder at samhandlingen dem i mellom er veldig god, den såkalte Madlamodellen.

Dette er forhold som ser ut til å ha bidratt til en holdnings- og kulturendring i distriktet, noe som igjen har ført til en praksis i tråd med Leve HELE LIVET.

Dette indikerer samtidig at kommunens samlede potensial for å få flere brukere selvhjulpne ikke er tatt ut. Dersom alle distriktene hadde ligget på nivået til Madla og Tjensvoll for 2018, ville den kommunale andelen brukere med opplæringstiltak økt fra 12 til 20 prosent.

Vi anbefaler kommunen å sette inn tiltak for å øke bruken av hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak og utjevne forskjellene mellom distriktene.

Etter vår vurdering handler ikke dette bare om helse- og sosialkontorene, men også om hjemmetjenestene, som møter brukerne til daglig. De store forskjellene i bruk av opplæringstiltak indikerer at hjemmetjenestene har en spesielt viktig rolle her, og at det er viktig å få til god samhandling mellom hjemmetjeneste og helse og sosialkontor. Etter vår

vurdering bør de andre distriktene se nærmere på hvordan Madla og Tjensvoll (HSK og hjemmebaserte) har arbeidet med kulturbygging og opplæringstiltak.

Tallene kan også tyde på at potensialet for bruk av hverdagsrehabilitering heller ikke er fullt ut tatt ut. For det første er det enkelte andre kommuner som har en høyere andel brukere med hverdagsrehabilitering enn Stavanger ([se faktadel](#)). For det andre har det vært en liten reduksjon i antallet hverdagsrehabiliteringsvedtak fra 2016 til 2018. For det tredje er det også her en viss forskjell mellom distriktene, selv om forskjellene er mindre her enn ifm. hverdagsmestring.

Gjennomgangen tyder også på at kommunens samlede oppfølging av brukere som mottar hverdagsrehabilitering kan bli bedre. En god del av brukerne som mottar hverdagsrehabilitering, mottar også hjemmesykepleie. En vanlig arbeidsdeling da er at HRH-teamet tar morgenbesøket, mens hjemmesykepleien tar brukeroppløping om kvelden og i helger. HRH-teamet opplever imidlertid nokså ofte at hjemmetjenesten gir hjelp til oppgaver som bruker trener på ifm. hverdagsrehabiliteringen. Dette svekker effekten av hverdagsrehabiliteringen.

I likhet med Stavanger har Eigersund kommune valgt en spesialisert modell for hverdagsrehabilitering. Det vil si at hverdagsrehabiliteringen ikke er en integrert del av hjemmetjenesten, men at de som arbeider med hverdagsrehabilitering er organisert i en egen enhet. I praksis er det imidlertid store forskjeller mellom de to kommunene. I praksis er HRH-teamet i Eigersund nokså integrerte med hjemmetjenesten i form av tett samarbeid mht. opplæring, erfaringsutveksling og oppfølging av brukerne. I Stavanger er hjemmetjenestene og HRH-teamet også i praksis nokså adskilte

Pilotering. Kommunen bruker pilotering som grep for å utvikle tjenester og verktøy innenfor Leve HELE LIVET. Etter vår vurdering er dette et godt grep for å teste ut hvordan tjenestene fungerer, for deretter å vurdere om dette bør rulles ut i hele tjenesten. Samtidig finner vi indikasjoner på at piloteringen fører til at kommunen blir et «flerhastighetstog». Hundvåg og Storhaug var pilot i forbindelse med bruk av medisindispensere, og har klart flest brukere med medisindispensere. Madla var pilot for hverdagsrehabilitering og har klart flest brukere med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Det kan se ut som de får et forsprang som de andre har vansker med å ta igjen.

I hvilken grad er intensjonene med leve HELE LIVET forankret i den ordinære hjemmesykepleien? Det er delte meninger om hvorvidt målene om egenmestring og hjelp til selvhjelp har smittet over i den ordinære hjemmetjenesten. De er delvis sikret gjennom opplæringstiltakene, som det kun er Stavanger som har, av våre fire undersøkte kommuner.

Etter vår vurdering er opplæringstiltakene et godt og viktig grep for å innarbeide egenmestringstankegangen i den ordinære hjemmesykepleien, og for å endre holdning og

arbeidsform. På denne måten bygger man en felles hverdagsmestringskultur gjennom en felles vedtaksstruktur.

Samtidig treffer disse vedtakene et mindretall av brukerne. Gjennomgangen vår tyder på at Stavanger fortsatt har en vei å gå mht. å utvikle en kultur der hverdagsmestring gjennomsyrrer hele den ordinære hjemmesykepleien. Intervjuene tyder for det første på at det i noen tilfeller utføres en del oppgaver *for bruker* og ikke *sammen med bruker* (opplæring), selv om det er et opplæringstiltak. For det andre er det forskjeller mellom distriktene, som vi har vært inne på. For det tredje tyder intervjuene på at det er store individuelle forskjeller i tjenesteutførelsen, dvs. at pleierne følger opp vedtakene ulikt.

Et annet aspekt er at det ikke er formelle kompetansekrav knyttet til å utføre et opplæringstiltak, slik det eksempelvis er ifm. å utføre sykepleieprosedyrer. Vi får opplyst at dette av og til fører til at opplæringstiltakene overlates til vikarer eller de med lavest formell kompetanse. Vi vet lite om i hvilket omfang dette foregår, men det er noe kommunen bør følge opp, slik at kvaliteten i oppfølgingen sikres.

Er Leve HELE LIVET ferd med å dabbe av? Momentum i implementeringen er viktig for å sikre en effektiv virkeliggjøring av Leve HELE LIVET-satsingen. Etter seks år er satsingen fortsatt underveis. Det er en viss fare for at det melder seg en omstillingstrøtthet og fare for tilbakefall til gamle kompenserende arbeidsformer. Intervjuene tyder på at det fortsatt er mye entusiasme og pågangsmot ute i tjenestene. Den store variasjonen mellom pleierne indikerer imidlertid at egenmestringsperspektivet ikke fullt ut reflekteres i holdning og arbeidsform. Det ser også ut til å være en viss slitasje blant de mest entusiastiske pleierne, som tidvis møter motstand i egen organisasjon og blant brukere og pårørende. I tillegg finner vi forhold/hindre den enkelte pleier står overfor i hverdagen som kan svekke implementeringen av satsingen, eller som kan bidra til dette ([se faktadel](#)). Det er derfor viktig kommunen ser nærmere på disse forholdene og samtidig opprettholder endringstrykket.

Rolleendring. De ansatte i hjemmesykepleien ser ut til å ha fått en ny rolle overfor mange av pasientene. I stadig større grad fremstår de mer som en mentor eller lærer som skal hjelpe pasientene i å mestre oppgavene selv, i stedet for en hjelper som gjør oppgavene for dem. I mange tilfeller krever rollen at de fremstår mer som hverdagsterapeuter eller hverdagstrenerer enn som pleiere.

Kompetanse. Kommunen har gjennomført en del gode kompetansehevingstiltak, men samlet sett har tiltakene vært sporadiske og for lite systematiske, spesielt rettet mot de ansatte i hjemmetjenesten. Tiltakene har nådd for få av de ansatte og «trykket» har vært for ujevnt. Inntrykket vårt er at de ansatte i hjemmesykepleien ikke i tilstrekkelig grad har fått tilstrekkelig påfyll av kompetanse som trengs for å fylle den nye rollen. Eksempler på dette er relasjonskompetanse, pedagogisk kompetanse og opptrening- eller rehabiliteringskompetanse.

Det ser ut til å være behov for et praksisnært kompetanseløft som når flere ansatte, og som kan være med å legge grunnlaget for en mer likeartet praksis. Dersom det stemmer at opplæringstiltakene i mange tilfeller utføres av vikarer og de med lavest formell kompetanse, er det svært viktig at kompetansehevingstiltakene også treffer disse.

Det bør legges til at kompetanse er et av fire hovedtema i kommunens pågående omstillingsprogram for hjemmebaserte tjenester. Kompetansedelen av dette programmet startet opp i januar 2019 og kommunen ønsker å satse på fag- og samhandlingskompetanse.

Synes brukerne og pårørende at hverdagsmestring er en god ide? En viktig betingelse for å lykkes med hverdagsmestring, er at brukerne og de pårørende opplever dette som en kvalitetsforbedring.

Kommunens brukerundersøkelser tyder på at brukerne er veldig fornøyde med hjemmetjenesten og den hjelpen de får for å kunne bo hjemme. Selv om brukerne gjennomgående ser ut til å være fornøyde med tjenesten, mener de ansatte selv at det kan være krevende å overbevise brukere og pårørende om at egenmestring er det beste. **For noen brukere og pårørende er hjelp til selvhjelp et tegn på kvalitet. For andre er det ikke det. De har et ønske om at pleierne skal gjøre oppgavene for dem.** For dem er det motsatte av målene i reformen et tegn på kvalitet. Vi har fått lignende tilbakemeldinger i de andre undersøkte kommunene.

Flere peker på at både brukere og pårørende ofte har klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. at brukerne er syke og må få hjelp. Dermed inntas en passiv pasientrolle. De siste årenes endringer av innholdet i hjemmesykepleien blir etter vår vurdering ikke tilstrekkelig fanget opp i navnet på tjenesten, eller rettere sagt: Det folk forbinder med hjemmesykepleie.

Resultater. Stadig flere eldre innbyggere i Stavanger ser ut til å klare seg uten pleie- og omsorgstjenester. I tillegg er den gjennomsnittlige botiden på sykehjem redusert kraftig.

Dette er indikasjoner på at innslagspunktet for hjemme- og institusjonstjenester utsettes.

Det har også vært en klar nedgang i andelen mottakere av hjemmetjenester de siste årene, og en betydelig andel brukere avslutter hjemmesykepleien, og klarer seg på egen hånd, uten hjelp, etterpå. Utviklingen viser også at det totalt sett er en større sirkulasjon/gjennomstrømming av brukere i hjemmetjenesten, og at det er flere som avslutter tjenesten enn som kommer til som nye brukere.

Disse utviklingstrekkene er alle indikasjoner på en utvikling som er i tråd med målet om at flest mulig skal klare seg hjemme på egen hånd. Gjennomgangen tyder på at denne utviklingen har sammenheng med kommunens satsing på hverdagsrehabilitering og

hverdagsmestring. Det er imidlertid vanskelig å si noe sikkert om hvordan disse faktorene slår ut og hvor mye som skyldes andre forhold, for eksempel en generelt friskere befolkning.

ANBEFALINGER

- Kommunen bør sette inn tiltak for å øke bruken av hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak og utjevne forskjellene mellom distriktene
- Kommunen bør skape en mest mulig felles kultur og arbeidsform, mellom helse- og sosialkontorene og mellom hjemmetjeneste-enhetene. Det er viktig å sikre at egenmestringsperspektivet er det naturlige utgangspunktet for alt som gjøres i hjemmesykepleien.
- Kommunen bør fortsette det viktige arbeidet med å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringene av tjenesteinnholdet
- Kommunen bør jevnlig måle den økonomiske effekten av tiltakene innen Leve HELE LIVET, herunder hverdagsrehabilitering, opplæringstiltak og velferdsteknologi.

Hva trengs? For å følge opp de to første anbefalingene, er det etter vår vurdering behov for å gjøre flere ting. *For det første* er det behov for en tettere integrering mellom kompetansemiljøene innen opptrening og rehabilitering og hjemmetjenestene. *For det andre* trengs en tettere oppfølging av opplæringstiltakene. For det tredje trengs et tettere faglig samarbeid mellom helse- og sosialkontorene og for det fjerde er det viktig å finne gode arenaer for å avklare forventningene til hjemmesykepleien.

MULIGE LØSNINGER

Det er selvfølgelig opp til kommunen å vurdere *hvordan* dette skal gjøres, men vi har noen forslag, basert på våre parallelle forvaltningsrevisjoner i Stavanger, Sandnes, Eigersund og Hå kommune.

Det er som nevnt behov for et **praksisnært kompetanseløft i hjemmetjenesten**. **Eksempler** på dette er hospitering, casegjennomganger og veiledning skulder ved skulder. Slike kompetansehevingstiltak får veldig gode tilbakemeldinger i våre intervjuer og er relativt enkle å gjennomføre. Hverdagsrehabiliteringsteamet bør få en viktig rolle her. Kommunen bør også vurdere å trekke fysio- og ergoterapitjenesten inn i dette arbeidet. I motsetning til hverdagsrehabiliteringsteamet, har fysio- og ergoterapitjenesten så langt hatt en nokså perifer rolle ifm. leve HELE LIVET og vært «*litt på siden*» av reformen. Samhandlingen mellom fysio- og ergo og hjemmetjenestene ser også ut til å ha et forbedringspotensial. En tettere involvering av fysio- og ergoterapitjenesten vil kunne gi to

gevinster. Det vil øke opplæringskapasiteten og det vil kunne bringe dette kompetanse-miljøet mer inn i reformen. Det vil også være mulig å gi Madla og Tjensvoll hjemmeba-serte en rolle i kompetanseløftet, ettersom dette distriktet har gode resultater å vise til.

Hjemmetrenerne i hjemmetjenesten er en annen mulighet. Sandnes kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering innenfor hjemmetjenestene med en kombinasjon av et *spesialisert hverdagsrehabiliteringsteam* med fysio- og ergoterapikompetanse og hjem-metrenerne som er ansatte i hjemmetjenestesonene. Førstnevnte setter i gang tiltak og føl-ger opp, sistnevnte gjennomfører de fleste treningsoppleggene. Fordelen med denne modellen er at den tverrfaglige kompetansen til hverdagsrehabiliteringsteamet blir bedre forankret hos de ansatte i hjemmetjenesten. En potensiell utfordring med en slik modell er at hjemmetrenerne risikerer å måtte konkurrere med det som oppfattes å være mer presserende pleie- og omsorgsoppgaver.

Overlapping mellom HRH og hjemmesykepleie ifm. oppfølging av brukere. HRH-teamet jobber på dagtid, i ukedagene. Gjennomgangen vår tyder på at det lite eller ingen overlapp mellom HRH-teamet og hjemmesykepleien, og at de jobber ganske adskilt. I Eigersund er det en stor grad av overlapp mellom de to tjenestene, for eksempel i form av at hjemmesykepleien overtar HRH-teamets øvelser på kveldstid og i helgene. Dette sikrer kontinuitet i treningen og en bedre forståelse for denne måten å jobbe på, i hjem-metjenesten. Kanskje noe tilsvarende kan være aktuelt i Stavanger?

Etter vår vurdering vil det kunne være nyttig for Stavanger å se nærmere på hva HRH-teamet og hjemmetjenestene i Eigersund har gjort for å forankre hverdagsmestringstan-kegangen ute i organisasjonen, i form av tett samarbeid mht. opplæring, erfaringsut-veksling og oppfølging av brukerne.

Tett lederoppfølging. Etter vår vurdering er det også viktig å sikre en tett lederoppføl-ging, både mht. forekomst av HRH- og opplæringstiltak og mht. selve oppfølgingen av vedtakene. I dag får ikke HRH-teamet nødvendig drahjelp fra hjemmesykepleien i opp-følgningen av felles pasienter. Tvert i mot gir hjemmesykepleien ofte hjelp til oppgaver som bruker trener på sammen med HRH-teamet. Vi har også eksempler på at pleierne gir kompenserende hjelp til brukere som har opplæringstiltak. Vi har dessuten eksemp-ler på at noen ressurspersoner opplever at de står litt alene i å fronte egenmestringsper-spektivet i hjemmetjenesten.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Forvaltningsrevisjonen med formål å undersøke hvor godt Leve HELE LIVET er implementert i Stavanger kommune, er den første «eksterne» gjennomgangen av denne satsingen. Kommunen har selv gjennomført systematiske milepølseevalueringer underveis i prosjektet, men en ekstern og uhildet gjennomgang gir et annet perspektiv både på helheten og enkeltelementer i satsingen. Revisjonen har benyttet tydelige revisjonskriterier, som både er konkrete og ikke for tvetydige (ikke så avhengig av tolkning fra revisor). Rådmannen vil spesielt framheve at flere av revisjonskriteriene er fokusert på resultat for brukere og innbyggere. Rådmannen mener rapporten av den grunn er svært nyttig i det videre arbeidet. Gjennomgangen tyder på at utviklingen med at flere klarer seg hjemme med mindre hjelp kan ha sammenheng med satsingen på hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og andre helsefremmende tiltak.

Rapporten identifiserer flere utfordringer som er kjent for rådmannen og som det jobbes aktivt for å finne gode løsninger på. Dette gjelder blant annet ulik praksis når det gjelder tildeling av tjenester, samt ulik kompetanse, kultur og holdninger blant ansatte og ledere ved gjennomføring av tiltak.

Etter rådmannens vurdering gir sammendraget i rapporten et noe ubalansert bilde av innholdet i og resultatene av Leve HELE LIVET- satsingen i sin helhet. Sammendraget kan gi inntrykk av at forbedringspotensialet er langt større enn de resultatene som faktisk er oppnådd gjennom denne satsingen, og den snuoperasjonen som så langt er gjennomført.

Handlingsplaner og tiltaksplaner

Stavanger kommune har hele tiden benyttet forbedringshjulet i utviklingsarbeidet med Leve HELE LIVET, det vil si at vi har planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert tiltakene underveis. Systematisk småskallatesting har ført til utvikling og forbedringer i virksomhetene - «slik gjør vi det her hos oss».

I prosjektbeskrivelsen fra 2011 ble formålet med prosjektet definert: å utvikle en ny aktiv eldrepolitikk som bygger på prinsippene om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv. I tillegg ønsket vi å prøve ut og evaluere en modell som handlet om hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner kan opprettholdes og styrkes, slik at funksjonsnedsettelse utsettes.

Prosjektbeskrivelsen inneholdt framdriftsplan med milepøler og hovedaktiviteter. Prosjektet er videre fulgt opp med tiltaksplaner, pilotutprøvinger, evalueringer, politiske forankringer og implementering. Resultatmål har blitt fulgt opp systematisk gjennom årlig oppdragsbrev og månedlige møter med helse- og sosialsjefene.

I revisjonsrapporten hevdes det at det ikke finnes en handlingsplan for implementering av Leve HELE LIVET. Under henvisning til overstående er rådmannen uenig i denne konklusjonen.

Kompetanseheving og kulturbygging

Leve HELE LIVET-satsingen betyr en helt ny måte å jobbe på innen helse- og omsorgstjenesten, med fokus på brukers ressurser i stedet for passiviserende pleie. Stavanger kommune jobber kontinuerlig med kompetansetiltak for å styrke kunnskapen om helsefremming, hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. I rapporten pekes det på at dette arbeidet framstår som lite systematisk. Fra prosjektets oppstart har kompetanseheving vært en viktig prosjektaktivitet:

- Kursing og veiledning i inviterende samtaleteknikk ble gjennomført i oppstartsfasen for alle ansatte på helse- og sosialkontorene og i avdeling for hverdagsrehabilitering. I tillegg fikk alle ansatte i hjemmebaserte tjenester en introduksjon i inviterende samtaleteknikk.
- 33 ansatte fra helse- og sosialkontor, hjemmebaserte tjenester og fysio- og ergoterapitjenesten gjennomførte videreutdanning i rehabilitering ved Diakonhjemmet Høgskole (5 studiepoeng).
- Opplæring i bruk av validerte kartleggingsverktøy har vært en forutsetning for arbeidet. Ved oppstart ble det gjennomført kurs for ansatte på helse- og sosialkontoret, hjemmebaserte tjenester, sykehjem, fysio- og ergoterapitjenesten og avdeling for hverdagsrehabilitering i Pasientspesifikk funksjonskala PSFS og Short physical performance battery SPPB.
- Det ble etablert et internt læringsnettverk for ressurspersoner/endringsagenter i hjemmebaserte tjenester. På samlingene ble det gitt undervisning i tema som var aktuelle for implementering av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.
- For å styrke samhandlingen mellom helse- og sosialkontor og hjemmebaserte tjenester ble det gjennomført en pilot med utprøving av metodikken Relasjonell koordinering. Gode resultater fra piloten gjør at metodikken vil videreføres i prosjektet Friere faglighet – mindre byråkrati på Eiganes og Tasta.
- Kompetanse er et eget innsatsområde i forbindelse med det etablerte omstillingsprosjektet i hjemmebaserte tjenester. Stavanger kommune har i denne forbindelse startet arbeidet med en overordnet kompetanseplan for hjemmebaserte tjenester og en oppbygging av digitale opplæringsplaner. Dette vil bidra til å systematisere kompetansearbeidet og gi en oversikt over hvilken kompetanse som er nødvendig for å møte innbyggernes behov i tråd med Leve HELE LIVET satsingen og behovet for helse og velferdstjenester for øvrig.

Sammenligning små og store kommuner

Større kommuner har ofte et bredere rehabiliteringstilbud enn små kommuner. For eksempel har Stavanger kommune et høyt antall brukere med hverdagsmestring og brukere som får – Felles bruker – felles innsats, et tverrfaglig tilbud i kombinasjon av fysio- og ergoterapitjenester og hjemmesykepleie. Hvilke tilbud disse får i andre kommuner

kan variere. For eksempel viser figur 15 på side 37 antall brukere av hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak i prosent av antall innbyggere. Dersom vi for Stavanger kommune legger til antall brukere over 80 år som har Felles bruker – felles innsats i 2018, gir det et tillegg på 1,7%. Da ville vi samlet for Stavanger kommet opp i 23,6 % av befolkningen som får tiltak. Dette eksempelet viser at det er utfordrende å sammenligne tall fra kommune til kommune, dersom det ikke tas høyde for andre tilbud som bidrar til selvstendighet og mestring utover hverdagsrehabilitering.

Ulik organisering av tjenestene gjør det også utfordrende å sammenligne kommunene på tvers. For eksempel viser tabell 2 på side 24 organisering av hverdagsrehabiliterings-tilbudet i ulike kommuner. I rapporten er det beregnet antall brukere per ansatt i hverdagsrehabiliteringsteamet. I Sandnes kommune er ikke hjemmetrenere en del av teamet, men ansatte i hjemmetjenesten. Dersom en skulle gjort samme beregning i Stavanger, og trukket hjemmetrenere fra antall ansatte i teamet ville vi hatt 73 brukere per årsverk terapeuter, i stedet for 34 som fremgår i rapporten

Sammenligninger mellom kommunene er likevel nyttig når det gjelder faglig tilnærming, organisering og tiltak. Rapporten synliggjør på en god måte viktigheten av erfaringsdeling mellom kommunene i Rogaland. Spesielt gjelder dette arbeidet med å styrke felles målbilde mellom helse- og sosialkontorene, hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet. Med bakgrunn i denne rapporten vil Stavanger kommune ta initiativ til et seminar høsten 2019 for de kommunene som omfattes av denne revisjonen for å formidle resultater, dele erfaringer og lære av hverandre. I den forbindelse kan det også være aktuelt å vurdere å re-etablere det interkommunale nettverket for hverdagsrehabilitering som eksisterte da kommunene startet opp med satsingen.

Med hilsen

Per Kristian Vareide
rådmann

Eli Karin Fosse
direktør helse og velferd

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å undersøke hva slags betydning Leve HELE LIVET-satsingen i Stavanger kommune har for de mest berørte tjenestene. Leve HELE LIVET er en omfattende programsatsing, og en rekke prosjekter er gjennomført eller pågår for å gjennomføre de fire satsingene på helsefremming og forebygging, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Prosjektet skal undersøke hvor godt Leve HELE LIVET-satsingen er blitt implementert ute i tjenestene og om brukerne har høstet kvalitetsmessige gevinster i tråd med reformens mål om å støtte de eldre til et aktivt liv der de klarer seg selv best mulig.

Problemstillinger:

- Hva er **status for implementering** av de viktigste tiltakene i Leve HELE LIVET-satsingen i de tjenester som i særlig grad er berørt av denne satsingen?
- Hvordan er det **tilrettelagt** for at de ansatte skal kunne virkeliggjøre Leve HELE LIVET-satsingen gjennom **opplæring, ledelse** og **ressurser**?
- I hvilken grad finnes det **organisatoriske og finansielle utfordringer** som svekker implementeringen av Leve HELE LIVET-satsingen? Noen underproblemstillinger:
 - Bygger **budsjettmodell og inntektsfordeling** oppunder Leve HELE LIVET-satsingens intensjoner om forebygging og friskmelding av brukere, samt integrering av innovative tiltak i de tradisjonelle tjenester, særlig i hjemmebaserte tjenester?
 - I hvilken grad svekker **høy institusjonsdekning** Stavanger kommunes muligheter til å satse mer på hjemmetjenestene?
 - Fungerer **samhandlingen** mellom ulike tjenester slik at brukerne møter en **koordinert** og **treffsikker** tjeneste?
- I hvilken grad oppnår Stavanger kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

1.2.1 HVA ER LEVE HELE LIVET?

Grunntanken i Leve HELE LIVET-satsingen er å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at den i langt større grad enn i dag støtter eldre mennesker i å leve et aktivt liv med høy grad av egenomsorg.

Riktig innsats skal settes inn tidlig for å utsette tiden for funksjonssvikt og forhindre at de eldre blir fanget i den såkalte «hjelpefelleren», dvs. som passive mottakere av pleie og omsorg. Hvis en forutsetter at de fleste ønsker å være selvhjulpne og bo hjemme lengst mulig, vil satsingen bety en kvalitetsforbedring for brukerne. I tillegg vil den kunne redusere utgifter til tjenester og gi de ansatte en mer motiverende og meningsfull arbeidshverdag.

Målet er å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og unngå at brukeren føler eller gjør seg avhengig av hjelpeapparatet. Dette har betydning for hvordan omsorgstjenesten forholder seg til brukeren. Det sentrale spørsmålet i forhold til brukeren er: **Hva er viktig for deg? Og ikke Hva er problemet du trenger hjelp til?**

Leve HELE LIVET-satsingen har de siste seks årene utviklet og implementert tiltak innenfor fire innsatsområder. Her inngår *helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak*, blant annet forebyggende hjemmebesøk, samt økt bruk av *velferdsteknologi* slik at eldre med begynnende funksjonssvikt kan bo lenger hjemme.

I satsingen inngår også *hverdagsrehabilitering* hvor deltakeren etter sykdom og/eller funksjonssvikt får et «ytelsessjokk» med opptrening for å bedre sin fysiske funksjon. Dette virkemidlet var viktig i første versjon av Leve HELE LIVET. *Hverdagsmestring* går ut på at hjemmesykepleien gir brukere opplæring til å mestre flere hverdagsaktiviteter. Dette virkemidlet stod sentralt i den andre versjonen av satsingen.

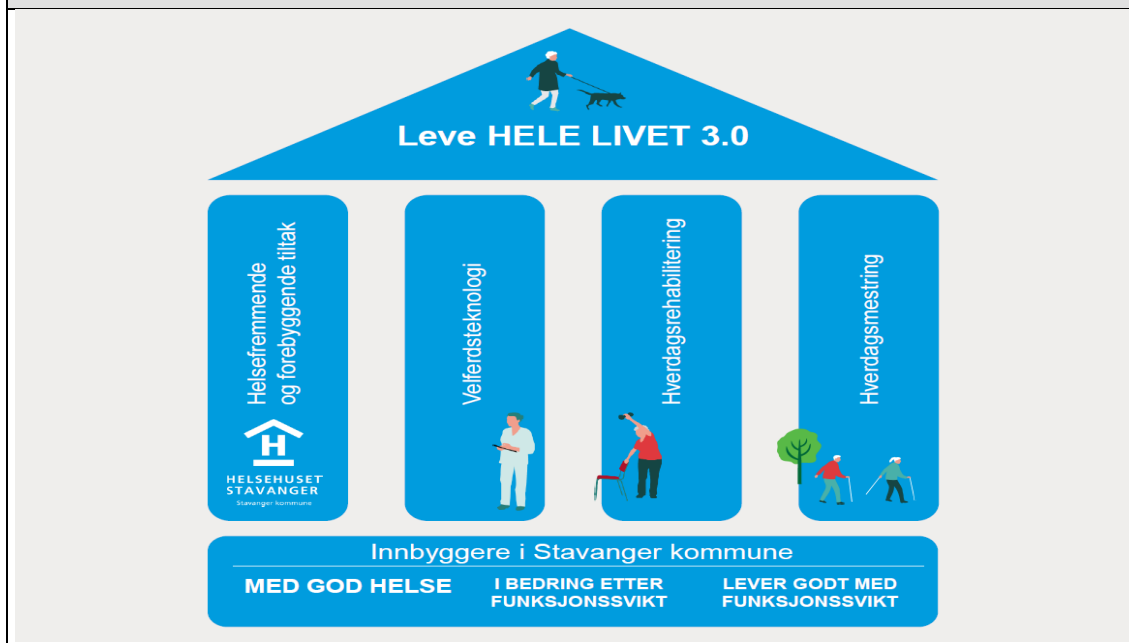
Disse fire satsingsområdene må ses i sammenheng for å kunne ta ut det potensialet den enkelte har for egenmestring og egenomsorg. Bredden av tiltak skal gjøre det mulig å finne fram til en tjenestesammensetning som er tilpasset ulike brukeres behov.

I handlings- og økonomiplanen for 2019-2023 framgår det at innsatsen på alle områder i Leve HELE LIVET-programmet skal forsterkes i planperioden.

Figuren nedenfor viser versjon 3 av Leve HELE LIVET med de fire satsingsområdene.¹

¹ I 2016 besluttet politikerne i Stavanger at Leve HELE LIVET skal implementeres i hele levekårsområdet. Versjon 3.0 skal omfatte rehabiliteringstilbud til alle brukere i hjemmetjenesten uavhengig av diagnose og alder. Dette innebærer også tilbud til brukere innen områdene psykisk helse, rus og utviklingshemming. Istedenfor å gi kompensierende tjenestetilbud skal rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjonsevne og hindre ytterligere funksjonstap, slik at flest mulig kan ha et aktivt og godt liv og klarer seg selv best mulig ut fra sin situasjon. Den revisjonen er opptatt av implementeringen og da har det vært mest nærliggende å undersøke tiltak rettet mot eldre.

Figur 1 – Leve HELE LIVET-satsingen i Stavanger kommune (versjon 3.0).



De fire satsingsområdene har til hensikt å støtte innbyggerne til å ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig. *Forebyggende tiltak* skal være med å sikre innbyggerne god helse gjennom livsløpet. *Rehabiliteringstiltak* skal for sin del kunne gi bedring for de som har opplevd funksjonssvikt. Ulike former for *tilrettelegging*, blant annet velferdsteknologi, skal sørge for at de eldre kan leve godt med en vedvarende funksjonssvikt. Og når aldring og sykdom setter sine uheldredelige spor, skal innbyggerne være trygge på at de får den kompensierende hjelp de trenger fra pleie- og omsorgstjenestene.

Leve HELE LIVET-satsingen i Stavanger kan kanskje best karakteriseres som en kontinuerlig endringsprosess. Forvaltningsrevisjonen er dermed en underveisrapport om hva som er status for programmet våren 2019.

1.2.2 REVISJONSKRITERIER – HVORDAN VURDERE LEVE HELE LIVET-SATSINGEN?

Forvaltningsrevisjonen er en kombinert *mål- og resultatvurdering* (forholdet mellom mål og resultat) og en vurdering av *implementeringsprosessen* (hva fremmer eller hemmer virkeliggjøringen av målene). Det er implementeringen av Leve HELE LIVET-tiltakene som er i søkelyset i denne revisjonen, ikke selve utviklingsarbeidet.

Siktemålet er å vurdere i hvilken grad Leve HELE LIVET fungerer som en *kvalitetsreform* for eldre innbyggere. Undersøkelser viser at de fleste eldre ønsker å bo lengst mulig hjemme, og for noen vil hjelp til egenmestring og selvhjulpenhet oppleves som en klar kvalitetsforbedring. Fra tjenestens side blir det da viktig å finne fram til de som har potensiale for å bo hjemme og tilrettelegge for at den eldre faktisk kan klare å bo hjemme.

Når det gjelder mål- og resultatvurdering, knytter vi dette til overordnet måloppnåelse og direkte effekter av de tiltakene som blir iverksatt. I tillegg vurderer vi perspektivets forankring i organisasjonen, dvs. egenmestringens utbredelse, dvs. en mer kvalitativ dimensjon. Punktene under er revisjonskriterier/forventninger som dataene vurderes opp mot:

- Egenmestringsperspektivet er godt forankret i kommunen som grunntanke og arbeidsform, både ifm. hverdagsrehabilitering og i den ordinære hjemmesykepleien. Sammenligninger med andre kommuner er sentrale vurderingskriteriet her
- For de ansatte betyr arbeidet med egenmestring at deres rolle og arbeidsmåte endres:
 - Fra pasientbehandling til en sterkere vektlegging av pasientopplæring.
 - Fra hjelperrollen til en sterkere vektlegging av lærerrollen
- Egenmestringsperspektivet er godt forankret hos brukerne og pårørende. Brukere og pårørende opplever at det er en kvalitetsforbedring.

EFFEKT AV TILTAK

- Brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering eller kortere vedtak om hjelp til selvhjelp har mindre behov for tjenester etter gjennomført tiltak
- Grad av utbredelse av velferdsteknologi. Sammenligninger med andre kommuner er det sentrale vurderingskriteriet her

OVERORDNET MÅLOPPNÅELSE

I prosjektets innledende fase undersøkte vi hvilke måleparametre som brukes i andre kommuner og på landsbasis i forbindelse med den ny nasjonale Leve hele livet-satsingen². Resultat:

- Det finnes per dato ikke nasjonale måleindikatorer og bildet varierer i kommunene. Det er utviklet få indikatorer for å fange opp den overordnede effekten av kommunens satsing på egenmestring og hverdagsrehabilitering.

De valgte indikatorene er basert på en samlet gjennomgang av hva som brukes i de ulike kommunene og erfaringer fra andre prosjekter.

- Innslagspunktet for når de eldre trenger pleie- og omsorgstjenester utsettes
 - Andel som klarer seg uten pleie og omsorgstjenester
 - Gjennomsnittlig botid i langtids sykehjemsseng går ned

² Foruten helsedirektoratet har vi vært i kontakt med Östersund (konseptet har røtter her, Fredericia (rollemodellen for Stavanger), Trondheim, Kristiansand, Bærum, Karmøy, Sandnes, Eigersund og Hå.

- Økt sirkulasjon av brukere i hjemmetjenestene, dvs. flere nye kommer til og flere avsluttes, som er en indikasjon på stadig en større andel brukere med tidsbegrensete vedtak. En slik utvikling vil være en logisk konsekvens av flere hjelpetiltak som skal gjøre brukerne selvhjulpne
- Eldres behov for praktisk bistand går ned
- Kommunens utgifter innen helse og omsorg flater ut, går ned eller øker mindre enn sammenlignbare kommuner. Indikatorer:
 - Gjennomsnittlige utgifter per mottaker
 - Utgifter per mottaker for de eldste hjemmetjenestemottakerne

Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at en nedgang i antall brukere sannsynligvis vil føre til økte utgifter per bruker, ettersom det er de «letteste» som blir selvhjulpne, og de som har behov for mest tjenester som blir igjen.

Dette kan imidlertid måles ved å undersøke utviklingen i pleietyngde over tid. Erfaringsmessig er det små endringer i den gjennomsnittlige pleietyngden fra år til år, og vi har flere indikasjoner på at pleietyngde-registreringen (IPLOS) i kommunene ikke er helt pålitelig.

Vi har imidlertid indikatorer som kan bidra til å fange opp denne «blindsonen» til produksjonsindikatoren over:

- Utgifter til hjemmetjenester for de eldste brukerne i prosent av innbyggerne i denne gruppen
- Behovskorrigerede utgifter til pleie og omsorg per innbygger

Kommentar: Alle disse utviklingstrekkene er indikasjoner på en utvikling som er i tråd med målet om at flest mulig skal klare seg hjemme på egen hånd. Det er imidlertid vanskelig å si noe sikkert om hvordan disse faktorene slår ut og hvor mye som skyldes andre forhold. En høyere andel eldre brukere som klarer seg uten pleie- og omsorgstjenester *kan* skyldes en generelt friskere befolkning, det *kan* skyldes at kommunens terskel for å gi pleie- og omsorgstjenester økes, eller det *kan* være en effekt av egenmestringsarbeidet. En reduksjon i praktisk bistand (rengjøring) blant de eldre kan også skyldes en generelt friskere befolkning eller at de velger private løsninger.

Det er heller ikke helt enkelt å måle effekten av satsingen på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, fordi vi ikke vet hva som ville skjedd dersom brukerne ikke fikk disse tjenestene. Noen ville kanskje blitt friske av seg selv, uten bistand. Men det vet vi ikke. Selv om dette er opplagte svakheter med disse måleindikatorene, er det disse indikatorene som er mulige å fremskaffe, og vi tenker at summen av disse likevel vil gi oss en pekepinn på hvordan reformen virker.

KRITERIER FOR Å LYKKES MED IMPLEMENTERINGEN

Samsvar mellom mål og virkeliggjøring av reform kommer ikke av seg selv. Det er etter hvert kommet ulike forskningsbidrag som peker på kriterier som må være på plass for at en implementering skal bli vellykket.

Stavanger kommune har selv vist til John P. Kotters bok (2012) «*Leading Change*» som en inspirasjonskilde til hvordan Leve HELE LIVET-satsingen kan omsettes til praksis.³ Følgende faktorer må på plass om implementeringen skal bli vellykket: Motivering, alliansebygging, klart mål, kommunisering av mål, mobilisering av «fotfolket», gode fortellinger, hindre tilbakefall og jobbe med kontinuerlig forbedring.

Det er også kommet bidrag, særlig fra Danmark, som peker på ulike suksesskriterier for å lykkes med hverdagsrehabilitering. I en kunnskapsoversikt laget for norske KS, har Først og Høverstad (2014) sammenfattet en rekke studier og pekt på følgende suksesskriterier: Forankring i ledelsen, ressurser til intensiv innsats, kulturendring, kompetanseutvikling, tverrfaglig samarbeid, informasjon til brukere og pårørende, målgruppe med de «rette» brukerne og dokumentasjon av gevinster.

Også annen faglitteratur om implementering har pekt på betingelser for vellykket iverksetting: Kriseforståelse, adekvat kunnskapsgrunnlag, engasjerte og kompetente «iverksettere», støtte til tiltaket i målgruppen og stabil støtte fra de som gjorde vedtakene. (se vedlegg).

Basert på de refererte studiene har vi valgt ut følgende kriterier for å kunne bedømme framdrift og status i arbeidet med Leve HELE LIVET. Høy skår på de 9 betingelsene forventes å gi god drive og effektivitet i implementeringen. Tilsvarende vil større avvik fra disse betingelsene tilsi at det er forhold som hemmer effektiv implementering.

Skjemaet er utgangspunkt for å si noe om disse kriteriene er ivaretatt, eller om det noe som kommunen bør gjøre mer av fremover.

³ Jf. Stavanger kommunes foredrag på den nasjonale Helsekonferansen 3. mai 2018.

Tabell 1 – Revisjonskriterier for å vurdere implementeringen av Leve HELE LIVET

| Vilkår for implementering | Revisjonskriterier |
|---|---|
| 1. Nødvendighet | Oppfatning om at noe må gjøres... |
| 2. Klart målbilde | Tydelig hovedmål |
| | Operasjonaliserbare resultatmål |
| | Kommunisering av mål |
| | Klar ansvarsplassering for framdrift |
| 3. Kunnskap om nytteverdi (gevinst) | Kunnskap om nytteverdi i forhold til piloterte tiltak |
| | Kunnskap om nytteverdi av samlede tiltak satt i drift |
| 4. Forankring | Folkevalgte |
| | Administrativ ledelse |
| | Linjeledere i tjenestene |
| | Ansatte i berørte tjenester |
| 5. Tverrfaglig samarbeid | I behovskartlegging |
| | I tjenesteutførelsen |
| 6. Strukturelle endringer for å understøtte Leve HELE LIVET | Tilpasse budsjettmodellen |
| | Organisatoriske tilpasninger i hjemmetjenestene |
| 7. Kompetente og engasjerte «iverksettere» i tjenestene | Kompetansebygging |
| | Kulturbygging |
| 8. Oppslutning i målgruppen | Eldre innbyggere/ brukerne |
| | Pårørende |
| 9. Motvirke tilbakefall | Vedlikehold ved motivering, påminnelser og nye suksesshistorier |

1.2.3 AVGRENSNING

Dette prosjektet vil undersøke implementeringen av Leve HELE LIVET og hvordan egenmestringstankegangen er forankret i de mest berørte tjenestene. Vi har valgt ut to helse- og sosialkontorer og to hjemmetjenestedistrikter (Hundvåg og Storhaug og Madla og Tjensvoll), hverdagsrehabiliteringsteamet og fysio- og ergoterapitjenesten. I tillegg har vi intervjuet en rekke andre sentrale personer (se metode i [vedleggsdelen](#))

Syretesten på om kommunens forebyggingsambisjoner faktisk får effekt, er om den påvirker kvaliteten på de tjenester som ytes til brukerne. I en stor kommune kan det være lang vei fra høye politiske ambisjoner om bedre og billigere tjenester, til brukere og ansattes virkelighet ute i tjenestene.

Hjemmetjenestedistriktene og hverdagsrehabiliteringsteamet har fått mest oppmerksomhet i vår gjennomgang. Hjemmetjenesten er ryggraden i kommunens omsorgstjeneste, og ivaretar personer med små og store bistandsbehov, både i korte perioder og over lengre tid. Hjemmetjenesten er en viktig samarbeidspartner for avdelingen med ansvar for hverdagsrehabiliteringen, som har en meget sentral rolle i kommunens arbeid med egenmestring og hjelp til selvhjelp.

Organisering av neste kapittel: I innledningen av neste kapittel går vi kort inn på hvordan utviklingen av Leve HELE LIVET har vært. Deretter går vi nærmere inn på status

for implementeringen av tiltakene innen reformen, herunder hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, velferdsteknologi og helsefremmende og forebyggende tiltak. I del 2.3 undersøker vi om betingelsene for effektiv implementering har vært på plass. I intervjuene ble vi oppmerksomme på en del forhold de enkelte pleierne står overfor i hverdagen, som vil kunne gjøre det vanskeligere å jobbe i henhold til målene. Dette blir ikke i tilstrekkelig grad fanget opp av implementeringsperspektivet. Derfor behandles disse momentene i kapittel 2.4. I faktadelens siste kapittel, del 2.5, ser vi nærmere på om målene med reformen er nådd.

2 FAKTADEL

2.1 UTVIKLINGEN AV LEVE HELE LIVET

Stavangers Leve HELE LIVET-satsing er utviklet over tid. Da Stavanger formelt satte i gang sitt omstillingsarbeid i 2010 reiste politikere og administrasjon sammen til Fredericia i Danmark for å høre om deres store omstillingsprosjekt i eldreomsorgen.

I prosjektbeskrivelsen fra 2011 ble formålet med prosjektet definert: å utvikle en ny aktiv eldrepolitikk som bygger på prinsippene om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv. I tillegg ønsket kommunen å prøve ut og evaluere en modell som handlet om hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner kunne opprettholdes og styrkes, slik at funksjonsnedsettelse ble utsatt. Målet var også å "knekke kurven" med et økende antall brukere som mottok hjemmesykepleie.

Prosjektbeskrivelsen inneholdt framdriftsplan med milepæler og hovedaktiviteter. Prosjektet er videre fulgt opp med tiltaksplaner, pilotutprøvinger, evalueringer, politiske forankringer og implementering.

Underveis er det jobbet en del med språk og begrepsbruk. Leve HELE LIVET er en ny måte å gi tjenester på, der egenmestring står sentralt, og der bruker skal være i førersetet.

Første trinn er å realisere potensialet for egenmestring. Deretter skal kommunen kompensere for det den eldre ikke klarer selv. Derfor har det vært viktig å utvikle uttrykk som setter ord på det nye tankesettet. Kommunen har bl.a. innført begrepet «hverdagsmestring» som betegnelse på det å selv håndtere ulike gjøremål i hverdagen.

Leve HELE LIVET-satsingen har i stor grad parallellkjørt utviklingsarbeid og implementering av nye tiltak. Det har med andre ord ikke vært en reform med en klar inndeling i en utviklingsfase, en implementeringsfase og en evaluerings- og korrigeringsfase. I stedet er utviklede og piloterte tiltak, som har vist seg nyttige, fortløpende blitt sluset over i drift.⁴ Denne prøve-og-feile-tilnærmingen - der brikkene har falt på plass under marsjen - kan best karakteriseres som en form for praksisnært innovasjonsarbeid - ved store og små skritt over tid er det skapt et grunnlag for radikal endring.⁵

Stavanger kommune har ikke passivt kopiert og adoptert ideer fra andre kommuner. Det er underveis hentet inspirasjon, særlig fra Fredericia, som så er videreutviklet for å

⁴ Stavanger kommune har hele tiden dyttet på det såkalte Forbedringshjulet i utviklingsarbeidet - planlegge, gjennomføre, evaluere, korrigere og forbedre - som grunnlag for planlegging og gjennomføring av nye tiltak. Inspirasjon er hentet fra Demings sirkel som blant annet er omtalt i Sosial og helsedirektoratets veileder IS 1162/2005: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

⁵ Et annet begrep som kan fange opp denne typen endringsarbeid, er *evolusjonær revolusjon*. Gjennom mange små og store endringer og justeringer over lang tid, skapes det et grunnlag for radikal kursomlegging eller et paradigmeskifte. Endringen skjer imidlertid ikke som en «big-bang» endring på et bestemt tidspunkt, men som en stille revolusjon som utspiller seg over lang tid.

passer inn i en Stavanger-kontekst.⁶ Stavanger har dermed et godt stykke på vei utviklet sin egen modell for å modernisere eldreomsorgen: «*Slik gjør vi det her hos oss*». Ved å lage sin egen modell har kommunen blitt en viktig inspirasjonskilde for regjeringens Leve Hele Livet-reform, selv om denne på flere områder er innrettet på en annen måte enn Stavangers Leve HELE LIVET-satsing.⁷ Navnet er imidlertid likt og lånt fra Stavanger.

2.2 HVA ER STATUS FOR IMPLEMENTERING AV TILTAK I LEVE HELE LIVET-SATSINGEN?

2.2.1 INNLEDNING

Leve HELE LIVET-satsingen har iverksatt flere tiltak innenfor de ulike innsatsområdene. Alle har til hensikt å støtte innbyggere til å ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig.

Hensikten er å få et inntrykk av framdriften og hvor utbredt de ulike tiltakene er i de mest berørte tjenestene, i første rekke de hjemmebaserte tjenestene.

2.2.2 HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering startet opp som pilot i Madla bydel høsten 2012 og er inspirert av Fredericia-modellen i Danmark. Piloten ble første gang evaluert våren 2013.⁸ Evalueringen resulterte i en beslutning om å utvide prosjektet til hele kommunen i løpet av 2014.⁹ Tjenesten ble på ny evaluert i 2016 og omfattet både årene med uttesting i Madla og det første hele driftsåret for hele kommunen.¹⁰ I planperioden 2019-2023 skal tilbudet gradvis utvides til nye brukere, uavhengig av diagnose og alder.

Hverdagsrehabilitering handler om tidlig innsats – å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats rettet mot nye brukere av helse- og omsorgstjenester. Hjelpen gis av to team bestående av tre terapeuter og fire hjemmetrenere. Med leder har tjenesten 15 stillinger. Hverdagsrehabilitering er organisert som en avdeling under Madla hjemmebaserte tjenester og er bydekkende.

⁶ «Længst muligt i eget liv» (LMEL) startet i 2008 i Fredericia kommune i Danmark.

⁷ Regjeringens Leve hele livet-reform består av 25 løsninger hentet fra 15 aktive kommuner (bl.a. Stavanger) på områder hvor det er utfordringer i tilbudet til eldre i dag: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider og helsehjelp. Reformperioden vil starte 1. januar 2019 og vare i fem år med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>

⁸ Jf. Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering. <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/seksjonsvis-inndeling2/seksjon-for-kvalitetsutvikling/evalueringssrapport-hverdagsrehabilitering-stavanger.pdf>.

⁹ I tillegg ble det som en oppfølging av evalueringen opprettet en ny stilling i Madla hjemmebaserte tjenester, som avdelingsleder for HRH-teamet.

¹⁰ Se rapport her... <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/helse-og-omsorg/leve-hele-livet/evalueringssrapport-hverdagsrehabilitering-2016.pdf> En prosjektoppgave ved Handelshøyskolen BI belyste ulike sider ved ordningen med tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteam, jf. Fosse, Eli Karin (2014): «De fikk meg jo opp på beina igjen...» En analyse av Hverdagsrehabiliteringsteamet i Stavanger.

Ytelsessjokk. Hverdagsrehabilitering innebærer å gi et skreddersydd «ytelsessjokk» i form av fysisk trening i ca. 45 minutter 5 dager i uken i fire uker. Terapeuter er inne tre ganger – før oppstart, etter 2 uker og etter 6-8 uker. Perioden med trening forlenges ved behov. Avslutning meldes til hjemmetjenestene med rapport og anbefaling om videre oppfølging.

Målgruppe. Fra oppstart i november 2012 til 2016 var målgruppen innbyggere over 65 år som hadde opplevd funksjonsfall. Evalueringen i 2016 viste at de yngste aldersgruppene var mest motivert og hadde størst effekt av hverdagsrehabilitering. Kriteriene for hverdagsrehabilitering har derfor blitt endret slik at brukere ned til 60 år er inkludert i målgruppen. Også yngre brukere enn 60 år kan bli vurdert.

Figur 2 – Prosess tildeling hverdagsrehabilitering. Kilde: Stavanger kommune.



Kunnskapsgrunnlaget om gevinster ved hverdagsrehabilitering er relativt omfattende. Foruten interne evalueringer i Stavanger kommune, foreligger det mange lokale undersøkelser fra danske og norske kommuner, og diverse nasjonale kunnskapsoversikter.¹¹ Hverdagsrehabilitering har vist seg å forbedre funksjonsnivået for et flertall av deltakere, gi bedre selvopplevd ytelse og øke evnen til deltakelse i dagliglivets aktiviteter.

Antall brukere. I 2015 og 2016 var målet at 560 brukere gjennomførte hverdagsrehabilitering i Stavanger. Måltallet ble deretter justert.¹² Pågangen av aktuelle brukere av tjenesten har variert over tid - fra ventelister i noen perioder til perioder der pågangen har vært mer begrenset. Når alle stillingene i begge teamene er besatt, klarer teamene å betjene 520 brukere i året, det vil si 40 brukere til enhver tid. Måltallet har ligget noe over kapasiteten.

Hverdagsrehabilitering har fokus på mestring av hverdagsaktiviteter. Målgruppen er de som har størst utbytte av tilbudet. Nye brukere stod sentralt i starten. Etter hvert har målgruppen i større omfang omfattet brukere som har avsluttet tjenester og søker om

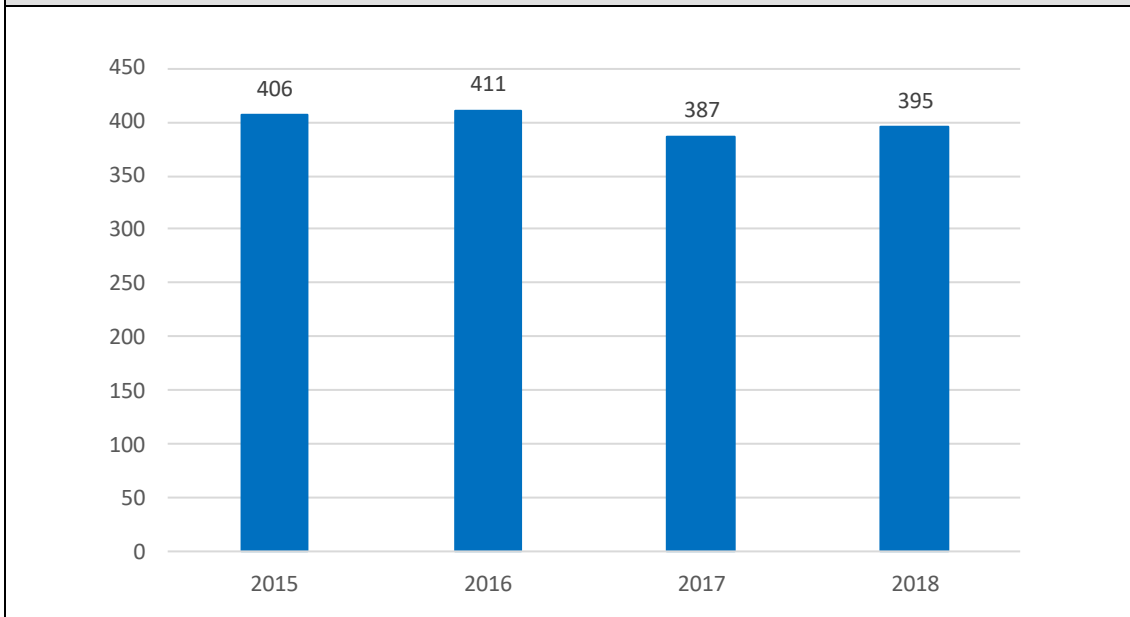
¹¹ Jf. Rapport Først og Høverstad (2014): *Fra passiv til aktiv deltaker – hverdagsrehabilitering i norske kommuner.* <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-fra-passiv-mottaker-til-aktiv-deltaker--hverdagsrehabilitering-i-norske-kommuner/>. Se også en dansk kunnskap rapport basert på erfaringer fra 24 danske kommuner: *Rehabilitering på ældreamrådet - HVAD FORTÆLLER DANSKE UNDERSØGELSER OS OM KOMMUNERNES ARBEJDE MED REHABILITERING I HJEMMEPLEJEN?* Sundhedsstyrelsen 2017.

¹² Utvidelsen av målgruppen for hverdagsrehabilitering vil bety at dette måltallet endres. Måltallet for 2015 og 2016 ble estimert på basis av erfaringstall fra Madla helse- og sosialkontor der 3,4 % av innbyggerne over 65 år ble tilbydd hverdagsrehabilitering.

nye og brukere med behov for økte tjenester.¹³ Motivasjon og egnethet skal vurderes.¹⁴ De fleste brukerne er i alderen 80-89 år og kvinner utgjør den største andelen. I tråd med ønsket om flere yngre brukere, sank andelen brukere over 80 år fra 77 prosent i 2015 til 65 prosent i 2017 (jf. sak om Leve HELE LIVET til levekårsstyret 30.01.2018).

I figuren under ser vi nærmere på hvor mange brukere som har fått hverdagsrehabilitering i perioden 2015-2018. Trenden viser en liten nedgang de siste to årene.

Figur 3 – Antall nye brukere med hverdagsrehabilitering i Stavanger kommune de siste årene¹⁵

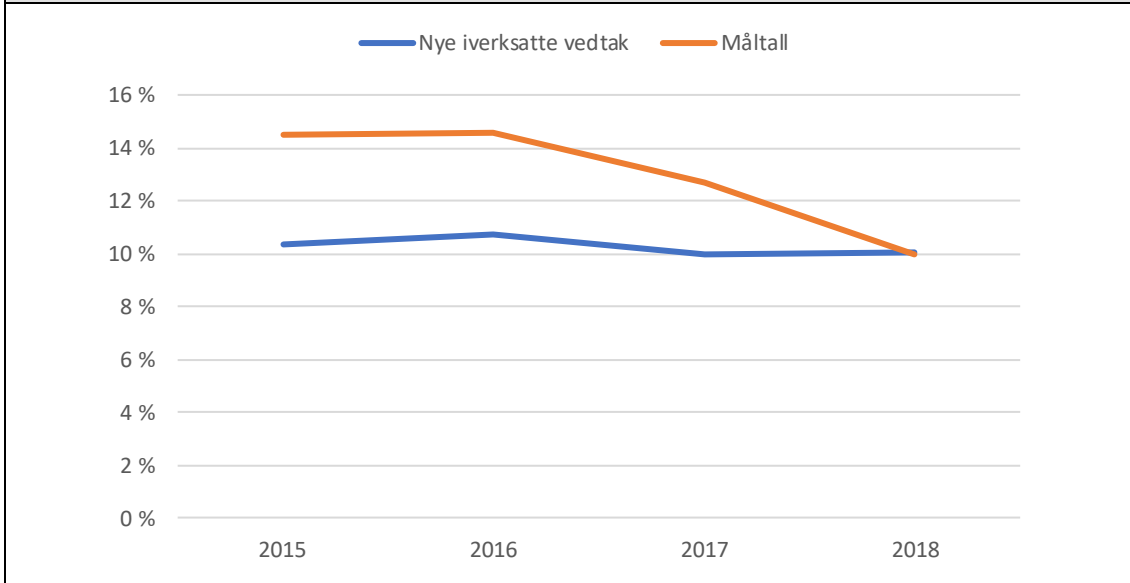


Figuren under viser hvor mange brukere det er som har mottatt hverdagsrehabilitering i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i Stavanger kommune. Den viser også kommunens måltall for hverdagsrehabilitering. Vi ser at kommunens måltall er redusert de siste årene.

¹³ Evalueringen av hverdagsrehabilitering 2012-2015 viste at det over tid var en vridning i målgruppen fra nye brukere med begynnende funksjonssvikt til eksisterende brukere med behov for økte tjenester. Evalueringen av hverdagsrehabilitering 2012-2015 viste at nye brukere ofte er mer motivert og har størst utbytte av treningen.

¹⁴ Evalueringen fra 2016 viste at 13 prosent avsluttet tilbudet i løpet av den første uken med hverdagsrehabilitering.

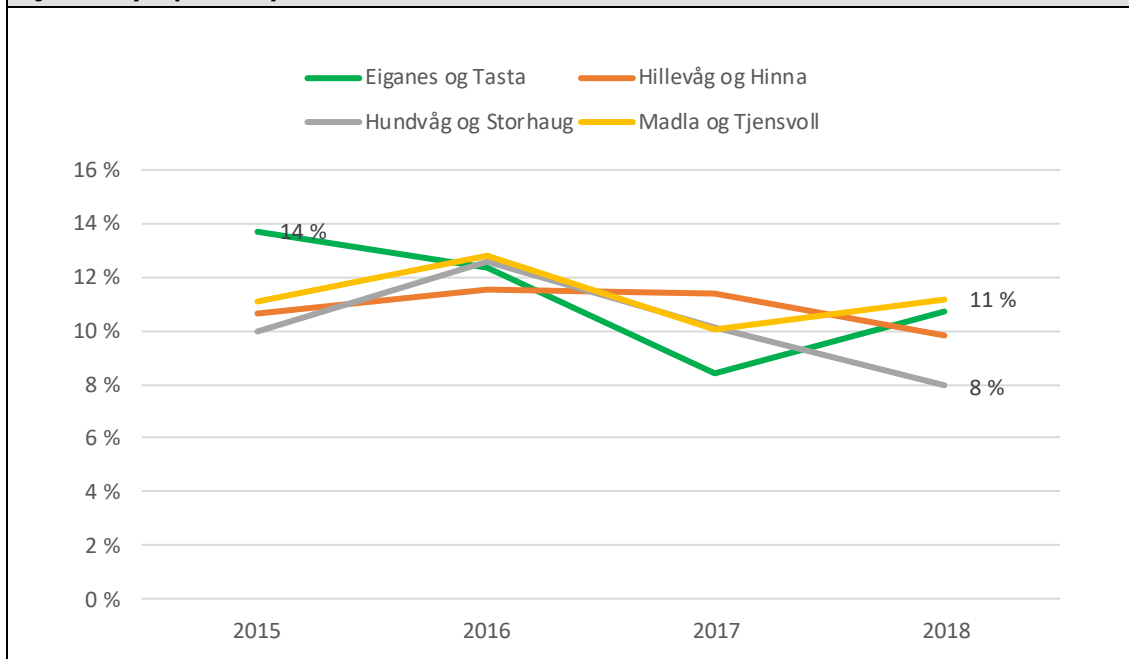
¹⁵ Kilde: Stavanger kommune. I figuren vises HRH-opplegg, ikke unike brukere. Enkelte gjennomgår flere hverdagsrehabiliteringsopplegg. En gjennomgang av grunnlagsdataene viser imidlertid at de aller fleste er unike brukere. Under ti prosent av brukerne er gjengangere. For å beholde den språklige flyten anvender vi brukere som betegnelse her, selv om det ikke er hundre prosent korrekt.

Figur 4 – Andel nye brukere med hverdagsrehabilitering og kommunens måltall for dette, i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i kommunen¹⁶

I neste figur ser vi nærmere på de bydelsvise variasjonene. Vi ser at andelen varierer noe fra år til år, at forskjellene ikke er så store, men at Madla og Tjensvoll HSK jevnt over ligger i øverste sjikt. Hundvåg og Storhaug har hatt en markant nedgang fra 2016. **Det ser ut til å være en del forskjeller fra HSK til HSK mht. hvordan utvelgelseskriteriene blir tolket i praksis.** Dette legger føringer på hvor mange som får tilbud om hverdagsrehabilitering i de ulike bydelene. Intervjuene og tall fra HSKene tyder på at HSKene i vest er mer aktive i forhold til å melde inn brukere til hverdagsrehabilitering enn HSKene i øst. Det er felles kriterier som sier noe om hvilke brukere som kan få hverdagsrehabilitering. Vi får opplyst at Hundvåg og Storhaug henviser pasienter kun etter kriteriene, mens de andre HSKene i større grad gjør i større grad skjønnsmessige vurderinger utover kriteriene. Dette fører til at Hundvåg og Storhaug praktiserer regelverket *strengere* enn de andre, dvs. at de ekskluderer flere.

Vi er kjent med at kommunen i april/mai 2019 skal se nærmere på hvordan man kan skape en likere praksis mellom HSKene og om det kan være aktuelt å justere kriteriene.

¹⁶ Kilde: Stavanger kommune. Våre beregninger. Dette gjelder nye hverdagsrehabiliteringsvedtak for året 2018. Det betyr at vi i denne figuren ikke tar med de som startet med hverdagsrehabilitering i 2017 og fortsatte i 2018, i denne figuren. Målet for 2018 var at antallet hverdagsrehabiliteringer skulle være høyere enn i 2017. I figuren har vi derfor lagt til grunn at målet for 2018 var antallet for 2017 pluss fire, en ekstra for hvert HSK.

Figur 5 – Andel brukere med hverdagsrehabilitering i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i bydelen ¹⁷

Hvis vi ser de fire årene under ett, blir forskjellene mindre, der andelen med hverdagsrehabiliteringsvedtak er 11 prosent i tre av distriktene og 10 prosent på Hundvåg og Storhaug.

Tabellen under er litt vanskeligere å lese, men viser antallet med hverdagsrehabilitering opp mot reviderte mål for hvert år, fordelt på helse- og sosialkontor. I 2018 ble det ikke fastsatt måltall, men HSKene fikk i oppdrag å øke antallet vedtak sammenlignet med året før. Det klarte Eiganes og Tasta og Madla, men ikke de to HSKene i øst.

MÅLOPPNÅELSE – HVERDAGSREHABILITERING

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

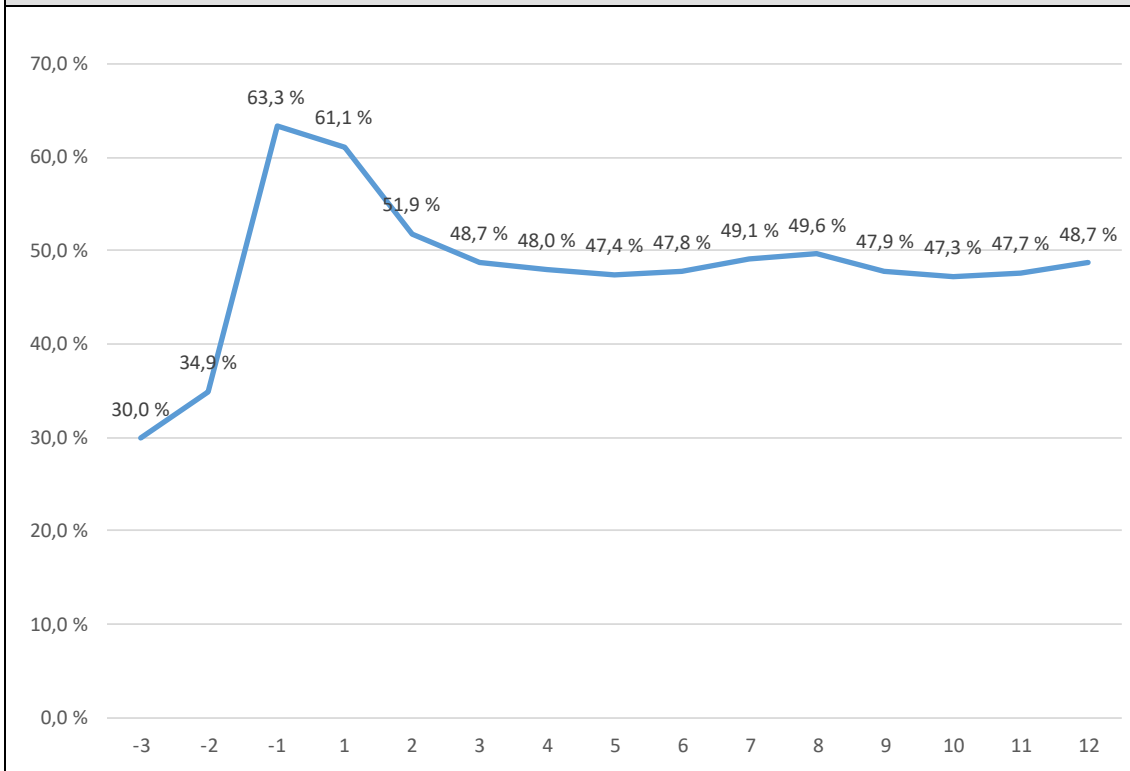
Piloten med hverdagsrehabilitering i Madla bydel ble evaluert etter 6 måneders drift. I denne perioden fikk 34 brukere med en snittalder på 82 år hverdagsrehabilitering med et snitt på 22 timer hver. Oppsummert viste den interne evalueringen positive resultater både for brukerne, kommuneøkonomien og de ansatte. Antallet selvhjulpne eldre økte med 15 etter å ha gjennomført hverdagsrehabilitering. Den økonomiske innsparingen» ble beregnet til kr 410.000 for disse 15 brukerne.

¹⁷ Kilde: Stavanger kommune. Våre beregninger. Det bør bemerkes at vi for 2015 og 2016 viser antallet iverksatte tjenester i løpet av året, mens 2017 og 2018 viser antall nye brukere i løpet av året, ettersom vi ikke har lik statistikk for alle fire årene. Dette gir imidlertid marginale utslag mht. det relative tall-forholdet mellom distriktene.

Da hverdagsrehabilitering på ny ble evaluert i 2016 hadde 620 brukere gjennomgått tilbudet. Målinger med kartleggingsverktøy SPPB viste at hverdagsrehabilitering har effekt på brukernes funksjonsnivå i alle aldersgrupper, og størst effekt blant de yngste brukerne i alderen 60-69 år. Målinger som viser oppnådd aktivitetsnivå og tilfredstillelse (COPM), viste også at brukerne selv synes at hverdagsrehabilitering gir god effekt. 33 prosent av brukerne ble selvstendige i daglige aktiviteter og klarte seg uten tjenester. Også eksisterende brukere oppnådde et økt funksjonsnivå og klarte seg med mindre tjenester. Utgiftene ble redusert med 8,5 mill. fra måneden før til måneden etter oppstart.

Den neste figuren viser behovet for hjemmesykepleie etter hverdagsrehabilitering. Figuren viser andel brukere med hjemmesykepleie i månedene før og etter hverdagsrehabilitering.

Figur 6 – Andel brukere med hjemmesykepleie etter gjennomført hverdagsrehabilitering i 2017 og 2018, i månedene før og etter hverdagsrehabilitering. Kilde: Stavanger kommune.



Tall fra de siste årene underbygger de positive resultatene av hverdagsrehabilitering. Som vist i figuren over, er det en klar reduksjon i andel brukere med fortsatt behov for pleie og omsorg, etter hverdagsrehabilitering, sammenlignet med andelen før oppstart. Over tid har det vært en nedgang i andelen eksisterende brukere som får hverdagsrehabilitering, mens andelen nye brukere har økt, i tråd med utvelgelseskriteriene.

En god del av brukerne som har hverdagsrehabilitering har også hjemmesykepleie. Andelen har falt de siste årene, men i 2018 hadde fremdeles halvparten av HRH-brukerne

hjemmesykepleie¹⁸. Da er det gjerne slik at HRH-teamet tar morgenbesøk, mens hjemmesykepleien tar brukoppfølging om kvelden og i helger. **Det ser imidlertid ut til at praksisen i hjemmetjenesten noen ganger bidrar til å svekke effekten av hverdagsrehabiliteringen.** HRH-teamet opplever nokså ofte at hjemmetjenesten gir hjelp til oppgaver som bruker trener på. Eksempler: «*Vi trener sammen med dem for at de skal kunne ordne seg frokost på egenhånd, de går inn og smører mat. Vi har trent sammen med dem i å ta på strømper. De går inn og gjør det for dem.*» Fra hverdagsrehabiliteringsteamet pekes det på at hjemmetjenesten har tilgang til deres journaler, men at det kan se ut som de ikke alltid leser disse.

Fra Hundvåg og Storhaug HSK pekes det på at hjemmetjenestene ikke alltid er raske nok til å avslutte hjelpen etter endt hverdagsrehabilitering. «*Så starter man opp igjen med hverdagsrehabilitering med hjelp til ting som brukerne klarer selv, men som de ikke har klart å snu tankegangen på.*» De hevder videre at fasen i etterkant av et hverdagsrehabiliteringsvedtak er kritisk og at «*mange går i fellen. Det er ikke behov for så mye hjelp, men brukerne inntar pasientrollen og setter seg til i sofaen. Da går det ikke så mange måneder før ny hverdagsrehabilitering.*» Fra Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte tjenester pekes det på at de kunne hatt en oppfølgingsrolle med noen enkle øvelser i etterkant av hverdagsrehabilitering: «*Men vi skal egentlig ikke trene med pasientene.*»

2.2.3 HVERDAGSMESTRING

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Hverdagsmestring forutsetter at hjemmesykepleien inviterer til og tilrettelegger for dialog som kartlegger brukerens egne ressurser, og sammen med bruker sørger for at disse kan tas i bruk.

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

Dette betyr at hverdagsmestring i Stavanger skal være **en grunnholdning i tjenesten** og et tankesett som skal prege ansattes dialog med bruker og den måten hjelp blir gitt på. Det er snakk om arbeidskultur. Hjelpen skal bli gitt på en måte som støtter brukeren til å klare deg selv best mulig. Filmen " *Dette fikser du, Lilly*" viser hvordan hjemmesykepleien kan jobbe for å støtte brukeren til egenmestring og ikke passiv hjelp.¹⁹

¹⁸ Tall mottatt fra kommunen, 01.02.2019.

¹⁹ Lenke til filmen finnes her.. <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/hjemmesykepleie/#hverdagsmestring>. Leve HELE LIVET skal være en bærende tilnærming ikke bare i hjemmesykepleien, men også i sykehjem, og da særlig for brukere med korttidsopphold.

I Stavanger skal ikke bare hverdagsmestring være en grunnholdning i tjenesten, men er også **skilt ut som et eget tiltak og en egen vedtaksform**, dvs. opplæringsvedtak/ opplæringstiltak i hjemmetjenesten. Ingen av våre andre tre utvalgte kommuner har gjort dette, men vi er informert om at Sandnes kommune er i oppstartsfasen mht. å fatte denne type vedtak. Eigersund har tidsbegrensede vedtak, som minner om opplæringstiltak.

Siktemålet med opplæringstiltak er at bruker etter endt opplæringsperiode skal mestre aktiviteten på egen hånd, helt eller delvis. Utover opplæringstiltak, er målet at tankesettet om *hjelp til selvhjelp* skal gjennomsyre alle tjenester.

Fellesnevneren mellom **hverdagsrehabilitering og et opplæringstiltak (hverdagsmestring)** er hjelp til selvhjelp og egenmestring. **Forskjellen** er når brukeren trenger tett, tverrfaglig oppfølging etter hjemkomsten fra sykehus eller institusjon. Da er som regel hverdagsrehabilitering det mest aktuelle alternativet. Likeledes dersom pasienten har hatt et brått funksjonsfall og trenger intensiv oppfølging. Hverdagsrehabilitering blir aktuelt når aktiviteter som å hente avisen, ta bussen, gå i butikken eller ta en dusj, ikke lenger er en selvfølge, men oppgaver brukeren strever med. Felles for de fleste som er aktuelle for hverdagsrehabilitering er at de har utfordringer med å mestre eller delta i aktiviteter hjemme eller i lokalmiljøet. Hensikten med hverdagsrehabiliteringen er å sette brukeren i stand til å mestre aktiviteter som oppleves som meningsfulle å utføre. Et annet kjennetegn er at hverdagsrehabiliteringen er med treningsrettet og at treningen utføres av hverdagsrehabiliteringsteamet i en kort og intensiv periode (4 uker). En annen forskjell er at en stor del av HRH-brukerne ikke har hatt pleie- og omsorgstjenester tidligere. **Et opplæringstiltak (hverdagsmestring)** utføres av hjemmetjenesten selv, og pågår i ca. to måneder. Her får brukeren opplæring i konkrete gjøremål de ellers ville fått hjelp til (se eksempler under).

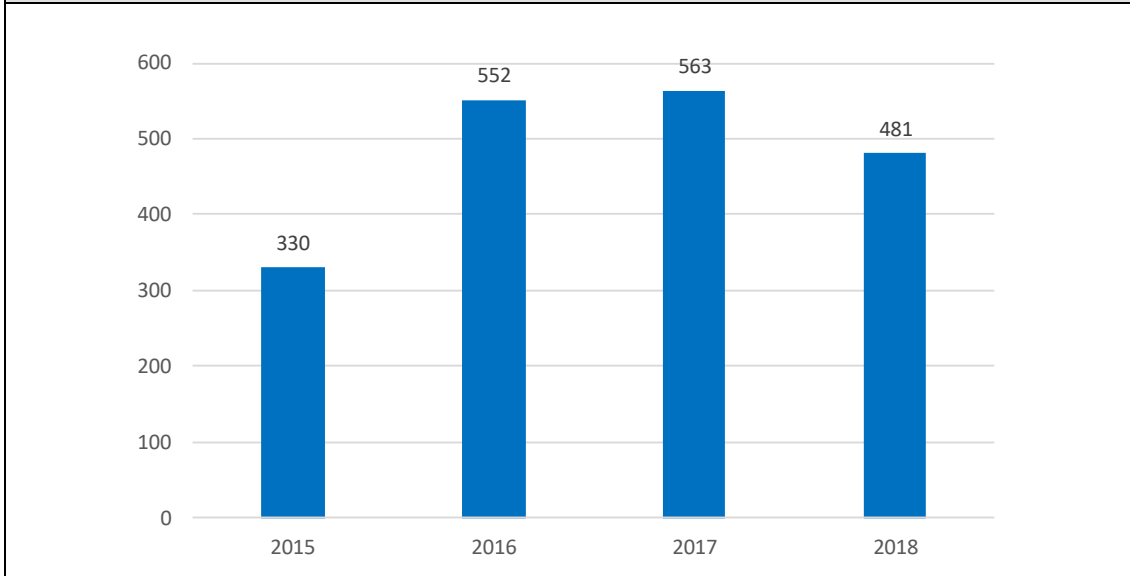
Opplæring kan bli gitt i en rekke gjøremål, som morgenstell, dusj, tilberedning av mat, handle, tømme søppel og toalettbesøk, samt å gjøre enkelte sykepleieoppgaver som å administrere insulin, bruk av dosett, kateterisering, måling av blodsukker, stell av stomi og ta av/på elastiske strømper.

Forskjellen mellom et opplæringsvedtak og et ordinært hjemmesykepleievedtak er at brukere med opplæringstiltak skal ha opplæring i å utføre bestemte oppgaver selv, mens brukere som har sistnevnte får hjelp til å gjøre disse oppgavene. Derfor har også de ulike tiltakene ulik tidsnormering. Det er eksempelvis satt av førti minutter til dusj opplæring, mens det er satt opp tretti minutter til dusj i et ordinært vedtak, der pleier gjør oppgaven for bruker.

Prosessen fram mot tildeling av opplæringsvedtak skal inneholde en forventningsavklaring mellom bruker, pårørende og utøver av tjenesten (oppstartsmøte), en kartlegging av brukerens ressurser, valg av aktiviteter som bruker skal få opplæring i (i stedet for vedtak om kompensierende tiltak) og en vurdering av om det trengs velferdsteknologiske løsninger eller andre hjelpemidler som kan fremme økt selvstendighet.

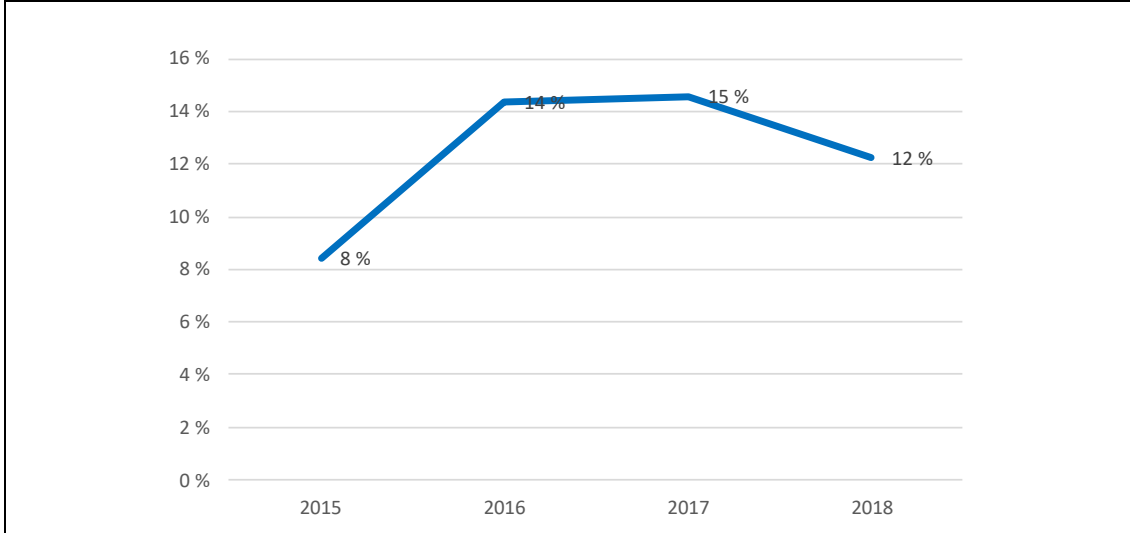
I figuren under illustrerer vi hvor mange brukere som har hatt vedtak om hverdagsmestring. Kommunen startet med denne type vedtak i april 2015, slik at antallet i 2015 ikke er direkte sammenlignbart med de tre påfølgende årene.

Figur 7 – Antall brukere med opplæringstiltak i Stavanger kommune de siste årene²⁰



I figuren under illustrerer vi hvor stor andel av alle brukerne med vedtak om hjemmesykepleie som har fått opplæringstiltak.

Figur 8 – Andel brukere med opplæringstiltak i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i kommunen²¹



Vi ser at andelen har ligget mellom 12 og 15 prosent, og at det har vært en nedgang det siste året. Deler av nedgangen fra 2017 til 2018 er imidlertid ikke reell. Den skyldes at

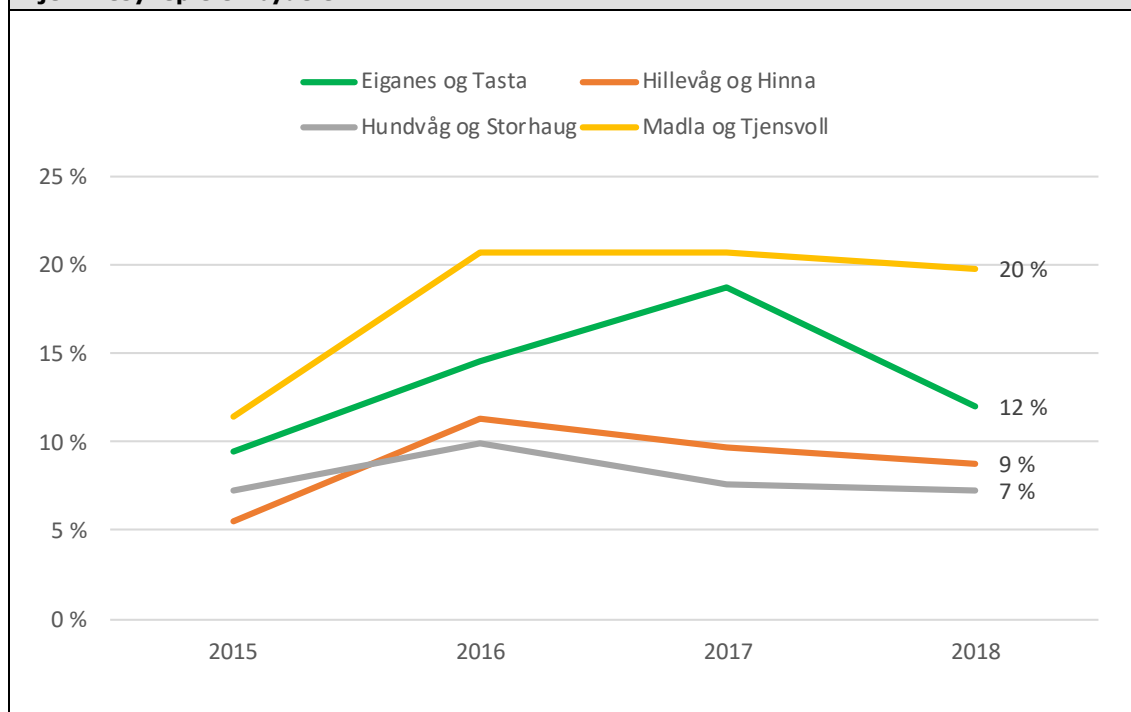
²⁰ Kilde: Stavanger kommune. Her har kommunen tatt utgangspunkt i antall brukere. Iverksatte opplæringstiltak ligger sannsynligvis høyere i og med noen brukere kan ha fått flere opplæringstiltak i løpet av det enkelte året.

²¹ Kilde: Stavanger kommune. Våre beregninger.

programledelsen oppdaget at en del opplæringstiltak ikke var tidsavgrensede, slik intensjonen var, men at de rullet og gikk som de ordinære vedtakene. Årsaken til dette var at en del av brukerne som fikk opplæring ikke hadde det nødvendige mestringspotensialet, men ble gående med vedtak over lang tid. Kommunen endret praksis for å spisse målgruppen og innførte samtidig tidsavgrensede opplæringsvedtak.

I figuren under viser vi forskjellene mellom bydelene mht. hvor stor andel av bydelenes mottakere av hjemmesykepleie som mottar hverdagsmestring. **Vi ser at det er betydelige forskjeller mellom bydelene mht. bruk av opplæringstiltak.** Ved Madla og Tjensvoll har en femtedel av hjemmesykepleiemottakerne et opplæringstiltak. Til sammenligning har hver trettende bruker i Hundvåg og Storhaug og hver ellefte bruker ved Hillevåg og Hinna et opplæringstiltak.

Figur 9 – Andel brukere med opplæringstiltak i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i bydelen²²



Hvis vi summerer andelene for de tre siste årene (dvs. årene opplæringstiltak har vært i full bruk), viser disse at 20 prosent av brukerne har fått opplæringstiltak på Madla- og Tjensvoll, 15 prosent på Eiganes og Tasta, 10 prosent i Hillevåg og Hinna og 8 prosent på Hundvåg og Storhaug.

Den klare tendensen i tallmaterialet samsvarer godt med tilbakemeldingene i intervjuene. Her er det flere som hevder at man har vært flinkere til å ta i bruk den nye metodikken i de to vestlige distriktene, og da spesielt i Madla og Tjensvoll.

Det er egne ressurspersoner i hjemmetjenestedistriktene som skal bidra til å fronte egenmestringsperspektivet. Dette arbeidet startet i HRH-teamet, der ressurspersonene fikk

²² Kilde: Stavanger kommune. Våre beregninger.

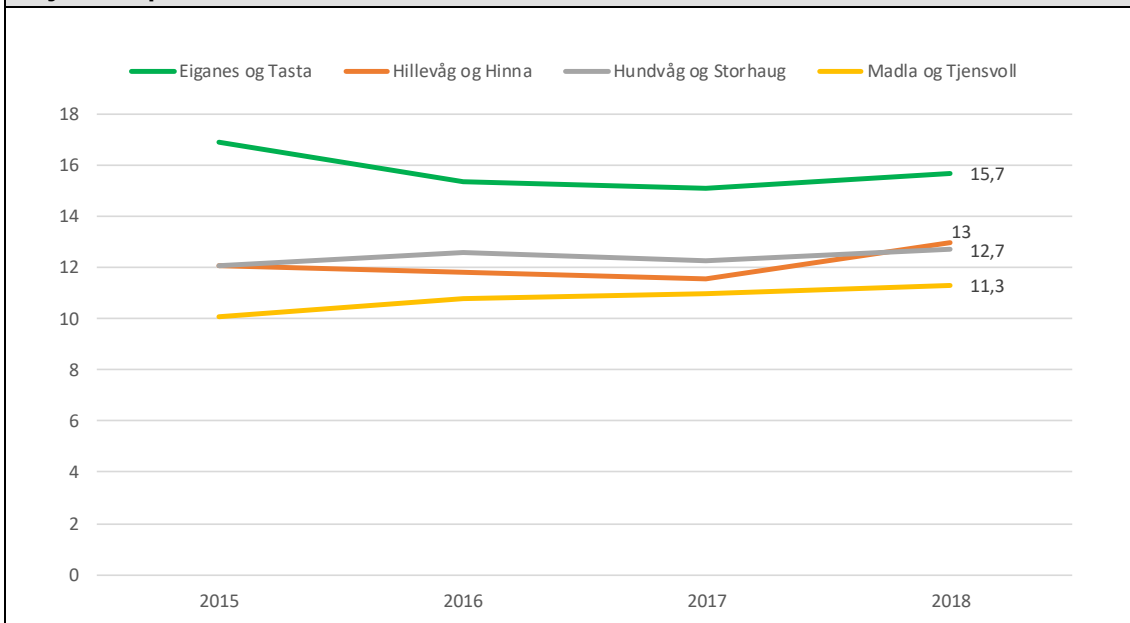
veiledning og tips i et drøyt halvår. Tilbakemeldingene fra HRH-teamet er at ressurspersonene har fått gjennomslag i varierende grad i de ulike distriktene. Enkelte har møtt en del motstand i sin enhet og opplever det som krevende å fronte hverdagsmestringen. Ifølge HRH-teamet er det viktig dette er godt forankret i ledelsen og at opplæringstiltakene følges opp av ledelse og brukernes primærkontakter, som har hovedansvaret for den hjelpen brukerne får.

I flere av intervjuene pekes det på at enkelte opplæringstiltak ikke blir fulgt opp slik de skal. I stedet for at man gir opplæring eller utfører oppgaver sammen med bruker, utfører man oppgavene for bruker, stikk i strid med vedtakets intensjon. Ifølge HRH-teamet handler dette om oppfølging av vedtakene. Der dette fungerer godt, følger primærkontakt opp pleierne relativt hyppig (for eksempel ved å undersøke om det man sier man har gjort i journalen samsvarer med vedtaket), stiller krav og gir veiledning.

Helt til slutt i dette underkapittelet ønsker vi å vise forskjeller i det gjennomsnittlige uketimetallet til hjemmesykepleie i de fire HSK-distriktene. Dette gjøres for å teste ut om Madla og Tjensvoll ligger høyt over hele linja, ikke bare ifm. hverdagsmestring og HRH. Det motsatte er imidlertid tilfellet. Madla og Tjensvoll er det helse- og sosialkontoret som har det laveste gjennomsnittlige antallet timer per bruker med pleie i hjemmet.

I 2018 gav Tasta og Eiganes HSK 39 prosent mer i timer per bruker, Hinna og Hillevåg gav 15 prosent mer, mens Hundvåg og Storhaug gav 12 prosent mer. Vi ønsker å understreke at vi ikke har tall som sier noe om forskjeller eller likheter i behov/pleietyngde i de fire distriktene.

Figur 10 – Gjennomsnittlig antall timer per bruker (snitt per måned gjennom året) med pleie i hjemmet per HSK²³

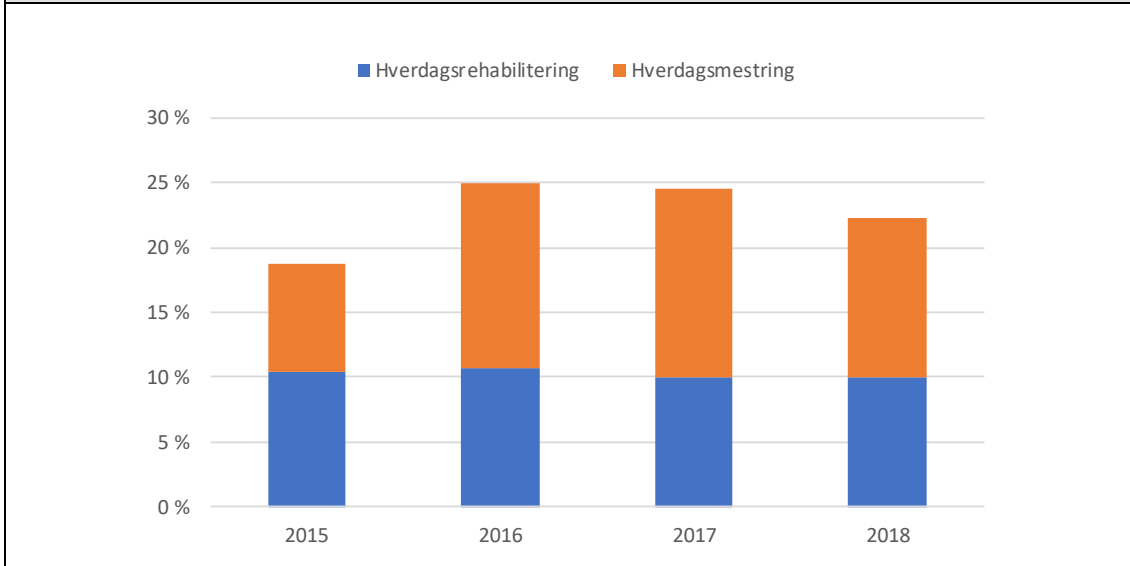


²³ Kilde: Stavanger kommune.

ANDEL BRUKERE MED ENTEN HVERDAGSMESTRING ELLER HVERDAGSREHABILITERING

I figuren under ser vi nærmere hvor stor andel av mottakerne av hjemmesykepleie som enten har mottatt hverdagsrehabilitering eller hverdagsmestring. Som nevnt er ikke 2015 helt sammenlignbart med de tre påfølgende årene, ettersom hverdagsmestringen startet opp i april dette året. Men dersom vi ser de tre øvrige årene har andelen gått gradvis nedover. Det er en nedgang både mht. hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

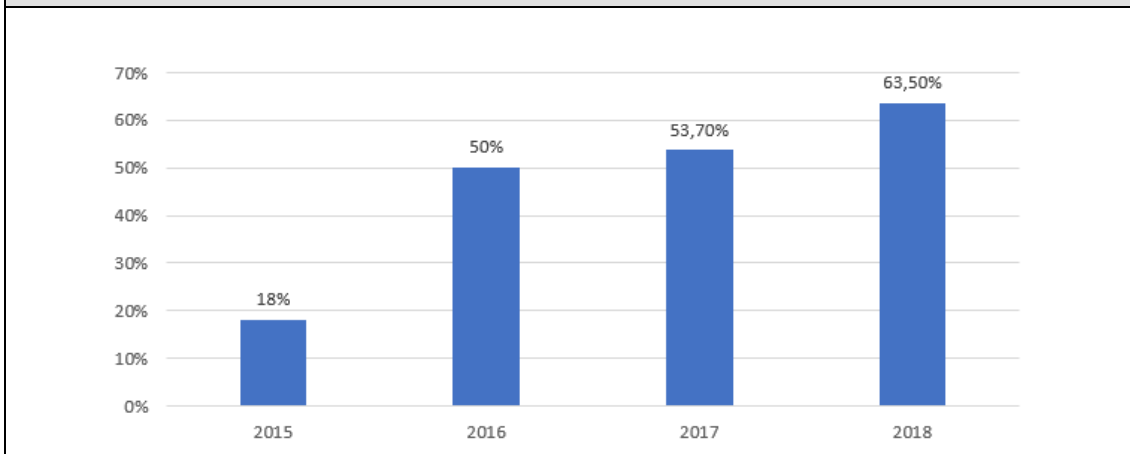
Figur 11 – Andel brukere med både hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak i prosent av antall mottakere av hjemmesykepleie i kommunen



MÅLOPPNÅELSE – HVERDAGSMESTRING

Figuren nedenfor viser andelen av de som mottok opplæringstiltak i perioden 2015-2018 som klarte seg uten tjenester etter endt opplæring. Over tid har det vært en klar økning i de som klarer seg selv. I 2018 klarte faktisk 2 av 3 seg på egenhånd etter gjennomført opplæring i selvhjelp. Tiltaket ser dermed ut til å virke etter hensikten.

Figur 12 – Andel brukere med opplæringstiltak (hverdagsmestring) som er helt eller delvis uten pleie i hjemmet etter avslutning av opplæringstiltak. Kilde: Stavanger kommune.



Ut fra tallene kan det se ut som om hverdagsmestring fører til en større reduksjon i hjemmesykepleie enn hverdagsrehabilitering (Se over). Hele to av tre brukere ser ut til å være helt eller delvis uten pleie i hjemmet etter avsluttet hverdagsmestringsvedtak.

Tallene må imidlertid tolkes med en viss varsomhet. Vi vet ikke hvor stor andel som klarer seg helt selv og hvor stor andel som klarer seg delvis uten tjenester (eller hva det vil si å klare seg delvis uten tjenester). Vi vet heller hvor stor reduksjonen er, målt i timer til hjemmesykepleie. Vi får også opplyst fra kommunen at tallene sannsynligvis ikke er korrigert for de som er uten pleie pga. av dødsfall eller fordi de har fått sykehjemsplass. Et siste moment er at brukerne av HRH og hverdagsmestring kan ha ulike utgangspunkt for å bli bedre, noe som også kan slå ut.

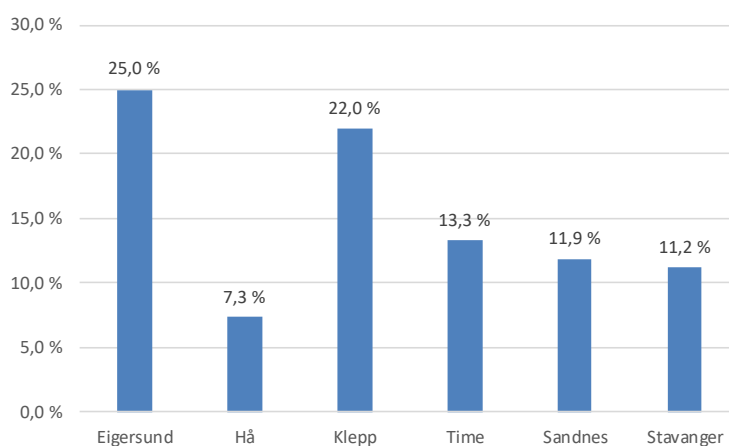
Vi er informert om at Stavanger kommune i skrivende stund har utarbeidet et verktøy for å beregne den økonomiske innsparingen som følge av opplæringstiltakene.

2.2.4 FORSKJELLER MELLOM KOMMUNENE

I gjennomgangen vår har vi utarbeidet andelstall for hverdagsrehabilitering, slik at vi kan sammenligne på tvers av kommuner. Vi har sett på hvor mange som mottar hverdagsrehabilitering i prosent av antall innbyggere over 80 år.

I figuren har vi tatt med de fire kommunene som har vært gjenstand for undersøkelse (Eigersund, Hå, Sandnes og Stavanger), samt Klepp og Time (som er brukt som sammenligningsgrunnlag i Hå-rapporten. Figuren viser at spesielt Eigersund og Klepp har en svært høy andel brukere med hverdagsrehabilitering, mens de andre kommunene ligger en god del lavere.

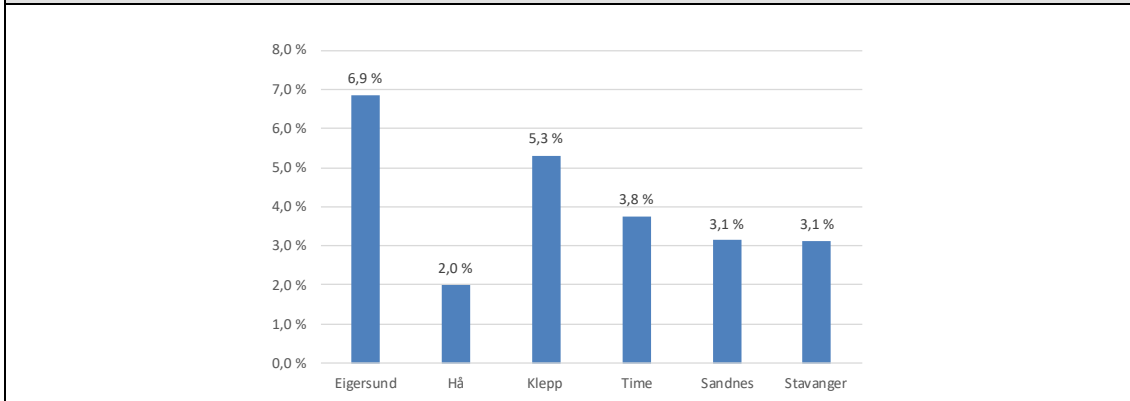
Figur 13 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering i prosent av antall innbyggere 80+²⁴ (2018)



²⁴ Basert på mottatte tall fra kommunene vedrørende HRH og delt dette på antall innbyggere i alderen 80+ for januar 2019. Dette er gjort etter råd fra SSB og grunnen til dette er at HRH-tallene er fra 31.12.18 og innbyggertallene er fra

I figuren under illustrerer vi også brukerandelen i prosent av de over 67 år, ettersom en betydelig del av brukerne er under 80 år. Figuren viser et lignende bilde.

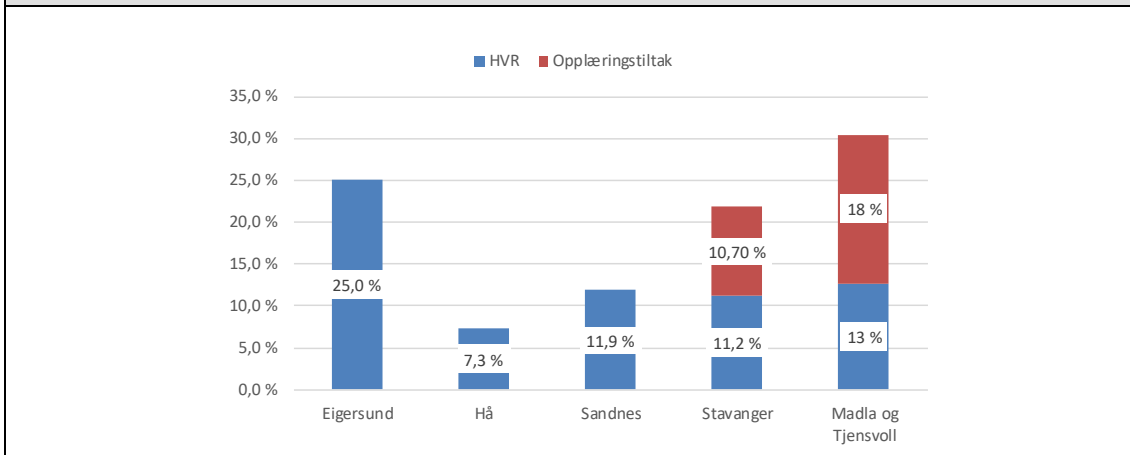
Figur 14 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering i prosent av antall innbyggere 67+²⁵ (2018)



Kommentar: Gjennomgangen tyder på at det er en viss forskjell i de ulike kommunene mht. intensitet og lengde for HRH-forløpene. I tillegg varierer det en del hvor mye man samarbeider med hjemmetjenestene mht. oppfølgingen av brukerne. Dette vil naturlig nok påvirke brukerandelen med hverdagsrehabilitering. Dersom vi kun ser på HRH, vil dette gi et skjevt bilde for Stavanger sin del, ettersom kommunen også har en betydelig andel opplæringstiltak, som også er vedtak som er rettet mot egenmestring.

I figuren under inkluderer vi Stavanger kommunes opplæringstiltak. Her har vi kun sett på de kommunene hvor vi nå gjennomfører forvaltningsrevisjon. Vi legger også til tallene fra Madla og Tjensvoll helse- og sosialdistrikt.

Figur 15 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering og opplæringstiltak i prosent av antall innbyggere 80+²⁶ (2018)



01.01.19. Etter vår vurdering gis et mer korrekt bilde å gjøre det på denne måten, selv om utslagene er små. Her er det totale antallet HRH-tiltak i løpet av året som er brukt, ikke nye brukere i året.

²⁵Basert på mottatte tall fra kommunene vedrørende HRH og delt dette på antall innbyggere i alderen 80+ for januar 2019. Dette er gjort etter råd fra SSB og grunnen til dette er at HRH-tallene er fra 31.12.18 og innbyggertallene er fra 01.01.19. Etter vår vurdering gis et mer korrekt bilde å gjøre det på denne måten, selv om utslagene er små. Her har vi tatt tak i det totale antallet hverdagsrehabiliteringer i 2018, dvs. både de som startet i 2017 og går over i 2018 og vedtak som er nye i 2018.

²⁶ Samme kilde som over. Når det gjelder tallberegningene for Madla og Tjensvoll har vi tatt utgangspunkt i at de utgjør en fjerdedel av eldrebefolkningen i Stavanger, og at de har forholdsmessig like mange brukere fra 2017 til 2018 som de

Kommentar: Sandnes er i startgropen mht. bruk av opplæringsvedtak, mens Eigersund har tidsbegrensede vedtak, som ligner på Stavanger kommunes opplæringstiltak. Det er imidlertid ikke mulig å måle hvor mange dette er, men i intervjuene anslås det at det kan dreie seg mellom fem og ti prosent av hjemmesykepleievedtakene. I så fall ligger Eigersund kommune og Madla og Tjensvoll HSK-distrikt på samme nivå.

Dersom vi legger til brukere over 80 år som har hatt oppfølging i regi av Stavanger-prosjektet *Felles bruker-felles innsats* (Tverrfaglig, mestringsrettet tiltak), gir det et tillegg på 1,7%²⁷. **Dermed fikk totalt 23,6 prosent av de eldste innbyggerne i Stavanger et av disse typene opptreningsrelaterte tiltak i 2018.**

VURDERING – HVERDAGSREHABILITERING OG HVERDAGSMESTRING

Gjennomgangen viser at både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring fører til redusert behov for hjemmesykepleie.

Ut fra tallene kan det se ut som om hverdagsmestring fører til en større reduksjon i hjemmesykepleie enn hverdagsrehabilitering. Hele to av tre brukere ser ut til å være helt eller delvis uten pleie i hjemmet etter avsluttet hverdagsmestringsvedtak. Men tallene er ikke direkte sammenlignbare og det er grunn til å tro at resultat-tallene for hverdagsmestring er mer usikre enn tallene for hverdagsrehabilitering.

Til tross for gode resultater for både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, reduseres andelen brukere med denne type vedtak.

Vi ser samtidig at det er store forskjeller mellom distriktene. Dette kan selvfølgelig skyldes ulikheter i behov/egnethet blant brukerne for denne type vedtak i de ulike distriktene. Etter vår vurdering er imidlertid forskjellene så store at dette neppe kan være hele forklaringen. Forskjellene mellom distriktene er betydelig større når vi ser på hverdagsmestring enn når vi ser på hverdagsrehabilitering. I forbindelse med hverdagsrehabilitering er det fire bestillere og en utfører. I forbindelse med hverdagsmestring er det fire bestillere og fire utførere. Det er grunn til å tro at disse organisatoriske forskjellene har betydning for hvor mange som mottar hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Nye praksiser vil aldri utvikles i et sosialt eller institusjonelt tomrom, men formes med utgangspunkt i historiske, institusjonelle og organisatoriske rammebetingelser. At det er flere utførerledd ifm. opplæringstiltak, betyr at det er flere enheter med hver sine kulturer, verdier, normer og handlemåter. Dette kan være en viktig forklaring på at forskjellene mellom distriktene er større ifm. hverdagsmestring.

andre HSKene. Dette er nok ikke hundre prosent korrekt, men vi tror det likevel vil gi et godt bilde av forekomsten av HRH- og hverdagsmestringsvedtak i dette distriktet.

²⁷ Opplyst fra kommunen 05.06.19.

I intervjuene er det også flere som tar til orde for at det er kulturelle skiller mellom distriktene, og at Madla og Tjensvoll er det distriktet som har kommet lengst med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Gjennomgangen tyder på at dette dels har sammenheng med at man i Madla bydel har jobbet i tråd med intensjonene i reformen i lang tid. Madla var pilotbydel når kommunen startet opp arbeidet med hverdagsrehabilitering i 2012. I tillegg har Madla hjemmetjenester hatt en egen ressursperson som har frontet egenmestringsperspektivet i hjemmetjenesten. Både helse- og sosialkontoret og hjemmetjenesten hevder at samhandlingen dem i mellom er veldig god, den såkalte Madlamodellen.

Dette er forhold som ser ut til å ha bidratt til en holdnings- og kulturendring i distriktet, noe som igjen har ført til at intensjonene med Leve HELE LIVET ser ut til å være godt forankret på Madla og Tjensvoll.

Dette indikerer samtidig at kommunens potensial for å få flere brukere selvhjulpne ikke er tatt ut. Dersom alle distriktene hadde ligget på nivået til Madla og Tjensvoll, ville den kommunale andelen med opplæringstiltak økt fra 12 til 20 prosent.

Vi anbefaler kommunen å sette inn tiltak for å øke bruken av opplæringstiltak og for å utjevne forskjellene mellom distriktene.

Etter vår vurdering handler ikke dette bare om helse- og sosialkontorene, men også hjemmetjenestene, som møter brukerne til daglig. De store forskjellene i bruk av mestningsvedtak indikerer at hjemmetjenestene har en spesielt viktig rolle her, og at det er viktig å få til en god samhandling mellom hjemmetjeneste og helse og sosialkontor. Etter vår vurdering bør de andre distriktene se nærmere på hvordan Madla og Tjensvoll (HSK og hjemmebaserte) har arbeidet med kulturbygging og opplæringstiltak.

Tallene kan også tyde på at potensialet for bruk av hverdagsrehabilitering heller ikke er tatt ut. For det første er det flere andre kommuner som har en høyere andel brukere med hverdagsrehabilitering. For det andre har det vært en liten reduksjon i antallet hverdagsrehabiliteringsvedtak fra 2016 til 2018. For det tredje er det også her en viss forskjell mellom distriktene, selv om forskjellene er mindre her.

2.2.5 VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi er ett av de fire satsingsområdene i Leve HELE LIVET, og ble i utgangspunktet forankret i en egen strategiplan vedtatt av formannskapet 14.11.2013.

I november 2018 vedtok bystyret en ny handlingsplan for velferdsteknologi. Målet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet for å bidra til en tryggere, mer aktiv og selvstendig hverdag for innbyggere med behov for tjenester.

Fra å ha vært en prosjektaktivitet de første årene - blant annet med deltakelse i Helsedirektoratets «Trygghetspakkeprosjektet» og som nasjonal pilot innen området Avstandsoppfølging av kronisk syke - har satsingen etter hvert gått over i en driftsfase med egen avdeling i Helsehuset. Fram til 2019 har ingen av de tre prosjektmedarbeidere i avdeling for velferdsteknologi vært kommunalt finansierte. I løpet av 2019 vil en bli kommunal.

Innsatsområdene i planen er delt i inn i teknologiområder:

- Trygghetsskapende og mestringsteknologi
- Utrednings- og behandlingsteknologi
- Aktiviseringsteknologi

Avdeling for velferdsteknologi har et ansvar for å lære opp folk i helse- og sosialkontorene og i de hjemmebaserte tjenestene. Disse skal være ressurspersoner og superbrukere. Med oppskalering av flere velferdsteknologier vil tekniske hjemmetjenester få en viktigere rolle. Det lages også nyhetsbrev om det som skjer på teknologiområdet. Hver torsdag 12.00-15.00 er velferdsteknologiutstillingen i Helsehuset åpent for publikum.

Innsatsen innen velferdsteknologi har hatt **størst fokus på Trygghets- og mestringsteknologier**. Viktige satsinger har vært innføring av digitale trygghetsalarmer og implementering av elektroniske medisindispensere fra 2018. Bruk av digitalt tilsyn der tilsynet skjer via et kamera hjemme hos brukeren, har fortsatt ikke fått noe stort omfang.

| Tabell 3 – Velferdsteknologier i Stavanger kommune. Kilde: Stavanger kommune. | | |
|---|---|------|
| Type velferdsteknologi | 2017 | 2018 |
| Antall brukere av digitale trygghetsalarmer | Utskifting fra analoge til digitale alarmer | 1786 |
| Utprøving av digitale trygghetsalarmer tilknyttet alarmer og sensorer: | | |
| - Brannalarm | 0 | 0 |
| - Fallsensor | 0 | 0 |
| - Dørsensor | 0 | 3 |
| Mobil trygghetsalarm for brukere i eget hjem | 0 | 0 |
| Antall brukere med tilsynskamera for tilsyn på natt i hjemmetjenesten | 1 | 1 |
| Bærbare enheter i hjemmetjenesten | 0 | 65 |
| Elektroniske medisindispensere | 65 | 110 |

Digitale trygghetsalarmer ble anskaffet i 2017 for de mer enn 1700 brukerne, med en årlig leasingkostnad på kr 1,8 mill. (kr. 10 600,- per alarm).

I løpet av 2018 har det vært 110 elektroniske medisindispensere i bruk. Totalt er det planlagt utrulling av 250 dispensere, til en årlig kostnad på kr 3,6 mill.²⁸ Utgiften er planlagt finansiert med en tilsvarende reduksjon av budsjettet helse- og sosialkontorene med den begrunnelse at antall hjemmebesøk vil reduseres.

²⁸ Det gir en gjennomsnittspris på kr. 14 400,- årlig per dispenser.

Flere løsninger skal etter hvert tas i bruk, som brannalarmer, dørvarslere, fallalarm og mobile trygghetsalarmer. Alle disse løsningene vil produsere varsler og alarmer. Hittil har kommunen en midlertidig avtale med et responscenter i Oslo.

Innsatsen på teknologiområdet Utrednings- og behandlingsteknologi skal muliggjøre medisinsk utredning og behandling i hjemmet. Prosjektet «God helse hjemme» er gjennomført for å teste ut avstandsoppfølging av pasienter med KOLS. Prosjektet «Online Frisklivssentral» prøves ut på Helsehuset for å støtte personer som ønsker å endre levevaner. Foreløpig er teknologiene på dette området i en utprøvningsfase.

Det samme gjelder i stor grad området «Aktiveringsteknologier». Disse skal bidra til økt fysisk aktivitet, og dermed muliggjøre mer sosial omgang og egenmestring. Utprøving av «smartrullator» er et framtidig tiltak. I sykehjem skal det etableres en pop-up visningsarena for velferdsteknologi, og sansestimulering er tatt i bruk for demente på Tasta sykehjem. Fortsatt gjenstår mye utforskning før implementering aktualiseres.

MÅLOPPNÅELSE – VELFERDSTEKNOLOGI

Implementering av velferdsteknologi krever økte ressurser i forbindelse med oppstart, men skal på sikt kunne gi økonomiske innsparinger og frigjøre helsepersonell til andre viktige oppgaver. Realisering av gevinster krever rett kompetanse og god samhandling på tvers av ulike tjenesteområder, samt kompetanseutvikling i stab og virksomheter.

Ved implementering av velferdsteknologiske løsninger skal det gjennomføres en gevinstanalyse. Før overgang til drift må det vurderes om gevinstene med løsningen bidrar til kostnadsbesparelser, friggitt tid og/eller økt kvalitet på tjenester til brukerne, og om gevinstene veier tyngre enn behovet for økte ressurser i en overgangsperiode.

Trygghetsalarmer og siling av alarmer. Erfaringene med responscenter når alarmen går, viser at hjemmesykepleien avlastes i betydelig grad. Så mye som 90% av alarmene kan avklares av responscenteret og krever ikke utrykning. Ulike andre alarmer og sensorer blir testet ut og vil øke antallet alarmer. Kommunen vil derfor vurdere å etablere en egen responstjeneste for å ha kontroll på det faglige, bemanning, fleksibilitet og beredskap.

Gevinster ved bruk av elektroniske medisindispensere. Elektroniske medisindispensere gir brukere frihet og sikkerhet ved at medisinen er tilgjengelig på det tidspunktet den skal tas.²⁹ Brukerne må ikke vente på hjemmesykepleien for å få riktig medisin til riktig tid. Dispenserne reduserer også behovet for besøk hos brukerne og bidrar på denne måten til «bedre og billigere tjenester» til brukerne.

²⁹ Det foreligger en rekke rapporter som belyser gevinster ved å ta i bruk medisindispensere. SINTEF har belyst hva det vil si for Bærum kommune å ta i bruk denne teknologien. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisinerings-og-mer-selvstendighet.pdf

Avdeling for velferdsteknologi har sammen med hjemmebaserte tjenester og helse – og sosialkontorene startet implementeringen av elektroniske medisindispensere. Implementeringen ble startet opp i 2017, men fortsatt gjenstår en del med å få opp omfanget.

Pilotering basert på erfaringer fra et utvalg brukere i to HSKer viser følgende gevinster:

Tabell 3 – Velferdsteknologier i Stavanger kommune. Kilde: Stavanger kommune.

| Reduksjon i antall timer med pleie i hjemmet pga. elektronisk medisindispenser | |
|---|----------------------------------|
| Hillevåg og Hinna | Redusert kostnader per år |
| Bruker 1 | 6 431 |
| Bruker 2 | 62 304 |
| Bruker 3 | - |
| Bruker 4 | 117 372 |
| Bruker 5 | 175 255 |
| Bruker 6 | 86 421 |
| Bruker 7 | 39 392 |
| Madla | Redusert kostnader per år |
| Bruker 1 | 40 196 |
| Bruker 2 | 120 588 |
| Bruker 3 | 26 931 |
| Bruker 4 | 147 519 |

I resultatrapport fra HSKene fremgår det at elektroniske medisindispensere har gitt en innsparing i 2018 på 1,3 mill. kr. basert på tall fra tre av HSKene, unntatt Hundvåg og Storhaug. I Hundvåg og Storhaug, som totalt har 48 dispensere, er det gjort beregninger på basis av 26 brukere. Disse 26 hadde til sammen en reduksjon på 42 timer i uken. Hvis en trekker fra kostnadene på 26 dispensere gir dette en samlet gevinst per år på 1,22 mill. kr. Totalt betyr det at HSKene har oppnådd en gevinst på minst 2,5 mill. kr. i 2018.³⁰

Kameratilsyn. Avstandsoppfølging ved hjelp av kamera er tilgjengelig for innbyggere som har behov for, og nytte av dette. Bruk av tilsyn via kamera kan bidra til økt kvalitet for brukere som slipper å bli forstyrret av at helse – og omsorgspersonell låser seg inn i huset. For kommunen betyr dette reduserte kostnader ved at antall tilsyn hjemme hos bruker blir redusert. Antallet kameraer er imidlertid fortsatt svært begrenset.

Det er foreløpig usikkert hva som er den samlede økonomiske gevinsten av de velferdsteknologier som Stavanger har tatt i bruk så langt. All den tid, det har tatt lang tid å få oppskalert omfanget av ulike teknologier (unntatt trygghetsalarmer) er det sannsynlig at potensialet ennå ikke er tatt ut i forhold til å selvstendigjøre flere eldre i eget hjem.

³⁰ Det er utviklet et regneark som HSKene kan bruke for å beregne gevinst av elektroniske medisindispensere. Det er imidlertid få som har kommet i gang med å bruke dette verktøyet.

VURDERING

Det er få velferdsteknologier som har fått noe stort omfang i Stavanger, med unntak av digitale trygghetsalarmer og til dels elektroniske medisindispensere. Flere teknologiske løsninger skal etter hvert tas i bruk, men det tar tid å teste ut nye teknologier.

Stavanger er likevel den av våre utvalgte kommuner som har kommet lengst i utrollingen av velferdsteknologi.

Når det gjelder måloppnåelse, så har erfaringene med et felles responscenter avlastet hjemmetjenestene betydelig. Så mye som 90 prosent av alle alarmene blir avklart av responscenteret og krever ikke utrykning.

Bruk av elektroniske medisindispensere ser også ut til å ha gitt en klar økonomisk gevinst. Så langt er det særlig Hundvåg og Storhaug som har tatt dette verktøyet i bruk, men kommunen har planlagt å tredoble bruken av elektroniske medisindispensere.

2.2.6 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK

Helsehuset er Stavanger kommunes inneholder en rekke helsefremmende og forebyggende tilbud.³¹ Målet er å støtte innbyggerne i å ta vare på egen helse, samt å bygge kompetanse for å utvikle helsetjenesten.

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

Forebyggende hjemmebesøk tilbys i Stavanger til alle innbyggere det året de fyller 80 år, om de ikke mottar pleie- og omsorgstjenester fra kommunen. Tilbudet ble testet ut fra 2010 og implementert i 2014. Forebyggende hjemmebesøk vil kunne avdekke om den enkelte klarer å mestre dagliglivets aktiviteter, har et sunt kosthold og opprettholder en god allmennhelse. Tidligere ble det tilbudt oppfølgingsamtale i etterkant av besøket.

Besøket er en motiverende samtale om hvilke ønsker og forventninger den eldre som hjemmeboende har til sin hverdag og til framtiden. Samtalen kan handle om helse, fysisk og sosial aktivitet, ernæring, fallforebygging og boforhold. De ansatte som gjennomfører besøket gir informasjon om tjenester og ulike aktiviteter, men henviser ikke direkte. I stedet blir det informert om hvor den eldre kan henvende seg hvis de trenger hjelp.

Det finnes ikke noe tilsvarende i Sandnes kommune, mens fysio- og ergoterapitjenesten i Eigersund tilbyr fallforebyggende hjemmebesøk når folk fyller åtti.

³¹ Lenke til Helsehuset i Stavanger <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehuset-stavanger2/>

Seniorkonferanse for alle 75-åringene. Alle i Stavanger som fyller 75 år inviteres til senior-konferanse i jubileumsåret sitt. Konferansen ønsker å inspirere deltakerne til å planlegge fremover og ta vare på egen helse. Programmet inkluderer foredrag om aktuelle tema, stands blant annet om velferdsteknologi og fysio/ergo, kaffe og noe å bite i. Invitasjon sendes ut til 75-åringene per brev og ca. 15-20 prosent tar i mot tilbudet.

I november 2017 ble det for første gang holdt en seniorkonferanse for 75 åringer med foredrag og stands. Konferansen erstattet bydelsvise informasjonsdager for 75 åringer. 688 personer deltok på konferansen, dette var 15 % av de som fikk invitasjon.

Tabell 4 – Forebyggende hjemmebesøk og seniorkonferanse. Kilde: Stavanger kommune

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|----------|------|------|------|
| Antall forebyggende hjemmebesøk | 337 | 401 | 425 | 392 |
| Prosentandel som svarte ja til å få hjemmebesøk det enkelte år | 71% | 75% | 72% | 67% |
| Antall deltakere på seniorkonferanse (2017 og 2018) og på bydelsvise infodager (2015 og 2016) | Ca. 600* | 608 | 688 | 700 |
| Andel deltakere i forhold til antall invitasjoner sendt ut til 75-åringene | Ca. 30%* | 20% | 15% | 15% |

*Disse tallene er anslag, ettersom det ikke foreligger eksakte tall.

Antall forebyggende hjemmebesøk ligger på rundt 400 i året, med en liten nedgang i 2018. Antall deltakere på seniorkonferansene har økt, men siden eldrebefolkningen også øker, er den prosentvise andelen nokså stabil over tid.

Hjemmebesøkene benyttes til å informere om aktivitetstilbud som eldre kan delta på. **Aktivitetskalenderen** har blitt utarbeidet som en del av Leve HELE LIVET-satsingen.³² Denne er tilgjengelig på nettsidene og deles ut til brukere av forebyggende hjemmebesøk, helse- og sosialkontorene og fysio- og ergoterapitjenesten. Den har også blitt gjort kjent for fastleger og spesialisthelsetjenesten. Aktivitetskalenderen revideres ca. en gang i året. Da innhentes innspill fra brukere og ansatte om behov og eksisterende tilbud.

På **sykepleieklinikken** tilbys samme type tjenester som gis av sykepleiere i hjemmetjenesten. Dette kan for eksempel være sårstell, injeksjoner, kateterskift, vektkontroll, oppfølging av ernæring og håndtering av legemidler.

Helse- og sosialkontoret gjør vedtak og tilbudet om sykepleieklinikk tilbys personer som trenger helsehjelp, råd og veiledning av en sykepleier. Tilbudet gjelder de som ikke er avhengig av å få utført sykepleietjenester i eget hjem, det vil si er spreke nok til å oppsøke klinikken selv. Tilbudet ved Helsehuset i Stavanger ble fra 2019 bli tilbudt ved Eiganes og Tasta hjemmebaserte tjenester og Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte tjenester.

³² Siste utgave av aktivitetskatalogen finnes her... <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/skjema-a-a/helse-og-velferd/aktivitetskalender-for-helse-i-stavanger-nov-2018.pdf>

I 2017 fikk 129 brukere tjenester i sykepleieklinikken sammenlignet med 137 brukere i 2016 og 148 i 2015. I 2018 var tallet 135. Sykepleieklinikken skiller seg ut blant tilbudene i Helsehuset ved at det er flere menn enn kvinner som bruker tilbudet. I 2015 var 51 % menn, i 2016 55% og i 2017 var 57 % av de som benyttet seg av sykepleieklinikken menn.

Kosthold og ernæring inngår som tema i Leve HELE LIVET satsingen. Det er vanlig å anslå at minst 1 av 3 brukere av hjemmetjenesten er i ernæringsmessig risiko.

I 2017 mottok 3867 innbyggere pleie i hjemmet, mens dette tallet i 2018 var økt til 3933 innbyggere³³. I 2017 fikk 566 av disse hjelp til tilberedning av måltider og 125 fikk opplæring i tilberedning av mat. Dette utgjør ca. 18% av mottakerne av pleie i hjemmet. I 2018 fikk 641 hjelp til måltider, mens 101 fikk opplæring i tilberedning av mat. Totalt 19%.

Kosthold og ernæring skal være et satsingsområde i videreutviklingen av Leve HELE LIVET strategien, noe som er i tråd med satsingene i den nasjonale reformen.

MALOPPNÅELSE – HELSEFREMNING OG FOREBYGGING

Stavanger kommune har altså en rekke tjenester som skal forebygge funksjonsfall og fremme Eldres helse. Slike tiltak er imidlertid vanskelig å måle effekten av. En tommelfingerregel er 90-10-regelen, der antakelsen er at det meste av det som påvirker folks helse ligger utenfor helse- og omsorgstjenesten. Rundt 10 prosent kan helse- og omsorgstjenesten gjøre noe med, men heller ikke dette er lett å fastslå.

Helsehuset i Stavanger har en bredt anlagt aktivitet for å fremme helse og forebygge. Aktiviteten i forhold til forebyggende hjemmebesøk og seniorkonferanser har holdt seg stabil over flere år, og blitt en fast del av helsehusets aktivitet. Det er intuitivt logisk at disse tiltakene gir en positiv forebyggingsgevinst, men det lar seg ikke fastslå med tall. Også sykepleieklinikken ser ut til å gi flere gevinster enn det tjenesten koster.

2.3 ER BETINGELSENE FOR EFFEKTIV IMPLEMENTERING PÅ Plass?

I tabell 1 i innledningen pekte vi på 9 betingelser som er viktige for effektiv implementering. Til hver av disse ble det utledet revisjonskriterier. I dette kapitlet går vi i gjennom de ulike betingelsene for å undersøke hvorvidt de er ivaretatt i Leve HELE LIVET.

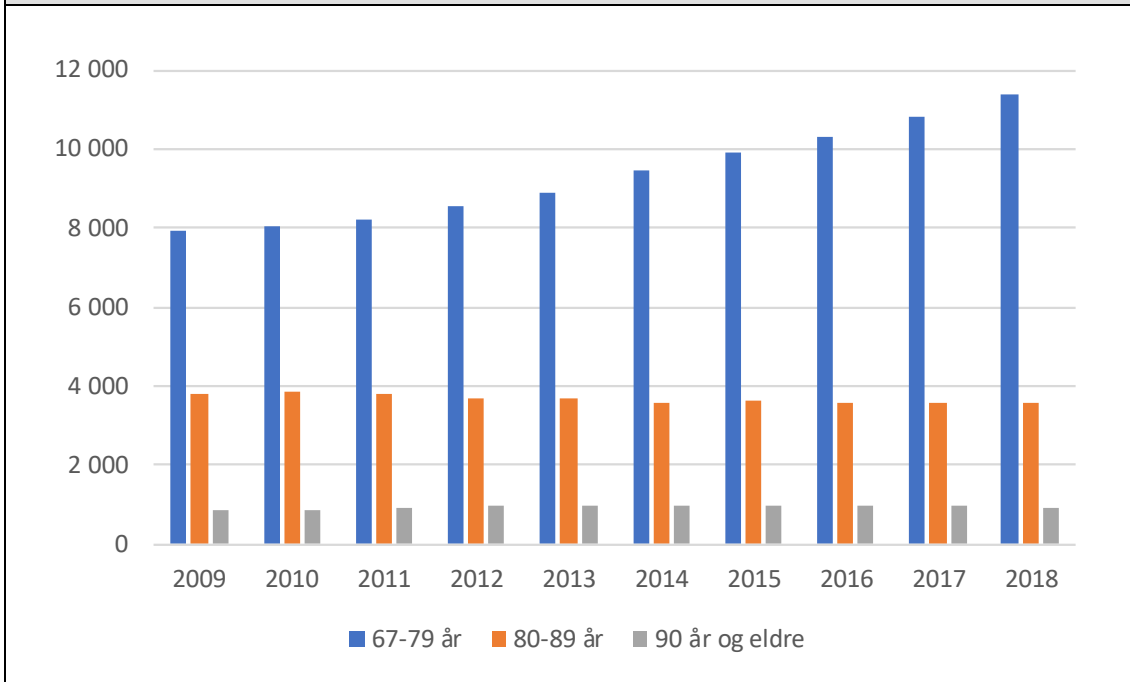
2.3.1 OPPFATTES LEVE HELE LIVET SOM NØDVENDIG?

Den første betingelsen er hvorvidt det er en opplevelse av «urgency» blant de ansatte i tjenesteapparatet - at satsingen ses på som en nødvendighet for å møte veksten i eldrebefolkningen, og at det ikke finnes noe alternativ til å omstille tjenesten.

³³ Kilde: Stavanger kommune.

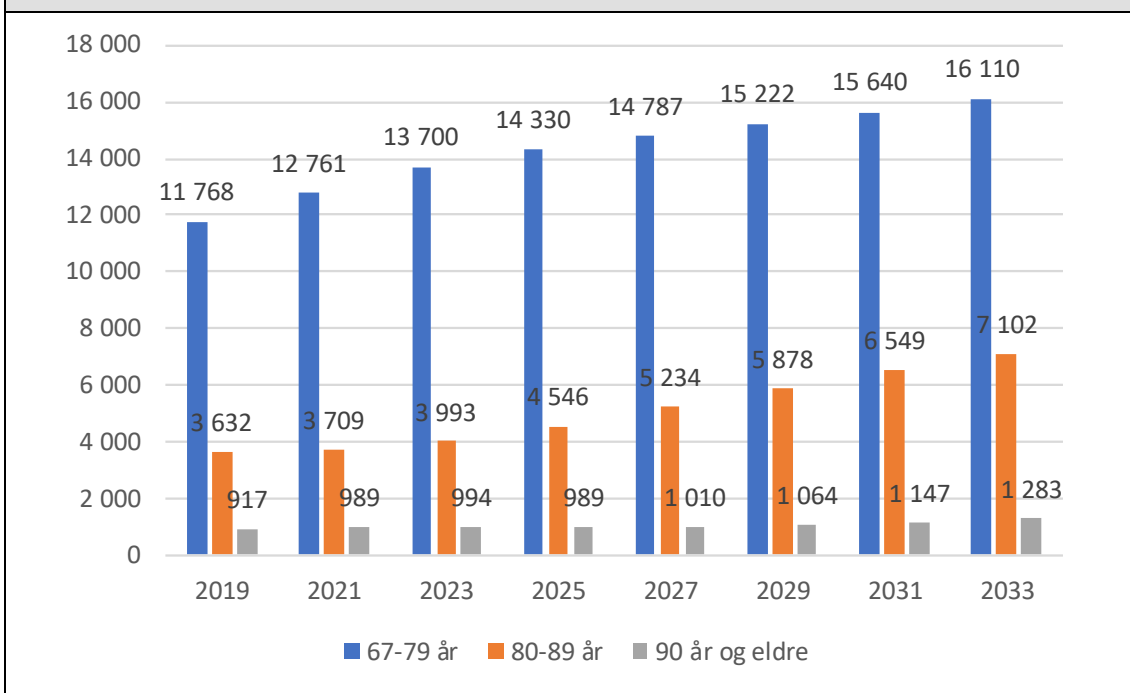
De siste årene har eldre i alderen 67-79 økt med 3456 personer fra 2009 til 2018 (jf. figuren nedenfor). For innbyggere i kategorien 80+ har det i samme periode faktisk vært en liten nedgang i Stavanger – med 130 personer. De yngre eldre har altså blitt betydelig flere, mens det hittil ikke har vært tilsvarende økning i de eldste alderskategoriene.

Figur 16 – Utvikling i eldrebefolkningen i Stavanger 2009-2018. Kilde: SSB



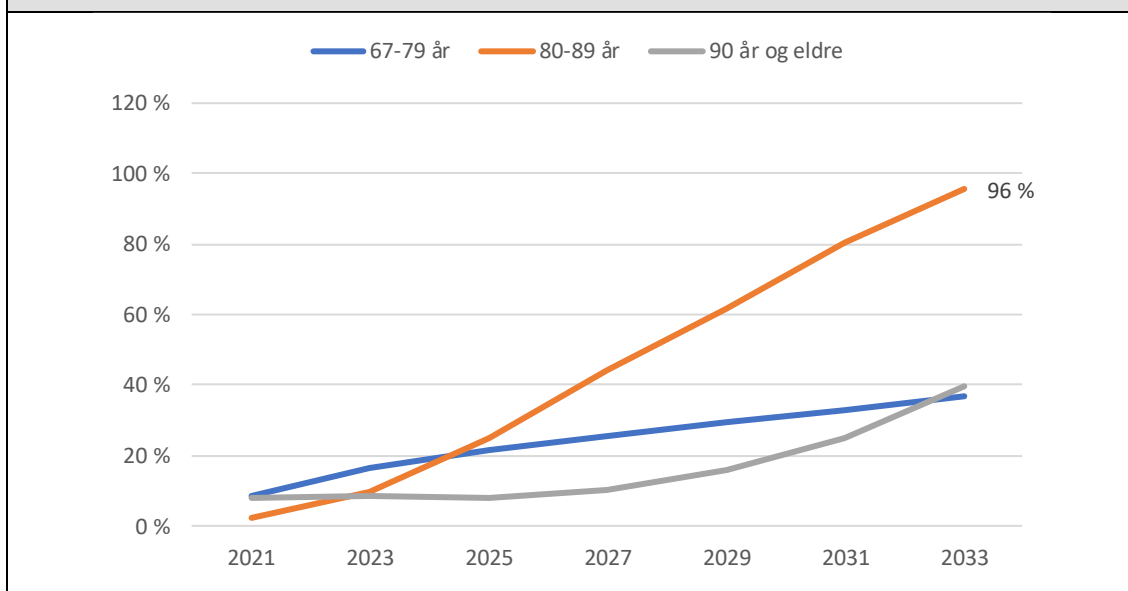
Befolkningsprognosen for Stavanger fra 2019 til 2033 viser imidlertid noe annet.

Figur 17 – Befolkningsprognose for Stavanger 2019-2033. Kilde: SSB/MMMM-alternativet.



Figuren under viser den prosentvise veksten i hver gruppe. Den mest markante økningen kommer i gruppen av innbyggere mellom 80 og 89, spesielt fra 2025 og fremover.

Figur 18 – Befolkningsprognose for Stavanger 2019-2033. Kilde: SSB/MMMM-alternativet.



Gjennomgangstonen i så godt som alle våre intervjuer er at Leve HELE LIVET er en helt nødvendig omstilling. Det trekkes også fram at det er stor konsensus blant levekårspolitikerne og i administrasjonen om nødvendigheten av Leve HELE LIVET. Alliansen mellom politikk og administrasjon har vært av stor betydning for utvikling og implementering av satsingen.

Budskapet fra «toppen» har vært at kommunen må rigge seg i tide for å kunne håndtere veksten i eldrebefolkningen på en god måte. Dette er et budskap som er fanget opp i tjenestene. Det finnes knapt noen som ikke ser koplingen mellom flere eldre og omstilling i tråd med Leve HELE LIVET. Det synes å være en utbredt oppfatning at omstilling er nødvendig og riktig, og at det er viktig at dette gjøres i tide.

Denne «kriseforståelsen» er imidlertid ikke skapt av en følelse av dårlig tid eller at ansatte daglig merker at noe er i ferd med å skje. Det blir som en av de ansatte sa: «vi omstiller mens vi venter ... arbeidshverdagen går jo sin vante gang». Hittil oppfattes «omstillingstrykket» først og fremst å komme fra politisk-administrativ ledelse snarere enn et etterspørselspress som er drevet fram av veksten i antall eldre. Det gir seg utslag i både en lojalitetsplikt – «dette har ledelsen bestemt og da må vi følge opp» – og en form for konkurransementalitet i de fire HSK-områdene om å utvikle og teste ut nye tiltak – «vi vil være best i klassen».

2.3.2 ER MÅLENE FORSTÅTT OG I BRUK UTE I TJENESTENE?

En annen viktig betingelse for effektiv implementering er et tydelig målbilde. Her avledes **vi fem revisjonskriterier**: Tydelig hovedmål, konkrete resultatmål, kommunisering av mål, klarhet i ansvar for framdrift og krav til måleindikatorer.

Målbildet. Budskapet om at det er nødvendig å omstille seg i tide henger nøye sammen med hovedmålet for Leve HELE LIVET-satsingen. Det holdes knapt en presentasjon som ikke inneholder målbildet for programmet, gjerne supplert med grafer som viser hvordan antallet eldre vil utvikle seg i kommunen. Det hovedmålet som synes å ha festet seg best ute i organisasjonen, er at de eldre skal ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig. Dette ses i sammenheng med å tilrettelegge best mulig for at de eldre kan bo hjemme og være mest mulig selvhjulpne. Det andre hovedmålet - «bedre og billigere tjenester» - er også kjent, men ses mer som et mål for pleie- og omsorgstjenestene som sådan.

De tre (del-)målene for innbyggerne i Stavanger - «med god helse», «i bedring etter funksjonssvikt» og «lever godt med funksjonssvikt» - ses i sammenheng med forebygging og rehabilitering og tilrettelegging for et godt liv, også med funksjonssvikt.

I arbeidshverdagen er Leve HELE LIVET-målene konkretisert til handlingsregler av typen «jobbe med hendene på ryggen» og «yte hjelp til selvhjelp» og til lokale oppskrifter på hva som må unngås som «passivering» og «dytte pasienten inn i hjelpefellen». Intervjuene indikerer at slike handlingsregler i arbeidshverdagen har en langt sterkere veiledende funksjon enn mer abstrakte mål for hva som er poenget med Leve HELE LIVET. Også hovedspørsmålet «*hva er viktig for deg?*» synes å være godt forankret i tjenestene.

Kommunisering av målbildet. Stavanger kommune har i et utall sammenhenger «terpet» på Leve HELE LIVET-budskapet i de siste 5-6 årene. Det er ikke mange blant fotfolket som har klart å unngå å få dette med seg. Det er utviklet flere typer kommunikasjonsverktøy, som film på YouTube, brosjyrer, illustrasjoner for å få fram budskapet, informasjon på nettsidene og samarbeid med mediene. Spesielt Stavanger Aftenblad har vist fram en rekke suksesshistorier i en form for «oppsidejournalistikk». Politikerne er jevnlig blitt forelagt nye prosjekter og statusrapporter om framdrift på ulike områder.

Kommuniseringen internt har fulgt linjeorganisasjonen, der ledere på ulike nivå, har et ansvar for å informere sine ansatte. Intervjuene indikerer at ikke alle har tatt denne oppgaven like alvorlig. Spesielt det å informere jevnlig kan være en utfordring i en hektisk hverdag. Samtidig er det fleste enige i at det trengs påminnelser for å holde trykket oppe.

Klarhet i ansvar for framdrift. Effektiv implementering forutsetter at det er noenlunde klart hvem-som-skal-gjøre-hva-og-når, for å realisere målene. Leve HELE LIVET er komplekst av to hovedgrunner: Utvikling og implementering foregår parallelt. Når nye tiltak sluses over i drift, betyr det at «oppdraget» til forvalterne og utførende virksomheter er i kontinuerlig endring. Den andre grunnen er omstillingens tverrsektorielle preg: Mange tjenester må skjønne sitt oppdrag, og gå noenlunde i takt.

Det synes å være bred enighet om at organiseringen av Leve HELE LIVET som et program, har vært positivt for å legge trykk på *utvikling* i en ellers driftspreget organisasjon. Prosjektaktiviteten har vært, og er, stor. Det har vært **stor vilje til å sette i gang nye prosjekter**, og disse er fordelt ut til ulike distrikter ut fra motivasjon og lokale ønsker. Koordinering mellom prosjektene er blitt ivaretatt gjennom programorganiseringen.

Framdriften i *implementeringen* er blitt avklart budsjettmessig ved de årlige handlings- og økonomiplanene, og gjennom handlingsplaner og statusrapporteringer behandlet av levekårsstyret. Vedtak er formidlet gjennom linjen ved hjelp av oppdragsdokumentene til HSKene og rutiner for rapportering om framdrift tilbake i linjen.

Måltall, måleindikatorer og oppfølging. Et målhierarki forutsetter noenlunde sammenheng mellom hovedmål, delmål, fastsettelse av måltall og målinger gjennom valg av måleindikatorer.

Et viktig dokument for å skape slik sammenheng, er de årlige oppdragsbrevene til HSKene. For målområde Leve HELE LIVET er det utviklet delmål og måleindikatorer. Et trekk ved disse dokumentene er at de har vært omfattende med hyppig rapportering. Over tid er dokumentene blitt justert og forsøkt forenklet med mer treffsikre måleindikatorer. Det er utviklet indikatorer på aktivitetsnivå og måling av effekt av iverksatte tiltak.

HSKene rapporterer månedlig på måleindikatorene i oppdragsbrevene. Disse blir gjennomgått av direktør, fagsjefer og programleder for Leve HELE LIVET. Det er også faste kontaktmøter mellom direktør, fagsjefer og helse og sosialkontorene, der dette blir tatt opp. I tillegg behandles disse tallene lokalt, ved hvert HSK og i møtene de har med hjemmetjenestedistriktene.

Direktøren har også halvårlige ledermøter med helse- og sosialkontorene og hjemmebaserte tjenester for implementering av tiltak innenfor Leve HELE LIVET.

Vi får opplyst at ledelsen innen Helse og velferd hadde en veldig tett oppfølging av HSKene og hjemmetjenestene i perioder der sentrale deler av reformen skulle implementeres. Virksomhetene ba da om å få mer tid og rom til å teste ut tiltakene på egen hånd. Det pekes på at det er viktig med oppfølging, men at man samtidig bør gi distriktene tillit og rom til å drive utviklingen selv.

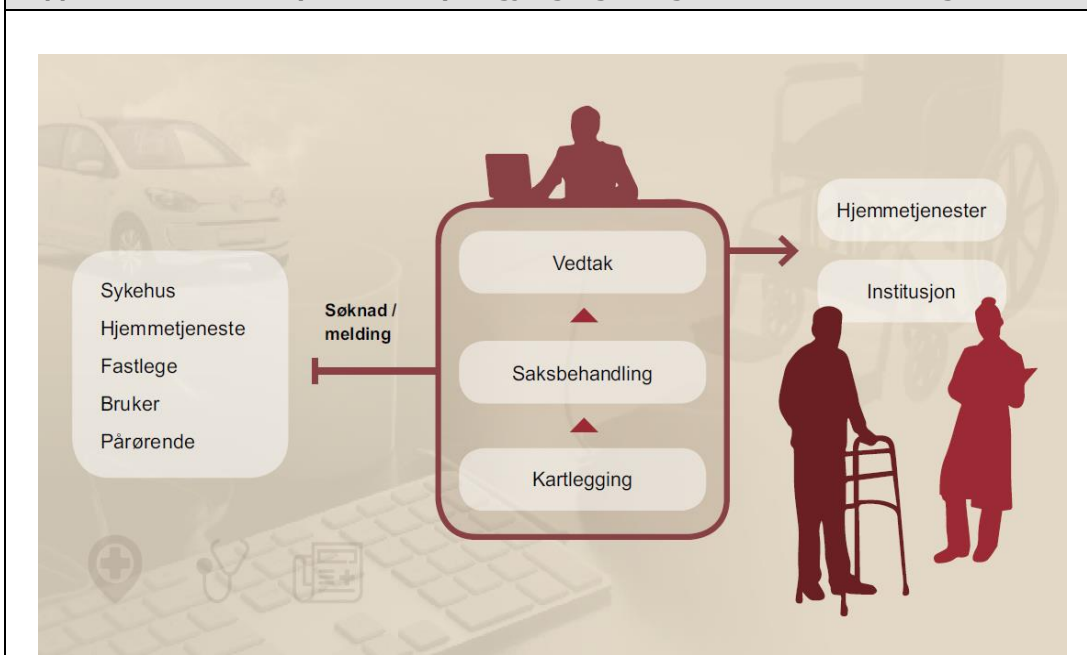
2.3.3 FUNGERER SAMHANDLINGEN MELLOM TJENESTENE SLIK AT BRUKERNE MØTER EN KOORDINERT TJENESTE?

Velfungerende samhandling bygger på flere forutsetninger. For det første er det avgjørende med en grundig og tverrfaglig behovskartlegging i HSKene. For det andre er det

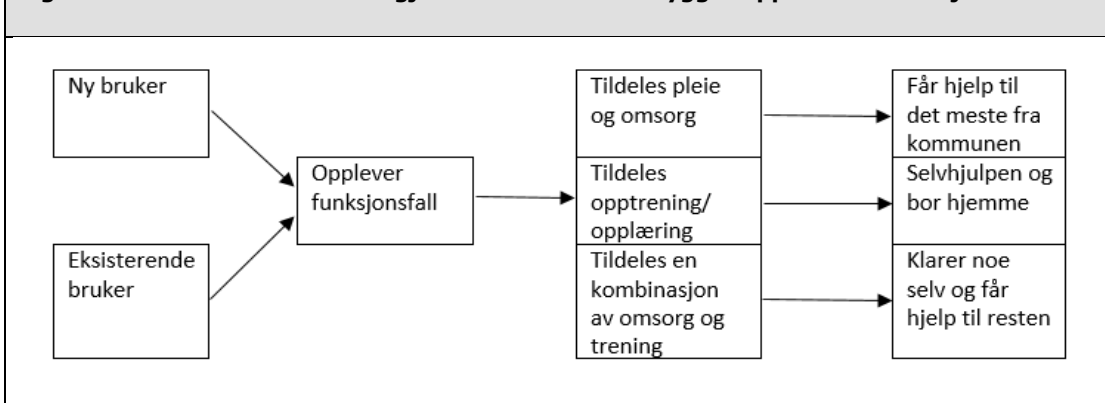
et spørsmål om å bruke riktige tiltak eller pakker av tiltak om behovskartleggingen avdekker et behov for koordinert innsats. For det tredje må det være tilstrekkelig samhandling i tjenesteutførelsen, slik at bruker opplever at tjenesten klarer «å stokke beina» på en god måte. I dette ligger også å foreta justeringer underveis om behovet endrer seg.

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

Figur 19 – Prosess fra søknad/henvisning til tildeling av tjeneste. Kilde: Riksrevisjonens rapport Dokument 3:5 (2018–2019): Tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.



Figur 20 – Hva kan kommunen gjøre om en eldre innbygger opplever et funksjonsfall?



Behovskartlegging. Helse- og sosialkontorene har en viktig rolle i å kartlegge brukers mål, og vurdere hvem som kan nyttiggjøre seg tiltakene for økt aktivitet og mestring. For å ivareta dette innenfor tilgjengelige rammer, må helse- og sosialkontorene sørge for økt gjennomstrømming av brukere som klarer seg selvstendig etter korte intensive pe-

rioder med rehabilitering, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. De må samhandle tett med virksomhetene som leverer tjenestene, og jevnlig vurdere tjenester og vedtak for å støtte opp om den enkeltes egenmestring.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at behovskartleggingen er blitt mer dekkende etter at HSKene ble tilført kompetanse i fysio- og ergoterapi. Men som vi så i forrige kapittel, ser det ut til å være betydelige forskjeller mellom helse- og sosialdistriktene, både mht. hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Det fremgår av intervjuene at HSKene ikke alltid rekker et førstegangsbesøk der tverrfaglige vurderinger inngår. God samhandling med hjemmetjenestene og andre sentrale instanser er ofte avgjørende for å foreta gode behovskartlegginger. Det kommer også fram i intervjuene at sykehuset (ved utskrivning) og fastlegene (ved henvisning) ikke alltid er klar over kommunens rehabiliteringstilbud.

Målgruppen. Det er en utbredt oppfatning at det er mest å hente i å gjennomføre hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring for nye brukere eller de som har kort fartstid i omsorgstjenesten. For hjemmetjenestebrukere med lengre fartstid er det først og fremst de som har hatt et funksjonsfall eller som har begynt å bli utrygge som er de mest aktuelle kandidater for et opplæringstiltak eller hverdagsrehabilitering.

Det betyr ikke at andre brukere med lengre fartstid ikke har et egenmestringspotensial. Dette har først og fremst med at det er langt vanskeligere å overbevise brukere med lang fartstid i tjenesteapparatet om at de bør lære selv å gjøre hverdagslige gjøremål. Og at det er til beste for dem selv i det lange løp.

Samhandling med brukere og pårørende. Intervjuene tyder på at det kan være en utfordrende for kommunen og pleierne å få til en god samhandling med brukere og pårørende. Av og til blir brukerne sinte når de blir utfordret og lært opp til å utføre oppgaver de har fått hjelp til før. Har de blitt vasket på ryggen tidligere, er det verre i etterkant å komme å si at dette bør de nå kunne klare selv. Låser ikke hjemmesykepleieren seg inn ved hjemmebesøk - selv om han/hun har nøkkel - kan det skape irritasjon hos beboeren, selv om det er en god aktivitets- eller mestringstanke bak. Bærer ikke den ansatte ut søpla når han/hun går, kan også det bli en kime til konflikt. Da kan de ansatte bli beskyldte for å være kjipe, komme med slengbemerkinger om at det er typisk kommunen å drive og spare penger på de eldres bekostning som har betalt skatt i alle år. Det er heller ikke uvanlig at pårørende blir sinte eller frustrerte når de oppdager at pleierne ikke tømmer søpla, henter avisen eller låser opp døra.

Samhandling HSK og hjemmebaserte tjenester. I hovedsak er det tilfredshet med utviklingen i samhandlingen mellom HSKene og hjemmebaserte tjenester. Det er samhandlingsmøter hver 14 dag mellom HSK og hjemmetjenestene. Her deltar også hverdagsrehabilitering. Dette blir trukket fram som et godt tiltak i oppfølgingen av brukerne. Hjemmetjenestenes endringsmeldinger blir sett på som nødvendig for raskt å kunne

fange opp endringer i tjenestebehov etter kortvarige rehabiliteringstiltak eller installering av velferdsteknologi. Samtidig er det en tydelig tilbakemelding at det er for mange tidkrevende endringsmeldinger på det som oppfattes som mindre justeringer i den tje-
nesten bruker mottar. Her er ønsket et mer tillitsbasert system som gir rom for mer faglig
skjønn blant fotfolket. Kommunen er i skrivende stund i gang med å teste ut en ny fi-
nansieringsmodell for hjemmetjenestene (se under). Tanken er at den skal bidra til
mindre byråkrati i form av færre endringsmeldinger og økt faglig skjønn i hjemmetje-
nesten.

Overgang hverdagsrehabilitering – hjemmetjenester. [Som nevnt over](#) bidrar praksisen
i hjemmetjenesten noen ganger til å svekke effekten av hverdagsrehabiliteringen, enten
mens treningen pågår eller etter endt rehabiliteringsopplegg.

**Gjennomgangstonen i intervjuene er at det trengs mer samarbeid mellom helse- og
sosialkontorene for å sikre likebehandling og fagutvikling.** Per i dag er det møter mel-
lom helse- og sosialsjefene og kommuneledelse. **Det som etterlyses er et styrket faglig
samarbeid mellom fagområdene, i dette tilfellet mellom helseteamene ved de ulike
kontorene.** Det blir pekt på at man tidligere hadde et kortvarig samarbeid der man gikk
gjennom ulike case for å kartlegge forskjeller og likheter i tilnærming og vurderinger.
Dette blir beskrevet som veldig nyttig.

Hospitering. Fra Hundvåg og Storhaug HSK pekes det på at det hadde vært nyttig for
dem med en hospitering i hjemmesykepleien, blant annet for å undersøke praksis i for-
hold til vedtaksteksten: «Men det har vi ikke gjort, vi har ikke prioritert det». Også ved Madla
og Tjensvoll HSK tas det til orde for mer hospitering: «Hospitering skjer på eget initiativ
(...). Det burde vært obligatorisk.»

Overgang fra fysio- og ergoterapitjenesten til hjemmetjenesten. I intervjuene får vi
opplyst at det er lite samarbeid (både systemrettet og brukerrettet) mellom fysio- og ergo
og hjemmetjenestene, bortsett fra samarbeidsprosjektet *Felles bruker – felles innsats*, som
får rosende omtale. Hjemmetjenestene kan ikke lese fysio- og ergoterapitjenestens jour-
naler³⁴ og har som regel ikke kunnskap om hva brukerne har trent på med terapeutene:
«Vi skulle visst hva brukerne hadde trent på mens de var på sykehjem. Er det noe vi skal jobbe
videre med? At de skal reiser seg opp av stolen ti ganger? At de skal drive trappetrening» Det
hevdes at dette fører til at den videre oppfølgingen blir for lite målrettet. Det blir samti-
dig pekt på en løsning på denne utfordringen; få informasjon om treningen inn i hjem-
mesykepleievedtaket.

**I intervjuene peker flere fra hjemmetjenestene på at nødvendige hjelpemidler ofte
ikke er på plass ved hjemkomst fra sykehus eller fra sykehjem, noe som gjerne svek-
ker egenmestringen og for å jobbe mot hjelp til selvhjelp³⁵.** De siste tre årene har det

³⁴ Bekreftet av begge parter.

³⁵ Også dette samsvarer med funn fra Bærum, *Samhandlingsreformen – Bærum kommune Rogaland Revisjon 2017*

gjennomsnittlige antallet personer på venteliste for hjelpemidler/ergoterapi vært mellom 104 og 132³⁶. Ifølge Fysio- og ergo er det vanskelig å si noe om normal gjennomsnittlig ventetid fra behovet oppstår (meldes til kommunen) og til hjelpemidler er på plass – da det varierer fra om det er utstyr som kan bestilles på kommunens korttidslager, på NAVs bestillingsordning eller gjennom ordinær søknad til NAV, og om det er utstyr NAV Hjelpemiddelsentral har på lager eller må bestilles fra eksterne leverandører.

Fysio- og ergo har rimelig gode tall på ventetid på tilrettelegging med bolighjelpemidler (fastmonterte ramper, heiser, løfteplattformer, dørautomatikk og annen omgivelseskontroll, og større hjelpemidler på bad (badekar, stellebenker, spesialtoalett osv.) og på kjøkken (hev-/senkbare løsninger til skap) og ombygginger.

Funn fra et internt kartleggingsprosjekt i Fysio- og ergoterapitjenesten viser at det i gjennomsnitt tar i underkant av ett år fra behovet blir kjent for kommunen og til hjelpemidlene er på plass. Etter å ha gått gjennom nesten 150 saker fra 2017 og 2018, ser man at prosessen kan ta alt fra 3 måneder til 3 år. De sakene som tar aller lengst tid er de som inkluderer store ombygginger av bolig i tillegg til hjelpemidler, og mange økonomiske og tekniske forhold som må avklares underveis. Vi er kjent med at disse utfordringene er adressert i eget prosjekt, som nå pågår³⁷.

2.3.4 ER DET TILRETTELagt GJENNOM KULTURBYGGING OG KOMPETANSEUTVIKLING?

EN FELLES KULTUR?

Engasjerte og kompetente «iverksettere» ute i tjenestene er en forutsetning for effektiv implementering. Spiller ikke fotfolket på lag, vil enhver omstilling bli vanskelig.

De fleste vi har snakket med ser nødvendigheten av Leve HELE LIVET og mener det er en viktig og riktig vei å gå for omsorgstjenestene. På et intensjonelt plan er det bred konsensus om at det ikke finnes noe alternativ. I praksis pågår det likevel en slags tau-trekking mellom tradisjonell og ny måte å yte omsorg på.

Gammeldags eller moderne? Ute i tjenestene, særlig i hjemmesykepleien, er det noen som reagerer på at tradisjonelle hjemmetjenester framstilles som en feil måte å jobbe på, mens den nye måten å jobbe på, med fokus på egenomsorg, er den eneste riktige. I en presentasjon ifm. kommunens HØP ble det hele beskrevet som et paradigmeskifte – fra hjelpfelle til egenmestring, fra symptomfokus til ressursfokus³⁸.

³⁶ Tall fra Fysio- og ergoterapienheten.

³⁷ *Ressurorientert hjelpemiddelformidling* – selvstendighet og mestring med riktig hjelpemiddel til riktig tid. Prosjektet skal finne nye løsninger knyttet til formidling av hjelpemidler. Prosjektleder er i permisjon fra stillingen som leder av Fysio- og ergoterapitjenesten, men er ansatt som prosjektleder ved Tekniske hjemmetjenester.

³⁸ <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/planer/hop-og-budsjett/hop-2019-2022-helse-og-velferd.pdf>

I stedet for et spisset budskap om et paradigmeskifte – fra én måte å jobbe på til én helt ny måte å jobbe på – er det for disse mer et spørsmål om både-og: «*Det trengs fokus på både hjelp til egenomsorg og vanlig kompenserende hjelp*». I en fase av livet kan hjelp til egenomsorg være det riktige, i en annen er det bare tradisjonell omsorg som duger.

De fleste vi har snakket med er av den oppfatning at det tar lang tid å forankre «egenmestringsperspektivet» i hjemmetjenestene. Så lenge tankesettet ikke sitter i hjernebarken til fotfolket, vil det fortsatt være behov for repetisjon av budskapet - gjerne i nye innpakninger, slik at det ikke glir over i det kjedsommelige, og dermed preller av. Det er en viss bekymring blant de mest entusiastiske pådriverne ute i tjenestene, at Leve HELE LIVET kan dabbe litt av og miste momentum, og at dette må tas på alvor.

«**Hemmelige tjenester**». Det er kjent for de fleste vi har intervjuet, at det utføres en del oppgaver for brukere og ikke sammen med brukere (opplæring), selv om det er et opplærings tiltak. For noen pleiere står det veldig sterkt at du skal gi hjelp og omsorg, de er serviceinnstilte og vil gjøre oppgaven for brukere. Andre synes det kan være utfordrende å jobbe med de varme hendene på ryggen, mens atter andre gir etter for press fra brukere og pårørende.

Felles gjennomgang av brukere med opplæringstiltak er innført, blant annet ved liste-gjennomgang. På Hundvåg og Storhaug har de faste møter hvor de går gjennom disse brukerne. Både her og andre steder, synes det å være en god del variasjon i oppdragsutførelsen, fra pleier til pleier.

I hvilken grad er intensjonene med Leve HELE LIVET gjennomsyret i den ordinære hjemmesykepleien? Det er delte meninger om hvorvidt målene om egenmestring og hjelp til selvhjelp har smittet over i den ordinære hjemmetjenesten. De er delvis sikret gjennom opplæringstiltakene, men disse vedtakene treffer bare et mindretall av brukerne. Det synes fortsatt å være en vei å gå i forhold til å utvikle en kultur der hverdagsmestring gjennomsyrer de ordinære hjemmesykepleievedtakene.

Ifølge hjemmetjenesten ved Hundvåg og Storhaug er det et skarpt skille mellom hverdagsrehabilitering, opplæringstiltak og ordinær hjemmesykepleie. De ansatte vi intervjuet formulerte dette slik: «*Hjemmesykepleie utføres sånn som før*».

Tilbakemeldingene fra hjemmetjenesten i Madla tyder på at målene eller intensjonene i reformen er mer gjennomsyret i den ordinære hjemmesykepleien her. «*Det har skjedd en holdningsendring. Fra å tenke at folk må ha hjelp til å tenke hva de kan klare selv (...) det gjennomsyres hvordan vi tenker.*» «*Madla var pilot for hele hverdagsrehabiliteringssatsingen, derfor sitter det i ryggmargen.*» Fra hjemmetjenesten pekes det på at dette, samt at enheten har en egen ressursperson, gjør at de ansatte (også vikarer) er drillet i hjelp til selvhjelp.

Men det er ikke bare variasjoner mellom distriktene. Intervjuene tyder på at det også kan være betydelige forskjeller mellom sonene (to soner i hvert distrikt). Sist men ikke

minst ser det ut til at det er store individuelle forskjeller i tjenesteutførelsen, og at pleierne følger opp vedtakene ulikt. Dette blir det pekt på i de aller fleste intervjuene.

Enkelte peker på at holdningen i hjemmetjenestene har endret seg betydelig siden Leve HELE LIVET ble innført. Til tross for dette tar det tid før dette reflekteres i den enkeltes handling i møte med bruker: «*Min erfaring er at holdningen har endret seg (i hjemmetjenestene, vår anm.). Man har innsett at dette er lurt, man har fått kunnskapen. Men det er ikke gitt at du endrer handlingen for det. De tenker ikke alltid hva det betyr i praksis (...) Mange fortsetter med kompenserende tiltak selv om de har kunnskapen om hverdagsmestring.*». Det kan altså se ut som en noen pleiere går litt på autopilot, selv om de har kunnskaper om den nye kursen.

KOMPETANSEHEVING

Med kompetansehevingstiltak mener vi her kompetanseheving knyttet til å kunne utføre opplæringstiltak og drive med hverdagsmestring. Eksempler her er relasjonskompetanse, pedagogisk kompetanse og opptreningskompetanse. Det vil si at vi ikke ser på den mer tradisjonelle fagspesifikke hjemmetjenestekompetansen (kreft, sår, palliasjon osv.).

Inntrykket fra vårt fra denne gjennomgangen er at kompetanseutviklingen ifm. Leve HELE LIVET så langt har vært sporadisk og lite systematisk, spesielt mot hjemmetjenestene.

Hvert HSK har fått en fysio- og en ergoterapeut etter innføringen av Leve HELE LIVET. Tilbakemeldingene i intervjuene er at de er et viktig bidrag for at HSKene skal kunne foreta gode vurderinger av hvem som er i målgruppen for hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering eller fysio- og ergoterapi.

Fysio- og ergoterapitjenesten og hverdagsrehabiliteringsteamet er sentrale kompetansemiljøer i forhold til opptrening og rehabilitering. Til tross for dette ser det ut til at fysio- og ergoterapitjenesten har hatt en nokså perifer rolle ifm. Leve HELE LIVET. De forteller at de var glade da reformen kom, ettersom det faglige grunnlaget for reformen var nokså identisk med enhetens faglige grunnlag. Til tross for dette fikk ikke fysio og ergoterapitjenesten noen klar rolle i reformen, de var ikke en del av de fire pilarene. De opplevde at de var «*litt på siden*» av reformen. Vi får opplyst at dette førte til et manglende engasjement omkring reformen innad i enheten.

Et stykke ut i arbeidet med reformen, i 2016 og 2017 fikk fysio- og ergo-terapitjenesten en mer aktiv rolle i Leve HELE LIVET gjennom prosjektet *Felles bruker – felles innsats*. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom hjemmebaserte tjenester og fysio- og ergoterapitjenesten. Målgruppen er brukere som mottar hjemmesykepleie og fysioterapi og/eller ergoterapi i hjemmet. I 2016 fikk 25 brukere oppfølging gjennom felles bruker – felles innsats, i 2017 fikk 50 brukere denne oppfølgingen. Erfaringer viser at den tverrfaglige

tilnærmingen bidrar til at brukerens potensial kommer bedre fram og funksjonsnivået bedres.

Intervjuene tyder på at det har vært en del fremstøt, men at disse har vært for kortvarige og skjer for sjelden, spesielt rettet mot hjemmebaserte tjenester.

- Hverdagsrehabiliteringsteamet har hospitert ute i sonene en gang – i en periode på fire uker, én gang per uke.
- Sonene har hatt tilbud om å hospitere hos HRH-teamet, men veldig få har takket ja, ifølge teamet. Paradoksalt nok tar flere i hjemmetjenesten til orde for at de ønsker mer kompetanseoverføring fra hverdagsrehabiliteringsteamet til hjemmesykepleien
- HRH-teamet har gjennomført et timeskurs i hverdagsmestring i hjemmetjenestesoner, dagsenter, sykehjem og for sykepleiestudenter.
- Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte: *«Vi har ikke hatt konkrete kurs, men har tidligere hatt folk inne fra HRH for å veilede, vi har sett film. Det er viktig å ha det med jevne mellomrom. Det er mange ansatte, mange ute på oppdrag, samt turnus. Det er derfor litt tilfeldig hvem som er der og hvem som får det med seg».*
- Ved Madla og Tjensvoll hjemmebaserte pekes det på at hospiteringen var veldig positiv. De peker på at de involverte fikk bedre kunnskaper om hvilke ressurser mange brukere har og at de lærte å stille brukerne spørsmål på en ny måte. Den skriftlige evalueringen ble delt med resten av avdelingen og vi får opplyst at dette tiltaket fikk positive tilbakemeldinger fra alle parter.
- Madla og Tjensvoll HSK: *«Vi savner at de ansatte i hjemmebaserte stiller på kurs. De sender lederne, men det er alt for lite kursing av de ansatte i hjemmetjenestene. (...) De trenger ikke kun ett kurs, de må ha mange slik at alle får mulighet til å delta».*
- Samarbeidsprosjektet mellom hjemmetjenestene og fysio- og ergoterapitjenesten *Felles bruker – felles innsats* omtales som et kompetansehevende tiltak. Målgruppen var de som både hadde hjemmesykepleie og fysio- og ergoterapitjenester. I 2016 og 2017 fikk hhv. 25 og 50 brukere med denne oppfølgingen. Kommunens erfaringer er at den tverrfaglige tilnærmingen bidrar til å at brukerens potensial komme bedre frem og funksjonsnivået bedres.
- Det har vært årlige nettverkssamlinger for Leve HELE LIVET, sist i november 2018. Her har det vært kompetanse- og erfaringsutveksling, der blant annet brukere har stått frem og fortalt sin historie.
- Vi får opplyst at det for tiden jobbes med å lage et E-læringsprogram, en film, med ulike bolker.
- Kursing i inviterende samtaleteknikk for ansatte på HSKene og avdeling for hverdagsrehabilitering. I tillegg fikk alle ansatte i hjemmebaserte tjenester en introduksjon i inviterende samtaleteknikk på oppstartsamlingene for hverdagsrehabilitering.
- Ved oppstart ble det gjennomført kurs for ansatte på helse- og sosialkontoret, hjemmebaserte tjenester, sykehjem, fysio- og ergoterapitjenesten og avdeling for hverdagsrehabilitering i valide kartleggingsverktøy.
- 33 ansatte fra helse- og sosialkontor, hjemmebaserte tjenester og fysio- og ergoterapitjenesten deltok dessuten i en 5 studiepoengs videreutdanning i rehabilitering ved Diakonhjemmet Høgskole, finansiert av Stavanger kommune.

- Det ble etablert et internt læringsnettverk for ressurspersoner/endringsagenter i hjemmebaserte tjenester. På samlingene ble det gitt undervisning i tema som var aktuelle for implementering av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.
- For å styrke samhandlingen mellom helse- og sosialkontor og hjemmebaserte tjenester ble det gjennomført en pilot med utprøving av metodikken Relasjonell koordinering. Gode resultater fra piloten gjør at metodikken vil videreføres i prosjektet *Friere faglighet – mindre byråkrati* på Eiganes og Tasta.
- Fra Hundvåg og Storhaug HSK pekes det på at det hadde vært nyttig for dem med en hospitering i hjemmesykepleien, blant annet for å undersøke praksis i forhold til vedtaksteksten: «*Men det har vi ikke gjort, vi har ikke prioritert det*». Også ved Madla og Tjensvoll HSK tas det til orde for mer hospitering: «*Hospitering skjer på eget initiativ (...). Det burde vært obligatorisk.*»

Kompetanse og ledelse er et viktig innsatsområde i kommunes program for omstilling av hjemmebaserte tjenester, som er en del av Leve HELE LIVET. I programmandatet står det at *hjemmebaserte tjenester er preget av høy grad av kompleksitet og uforutsigbarhet og oppgaver som skal løses effektivt under tidspress. Det er derfor nødvendig med satsing på fag- og samhandlingskompetanse (side 6)*. Kompetansedelen av omstillingsprogrammet startet opp i januar i år, og skal pågå ut året.

2.3.5 UNDERSTØTTER STRUKTURELLE ENDRINGER LEVE HELE LIVET-SATSINGEN?

Kommunen har gjort en rekke strukturelle og organisatoriske endringer som understøtter Leve HELE LIVET-satsingen. Som nevnt har kommunen parallellkjørt utviklingsarbeid og implementering av nye tiltak. Utviklede og piloterte tiltak som har vært gode eller nyttige har blitt sluset over i den ordinære driften. Det er opprettet et eget hverdagsrehabiliteringsteam. I tillegg er hverdagsmestring skilt ut som en egen vedtaksform, dvs. opplæringstiltak i hjemmesykepleien. Kommunen har dessuten opprettet en rekke helsefremmende og forebyggende tiltak som forebyggende hjemmebesøk, seniorkonferanse og en egen sykepleieklinikk.

I tillegg har kommunen gjort en rekke andre grep, der mange kan knyttes opp mot omstillingsprogrammet for hjemmebaserte tjenester. Vi går ikke inn på alle grepene som er gjort, men gir en kort beskrivelse av noen av dem:

- **Omorganisering hjemmetjenester.** Fra januar 2017 – antall hjemmebaserte virksomheter ble redusert fra seks til fire
- **Stavanger hjemmehjelp avviklet første april 2018.** Organiseres i hver av de fire hjemmetjenestedistriktene, under hjemmesykepleien. Man jobber få å legge til rette for at de kommunale hjemmehjelperne i større grad skal inngå i det tverrfaglige samarbeidet rundt brukerne.
- **Omstilling av hjemmetjenestene:** Omstillingsprogrammet for hjemmebaserte tjenestene er en del av Leve HELE LIVET. Programmet skal legge til rette for en fremtidsrettet hjemmetjeneste, som er bedre for brukerne og billigere for kommunen, og som

bidrar til å nå Stavanger kommunes målsetting om at flest mulig har et aktivt liv og klarer seg best mulig³⁹. Programmet varer fra januar 2018 til desember 2020 og programmet er kategorisert i fire hovedtema: Organisering og arbeidsdeling, nye arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Når det gjelder ledelse skal programmets delprosjekter inkludere tiltak som bidrar til at ledelsen i de ulike virksomhetene i hjemmebaserte tjenester har nødvendig ledelseskompetanse til å utøve ledelse tilpasset endringer i organisering og arbeidsdeling

- **Friere faglighet og mindre byråkrati** – treårig politisk initiert prøveprosjekt som startet i 2017. Samlokalisering av helse- og sosialkontor og hjemmebaserte tjenester fra en forutsetning for prosjektet. Eiganes og Tasta ble valgt, ettersom HSK og hjemmebaserte tjenester flyttet inn i nye felles lokaler høsten 2018. Målsettingen er å legge til rette for tettere samhandling mellom forvaltere og utførere av helsehjelp, forenkling av rutiner og prosedyrer og større rom for faglige vurderinger. Kommunikasjon og «flaskehals» mellom brukere, helse- og sosialkontor og hjemmetjenester ble kartlagt høsten 2018 og kommunen arbeider i dag med å følge opp resultatet av kartleggingen.
- **Samlokalisering av Eiganes og Tasta HSK og hjemmebaserte tjenester, høsten 2018**
- **Ny finansieringsmodell for de hjemmebaserte tjenestene**, basert på prinsipper for rammefinansiering, vil bli utviklet i løpet av 2019 og skal tas i bruk fra 2020. En pilot skal prøves ut i prosjektet Friere faglighet og mindre byråkrati i løpet av 2019.

Dagens ABI-modell, som kommunen nå er på vei bort fra, gir hjemmetjenestene liten drahjelp i å arbeide for å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne. Stort pleiebehov utløser mye ressurser, lite pleiebehov utløser lite ressurser. Pleietyngden er imidlertid en påvirkelig størrelse, noe hverdagsrehabiliterings- og hverdagsmestringsarbeidet har vist. Dersom et hjemmetjenestedistrikt klarer å redusere antall vedtakstimer, blir også budsjettene redusert tilsvarende. Satt på spissen: Godt hverdagsmestringsarbeid fører til lavere budsjetttramme⁴⁰.

Kommunen er i skrivende stund i gang med å teste ut en **ny finansieringsmodell** for hjemmetjenestene (se under). Målet med den nye finansieringsmodellen er at den skal forenkle tildeling av midler og skal gi større økonomisk forutsigbarhet for utførerne. Den skal bidra til mindre byråkrati i form av færre endringsmeldinger ved endret tjenestebehov, som betyr økt faglig skjønn i hjemmetjenesten. Den nye modellen har tre hovedkomponenter. Den ene er *grunnfinansiering*, som er et beløp per bruker og som er den eneste finansiering av brukere som mottar mindre enn 20 timer med tjenester i uka (dvs. det store flertallet). Den andre er *nivåmodellen*, som skal finansiere tjenester til brukere med behov for mellom 20 og 100 timer per måned, med intervaller på 20 timer per måned. Den tredje er *fokusgruppe*, som gjelder de «*tyngste*» brukerne, dvs. de som har

³⁹ Programmandat – Leve HELE LIVET – morgendagens hjemmetjenester, datert 08.08.2018: Side 1

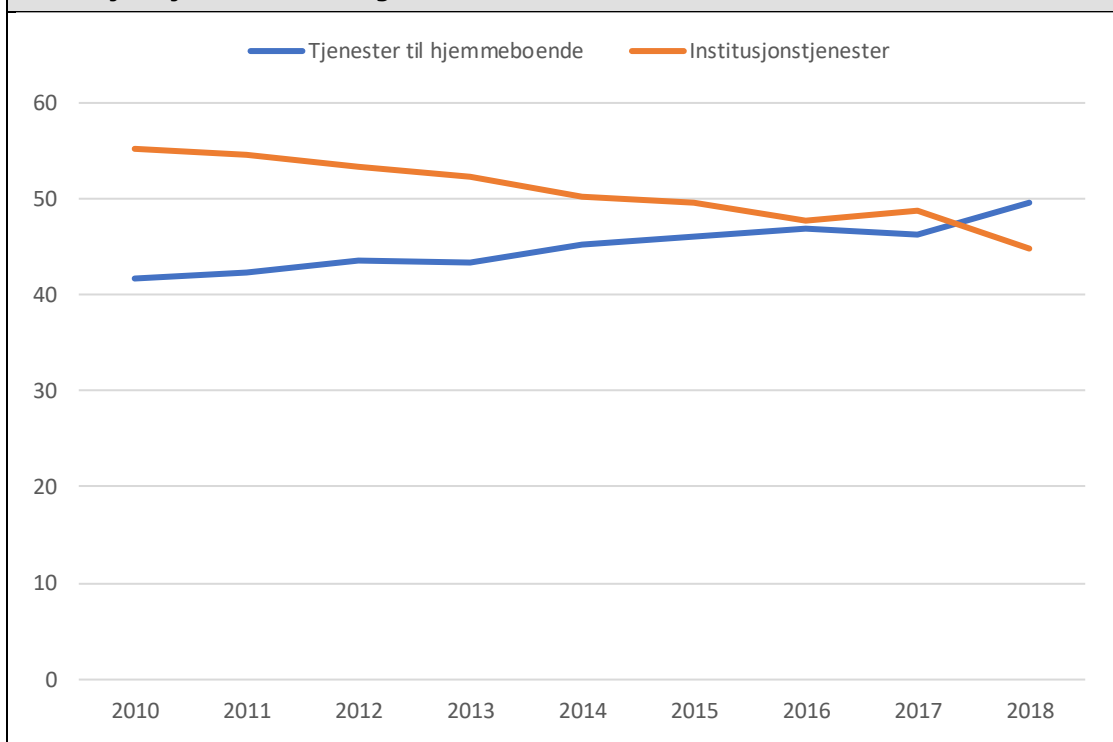
⁴⁰ Vi fant tilsvarende insentiver i Bærum kommunes budsjettmodell for hjemmetjenestene, i en forvaltningsrevisjon i 2016/2017.

over 100 timer i uka. Summen av disse elementene gir samlet budsjetttramme for virksomheten.

Helt til slutt i denne delen svarer vi også ut underproblemstillingen; **svekker høy institusjondekning satsingen på Leve HELE LIVET?** Eller sagt på en annen måte: Har kommunen en såpass høy ressursmessig prioritering av tjenesten at det går ut over satsingen mht. å gi folk mulighet til å bo lengst mulig hjemme?

Figuren under viser en gradvis vridning av ressurser, fra institusjonstjenester i favør av hjemmetjenester, noe som skaper bedre økonomiske rammebetingelser for å jobbe mot kommunens mål. Vi finner en lignende tendens i de andre storbyene, men vridningen er sterkere i Stavanger de siste fire årene. Likevel brukte Stavanger i 2018 en større andel av utgiftene til institusjon (44,8 %) enn snittet for storbyene (41,7) og litt mindre til hjemmeboende (49,7 mot 51,1 %). Dette henger sammen med at Stavanger, sammen med Tromsø, har den høyeste institusjonsdekningen i nettverket (24 % av innbyggere over åtti).

Figur 21 – Utvikling i andel av netto driftsutgifter til hjemmetjenester og institusjonstjenester i Stavanger⁴¹



Som vi skal se [under](#), har Stavanger relativt høye utgifter per hjemmetjenestebruker og bruker mye relativt mye på mottakere over 67 år.

⁴¹ Kilde: KOSTRA og ASSS-rapporter 2010-2016. For 2017 og 2018 er kilden Framsikt, som har hentet tallene fra KOSTRA.

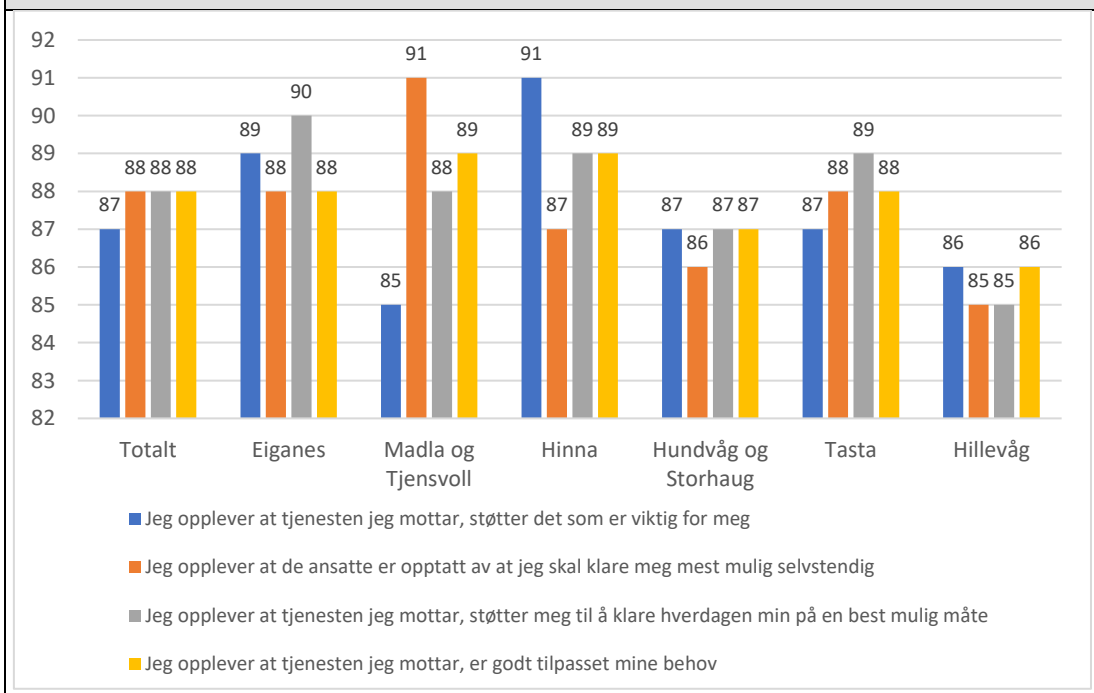
2.3.6 SYNES BRUKERE OG PÅRØRENDE AT LEVE HELE LIVET ER EN GOD IDE?

En viktig betingelse for å lykkes med hverdagsmestring, er at brukerne og de pårørende opplever dette som en kvalitetsforbedring.

I den tiden Leve HELE LIVET har pågått, er det etablert allianser med Eldrerådet, flere brukerorganisasjoner og med lokale medier, særlig Stavanger Aftenblad. Aftenbladet har helt fra starten i 2012 hatt en positiv vinkling på omstillingsprogrammet, og laget en rekke reportasjer der eldre står fram og forteller om den hjelp de har fått for å klare seg selv. Brukere har også stått fram på nettverkssamlinger og fortalt sin historie, sist på en samling i desember 2018. Videre er det gjennomført dialogsamlinger med brukere og pårørende. Denne aktiviteten har fått fram suksesshistorier som har virket motiverende på de ansatte. Den har også bygget allianser for å sikre støtte til omstillingsarbeidet.

I brukerundersøkelsen i hjemmesykepleien i 2016, ble det tatt inn noen nye spørsmål som skulle fange opp reaksjoner på Leve HELE LIVET-satsingen.

Figur 22 – Brukerundersøkelse i hjemmesykepleien 2016. Kilde: Stavanger kommune.



Undersøkelsen viser at hjemmesykepleien får veldig høy skår på tilpasning til brukers behov og om tjenesten støtter det som er viktig for brukeren, jf. spørsmålet om «*hva som er viktig for deg*». Brukerne opplever også at de ansatte er opptatt av å gjøre de i stand til å klare seg mest mulig selvstendig.

Selv om brukerne gjennomgående ser ut til å være fornøyde med tjenesten, mener de ansatte selv at det kan være krevende å overbevise brukere og pårørende at egenmestring er det beste. For noen brukere og pårørende er hjelp til selvhjelp et tegn på kvalitet.

For andre er det ikke det. De har et ønske om å pleierne skal gjøre oppgavene for dem. For dem er altså det motsatte av målene i reformen et tegn på kvalitet. Det samme gjelder de pårørende.

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

Flere av de intervjuede mener at det fortsatt gjenstår mye i forhold til å korrigere de pårørendes forventninger til eldreomsorgen.

Hverdagsrehabilitering. Sammenlignet med hverdagsmestring og opplæringstiltak i hjemmesykepleien, er hverdagsrehabilitering en mer avgrenset ytelse med faste målinger og aktiviteter. Det kan dermed være enklere å kommunisere med brukere og pårørende om hva tjenesten går ut på og hva den er god for. Ofte handler det om å trene på spesifikke daglige gjøremål (stille seg, lage mat, handle, bære ut bosset, dusje, gå tur ol.) eller trene for å kunne delta i sosiale aktiviteter. Måleverktøyet COPM måler brukers aktivitet og tilfredshet, og målingene har vist gode resultater for bruker.

Intervjuene viser at enkelte utfordringer kan gjøre seg gjeldende. Det ene er å trygge bruker i starten i at de faktisk kan klare daglige gjøremål selv, og at det er trygt. Det andre er å opprettholde motivasjonen slik at bruker å gjennomføre hele treningsprogrammet. For det tredje kan et «ytelsessjokk» være krevende når brukernes dagsform varierer. Vi får opplyst at en del brukere synes det er en stor overgang fra et fast og hyppig treningsopplegg med oppfølging fra personlig trener, til selv å sitte med ansvaret for den videre vedlikeholdstreningen.

2.3.7 ER LEVE HELE LIVET I FERD MED Å DABBE AV?

Momentum i implementeringen er viktig for å sikre en effektiv virkeliggjøring av Leve HELE LIVET-satsingen. Etter seks år er satsingen fortsatt underveis. Intervjuene viser at det fortsatt er mye entusiasme og pågangsmot ute i tjenestene. Men tilbakemeldingene kan tyde på at det er en viss slitasje på de mest entusiastiske pleierne og ressurspersonene som har bidratt til å fronte egenmestringsperspektivet, som tidvis møter motstand i egen organisasjon og blant brukere og pårørende.

2.3.8 VURDERINGER

Vi har i denne delen sammenfattet våre vurderinger i tabellen under.

Tabell 5 – Sammenfattende vurderinger av implementeringen av Leve HELE LIVET.

| Vilkår for effektiv implementering | Revisjonskriterier | Revisjonens vurdering |
|--|---|--|
| Nødvendighet | Oppfatning om at noe må gjøres... | Klar opplevelse av «urgency» i den politisk-administrative ledelsen. Også en følelse av nødvendighet nedover i organisasjonen, men det blir som å omstille i påvente av noe som kommer i framtida – ikke en krise her og nå. |
| Klart målbilde | Tydlig hovedmål | Målbildet er tydelig på retning |
| | Operasjonaliserbare resultatmål | Har måltall for aktivitetsnivå og måler effekt ved hjelp av utvalgte indikatorer. Ikke fastsatt resultatmål for ønsket effekt av konkrete tiltak. |
| | Kommunisering av mål | Stor innsats for å gjøre målbildet kjent. |
| | Klar ansvarsplassering for framdrift | Framgår av programorganisering og i enkeltprosjekter, samt i oppdragsbrev. |
| | Utviklet måleindikatorer | Utviklet måleindikatorer for målområder og tiltak i oppdragsbrevene til HSK. Har ikke valgt ut nøkkelindikatorer som kan måle sumvirkninger av hele Leve HELE LIVET-satsingen. |
| Kunnskap om nytteverdi (gevinst) | Kunnskap om nytteverdi i forhold til piloterte tiltak | Omfattende kunnskap om piloterte tiltak, særlig hverdagsrehabilitering og enkelte velferdsteknologier. Mindre om hverdagsmestring. |
| | Kunnskap om nytteverdi av tiltak satt i drift | Ingen samlet evaluering av hva som er effekten av Leve HELE LIVET. Planlegger forskning fra et bruker-/pårørende perspektiv. |
| Forankring | Folkevalgte | Sterk og vedvarende over tid. |
| | Administrativ ledelse | Sterk og vedvarende over tid. |
| | Linjeledere i tjenestene | Forankret, varierende hvor fremoverlente de er. |
| | Ansatte i berørte tjenester | Godt kjent og enighet om behovet for omstilling. Variabel forankring fra entusiaster og ildsjeler på en side til de mer lunkne på den andre siden. |
| Tverrfaglig samarbeid | I behovskartlegging | Bedre ivaretatt med fysio- og ergoterapikompetanse i alle de fire HSKene. Men behov for mer samarbeid mellom HSKene |
| | I tjenesteutførelsen | Fungerer bra mellom hjemmetjenestene og helse- og sosialkontorene. Samhandlingen mellom hjemmetjenestene og hverdagsrehabiliteringsteamet har et betydelig forbedringspotensial. Samhandlingen mellom hjemmetjenestene og fysio- og ergoterapitjenesten ser også ut til å ha et forbedringspotensial |
| Strukturelle endringer for å understøtte Leve HELE LIVET | Tilpasse budsjettmodellen | Planlegger overgang fra aktivitetsstyrt finansiering til en mer rammebasert budsjettering. Vil mest sannsynlig ivareta målene med satsingen på en bedre måte. |
| | Organisatoriske tilpasninger i hjemmetjenestene | Det er gjort en rekke endringer som understøtter målene med reformen. Dette ser ut til å gi mindre fragmentering, større kompetansemiljøer, økt rom for skjønn og skape bedre forutsetninger for samhandling |
| Kompetente og engasjerte «iverksettere» i tjenestene | Kompetansebygging | En del gode kompetansetiltak, men for sporadiske og lite systematiske, spesielt rettet mot hjemmetjenesten. |
| | Kulturbygging | Gjennom suksesshistorier, brosjyrer og filmer. Men fremdeles en del variasjoner mellom distriktene og individuelle variasjoner mellom pleierne |
| Oppslutning i målgruppen | Brukere/pårørende | Individuell opplevelse. Det som for noen er en kvalitetsforbedring for noen er det motsatte for andre. Forventningskol- |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | | lisjon mellom brukere og pårørende som vil ha hjelp og ansatte som tilbyr hjelp til selvhjelp. Behov for å arbeide mer med forventningsavklaringer. |
| Motvirke tilbakefall | Vedlikehold ved motivering, påminnelser og nye suksesshistorier | Fortsatt mye entusiasme og pågangsmot, men enkelte indiksjoner på «omstillingstrøtthet». Det er viktig at endringstrykket opprettholdes. |

Helt til slutt i denne vurderingsdelen ønsker vi kort å kommentere kommunens nye finansieringsmodell for hjemmebaserte tjenester. Som de aller fleste finansieringsmodeller eller insentivsystemer, vil også denne kunne gi utilsiktede effekter. Vi har selvsagt ikke grunnlag for å si at det kommer til å bli slik, men det er ikke utenkelig at hjemmetjenestene gjør tilpasninger for at man skal komme ut best mulig økonomisk. Derfor er det viktig å være oppmerksom på hvilke utslag dette kan gi. For det første er hoveddelen av finansieringen et beløp per bruker, noe som gir få insentiver mht. å få brukerne helt selvhjulpne, dvs. at de klarer seg uten hjemmetjenester. For det andre opererer nivåmodellen med intervaller på 20 timer. Dette vil kunne gjøre det lønnsomt å legge seg tett ned til nedre grense på hvert nivå. Dette sikrer inntektene, uten at kostnadene øker tilsvarende. Det er selvsagt langt fra sikkert at dette skjer, og HSKene har en sentral funksjon mht. å avgjøre om brukere skal ha tjenester og hvor mye de skal ha. Det er likevel viktig å være oppmerksomme på disse utilsiktede effektene. Dette kan motvirkes ved å følge opp dekningsgraden i de ulike hjemmetjenestene og hvor mange brukere som ligger innenfor hvert nivå.

2.4 FORHOLD SOM SVEKKER ELLER SOM KAN SVEKKE PLEIERNES MULIGHET TIL Å JOBBE I HENHOLD TIL MÅLENE I REFORMEN

2.4.1 INNLEDNING

I denne delen retter vi oppmerksomheten mot forhold den enkelte pleier står overfor i hverdagen, som bidrar til eller som kan bidra til å svekke implementeringen av satsingen.

I forrige del så vi på viktige kriterier få å lykkes med implementeringen av Leve HELE LIVET. Nå vender vi blikket nedover og ser på utfordringer pleierne møter i hverdagen eller forhold som kan svekke pleiernes mulighet til å jobbe i henhold til målene. Men sett fra pleiernes synsvinkel.

Dette er forhold som ikke i tilstrekkelig grad fanges opp av implementeringsperspektivet, men som ble flere pekte på i intervjuene. Etter vår vurdering er dette forhold det er viktig å være oppmerksomme på for å lykkes i det videre arbeidet med Leve HELE LIVET

2.4.2 FORVENTNINGER

Intervjuene våre tyder på at forventningene til tjenesten skapes fra flere hold. På sykehuset («de sa at mor skulle få hjelp til alt») av de pårørende og på sykehjemmet.

Hva som forbindes med begrepet hjemmesykepleie – begrepets konnotasjoner. Vi får opplyst at brukerne ofte har klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. *de er syke og må få hjelp. Dermed inntar de en passiv pasientrolle.* Vi blir fortalt at en og samme bruker kan innta en helt annen rolle når terapeuter fra Fysio- og ergo enheten kommer på besøk: «*Da sitter de klar med joggeskoene på og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer.*» Vi får opplyst at det nylig gjennomførte prosjektet, *Felles bruker-felles innsats*⁴², gav enkelte pleiere en aha-opplevelse mht. hvilke ressurser brukerne faktisk har.

Et annet interessant eksempel flere gir, er når enkelte brukere får besøk av håndverkere. Da har de stelt seg og spist frokost før håndverkerne kommer. Dette er brukere som får hjelp til disse oppgavene ellers og som fremstår som nokså pleietrengende.

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

I noen tilfeller brukes også kommunens økonomi som et argument for å jobbe mot kommunens mål, av både brukere og pårørende. Argumentet er at brukerne er sterkt pleietrengende og kommunen har god økonomi. Da har de vanskeligheter med å forstå hvorfor ikke pleierne kan utføre hjelpen for dem.

Gjennomgangen tyder også på at det er paradoks for mange er at når kommunene først har fått flere varme hender innen pleie- og omsorgssektoren, så havner de bak ryggen, og det forventes at brukene skal læres opp til å utføre oppgavene selv.

2.4.3 FORMEN PÅ SPØRSMÅLET SOM STILLES TIL BRUKERNE

En sentral verdi i satsingen er økt brukerinvolvering og innflytelse i eget pasientforløp. Dette ble vektlagt ved at medarbeiderne startet sine samtaler med pasientene med spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*», i stedet for «*Hva er i veien med deg?*»

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

⁴² Samarbeid mellom hjemmesykepleie og fysio- og ergoterapitjenesten.

Flere vi har intervjuet mener dette er et godt spørsmål, men det er også enkelte som mener det er dårlig mht. å bidra til egenmestring og hjelp til selvhjelp. For hva om det viktigste for brukerne er å få hjelp til det aller meste fordi de har jobbet og slitt et langt liv? Hva om det viktigste for dem er at de ønsker seg tiltak som befinner seg innenfor det som defineres innenfor hjelpefellen, selv om de har et betydelig egenmestringspotensial?

Gjennomgangen tyder på at en del bruker ønsker å være passive pasienter. De ansatte ved det ene hjemmetjenestedistriktet formulerte dette slik: *«Ikke alle brukere som er interessert i selvhjelp, de ønsker å være pasienter (...) De fraskriver seg alt».*

Hvorfor ikke snu på spørsmålet; Hva vil du oppnå? Hva er dine mål?

2.4.4 «SNILLE» OG «SLEMME» HJEMMEHJELPERE - PLEIERNES HOLDNINGER TIL DEN NYE HANDLEMÅTEN

Som vi har sett over, er det betydelige forskjeller mellom distriktene og sonene. Men også internt i den enkelte enhet kan det være store forskjeller mellom hvordan pleierne utfører tjenesten. I intervjuene skilles det mellom «snille» og «slemme» hjemmehjelpere. Brukere og oppfatter det gjerne slik at de «snille» pleierne gjør oppgavene for brukerne – de tømmer søppelet, de låser opp døren, de smører maten, de henter avisen, de rydder litt. De oppfattes kort og godt som serviceinnstilte av brukerne og de pårørende. Hjemmehjelpere som jobber med hverdagsmestring opplever noen ganger at deres innsats blir motarbeidet av velmenende hjelpere som insisterer på å gjøre oppgaven for brukeren. Dette skaper vanskelige arbeidsbetingelser for de som jobber for å gjøre brukeren i stand til å klare oppgavene selv. De oppleves som kjipe når de ikke låser opp døren, ikke henter søppelet. De blir av og til skjelt ut av både bruker og pårørende og synes det er krevende og vanskelig å forklare at dette gjøres av respekt for brukeren.

Det blir også pekt på at enkelte utfører såkalte *«hemmelige tjenester»*, dvs. tjenester utenom vedtak, for eksempel kjøre på apotek, vaske rygg osv. Vi blir fortalt at det er *«lett å gå i baret»*, men at det derfor viktig å snakke samme språk i alle ledd og være tydelig overfor brukere og pårørende mht. hvorfor man arbeider på denne måten, dvs. ha som er hensikten.

Det hevdes også at pleierne har ulike forventninger til brukerne, noe som gjerne har sammenheng med kompetanse og erfaring. I en del tilfeller møter de brukerne når de er på sitt aller dårligste, for eksempel like etter et sykehusopphold eller brått funksjonsfall. Det blir pekt på at pleierne må ha en forventning om at mange brukere blir bedre. Det vises eksempler der nittiåringer har vært funksjonsfrisk og så blitt skikkelig syk. Da er det noen som tror at de ikke blir bedre og trenger kompenserende hjelp, dvs. ordinær hjemmesykepleie. Man undervurderer dem på grunn av alder. Så viser det seg i flere tilfeller at opplæringstiltak er det riktige, og at bruker blir bedre og til slutt selvhjulpen.

2.4.5 BRUKERNES DAGSFORM VARIERER

Et annet moment som kompliserer bildet, er at brukernes dagsform varierer veldig⁴³. I intervjuene pekes det på at det varierer i hvilken grad de er mottakelige for opplæring, og at det er viktig å utvise faglig skjønn her. Dersom man ikke gjør det, risikerer man å tøye strikken for langt. Forventes det for mye av brukerne, går det utover omsorgen, hevdes det.

Flere av de vi har intervjuet forteller at mange brukere er veldig utrygge og at evnen til å skape trygghet og motivasjon er en nøkkelkompetanse for å lykkes i å stimulere til egenmestring. Gjennomgangstonen er at hverdagsrehabiliteringsteamet er gode på dette. De er gode på å håndtere angst og utrygghet, de snakker med og backer brukerne: *«De har en annen tid og anledning til å gjøre dette.»*

2.4.6 HJELPEFELLE VS. EGENMESTRING

I kommunens styringsdokumenter beskrives Leve HELE LIVET som et paradigmeskifte – fra hjelpefelle til egenmestring, fra symptomfokus til ressursfokus. Ute i tjenestene, særlig i hjemmesykepleien, er det noen som reagerer negativt på at tradisjonelle hjemmetjenester framstilles som en hjelpefelle eller som en feil måte å jobbe på, mens den nye måten å jobbe på blir oppfattet som den eneste riktige. De beskriver arbeidet som en kommunikativ prosess der det er viktig både å gi og ta og utfordre og støtte. For disse pleierne blir tjenestene som ytes mer et både-og enn et enten-eller. Kort sagt samsvarer ikke det beskrevne paradigmeskiftet med den virkeligheten flere opplever.

2.4.7 BRUKERS EVNE TIL Å PÅVIRKE DE ANSATTE

I intervjuene pekes det på at enkelte brukere kan være ganske smarte og utspekulerte for å få den hjelpen de mener de trenger. Ofte kjenner de pleierne godt og velger de som vasker på ryggen, de som bærer søppelet osv.

Men dette handler ikke bare om at bruker forsøker å påvirke pleierne i en bestemt retning. Det handler også om relasjonen som oppstår mellom pleier og bruker. Når vi møter et annet menneske, ansikt til ansikt, på et likestilt nivå av felles menneskelighet, våkner vår etiske bevissthet. Disse tankene er inspirert av filosofen Emmanuel Levinas begrep om møtet med den andre. Vi skal ikke trekke dette for langt, men en tolkning her er at de som møter brukerne og har en nærhet til brukerne gjennom hyppig kontakt, opplever en sterkere moralsk eller etisk forpliktelse eller ansvar overfor pasientene, enn de som ikke gjør det. De som møter brukerne i det daglige vil derfor kunne oppleve et misforhold mellom de overordnede føringene eller vedtakene og de behovene de fanger opp i den daglige kontakten med bruker. Gjennomgangen vår viser ganske tydelig at pleierne kan ha ulike oppfatninger av brukerens behov og hva det vil si å ta brukerne på alvor.

⁴³ Opplyst i flere intervjuer.

Men etter vår vurdering kan dette både romme å utfordre, motivere, skape tillit og gi brukeren støtte.

Flere peker på egenmestringskompetanse generelt og relasjonskompetanse spesielt er helt sentralt for å gi brukerne god hjelp. Dersom man har en god relasjon og kjenner brukerne, er det lettere å vite hvor mye man kan utfordre dem. Dersom det er første gang hos bruker eller dersom de møter brukeren sjelden, er dette langt vanskeligere.

2.4.8 TILVENNING TIL KOMPENSERENDE HJELP

Et annet moment, som flere trekker frem, er at pasienter som har mottatt kompenserende hjelp over lang tid er vanskelig å få over på endringsrettede mestrings tiltak. Dette til tross for at de fysisk sett burde ha et betydelig egenmestringspotensial. Det pekes på at god relasjon, trygghet og motivasjon er sentrale faktorer for å lykkes med slike brukere, men noen ganger må man gi opp.

2.4.9 TID

Pleierne forteller at det som regel går raskere å gjøre oppgavene for brukerne enn å la brukerne få mulighet til å gjøre oppgaven helt eller delvis selv. Derfor er det også satt av mer tid til opplæringstiltakene enn til hjelpetiltakene. Men hvis en eller to av brukerne krever mer tid enn forutsatt, går det som regel ut over tidsbruken hos andre brukere. Det kan derfor være fristende for pleierne å overta oppgavene for brukerne fordi det går raskere og man opplever mindre motstand fra brukere og pårørende. Men det som fungerer greit på kort sikt i en travel hverdag, er ikke så bra på lang sikt, dersom man skal arbeide i tråd med kommunens overordnede mål.

Flere peker på at ABI-modellen, som kommunen er på vei bort fra, svekker et helt nødvendig faglig skjønns for å kunne opptre i tråd med reformens intensjoner. En av de intervjuede i en av støttetjenestene sa det slik: «Pleierne blir for opptatt av timer, minutter og tidsplaner».

Mange gir uttrykk for at det er givende å jobbe med henblikk på egenmestring og hjelp til selvhjelp, men samtidig utfordrende. Givende fordi de opplever det som meningsfylt å bidra til at pasienter som har vært betydelig svekket, på ny klarer å mestre en rekke oppgaver, slik at de kan fortsette med det livet de hadde før funksjonsfallet. Men de opplever det også som utfordrende fordi arbeidet noen ganger kan være mer tidkrevende enn et stramt tidsskjema tillater.

På spørsmål om ledere og ansatte ute i tjenestene opplever Leve hele livet som et paradigmeskifte, svarer flere nei. De opplever snarere at det er en gjenopplivning eller revitalisering av det som har vært gjeldende handlingsnorm innenfor sykepleien fra gammelt av, men som er blitt avlært over tid, blant annet på grunn av tidspress⁴⁴.

Det er samtidig viktig å understreke at dette ikke alltid handler om å ha tid, men om å ta seg tid. I intervjuene pekes det på at mange fortsetter med kompenserende tiltak selv om de har kunnskap om hverdagsmestring: «*De tenker ikke alltid gjennom hva det betyr i praksis*». Og da handler det om å stoppe opp, tenke seg om og ta seg tid til å handle i tråd med kunnskapen, hevdes det.

2.4.10 OVERGANGER

I intervjuene blir det pekt på en rekke overganger som utfordrer hjemmesykepleierne. Noe av dette er knyttet til samhandling og noe er knyttet til hjemmetjenestens egen handlemåte, men fellestrekket er at dette gjør det vanskeligere for den enkelte pleier å arbeide i henhold til kommunens overordnede mål.

Overgang korttid - hjem. Et av momentene som trekkes frem er at korttidsavdelingene ikke er gode nok på å forberede pasientene til å klare seg hjemme på egenhånd, etter endt opphold⁴⁵. Fra hjemmetjenesten pekes det på at pasientene som har korttids plass ofte får hjelp til aktiviteter de tidligere har klart hjemme. Korttidsavdelingene retter for lite oppmerksomhet mot hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, slik at brukerne opprettholder eller styrker de funksjonene de trenger når de kommer hjem, hevdes det: «*De har ofte fallert når de kommer tilbake*». Dette samsvarer med hva vi fant i Bærum i 2017, i et prosjekt som omhandlet samhandling. Samtidig er det slik at fysioterapidekningen er god på korttids plassene i Stavanger, og det er rettet mye oppmerksomhet mot overgangene. I intervjuene får vi opplyst at disse utfordringene noen ganger handler om at pasienten er så dårlige når de får korttids plass (mange er nylig skrevet ut fra sykehuset), at det er begrenset hvor langt man kommer med opptreningen i løpet av et korttidsopphold.

Overgang hverdagsrehabilitering - hjemmetjenester. Som nevnt over bidrar praksisen i hjemmetjenesten noen ganger til å svekke effekten av hverdagsrehabiliteringen, enten mens treningen pågår eller etter endt rehabiliteringsopplegg. Og som nevnt fungerer heller ikke overgangene mellom fysio- og ergo og hjemmetjenestene optimalt.

Dagsentrene er viktige arenaer for sosialisering, aktivisering og egenmestring. Flere av de vi har intervjuet fra hjemmetjenestene mener at åpningstidene er for lite fleksible og at mange brukere skal gjøres klar til dagsenter på samme tidspunkt. Dette skaper en del logistikutfordringer. Ifølge hjemmetjenestene vil en bedre fleksibilitet kunne bidra til

⁴⁴Dette ser også ut til å skyldes gammeldagspleiernes serviceinnstillinger, brukernes forventninger, avlæring etc., jf. over

⁴⁵ Vi ønsker å presisere at vi ikke har kryss-sjekket dette med korttidsavdelingene. Dette er tilbakemeldinger som kommer fra hjemmetjenesten.

en bedre dagsentertjeneste for brukerne, mer punktlighet for brukerne mht. når hjemmetjenesten kommer, og mindre press om morgenen for hjemmehjelperne. Fra hjemmetjenestene pekes det videre på at det stor forskjell på innholdet i Dagsentertjenesten, fra det som beskrives som «ren oppbevaring» med noen enkle aktiviteter, til dagsenter som har gode tilbud og som involverer brukere i oppgavene (de dekker på etc.). Vi har imidlertid ikke gått nærmere inn i dette, ettersom det har vært utenfor vårt mandat.

2.4.11 VURDERING

Etter vår vurdering bør kommunen se nærmere på hindringene/momentene som er nevnt over. Noen av disse kan man arbeide for å endre eller rydde av veien, for eksempel ulik praksis blant pleierne. Her bør man arbeide for å skape en felles kultur og en likere handlemåte. Andre forhold er vanskeligere å rydde av veien, men vil likevel være en faktor i pleiernes hverdag, for eksempel brukernes varierende dagsform.

I slike tilfeller handler det om å arbeide med å skape en best mulig faglig trygghet for pleierne, slik at de vet når de skal utfordre og når de skal støtte brukerne. Dataene våre tyder på at i flere tilfeller er det ikke et *enten-eller*, dvs. hverdagsmestring eller ikke hverdagsmestring, men et *både-og*, dvs. begge deler. Noen oppgaver utføres for bruker, mens andre læres de opp til å fikse selv. Det kan dessuten være forskjeller fra dag til dag hvor mye bruker er i stand til å utføre selv. Derfor handler det ofte om å ha tilstrekkelig kompetanse til å forstå nyansene. Kompetanse, faglig trygghet, personlig kontakt og tillit er alle viktige faktorer for å kunne gi en best mulig tjeneste.

Kommunen bør også se nærmere på de nevnte overgangene for å sikre at pleierne får mest mulig drahjelp mht. å jobbe for egenmestring og hjelp til selvhjelp.

Intervjuene kan tyde på at kommunens relativt sterke reformspråk skaper en del motforestillinger blant de ansatte, og at det virker demotiverende i stedet for motiverende. Etter vår vurdering bør kommunen vurdere å endre reformspråket noe. Det overliggende målet bør ligge fast, men nyansene bør komme tydeligere fram, slik at de i større grad forener kommunens ambisjoner med den virkeligheten pleierne står i.

2.5 I HVILKEN GRAD ER MÅLENE NÅDD?

2.5.1 INNLEDNING

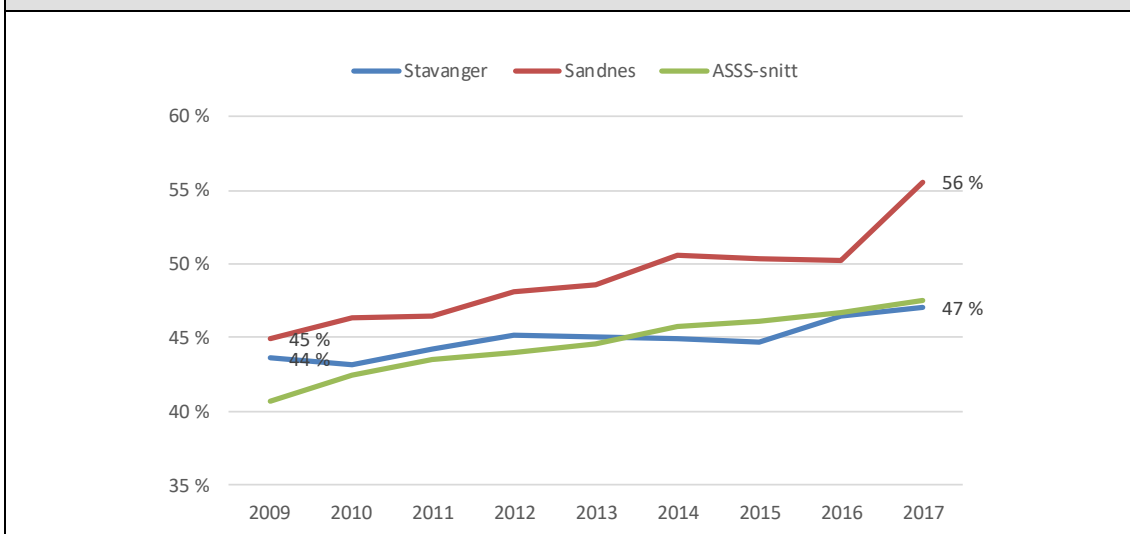
I dette kapitlet tar vi for oss et utvalg måleindikatorer som kan si noe om i hvilken grad de overordnede målene med Leve HELE LIVET er nådd. Vi er spesielt opptatt av statistiske utviklingstrekk som kan ha sammenheng med kommunens arbeid med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering ([se kapittel om revisjonskriterier](#)).

Vi ønsker å legge til at det dessverre ikke foreligger brukerdata i KOSTRA for 2018, da taene går kun frem til 2017⁴⁶.

2.5.2 FLERE KLARER SEG SELV

I den neste figuren viser vi utviklingen andel innbyggere i alderen 80-89 år som ikke mottar noen form for pleie- og omsorgstjenester. Det har vært en økning i andelen i denne aldersgruppen som klarer seg uten pleie- og omsorgstjenester og Stavanger er i 2017 på nivå med Storbysnittet. Økningen er imidlertid sterkere i de andre storbyene og også i Sandnes.

Figur 23 – Andel innbyggere mellom 80-89 som ikke har pleie- og omsorgstjenester⁴⁷

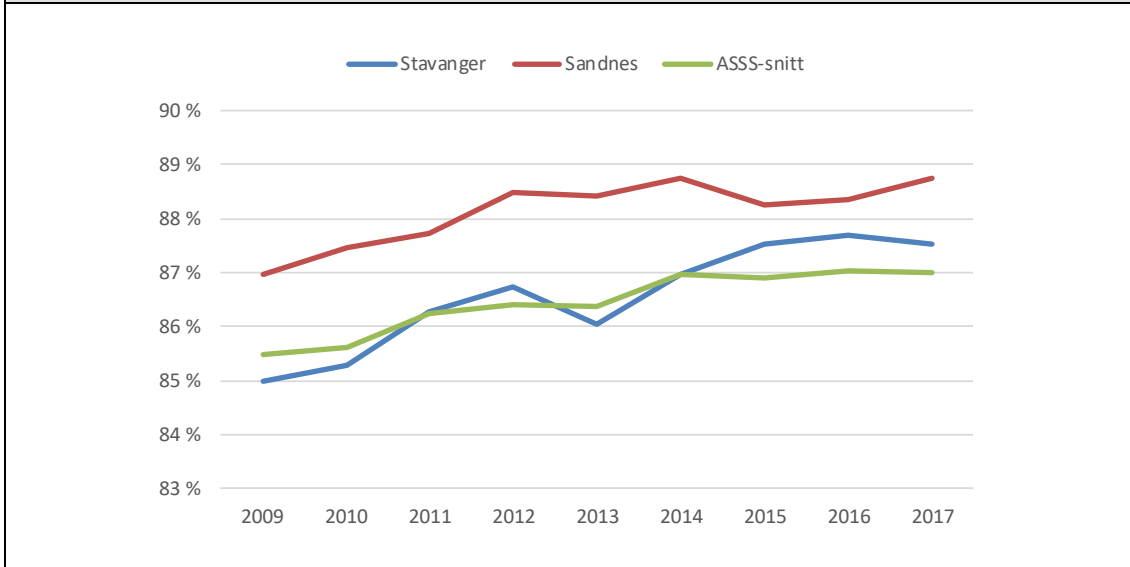


Det har også vært en økning i andelen innbyggere mellom 67-79 år som klarer seg uten pleie- og omsorgstjenester.

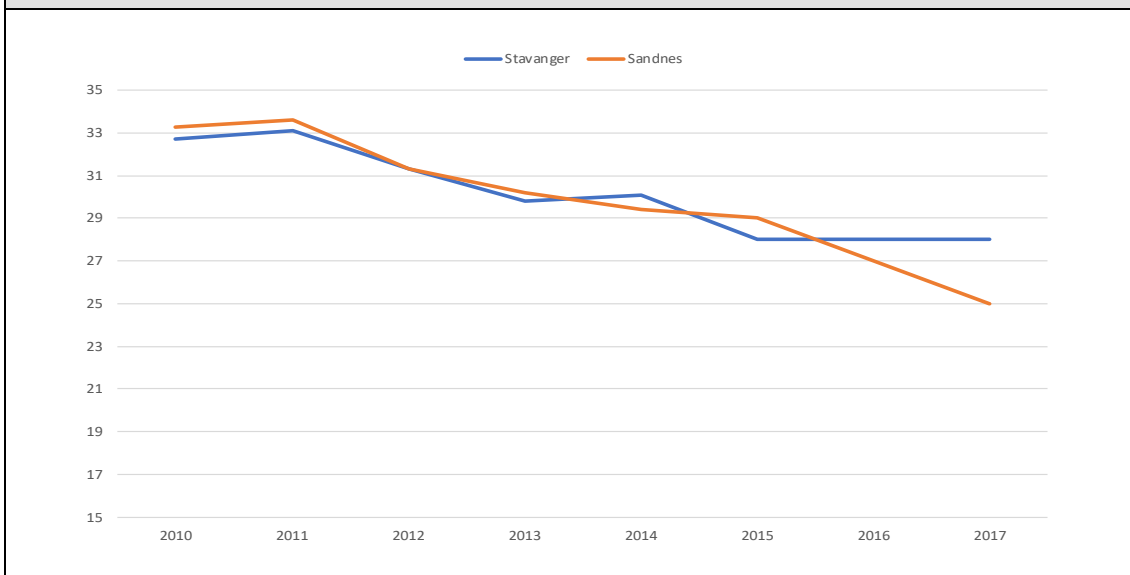
⁴⁶ Vi er informert om at dette har sammenheng med at det er nytt av året at helsedirektoratet samler inn disse tallene, og at det har vært noen startvansker i den forbindelse. Tallene vil etter alt å dømme foreligge den 15. juni.

⁴⁷ Vi har beregnet andelen som klarer seg selv ut fra foreliggende tall i KOSTRA-statistikken som viser antall unike brukere av omsorgstjenester delt på antall innbyggere i denne aldersgruppen. Etter råd fra SSB har vi beregnet andelen som klarer seg selv ut fra antallet unike pleie- og omsorgsmottakere fra det ene året, og innbyggertallet fra året etter, for eksempel antallet pleie- og omsorgsmottakere i alderen 80-89 2009, delt på antallet innbyggere i 2010. Grunnen til dette er at pleie- og omsorgstallene er fra 31.12 og innbyggertallene er fra 01.01. Etter vår vurdering gis et mer korrekt bilde å gjøre det på denne måten, selv om utslagene er små.

Alderskategorien 90+ er tatt bort, ettersom det er få personer i denne alderskategorien og en stor andel dør i løpet av året, og nye brukere kommer til. Tallene vil derfor ikke gi et godt bilde av hvor mange som klarer seg selv. Det samme problemet finner vi nok også i alderskategorien 80-89, men problemet er mindre her fordi antallet innbyggere i denne kategorien er større og fordi dødstallene er lavere. Det vil dessuten være slik at dette etter alt å dømme vil fordele seg nok så jevnt mellom kommunene over tid.

Figur 24 - Andel innbyggere mellom 67-79 som ikke har pleie- og omsorgstjenester

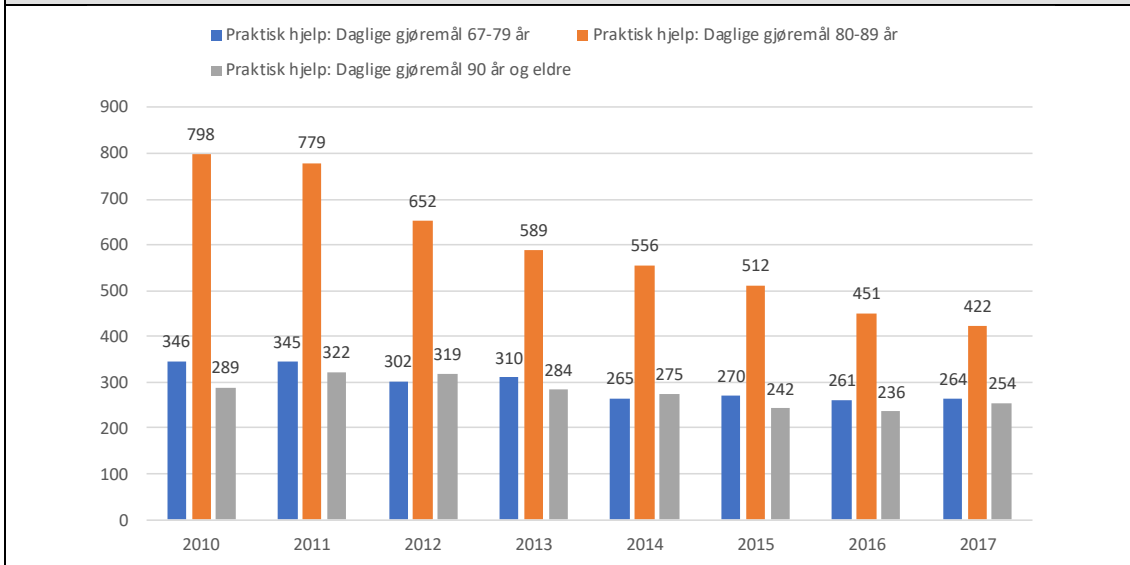
Dersom vi se på hvor mange over 80 år som kun mottar hjemmetjenester, er også bildet det samme. Det blir stadig færre som får tjenester. Her er bildet i Stavanger og Sandnes nokså likt, med unntak av utviklingen fra 2016 til 2017.

Figur 25 - Andel av innbyggere 80 og eldre som mottar hjemmetjenester⁴⁸

Det har vært en sterk nedgang i antallet eldre brukere som mottar praktisk bistand, spesielt for de mellom 80 og 89 år. I Stavanger er praktisk bistand først og fremst rengjøring⁴⁹.

⁴⁸ ASSS-rapporter.

⁴⁹ Opplyst i intervjuer.

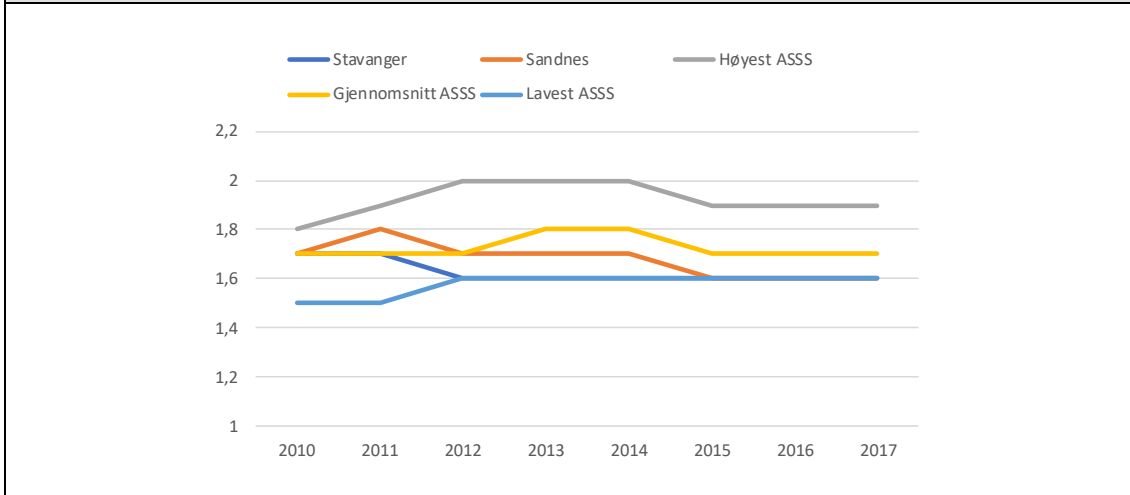
Figur 26 – Utvikling i antall eldre som mottar praktisk hjelp i hjemmet. Kilde: KOSTRA.

Dette kan være en indikasjon på at de eldre brukerne er blitt mer selvhjulpne og ikke har samme behovet for praktisk bistand. Men både dette og utviklingen over kan forklares som en effekt av en generelt friskere befolkning. Nedgangen i praktisk bistand kan også skyldes at de eldre velger andre rengjøringsløsninger.

2.5.3 BISTANDSBEHOV (PLEIETYNGDE)

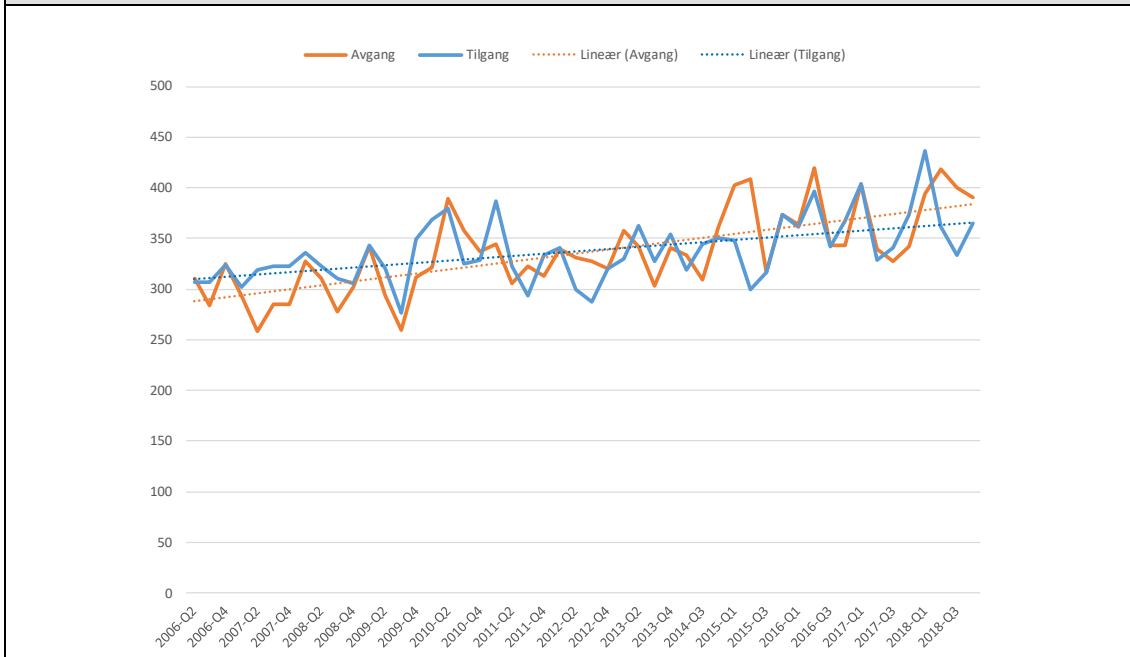
Nedgangen i andelen eldre brukere ser ikke ut til å påvirke pleietyngden i nevneverdig grad, i alle fall ikke negativt. Faktisk er det slik at pleietyngden har blitt litt lavere siden 2010, både i Stavanger og i Sandnes.

I figuren ser vi nærmere på utviklingen i gjennomsnittlig bistandsbehov hos mottakere av hjemmetjenester over 67 år. Vi har tatt bort lavest ASSS, ettersom snittet i Stavanger er identisk med det laveste snittet i storbynettverket alle de fem siste årene. Det gjennomsnittlige bistandsbehovet for eldre brukere er altså lavest i Stavanger og Sandnes, men det er små forskjeller i storbynettverket. Det bør legges til at vi har en del indikasjoner fra flere kommuner på at Iplos-registreringen ikke fungerer helt optimalt, og at pleietyngdetallene derfor ikke er helt pålitelige.

Figur 27 – Gjennomsnittlig bistandsbehov hos mottakere av hjemmetjenester 67+ år – utvikling over tid, Stavanger sammenlignet med ASSS⁵⁰

2.5.4 ØKT SIRKULASJON/GJENNOMSTRØMNING

I figuren under viser vi utviklingen i sirkulasjon eller gjennomstrømning av mottakere av hjemmesykepleie. Sirkulasjon er kombinasjonen av nye og avsluttede brukere. Figuren viser to ting. For det første øker sirkulasjonen. Fra 2007 til 2018 har sirkulasjonen økt med 25 prosent, og fra 2016 til 2018 har sirkulasjonen økt med drøyt 5 prosent. For det andre er avgangen av hjemmetjenestemottakere blitt gradvis større enn tilgangen, dvs. det er flere som avslutter tjenesten enn nye tjenestemottakere.

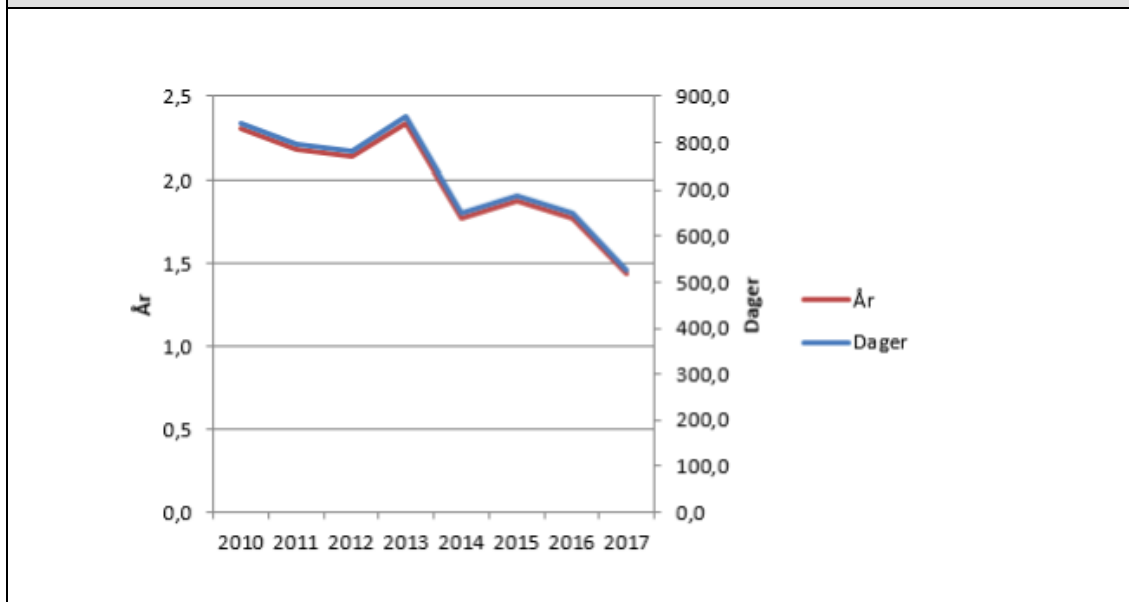
Figur 28 – Sirkulasjon av brukere målt ved nye og avsluttede brukere fra hjemmetjenesten. Kilde: Stavanger kommune.

⁵⁰ Tallene er hentet fra ASSS-rapportene de siste årene, som igjen er hentet fra kommunens IPLOS-registreringer. 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.

2.5.5 GJENNOMSNIITTLIG BOTID FOR LANGTID SYKEHJEMSPLASS GÅR NED

Figuren under viser at den gjennomsnittlige botiden for de som har langtidsopphold i sykehjem har sunket fra 2,3 år i 2010 til 1,4 år i 2017.

Figur 29 – Sirkulasjon av brukere målt ved nye og avsluttede brukere fra hjemmetjenesten.
Kilde: Plan for omsorgsbygg, (2019-2034) side 22



2.5.6 INDIKATORER PÅ RIMELIGERE TJENESTER

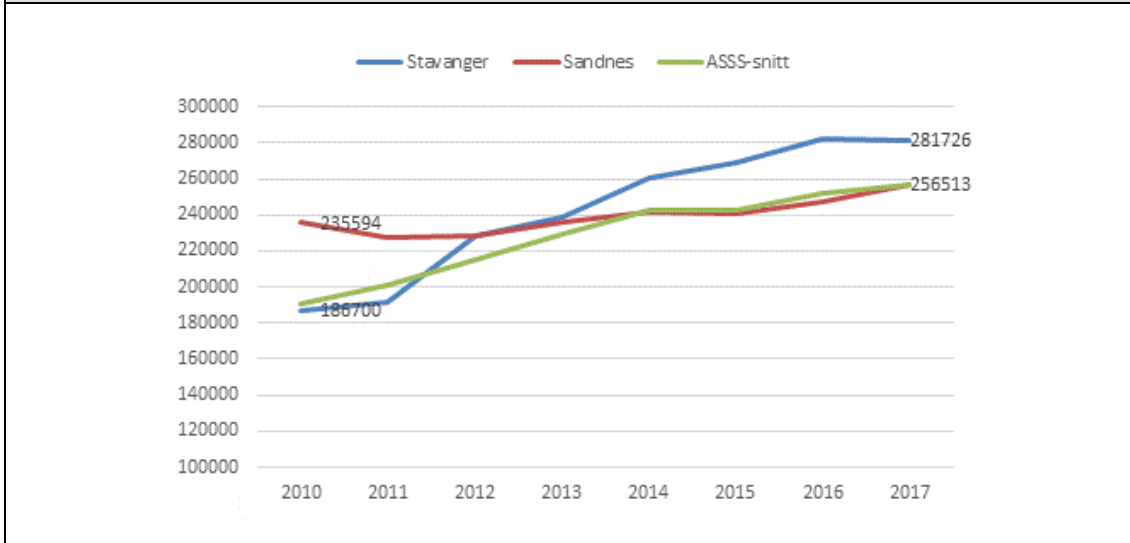
En uttalt målsetting er at Leve HELE LIVET skal gi billigere tjenester. I evalueringen av hverdagsrehabiliteringen fra 2012-2015 står det: «En bør fortsette arbeidet med å finne gode indikatorer som kan vise hvilke resultater dette har for kommuneøkonomien. Dette vil gi oss et godt helhetlig bilde som både belyser de personlige gevinstene, men også de økonomiske. På denne måten kan vi bedre vurdere effekten av nye måter å jobbe på som rigger oss for å ivareta framtidens behov⁵¹».

Nedenfor ser vi nærmere på økonomiske utviklingstrekk, som i sum vil gi et bilde av hvordan utgiftene endrer seg innenfor sektoren.

UTGIFTER PER HJEMMETJENESTEMOTTAKER

I figuren under ser vi nærmere på utviklingen i korrigerte bruttodriftsutgifter per hjemmetjenestemottaker. Vi ser at utgiftene øker i alle kommunene, men at utgiftsveksten er klart størst i Stavanger.

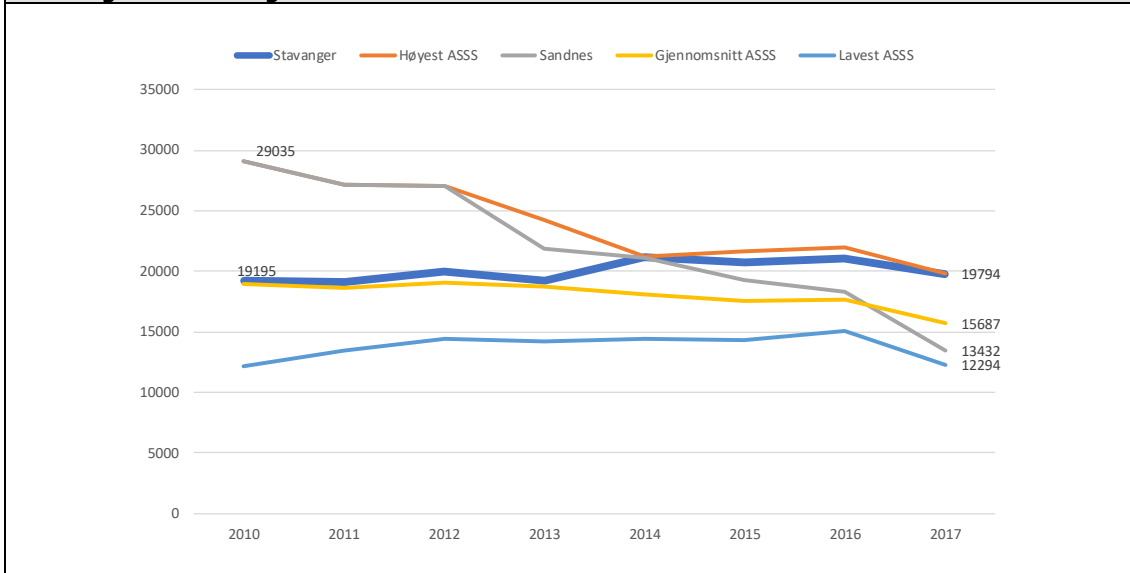
⁵¹ Side 2.

Figur 30 - Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester⁵²

Denne figuren gir et totalbilde, men sier ingenting om forskjellen i utgifter til de over og de under 67 år⁵³.

UTGIFTSUTVIKLING IFM. HJEMMETJENESTER FOR ELDRE BRUKERE

Det har de siste årene vært en liten økning i kommunes utgifter til hjemmetjenester for de over 67 år per innbygger i samme aldersgruppe. Men fordi utgiftene i de andre kommunene er redusert i samme tidsrommet, er utgiftene i Stavanger høyest i 2017.

Figur 31 - Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67 + år per innbygger 67 + år (kroner), Stavanger sammenlignet med ASSS⁵⁴

⁵² Kilde for tall fra 2010 - 2016: KOSTRA. Tall for 2017 er hentet fra Framsikt, som henter sine tall fra KOSTRA.

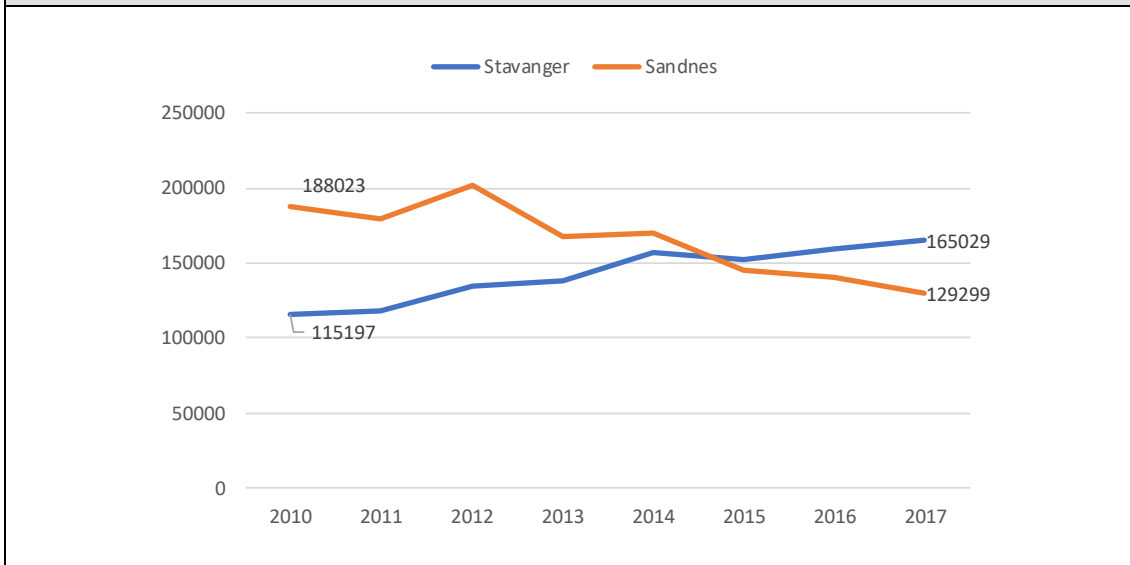
⁵³ I årets publisering har ASSS endret tallgrunnlaget noe (Jf. epost fra rådgiver i effektiviseringsnettverkene i KS, 03.12.18). Vi får opplyst at de nye tallene gir et riktigere bilde. Endringene ser ut til å medføre en nedgang i utgiftene til mottakere over 67 år, og en økning i utgiftene til de under 67 år. Dette er imidlertid likt for alle kommunene, og endringene gir heller ikke de helt store utslagene. For å begrense fremstillingen, stopper vi der. En mer teknisk forklaring på dette kan fås ved å kontakte Rogaland Revisjon IKS.

⁵⁴ I årets publisering av ASSS-tallene (2017) har man også korrigert tallene for 2015 og 2016. I akkurat denne figuren har vi likevel brukt de gamle tallene for 2015 og 2016, slik at endringen i tallgrunnlaget her kommer i 2017. Grunnen til det er at vi kun på denne måten kan sammenligne Stavanger og Sandnes med høyeste, laveste og snitt i ASSS.

I 2017 er hjemmetjenesteutgiftene til denne aldersgruppen 26 prosent høyere enn gjennomsnittet for landets 10 største byer.

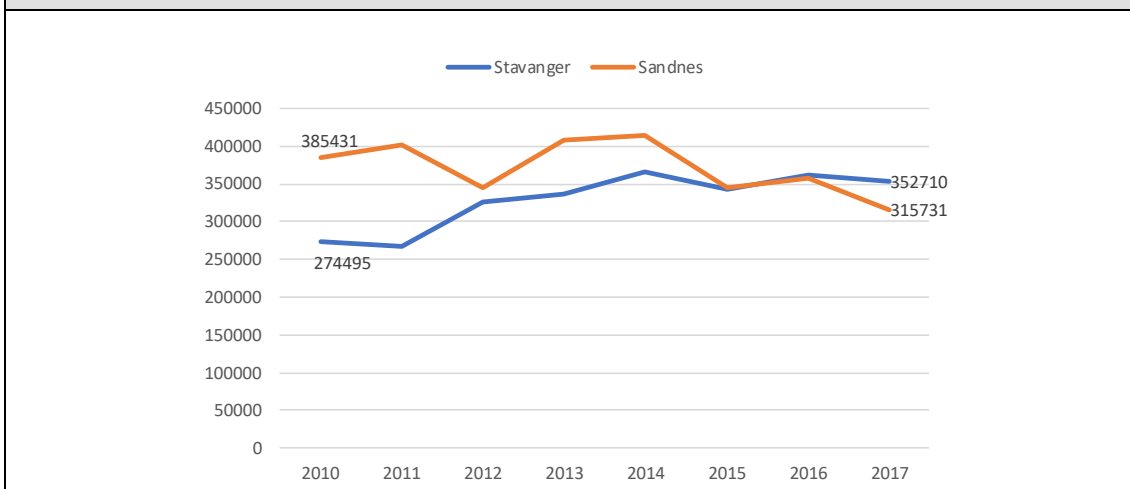
I figuren under ser vi nærmere på utgiftsutviklingen per hjemmetjenestemottaker i aldersgruppen 67+. Vi ser en motsatt utvikling i Stavanger og Sandnes. ASSS-snippet i 2017 ligger litt lavere enn Sandnes, dvs. omlag 122 500 kroner per mottaker over 67 år. Det betyr at utgiftene per mottaker i denne aldersgruppen lå nesten 28 prosent høyere enn Sandnes og nesten 35 prosent over ASSS-snippet

Figur 32 - Nettoutgifter hjemmetjeneste til de som er 67 år og eldre, fordelt pr tjenestemottaker 67 år og eldre.⁵⁵



Utgiftsutviklingen for yngre hjemmetjenestebrukere viser samme tendens, til tross for den nevnte endringen i tallgrunnet.

Figur 33 - Nettoutgifter hjemmetjeneste til de som er 0-66 år, fordelt pr tjenestemottaker 0-66 år.⁵⁶



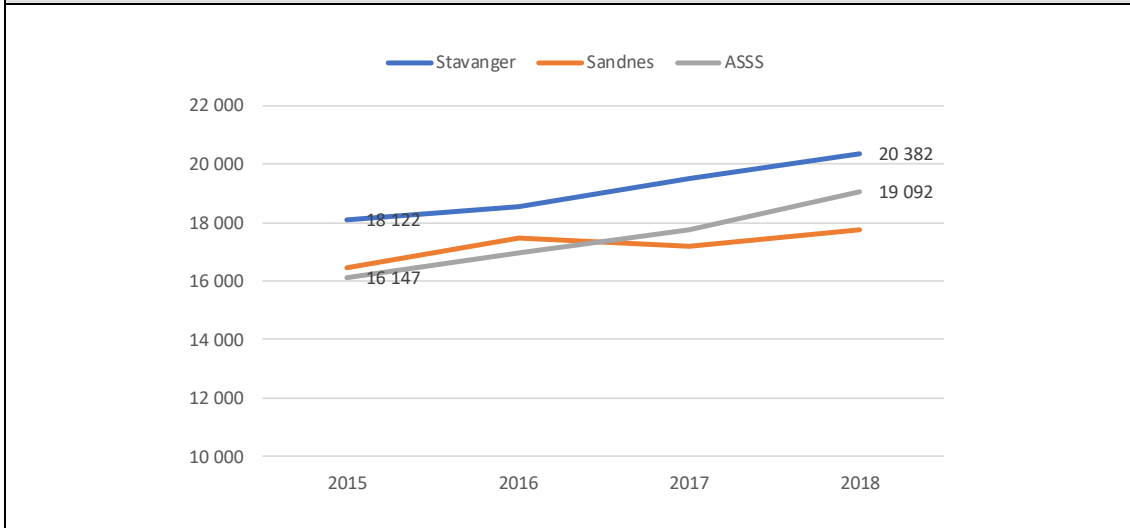
⁵⁵ Kilde: Siste års ASSS-rapporter.

⁵⁶ Kilde: Siste års ASSS-rapporter.

DET TOTALE BILDET

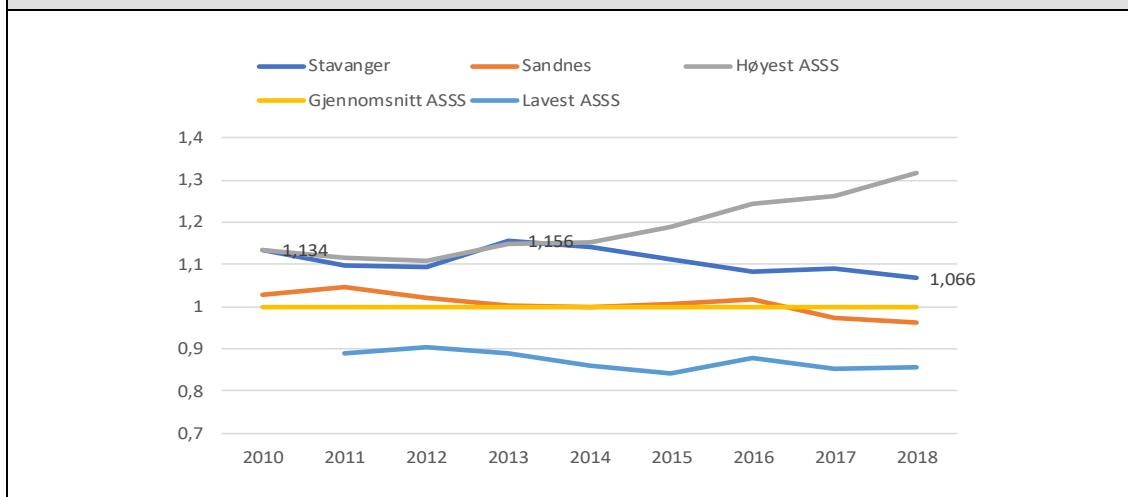
Så langt har vi sett på utgiftsutviklingen for hjemmetjenestene, både per mottaker og per innbygger over 67 år. I de to neste figurene ser vi på Stavanger kommunes ressursbruk til pleie- og omsorgstjenesten, justert for utgiftsbehov. I den første figuren ser vi på utgiftene per innbygger, justert for utgiftsbehov⁵⁷. Her ser vi at Stavanger kommune har høyere behovskorrigerte utgifter enn ASSS-snittet, men at forskjellene minker. Utgiftsveksten er enda mindre i Sandnes.

Figur 34 – Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg, justert for utgiftsbehov

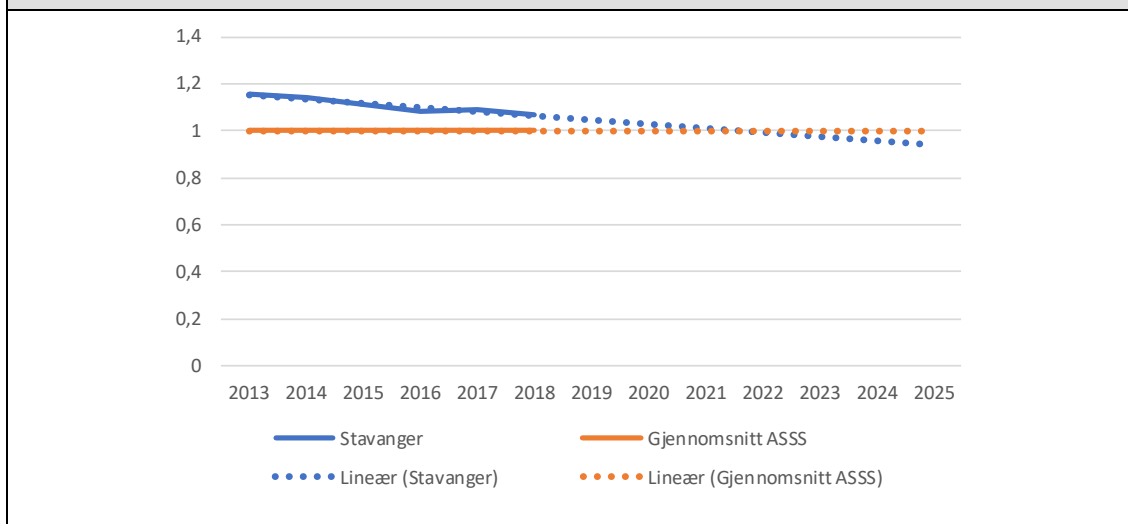


I figuren under tar vi utgangspunkt i den såkalte ressursbruksindikatoren, som anvendes i storby samarbeidet (ASSS). Ressursbrukindikatoren viser hvor mye ressurser den enkelte kommune bruker i forhold til gjennomsnittet for ASSS-kommunene, etter at det er korrigert for forskjeller i utgiftsbehov, arbeidsgiveravgift og pensjonsutgifter. En ressursbruksindikator større enn 1 viser at kommunen bruker mer ressurser på tjenesten enn ASSS-gjennomsnittet, og motsatt. Fordelen med denne indikatoren, er at det finnes tall for et lengre tidsrom.

⁵⁷ Kilde: Framsikt. Her har vi kun tall de fire siste årene.

Figur 35 – Ressursbruksindikator for pleie og omsorg⁵⁸

Figuren viser at Stavanger kommune bruker mer enn ASSS-snittet etter at det er korrigert for behov. Samtidig ser vi at ressursbruken i Stavanger er redusert betydelig siden 2013 og at forskjellen mellom Stavanger og storbysnittet minker. I den siste figuren har vi vist hva som vil skje dersom denne utviklingen fortsetter i årene fremover.

Figur 36 – Hvis denne utviklingen fortsetter....

2.5.7 VURDERING

Stadig flere eldre innbyggere i Stavanger ser ut til å klare seg uten pleie- og omsorgstjenester. I tillegg er den gjennomsnittlige botiden på sykehjem redusert kraftig. Dette er indikasjoner på at innslagspunktet for hjemme- og institusjonstjenester utsettes.

Det har også vært en klar nedgang i andelen mottakere av hjemmetjenester de siste årene, og en betydelig andel brukere avslutter hjemmesykepleien, og klarer seg på egen

⁵⁸ Tall frem til 2017 hentet fra ASSS-rapporter, tall for 2018 mottatt av rådgiver i effektiviseringsnettverkene, KS.

hånd, uten hjelp etterpå. Utviklingen viser også at det totalt sett er en større sirkulasjon/gjennomstrømming av brukere i hjemmetjenesten, og at det er flere som avslutter hjemmesykepleien enn som kommer til som nye brukere.

Til tross for at det er færre som mottar pleie- og omsorgstjenester eller hjemmetjenester ser det ut til at den samlede pleietyngden ligger nokså konstant. Faktisk viser utviklingen en ørliten nedgang. I utgangspunktet skulle en tro at det var motsatt: At kommunen vil sitte igjen med de «tyngste» brukerne når den totale brukerandelen reduseres. Men så er ikke tilfelle. Dette kan være en indikasjon på at de gjenværende får redusert sin pleietyngde som følge av økt bruk av forebyggende eller pleiereduserende tiltak. Det er imidlertid vanskelig å si noe sikkert her.

Alle disse utviklingstrekkene er indikasjoner på en utvikling som er i tråd med målet om at flest mulig skal klare seg hjemme på egen hånd. Gjennomgangen tyder på at denne utviklingen har sammenheng med kommunens satsing på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det er imidlertid vanskelig å si noe sikkert om hvordan disse faktorene slår ut og hvor mye som skyldes andre forhold, for eksempel en generelt friskere befolkning⁵⁹.

Dette momentet rører også ved det som er hovedutfordringen mht. å måle effekten av satsingen på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering: Hva ville skjedd dersom kommunen ikke jobbet ut fra et egenmestringsperspektiv og i stedet fortsatte å gi kompenserende hjelp?

Det ser ikke ut til at hjemmetjenestene er blitt billigere de siste årene, snarere tvert i mot. Utgiftene til eldre hjemmetjenestemottakere er høyere i Stavanger enn de andre storbykommunene, og utgiftsveksten er større.

Stavanger kommune bruker også mer enn snittet for storbyene når ser på den totale ressursbruken til pleie- og omsorgstjenester målt opp mot behov. Men her er utviklingstrenden en annen. I 2013 brukte Stavanger 15,6 prosent mer enn snittet for de andre storbyene til pleie og omsorg. I 2018 brukte Stavanger 6,6 prosent mer. Det er vanskelig å fastslå en årsakssammenheng her, men det er interessant å merke seg at nedgangen kommer i årene etter at *Leve HELE LIVET* rulles ut for fullt.

⁵⁹ Et annet eksempel: At andelen eldre med praktisk bistand går ned, kan skyldes at de eldre velger andre rengjøringsløsninger eller at de i større grad velger å gjøre dette pga. pris.

Om forvaltningsrevisjon

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

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

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

Prosjektleder for denne rapporten har vært senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg, i samarbeid med senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal, som har kvalitetssikret rapporten. Rapporten er også kvalitetssikret av fagleder for forvaltningsrevisjon, Christian J Friestad og revisjonsdirektør Rune Haukaas.

Datakilder

Rapporten bygger på intervjuer med i alt 46 personer, og et omfattende statistisk tallmateriale og skriftlig materiale. I tillegg har vi brukt data som er samlet inn i parallelle tilsvarende forvaltningsrevisjoner i Eigersund, Hå og Sandnes.

INTERVJUER/MUNTLIGE KILDER

- Oppstartsmøte. Rådmann, direktør helse og velferd, helse- og omsorgssjef, programleder Leve HELE LIVET, rådgiver (tidligere programleder Leve HELE LIVET)
- Programleder for Leve HELE LIVET
- Spesialrådgiver i stab for helse og velferd og tidligere programleder for Leve HELE LIVET
- Ledelse ved Hundvåg og Storhaug helse- og sosialkontor, leder og fagleder
- Ansatte ved Hundvåg og Storhaug helse- og sosialkontor, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sykepleier
- Ledelse ved Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte, leder og nestleder
- Ansatte ved Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte, tre sykepleiere og to helsefagarbeidere
- Intervju med ledelse ved Madla og Tjensvoll helse og sosialkontor, kst. leder og fagleder
- Intervju med ansatte ved Madla og Tjensvoll helse og sosialkontor, sykepleiere og ergoterapeut (fysioterapeut var ikke til stede)
- Ledelse Madla og Tjensvoll hjemmebaserte, Leder og to sykepleiere - en for Madla og en for Tjensvoll
- Ansatte Tjensvoll hjemmebaserte, kreftsykepleier og to helsefagarbeidere
- Ansatte Madla hjemmebaserte, sykepleier og helsefagarbeider
- Hverdagsrehabiliteringsteamet, Leder (ergoterapeut) og to fysioterapeuter
- Intervju med fysio- og ergoterapitjenesten, leder og ergoterapeut og med fagansvar for eldre brukere.
- Programleder for program for omstilling hjemmebaserte tjenester, som har en rekke delprosjekter
- Spesialrådgiver og prosjektleder med ansvar for ny finansieringsmodell
- Enhet for forebyggende hjemmebesøk, to sykepleiere
- Sykepleierklinikken, to sykepleiere

- Avdelingsleder for avdelings for velferdsteknologi
- Leder for utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland

ANDRE MUNTlige KILDER

- Enkelte oppfølgingsintervjuer
- Deltakelse ved Leve HELE LIVET-samling
- Deltakelse på fellessamling Friere faglighet, mindre byråkrati
- Presentasjon av foreløpige funn for direktør for helse og velferd og prosjektleder og tidl. prosjektleder LEVE HELE LIVET og prosjektleder for omstillingsprogram for hjemmebaserte tjenester. Formålet var todelt: Dele resultatene og få synspunkter på funnene

DOKUMENTER

- Sentrale styringsdokumenter, som handlings- og økonomiplaner og årsrapporter
- Leve HELE LIVET, versjon 1, 2 og 3
- <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/leve-hele-livet/>
- <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/planer/hop-og-budsjett/hop-2019-2022-helse-og-velferd.pdf>
- Status Leve HELE LIVET, levekårsutvalget 30.01.2018
- Revidert prosjektmandat omstilling hjemmebaserte tjenester
- Status omstillingsprogram hjemmebaserte tjenester og prosjekt «Friere faglighet, mindre byråkrati»
- Ny finansieringsmodell hjemmetjenester, powerpoint desember 2018
- Mandat og artikkel – relasjonell koordinering
- En rekke interne dokumenter, herunder tidsnormering for opplæringstiltak og ordinær hjemmesykepleie, ulike tildelingskriterier
- Brukerforløp Madla
- Oppdragsbrev (HSKer) fra 2015 til 2018, resultater og flytdiagrammer
- Stavanger kommunes foredrag på den nasjonale Helsekonferansen 3. mai 2018
- Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, stortingsmelding 15 (2017-2018)
- Evaluering av hverdagsrehabilitering, 2013 (pilot) og 2016
- «Dette fikser du, Lilly» - film på YouTube
- Strategi for velferdsteknologi 2015-2020, statusrapport 2018
- Handlingsplan for velferdsteknologi 2018-2022
- Plan for omsorgsbygg 2019-2034
- Rapport Fürst og Høverstad (2014): Fra passiv til aktiv deltaker – hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Samt en rekke andre forskningsrapporter, som er nevnt i fotnotene.
- Implementeringslitteratur - Jf. blant annet Harrison, M. I. (2004): *Implementing Change In Health Systems*. SAGE Publications. Se også sammenfatning av de klassiske iverksettelsesstudiene i Kjellberg, F. og M. Reitan (1995): *Studiet av offentlig politikk*. TANO. Se også Høiland, Gry Cecilie; Willumsen, Elisabeth (2018). Resistance-driven innovation? : frontline public welfare workers' coping with top-down implementation. *Nordic Journal of Working Life Studies*. ISSN 2245-0157. Volum 8. Hefte 2. s. 1-20. DOI: 10.18291/njwls.v8i2.106153.
- Riksrevisjonens rapport – Tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018-2019)
- Nyhetsoppslag i lokale medier, særlig Stavanger Aftenblad, der brukere har fortalt om sine erfaringer med rehabilitering og velferdsteknologi.

TALL/STATISTIKK

- Brukerundersøkelser i hjemmesykepleien 2016
- En rekke nøkkeltall fra programleder for Leve HELE LIVET

- Nøkkeltall fra Fysio- og ergoterapitjenesten
- ASSS-rapporter fra 2010-2017, samt enkelte tall for ressursbruksindikatoren for 2018, fra rådgiver i effektiviseringsnettverkene
- Nøkkeltall fra KOSTRA
- Nøkkeltall fra Framsikt
- Beregninger gjort med utgangspunkt i kommunenes tall og nøkkeltall i KOSTRA
- Vi har hatt kontakt med en rekke kommuner for å finne gode indikatorer for å vurdere den overordnede måloppnåelsen. Foruten helsedirektoratet har vi vært i kontakt med Östersund (konseptet har røtter her, Fredericia (rollemodellen for Stavanger), Trondheim, Kristiansand, Bærum, Karmøy, Sandnes, Eigersund og Hå

ANDRE KILDER

Data ifm prosjekter i Hå, Sandnes og Stavanger, som er gjennomført parallelt med prosjektet i Eigersund, både intervjudata, talldata og dokumentdata.



Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no