

FORVALTNINGSREVISJON AV  
**KVALITET I TJENESTENE**  
**ELDREOMSORG**



SANDNES KOMMUNE  
JUNI 2019



# INNHold

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

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

<b>Innhold</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Rådmannens kommentar</b> .....	<b>10</b>
<b>Rapporten</b> .....	<b>12</b>
1    Innledning .....	13
1.1    Formål og problemstillinger .....	13
1.2    Revisjonskriterier og metode .....	13
2    Faktadel.....	23
2.1    Innledning .....	23
2.2    Flere eldre - mer hverdagsmestring .....	23
2.3    Tjenester viktige for hverdagsmestring .....	25
2.4    Status for implementering av tiltak for å styrke hverdagsmestring .....	28
2.5    Er betingelsene for effektiv implementering på plass? .....	53
2.6    I hvilken grad er målene nådd? .....	61
<b>Vedlegg</b> .....	<b>72</b>

# SAMMENDRAG

*Siktemålet med prosjektet er å undersøke hvor langt Sandnes kommune har kommet i arbeidet med å skape en mer aktiv eldreomsorg der brukerne tar et større ansvar for egen omsorg.*

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

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

I Sandnes brukes begrepet «*hverdagsmestring*» om et felles tanke sett som skal prege pleie- og omsorgstjenestene. Eldre skal få opptrening etter funksjonsfall slik at de i størst mulig grad klarer seg uten tjenester etter opptreningen, og de ansatte i hjemmetjenesten skal lære opp og tilrettelegge for at eksisterende brukere får tatt ut sitt potensiale for egenmestring. Velferdsteknologi skal gjøre det lettere for eldre å bo hjemme lengst mulig selv om alder og sykdom etter hvert setter sine spor.

Å styrke oppmerksomheten om hverdagsmestring i pleie og omsorgstjenestene, er en pågående omstillingsprosess. Det tar tid å omstille en tjeneste der det å gi kompensende hjelp har vært dominerende, til en tjeneste der mestring og egenomsorg står sentralt. Rapporten gir en status over hvor langt Sandnes har kommet i dette arbeidet.

**Hovedinntrykket** er at Sandnes er på god vei til å virkeliggjøre hverdagsmestring som et felles tanke sett som preger kultur og praksis ute i tjenestene. Tilbudet om **hverdagsrehabilitering**, der mottakeren får opptrening etter funksjonsfall, har blitt en integrert del av hjemmetjenesten, og kan vise til gode resultater etter oppstarten i 2014. Sandnes er i gang med å innføre **opplæringsvedtak i hjemmetjenesten**, der siktemålet er å lære brukeren opp til å mestre flere omsorgsoppgaver selv. Ulike **velferdsteknologier** vil fremover få et større omfang enn det det hittil har fått.

Fortsatt har Sandnes et potensiale for å gjøre mer ut av sin satsing på hverdagsmestring. Det varierer noe hvor sterkt dette tanke settet er forankret blant ledere og ansatte ute i praksisfeltet og i de vedtak som gjøres av tildelingskontoret. Det betyr at Sandnes i årene som kommer sannsynligvis vil kunne forsterke en utvikling hvor stadig flere av de eldre i Sandnes klarer seg selv - for noens del langt opp i alderdommen - før sykdom og skrøpeligheit gjør det nødvendig med hjelp fra kommunen. Slik kan hverdagsmestring bli et viktig bidrag til å dempe etterspørselen etter pleie og omsorg.

## Nærmere om status for implementering av tiltak for å styrke hverdagsmestring

**Hverdagsrehabilitering.** Sandnes har valgt å organisere hverdagsrehabilitering innenfor hjemmetjenestene med en kombinasjon av et *spesialisert hverdagsrehabiliteringsteam* med fysio- og ergoterapikompetanse og hjemmetrenere ansatt i hjemmetjenesten.

Hverdagsrehabilitering er et intensivt opptreningsopplegg i ca. 4 uker der teamet planlegger treningsopplegget og står for målinger av funksjonsnivå før, underveis og etter

treningen, mens hjemmetrenerne ute i hjemmetjenestesonene står for gjennomføringen av treningen. I 2018 gjennomførte 262 deltakere dette tilbudet. Tidligere evalueringer av tiltaket viser at et flertall av deltakerne bedrer sitt funksjonsnivå, og mange klarer seg uten eller med mindre hjelp fra hjemmetjenesten etter gjennomført opptrening.

Sammenligninger med andre kommuner viser ulike måter å organisere hverdagsrehabilitering på. Kommuner som Eigersund og Klepp tilbyr hverdagsrehabilitering til flere deltakere enn Sandnes om vi ser på prosentandel av innbyggere 80 år og over. Det indikerer at Sandnes har et potensiale for opptrening av flere enn det som gjøres i dag.

Fordelen med organisasjonsmodellen i Sandnes er at hjemmetjenesten har tilgang på dedikerte og motiverte spesialister i hverdagsrehabiliteringsteamet, samtidig som tjenesten involverer helsefagarbeidere/hjelpepleiere som har fått opplæring i rehabilitering. Det sikrer tverrfaglighet og bedre forankring blant de ansatte i hjemmetjenesten.

Utfordringen for hjemmetrenerne er at de i noen tilfeller havner mellom «barken og veden» fordi de også skal gi nødvendig helsehjelp i tillegg til å være hjemmetrenere.

En modell som ser ut til å fungere bra i sone Lura er at noen få utvalgte hjemmetrenere i hver sone får tilpasset turnus og arbeidslister til treningsoppgaver på dagtid.

Rapporten viser at det er forskjeller mellom hjemmehjelpssonene i forhold til hvor aktivt de benytter seg av tilbudet om hverdagsrehabilitering. Det føres ikke statistikk over om det er nye eller eksisterende brukere som får dette tilbudet, men eksisterende brukere ser ut til å være i klart flertall. Forskning viser at *nye brukere* ofte har et større potensiale for opptrening og gjerne er mer motivert enn eksisterende brukere.

Et bidrag til å bøte på disse forholdene, er å avklare tydeligere enn i dag når hverdagsrehabilitering skal tildeles, til hvem, og hvem tilbudet ikke passer for.

Det gjennomføres årlige evalueringer av deltakerne som har gjennomgått hverdagsrehabilitering. De fleste mener at de er blitt mer aktive i hverdagen og bedret sitt fysiske funksjonsnivå. For kommunen er det viktig å få dokumentert om tiltaket faktisk reduserer behovet for ordinære hjemmetjenester. Det kan oppnås ved å innføre en måleindikator som inngår som en del av rapportering av styringsinformasjon fra enhetene.

**Hverdagsmestring i de ordinære hjemmetjenestene.** Hverdagsmestring er et felles begrep og tankesett for alle tjenestene i Helse og velferd og betyr at en vektlegger den enkeltes potensiale for egenomsorg, uansett funksjonsnivå. Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse, og hverdagsmestring handler om hvordan den enkelte selv skal kunne håndtere hverdagen som hjemmeboende også med sviktende helse.

I de interne kontraktene til enhetene innenfor Helse og velferd fikk alle i 2018 formidlet at «*Brukernes egne behov og mestringsopplevelse settes i fokus ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg» ved utforming av tjenestetilbud og tiltak*». I kontrakten til Tildelingskontoret skal enheten ha «*Fokus på hverdagsmestring i tildeling av tjenester*».

Intervjuene og stikkprøver av vedtak om tildeling av hjemmesykepleie, tyder på at hoveddelen av alle vedtak rettet mot hjemmeboende, fremdeles er ordinære hjelpevedtak om hjemmesykepleie. Det er få vedtak der det står at hjelpen skal være *tidsavgrenset opplæring* slik at bruker kan lære seg å klare hverdagslige gjøremål selv.

Konsekvensen er at kompenserte hjelp dominerer oppgaveløsningen, mens det å drive pasientopplæring slik at den eldre blir i stand til å gjøre flere omsorgsoppgaver selv, i mindre grad setter sitt preg på relasjonen mellom ansatt og bruker.

For noen ansatte er det naturlig å *jobbe-med-hendene-på-ryggen* for å aktivisere pasienten. For andre er det en fast og innarbeidet praksis å bruke de varme hendene til å gi støtte og hjelp. Intervjuene viser at det varierer en god del mellom ledere, ansatte og hjemmetjenestesonene hvor stor plass en mer mestringsorientert hjemmetjeneste har fått.

Intervjuene viser at gjennomslaget til hverdagsmestring påvirkes av mange forhold. Ansattes utdanningsbakgrunn og etablert arbeidskultur er med på å skape forventninger om hva som er riktig omsorg. Sykehuset kan skape forventninger («*de sa at mor skulle få hjelp til alt*»). Det samme kan pårørende og brukeren selv. Noen brukere opplever det som en klar bedring i livskvaliteten å bli i stand til å gjøre mer selv. For andre er kvalitet å bli hjulpet mest mulig med oppgaver det har blitt tyngre å gjøre selv.

Det synes å være behov for å få en mer ensartet oppfatning og praksis i forhold til hva hverdagsmestring skal være i den ordinære hjemmetjenesten. Ett tiltak vil være å innføre **opplæringsvedtak** hvor den eldre tildeles et *tidsavgrenset vedtak om pasientopplæring*. Det kan være opplæring i bruk av elektroniske medisindispensere eller andre oppgaver.

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

Flere forhold underbygger at tidsavgrensede opplæringsvedtak kan ha noe for seg i Sandnes kommune. Det tar tid å bygge ny kultur og nye måter å jobbe på. Opplæringsvedtak kan være et bidrag til å bygge en ny felles kultur i praksisfeltet. Et annet argument er at opplæring kan ta lengre tid enn om at den ansatte bare gjør det selv. Å f.eks. følge en bruker opp og ned trappene med søplet, tar gjerne lengre tid enn om pleieren bare tar det med seg når hun/han går etter endt besøk. Da er det bedre med et opplæringsvedtak som tildeler en tidsressurs til å gjennomføre pasientopplæring. På lengre sikt kan det føre til at pasienten klarer seg helt eller delvis uten tjenester fra kommunen, noe som vil være kostnadsbesparende for kommunen.

**Velferdsteknologi.** Sandnes skal framover satse mye på digitalisering av omsorgen. Digitale trykksalarmer er innført på bred front, mens elektroniske multidispensere for medisinbehandling skal ruller ut i 2019. Flere andre teknologier er i en utviklingsfase. Framdriften følger i stor grad av et interkommunalt samarbeid der Sandnes deltar sammen med andre kommuner i sør-fylket med Sola som koordinator.

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

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

**Forebygging og helsefremming.** Sandnes kommune har ulike trenings- og trimtilbud for eldre i regi av eldresentraene, fysio- og ergoterapitjenesten og Frisklivssentralen.

Friskliv75 er Frisklivssentralens tilbud til innbyggere på 75 år. De blir invitert til en fagdag med fokus på frisk aldring, kosthold, fysisk aktivitet og trygghet i hjemmet, blant annet forebygging av fall. Dette tilbudet har kommet i stedet for forebyggende hjemmebesøk utført av besøksteamet. Friskliv75 ønsker å inspirere deltakerne til å planlegge livet i alderdommen og ta vare på egen helse og har fått gode evalueringer.

I kontrakten for 2018 til Fysio- og ergoterapienheten framgår det at målet er at minst 50 % skal ha deltatt på Friskliv75. Friskliv75 er gjennomført i 2017 og 2018 med henholdsvis 75 og 65 deltakere. Totalt antall 75-åringer uten pleie- og omsorgstjenester, har vært om lag 400 begge disse årene. Det gir en deltakelse på mellom 16-19 prosent av de eldre i målgruppen, det vil si et godt stykke unna målet om 50 prosent deltakelse. I juni 2019 skal det utprøves et nytt konsept med stands og informasjon i det nye rådhuset.

### **Er organisering og kompetanse på plass for å lykkes med omstillingen?**

I rapporten har vi gjennomgått sju ulike suksesskriterier som bør være på plass for å få til en vellykket omstilling. Et flertall er i stor grad ivaretatt i det Sandnes hittil har gjort.

Her inngår å skape forståelse for at omstilling er nødvendig for å møte eldrebølgen, at målbildet er klart, at omstillingen er forankret i organisasjonen, at det er tilrettelagt for tverrfaglig samarbeid ved behandling av søknader om tjenester og i tjenesteutførelsen, og at det er gjort organisatoriske grep for å understøtte omstillingsarbeidet.

På andre områder ser vi at det er forbedringsmuligheter. Her vil vi peke på følgende:

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

To typer kompetanser er i den sammenheng sentrale. Det ene er en *faglig vurdering* av hvilket potensiale den enkelte pasient har for egenomsorg. Det andre er *kommunikative og relasjonelle ferdigheter* der den ansatte fungerer som mentor for brukeren, slik at vedkommende motiveres til mer egenomsorg. Pedagogiske evner er viktig – det vil si ansattes evne til å lære brukere opp til å ta større ansvar for egen omsorg.

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

**Budsjettmodellen.** Innsatsstyrt finansiering premierer høy aktivitet i hjemmetjenesten, og er et effektivt insentiv for å holde oppe et høyt aktivitetsnivå i møtet med stort etterspøringspress. Men innsatsstyrt finansiering gir få eller ingen insentiv til å iverksette ulike former for forebyggings- og rehabiliteringstiltak for å få flere eldre til å klare seg selv. En mer *rammebasert budsjettering* vil kunne passe bedre om dette hensynet skal vektlegges. Sandnes har allerede gjort flere organisatoriske grep for å underbygge satsingen med hverdagsmestring. Spørsmålet er om det på sikt bør foretas justeringer i budsjetttildelingsmodellen slik at den stimulerer mer forebygging og rehabilitering.

**Bruker- og pårørendes erfaringer.** Brukerundersøkelsen i hjemmesykepleien i 2015 inneholdt et spørsmål som tar direkte for seg brukers tilfredshet med den hjelpen brukere får slik at vedkommende kan bo hjemme. Skåren er 5,3 på en skala fra 1-6, høyere enn snittet på 5,1. Brukerne mener de ansatte er omsorgsfulle (skår 5,4), mens de oppnår lavest skår på tid til å ta seg av oppgavene hos brukerne de besøker (skår på 4,8).

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

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

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

### **Hvor langt har Sandnes kommet i måloppnåelsen?**

Omstillingen i eldreomsorgen i Sandnes skjer i en periode med vekst i eldrebefolkningen, en utvikling som vil forsterke seg markant fra 2023. Etterspørselen etter pleie og omsorg vil mest sannsynlig øke, men den kan dempes gjennom mer hverdagsmestring.

Det statistiske materialet viser at Sandnes oppnår flere gode resultater allerede:

Sandnes har flere eldre mellom 80-89 år som klarer seg selv uten hjelp fra kommunen enn det vi finner i nabobyen Stavanger og sammenlignet med snittet for de 10 ASSS-kommunene. I Sandnes er andelen som klarer seg selv økt fra 45 prosent i 2009 til 56 prosent i 2017. Også i aldersgruppa 67-79 år ligger Sandnes bra an ved sammenligning.

Stadig færre eldre mottar hjemmetjenester av innbyggere 80 år og over i Sandnes. Det betyr at flere klarer seg uten hjelp. Antall mottakere av praktisk bistand i hjemmet går nedover i alle årsklasser 67 år og over, særlig blant 80-89 åringene. I samme periode har institusjonsplasser i prosent av innbyggere 80 år og over vært stabil/svakt økende. Virker satsingen på hverdagsmestring på en tilsiktet måte, vil presset på institusjonsplassene kunne gå ned, og gjennomsnittlig liggetid på sykehjemmene bli kortere.



Tallmaterialet tyder ikke på at nåløyet for å få pleie og omsorg har blitt trangere, det vil at brukernes bistandsbehov øker. Det gjennomsnittlige bistandsbehovet blant eldre brukere er lavest i Sandnes sammenlignet med ASSS-kommunene, sammen med Stavanger.

Også flere av de økonomiske utviklingstrekkene er positive i den forstand at driftsutgiftene per innbygger kryper nedover. Sandnes har hatt en klar nedgang i netto driftsutgifter til hjemmetjenester om vi fordeler utgiftene på alle innbyggere 67 år og over. Sandnes har siden 2010 hatt den største nedgangen av alle ASSS-kommunene. Det har sammenheng med at en fallende andel av de eldre mottar hjemmetjenester fra kommunen.

Gjennomsnittlig antall timer til pleie i hjemmet kryper også gradvis nedover - hver bruker får i 2017 i snitt mindre pleie enn det eldre gjorde i 2010. Sandnes kommune har videre hatt en nedgang i netto driftsutgifter til hjemmetjenester per tjenestemottaker 67 år og over, mens det har vært en økning i Stavanger fra 2010.

Sandnes har hatt en positiv utvikling i ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene der ressursbruksindikatoren for Sandnes har beveget seg fra å ligge over snittet for ASSS-kommunene til de siste to årene å ha ligget under snittet.

Årsakene til denne utviklingen er sammensatt. En friskere eldrebefolkning som tar med seg flere sosioøkonomiske ressurser inn i alderdommen er en forklaring. Sandnes har også en strammere kommuneøkonomi enn snittet av norske kommuner. I pleie og omsorg betyr det at terskelen for å få hjelp kan være høyere i Sandnes enn i kommuner med flere økonomiske ressurser. Satsingen på hverdagsrehabilitering og en mer mestringsorientert hjemmesykepleie bidrar også positivt, men det er vanskelig å isolere denne effekten fra andre årsaksfaktorer. Rapporten viser at Sandnes fortsatt har et potensiale for å ta ut enda mer gjennom styrket satsing på hverdagsmestring.

Anbefalingene i rapporten er sammenfattet nedenfor. Sandnes kommune bes vurdere:

- *En mer ensartet organisering av hjemmetrenerne der turnus og arbeidslister tilpasses på en måte som sikrer kontinuitet og høy kvalitet på den opptrening deltakerne mottar.*
- *Å innføre tydeligere kriterier for tildeling av hverdagsrehabilitering som sikrer tilgang på de kandidatene med størst treningspotensial og som kan utjevne forskjeller mellom hjemmetjenestesonene i kommunen.*
- *Å innføre tidsavgrensede opplæringsvedtak som helt eller delvis kan bidra til at brukeren klarer seg selv som hjemmeboende. Opplæringsvedtak kan omfatte både enkelte sykepleiefaglige oppgaver og opplæring i hverdagslige gjøremål.*
- *Tiltak som kan styrke deltakelsen på tilbudet om Friskliv75 for byens 75-åringer.*
- *På sikt å gjøre tilpasninger i dagens budsjettfordelingsmodell i hjemmetjenesten som i større grad stimulerer satsingen på hverdagsmestring.*
- *Å innføre måleindikatorer for å bedre styringsinformasjonen på følgende områder: 1) Om hverdagsrehabilitering har ført til reduksjon i hjemmetjenester sammenlignet med situasjonen før hverdagsrehabilitering, 2) om innføring av velferdsteknologi gir tilskattede gevinster og 3) om satsingen på hverdagsmestring fører til økt sirkulasjon av brukere som går inn og ut av tjenesten kontrollert for dødsfall.*

# RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rapporten gir en grundig og god gjennomgang og analyse av kommunens mål om å dreie tjenestene fra en «passiv og konserverende» eldreomsorg til en mer aktiv tjeneste rettet mot forebygging og helsefremming.

Fram til september 2018 var omsorgstjenesten i Sandnes delt i 4 geografiske distrikter som hadde ansvar både for bo- og aktivitetssentrene (heldøgnsomsorgen) og tjenester som blir gitt i hjemmet. Fra september 2018 ble det gjennomført en større omorganisering der omsorgstjenestene ble organisert etter tjenestemodell med alle hjemmetjenester og korttidsrehabilitering i en enhet og alle sykehjem fordelt på 2 enheter.

Målsetting med dette var:

- Samlet fag- og oppgavefokus
- Tydelig styringslinje som kan ha samlet trykk på utviklingsoppgaver, f eks velferdsteknologi
- Fleksibel og effektiv ressursbruk
- Samlet utvikling av rutiner, dokumentasjon og kvalitetsarbeid
- Likere praksis
- Mulighet for sentralisering av for eksempel turnusplanlegging
- Mulighet for å samle og utvikle kunnskap med tanke på særskilte utfordringer eller lidelser
- Mulighet for økte stillinger
- Mulighet til å omfordele/ omdisponere stillinger i ledelse/ administrasjon
- Enhetene vil være om lag like store og ha en størrelse som erfaringsmessig er håndterbar.
- Forholdsvis begrenset endring for ansatte i pasientrettede stillinger

Å samle hjemmetjenestene sammen med korttidsrehabilitering og dagsentertjenestene under samme leder gir tydelig faglig fokus på at fremtidige omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje hjemme og at de utfordringene eldrebølgen vil medføre i hovedsak skal løses gjennom å bistå pasientene til å mestre egen hverdag. Hjemmetjenestesonene og dagsentrene vil fortsatt ha tilhold på bo- og aktivitetssentrene.

Det arbeides aktivt med for å etablere felles kultur, holdninger og arbeidsmetodikk i de nye enhetene. Endringsarbeid tar tid og forvaltningsrevisjonen viser at kommunen er på rett vei.

Rapporten sammenfatter noen anbefalinger som kommunen bes vurdere:

1. *En mer ensartet organisering av hjemmetrenerne der turnus og arbeidslister tilpasses på en måte som sikrer kontinuitet og høy kvalitet på den opptrening deltakerne mottar.*

2. Å innføre tydeligere kriterier for tildeling av hverdagsrehabilitering som sikrer tilgang på de kandidatene med størst treningspotensial og som kan utjevne forskjeller mellom hjemmetjenestesonene i kommunen.
3. Å innføre tidsavgrensede opplæringsvedtak som helt eller delvis kan bidra til at brukeren klarer seg selv som hjemmeboende. Opplæringsvedtak kan omfatte både enkelte sykepleiefaglige oppgaver og opplæring i hverdagslige gjøremål.
4. Tiltak som kan styrke deltakelsen på tilbudet om Friskliv75 for byens 75-åring.
5. På sikt å gjøre tilpasninger i dagens budsjettfordelingsmodell i hjemmetjenesten som i større grad stimulerer satsingen på hverdagsmestring.
6. Å innføre måleindikatorer for å bedre styringsinformasjonen på følgende områder:
  - 1) Om hverdagsrehabilitering har ført til reduksjon i hjemmetjenester sammenlignet med situasjonen før hverdagsrehabilitering,
  - 2) om innføring av velferdsteknologi gir tilsiktede gevinster og
  - 3) om satsingen på hverdagsmestring fører til økt sirkulasjon av brukere som går inn og ut av tjenesten kontrollert for dødsfall.

Enhet for hjemmetjenester (EHR) vil se på organisering av hjemmetrenerne for å få en best mulig oppfølging av deltakerne. Samtidig vil en også vurdere hvordan hverdagsrehabilitering kan tildeles til de brukere som vil ha best nytte av tjenesten.

Tildelingskontoret har nylig startet med opplæringsvedtak og arbeider med å få på plass rutineene for dette. Tildelingskontoret vil også ha stor oppmerksomhet på å tidsbegrense vedtak og evaluering av disse i samarbeid med hjemmetjenesten.

Budsjettmodellen for hjemmetjenesten er utviklet over flere år og fungerer som en fordelingsnøkkel av det tildelte budsjettet. Rådmannen mener at det ikke er grunnlag for justering av modellen i dag og vil følge utviklingen nøye. Dersom det viser seg at modellen ikke stimulerer nok med tanke på hverdagsmestring og forebygging vil modellen bli vurdert endret.

Friskliv75 – 75 åringer får tilbud om en fagdag med fokus på frisk aldring, kosthold, fysisk aktivitet. Som rapporten viser er det ikke oppnådd ønsket deltagelse på fagdagen. Helse- og velferd skal prøve et annet konsept for å nå innbyggerne og skal arrangere et åpent møte på rådhuset i forbindelse med «Hva er viktig for deg dagen» i juni. Her blir det publikumsforedrag, frivillige lag og organisasjoner vil være tilstede samt at det vil bli gitt informasjon om kommunale tjenester. Erfaringer fra den åpne dagen vil bli tatt med i vurderingen av Friskliv75.

Kommunen ønsker å få god styringsinformasjon og ser blant annet på gevinstrealisering ved innføring av velferdsteknologi, enten i form av effektivisering eller økt kvalitet. Andre måleindikatorer vil det måtte brukes noe tid på å utvikle og kvalitetssikre.

Med hilsen

Bodil Sivertsen  
Rådmann

Elin Selvikvåg  
kommunaldirektør

# RAPPORTEN

# 1 INNLEDNING

## 1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Forvaltningsrevisjonen tar utgangspunkt i Sandnes kommunes mål om at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i eget hjem og være mest mulig selvstendige.<sup>1</sup>

Planen *En god hverdag – for alle!* er en revidering av Omsorgsplan for Sandnes kommune 2012-2030, *Den gode og aktive omsorg*. Også i den forrige planen var et viktig mål å støtte eldrebefolkningen i Sandnes til å ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig.

### Problemstillinger:

- Hva er status for implementering av de viktigste forebyggende og helsefremmende tiltakene i de tjenester som i særlig grad er berørt av denne satsingen?
- Hvordan er det tilrettelagt for at de ansatte skal kunne virkeliggjøre målet om mer forebygging og helsefremming gjennom opplæring, ledelse og ressurser?
- I hvilken grad finnes det organisatoriske og finansielle utfordringer som svekker implementeringen av satsingen? Mulige underproblemstillinger:
  - Bygger budsjettmodell og inntektsfordeling oppunder 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 dagens institusjonsdekning kommunens muligheter til å satse mer på forebygging og helsefremming gjennom hjemmetjenestene?
  - Fungerer samhandlingen mellom ulike tjenester slik at brukerne møter en koordinert og treffsikker tjeneste?
- I hvilken grad oppnår Sandnes kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

## 1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Hverdagsmestring er et felles begrep og en felles strategi for alle tjenestene i Helse og velferd og betyr at en vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse og *hverdagsmestring* handler om hvordan den enkelte skal kunne håndtere hverdagen til tross for uhelse.

<sup>1</sup> Jf. omsorgsplanen «*En god hverdag – for alle!*», vedtatt av bystyret 15.02.2018.

Til nå har både bruker og tjenesteyter i hovedsak tenkt at tjenestetilbudet består av tilbud om oppgaveutføring med bruker som passiv mottaker, og ikke så mye oppgavemestring der bruker lærer opp til aktivt å ta del i egen omsorg. *Samskapt omsorg* er begrep som brukes for å beskrive en omsorg der bruker aktivt tar del i egen omsorg.

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

**Hva er viktig for deg?**

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

Den såkalte «hjelpellen» skal dermed unngås, og de eldre skal føle seg verdsatt og bli involvert i vedtak som angår dem selv. Eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt.

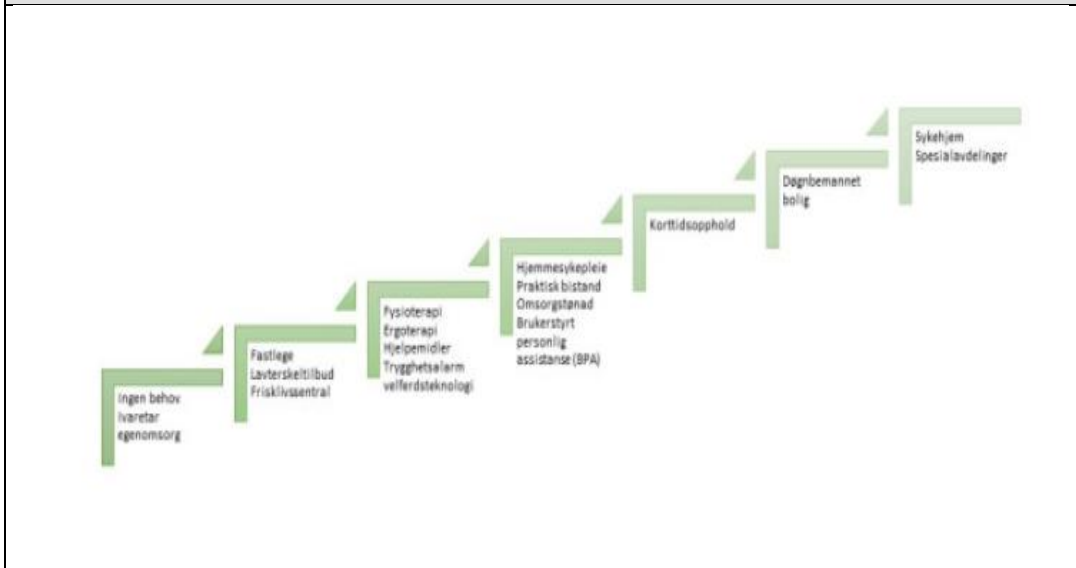
Tankesettet er at eldre selv skal ta grep og være sjef i eget liv. Når livet går mot slutten, skal eldre få god omsorg og pleie som kompenserer for det pasienten ikke klarer selv.

Moderniseringen av eldreomsorgen i Sandnes er en pågående endringsprosess. Den er forankret i omsorgsplanen og i handlings- og økonomiplanen. Noen tiltak er i en utviklingsfase, andre er implementert, mens andre igjen er i ferd med å sluses inn i driften.

Det finnes ingen master- eller prosjektplan som sier noe om framdrift og viktige milepæler for når denne satsingen skal være i full drift. Det har betydning for våre vurderinger av hvor langt dette arbeidet har kommet, og hva som gjenstår. Forvaltningsrevisjonen er dermed en underveisrapport om hva som er status tidlig i 2019.

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

Sandnes kommune bruker omsorgstrappen som prinsipp, og denne kan illustrere satsingen på hverdagsmestring. Å hjelpe brukere med egenmestringspotensiale, betyr å bruke virkemidler på de laveste trinnene i trappa for å utsette behovet for sykehjem og omsorgsbolig. Ved aktivt å bruke frisklivstilbud, hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapi og velferdsteknologi, kan brukeren selv kunne ivareta hverdagslige gjøremål og enkelte hjemmesykepleieoppgaver. Det kan minske presset på tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie slik at disse tjenestene kan fokusere på «tyngre» brukere med stort behov for pleie og omsorg. Det kan utsette brukers vandring opp i omsorgstrappa.

**Figur 1 – Omsorgstrappen. Kilde: Omsorgsplan «en god hverdag – for alle!» 2017-2030.**

Veien fra mål til resultater omfatter også utviklingsarbeid for å utvikle nye virkemidler, og implementering av disse. Figuren nedenfor er en tilnærming til hvordan vi kan betrakte vandringen fra mål, via ulike prosesser, til resultat for kvalitet, økonomi osv.

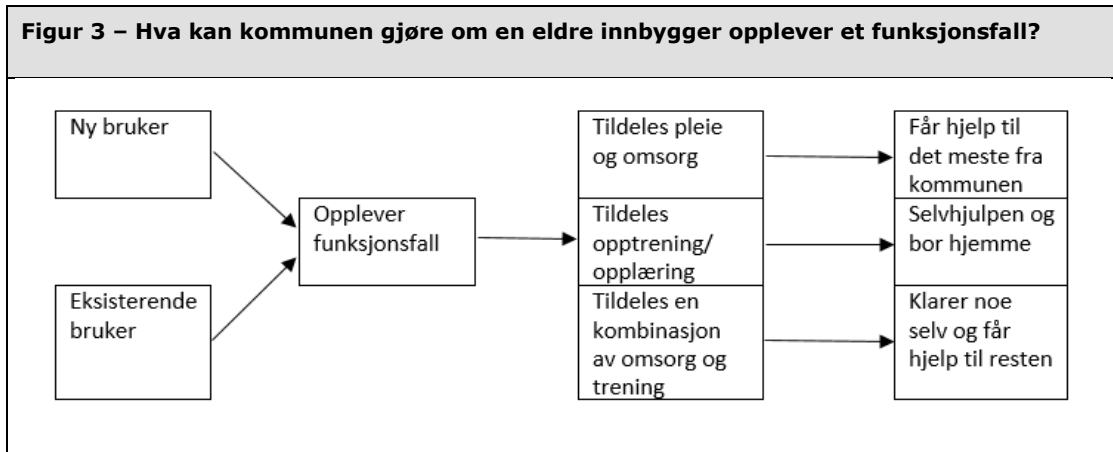
Resultatoppnåelsen er avhengig av hvor langt kommunen er kommet i arbeidet med å hamre ut og implementere virkemidler for en ny kurs i eldreomsorgen.

**Figur 2 – Forenklet bilde av omstillingsarbeidet i eldreomsorgen i Sandnes kommune.**

Mål	Prossesser		Resultater
...Innbyggerne skal oppleve å være selvstendig i eget liv.	Pågående prosjekter /utviklingsarbeid. ←→	Implementerte tiltak.	... <b>kvalitet</b> for bruker – blir flere selvhjulpne og kan bo lengre hjemme?
...Innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem.	Eksempelvis:	Eksempelvis:	... <b>økonomi</b> , er forebygging og rehabilitering besparende for kommunen?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uttesting og innføring av medisindispensere</li> <li>- Testing av sensorer tilknyttet trygghetsalarm</li> <li>- Læringsnettverk «gode pasient-forløp»</li> <li>- Omorganisering hjemmetjenester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Friskliv75</li> <li>- Hverdagsrehabilitering</li> <li>- Eldre- og seniorsentre</li> <li>- Digitale trygghetsalarmer</li> <li>- Ulike hjelpe-midler</li> </ul>	... <b>ansatte</b> , er arbeidsdagen mer meningsfull og motiverende?
<i>Jf. mål i omsorgsplanen</i>			

## 1.2.1 FAGLIG TILNÆRMING

Forvaltningsrevisjonens utgangspunkt er eldre som opplever et funksjonsfall der kommunen står overfor et valg om å gi kompenserende hjelp, gi opptrening og opplæring i å klare seg selv eller en kombinasjon av hjelp og opplæring. Forenklet ser det slik ut:



Et vesentlig poeng er at potensialet for rehabilitering skal vurderes så tidlig som mulig, og at tjenesten deretter vurderer om det trengs kompenserende hjelp i tillegg.

Siktemålet er å vurdere om omstillingen i eldreomsorgen fungerer som en *kvalitetsreform* for eldre innbyggere. Undersøkelser viser at de fleste eldre ønsker å bo lengst mulig hjemme, og for noen vil hjelp til egenmestring 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.

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

I tillegg til kvalitetsgevinster, har forvaltningsrevisjonen et blikk på gevinster for økonomi og ansatte. *Økonomisk* er det et spørsmål om penger brukt på forebygging og rehabilitering, gir en reduksjon i kommunens ordinære pleie- og omsorgstjenester. Hvis reduksjonen, målt i kroner, er større enn utgiftene til forebygging og rehabilitering, vil regnskapet gå i pluss og kommunen får frigjort ressurser til andre formål.

Primært dreier dette seg om reduksjon i den praktiske bistand kommunen yter til eldre i forhold til hverdagslige gjøremål (innkjøp, bære søppel, dusje selv, gjøre rent selv ol.), samt at eldre selv kan ta seg av enkelte hjemmesykepleieoppgaver (ta på/av elastiske strømper, stell av stomi, ta medisiner, kateterisering mv.). Investeringer i trygghetsalarmer og medisindispensere og kameraer for avstandsovervåking, kan for sin del bety at behovet for hjemmebesøk fra hjemmesykepleien blir mindre.



For *ansatte* kan det oppleves som mer meningsfullt og motiverende om innsatsen fører til at flere av de eldre helt eller delvis klarer seg selv i hverdagen. For andre kan det å jobbe med «*hendene på ryggen*» oppleves å være stikk i strid med det å gi hjelp og yte omsorg. Det interessante er hvordan ansatte ute i hjemmetjenestene har respondert på mål og tiltak for å omstille eldreomsorgen i en retning der egenmestring står sentralt.

## 1.2.2 KRITERIER FOR Å LYKKES MED IMPLEMENTERINGEN

En mer rehabiliterende og mestringsorientert pleie- og omsorgstjeneste i praksisfeltet, 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.<sup>2</sup>

Basert på de refererte studiene har vi valgt ut følgende kriterier for å kunne bedømme framdrift og status i det omstillingsarbeidet som pågår i Sandnes. Høy skår på de 7 betingelsene forventes å gi høy effektivitet i implementeringen. Tilsvarende vil større avvik fra disse betingelsene tilsi at det er forhold som hemmer effektiv implementering.

Tabell 1 – Revisjonskriterier for å vurdere omstillingsarbeidet i eldreomsorgen.		
Vilkår for implementering	Revisjonskriterier	Revisjonens vurdering
1. Nødvendighet	Oppfatning om at noe må gjøres...	
2. Klart målbilde	Tydelige mål	
	Klar ansvars plassering for framdrift	
	Utviklet måleindikatorer	
3. Forankring	Folkevalgte	
	Administrativ ledelse	
	Linjeledere i tjenestene	
	Ansatte i berørte tjenester	
4. Tverrfaglig samarbeid	I behovskartlegging	
	I tjenesteutførelsen	
5. Strukturelle endringer for å understøtte omstillingen	Budsjettmodellen	
	Organisatorisk i hjemmetjenestene	
6. Kompetente og engasjerte «iverksettere» i tjenestene	Kompetansebygging	
	Kulturbygging	
7. Oppslutning i målgruppen	Eldre innbyggere/ brukerne	
	Pårørende	

<sup>2</sup> Jf. John P. Kotters bok (2012) «Leading Change» der 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. Se også 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.

### 1.2.3 REVISJONSKRITERIER BASERT PÅ LOVVERKET

Moderniseringen av den kommunale eldreomsorgen skjøt fart med samhandlingsreformen 1.1.2012.<sup>3</sup> Samtidig trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid i kraft. Forebygging og helsefremming i stedet for «reparasjon» ble for alvor satt på dagsorden i kommunene.

I St.meld. nr. 29 *Morgendagens omsorg* er det regjeringens ønske å «bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats».<sup>4</sup> I meldingen pekes det på at «hverdagsrehabilitering er et eksempel på tidlig innsats som kan bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsevne hos brukerne».

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven:
  - I lovens formålsparagraf, § 1, 3 og 4 ledd, fremgår det at kommunen skal «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre», samt «sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud».
  - I § 3-3 om Helsefremmende og forebyggende arbeid fremgår det at «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.»
  - I § 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet fremgår det at «Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»
  - I § 12-5. fremgår det at «Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.»<sup>5</sup>
  - I lov om helse- og omsorgstjenester er ansvaret for rehabilitering lagt til § 3-2 punkt 5, og i merknaden til lovparagrafen blir ansvaret uttrykt ved at «kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse». Rehabilitering blir definert som «Tidsavgrensede, planlagte pro-

<sup>3</sup> Jf. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

<sup>4</sup> Jf. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

<sup>5</sup> På forespørsel til Helsedirektoratet om det vil bli utviklet kvalitetsindikatorer i forhold til forebygging og rehabilitering i pleie- og omsorgstjenesten svarer Helsedirektoratet følgende: «Når det kommer til rehabilitering og forebygging i de kommunale helse- og omsorgstjenestene så er det noe som jobbes kontinuerlig med i Helsedirektoratet, og vi ønsker oss indikatorer på feltet som kan si noe om kvaliteten på disse tjenestene. Det er for eksempel gjort et arbeid med å forsøke å definere en indikator som kan si noe om funksjonsforbedring i kommunal døgnrehabilitering, så dette er et pågående arbeid», se for øvrig lenke til indikatoren det er henvist til <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-av-nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-kommunal-dognrehabilitering-kartlegging-av-resultatindikator-for-funksjonsforbedring>

*sesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».*

- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
  - o Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten/brukeren. Ved tildeling av tjenester som helsetjenester i hjemmet og sykehjem skal det legges stor vekt på hva pasienten/brukeren mener.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 2017.
  - o I kvalitetsforskriften er det presisert at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
  - o Ved behandlingen av stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i 2014 uttalte Helsekomiteen i Innst. 217 S (2015–2016) at arbeidet med kvalitet i helsetjenesten må skje kontinuerlig og systematisk, og at dette er et ledelsesansvar.
  - o Stortinget har gjennom behandlingen av Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* sluttet seg til at innovasjon og velferdsteknologi er viktige virkemidler for å forbedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, jf. Innst. 477 S (2012–2013).

Lover og forskrifter gir grunnlag for revisjonskriterier i den forstand at kommunene skal fremme helse og forebygge gjennom helse- og omsorgstjenestene. De skal også ivareta tilbud om (hverdags-)rehabilitering, men dette er ikke like tydelig fastslått som i den danske Servicelov fra 2015 - paragraf 83a- «å tilbyde et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, hvis det i forhold til den konkrete borger vurderes at have potentiale til at kunne forbedre dennes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp.» Det kan argumenteres med at hverdagsrehabilitering inngår i kravet om å yte rehabilitering slik det er definert i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

#### 1.2.4 AVGRENSNING AV FORVALTNINGSREVISJONEN

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

Det er imidlertid en rekke andre faktorer som har betydning for Eldres mulighet for å bo hjemme. Å gjøre det mulig for eldre å bo hjemme, også med funksjonssvikt og sykdom, er i stor grad et *tverrsektorielt* ansvar i tillegg til at de eldre har et selvstendig ansvar.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset i forhold til følgende temaer:

- **Bolig.** Mange eldre eier store og gamle boliger som gjennomgående er dårlig tilpasset alderdommen. Data fra levekårsundersøkelsene viser at 30-40 prosent av de eldre bor i boliger med ulike former for hindringer (trapper, tungvinte adkomst ol.). Eldre har selv et ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom, eksempelvis skaffe en mer lettvinnt bolig. Det offentlige kan imidlertid gjennom planer og boligpolitikk påvirke at det blir bygget eldrevennlige boliger.
- **Nærmiljø.** Kvaliteter i nærmiljøet har stor betydning for Eldres mulighet for å bo hjemme. Det forutsetter enkel tilgang på private og offentlige tjenester i nærheten

av boligen, og et trygt nærmiljø. Her inngår handel og service, sosiale møteplasser, kulturtilbud osv. Kommunene har mulighet til å påvirke utviklingen av gode nabolag gjennom planverk og støtte til frivilligheten.

- **Levevaner.** Levevaner som fysisk aktivitet, kosthold, røyking og rusbruk, har betydning for levealder og sykkelighet. For eldre er det særlig kognitiv aktivitet, fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et sunt kosthold som betyr noe. Seks av ti 80-åringer vurderer egen helse som god, og andelen eldre med hjelpebehov har gått ned i de yngre årsklassene. Økt levealder har imidlertid ikke betydd at eldre har fått færre år med sykdom, kanskje snarere flere.<sup>6</sup> Kommunene kan tilrettelegge for sunne levevaner gjennom areal- og transportplanlegging, nærmiljøutvikling, grøntområder osv. Levevaner har også sammenheng med levekår. Gjennom folkehelsearbeidet kan kommunen utjevne levekår og løfte flere høyere opp på den sosiale gradienten. Dermed kan flere innbyggere ta med seg gode levekår og levevaner inn i alderdommen, noe som gir dem ekstra ressurser i alderdommen.<sup>7</sup>

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

### 1.2.5 HVA SLAGS RESULTATER KAN VENTES?

Omstillingen i eldreomsorgen skjer i en periode med vekst i andelen yngre eldre i alderen 67-79 år. Etter hvert vil antallet 80-åringer og eldre øke sterkt. Prognosen for antall eldre i Sandnes over 80 år viser en markant økning de neste 10-12 årene.

Det betyr at omstillingen i eldreomsorgen vil skje i en periode med økende etterspørsel etter pleie og omsorg. En rimelig antakelse er at etterspørselen etter pleie og omsorg vil fortsette å øke, men at satsingen på hverdagsmestring kan dempe etterspørselen noe.

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

På gruppenivå er det rimelig å vente følgende:

- **Innslagspunktet for når den eldre behøver hjelp fra kommunen utsettes.** Dette måles ved å undersøke andelen eldre som klarer seg uten hjelp. Virker forebygging og rehabilitering som forutsatt, vil muligens også tiden mellom et forskjøvet innslagspunkt for pleie- og omsorgstjenester og levealder bli kortere.<sup>8</sup>
- **Eldres behov for praktisk bistand til hverdagslige gjøremål går ned.** Dette måles ved å undersøke andel av de eldre som mottar praktisk bistand i hjemmet.<sup>9</sup>
- **Ressursbruken i pleie og omsorg vris over tid i favør av hjemmetjenestene.** En mer aktiv eldreomsorg har som siktemål å gjøre eldre mest mulig selvhjulpne

<sup>6</sup> Jf. referanser til forskningsbidrag i Meld. St. 15 – *Leve hele livet*.

<sup>7</sup> De siste generasjoner av eldre, er jevnt over plassert høyere opp på den sosiale gradienten. Det betyr at de gjennom inntekt, arbeid og utdanning har større mestringsressurser enn de foregående generasjoner av eldre. De eldre er friskere enn før, men de stiller også større krav til hva de ønsker av det offentlige.

<sup>8</sup> Her er ikke forskningen entydig. Tidlig opptrening kan bety en friskere alderdom og bedre beskyttelse mot sykdom, men behøver ikke bety at perioden med sykdom og store hjelpebehov blir kortere. Kunnskapsgrunnlaget synes imidlertid ikke å være tilstrekkelig til å trekke noen klare konklusjoner.

<sup>9</sup> Denne indikatoren er ikke helt treffsikker, i og med at en del eldre bruker private leverandører av praktisk bistand.

slik at de kan bo lengst mulig hjemme. Det kan utsette behovet for sykehjemsplass eller behov for omsorgsbolig. En sannsynlig konsekvens er at mer ressurser vris over på forebygging, rehabilitering og de ordinære hjemmetjenestene.

Bidrar forebygging og rehabilitering til at de eldre med minst bistandsbehov snus i døra, vil kommunen over tid sitte igjen med de «tyngre» hjemmehjelpsmottakerne. Dette kan forsterkes av at innslagspunktet for sykehjemsplan/ omsorgsbolig utsettes.<sup>10</sup>

Isolert sett vil dette bety at gjennomsnittlig bistandsbehov (pleietyngde) og utgiftene per hjemmehjelpsmottaker gradvis vil gå opp. Dette kan måles ved å undersøke utviklingen i pleietyngde og gjennomsnittlig utgift per hjemmehjelpsmottaker.<sup>11</sup>

Det som kan rokke ved forventningen over, er en økning i antall hjemmehjelpsmottakere på kortvarige rehabiliteringstiltak slik som hverdagsrehabilitering. Det kan trekke ned bistandsbehovet målt ved gjennomsnittlig timeinnsats, og dermed utgiften per bruker. Også realisering av potensialet for egenmestring blant de «tyngre» brukerne peker mot en utvikling med fallende bistandsbehov og utgifter per hjemmehjelpsmottaker.

Det er dermed noe usikkert hvordan det vil gå med bistandsbehovet og gjennomsnittlige utgifter per hjemmehjelpsmottaker som følge av satsingen på hverdagsmestring.

Det vi med større grad av sikkerhet vil kunne si om omstillingen virker, er følgende:

- **Økt sirkulasjon av brukere i hjemmetjenestene.** En slik utvikling vil være en logisk konsekvens om forebyggingen og rehabiliteringen fungerer som den skal og det kontrolleres for gjennomstrømning skapt av dødsfall.

Flere på kortvarige rehabiliteringstiltak som bringer mottakeren helt eller delvis ut av hjemmetjenesten, vil føre til økt sirkulasjon: Flere går inn og ut av tjenesten.

## 1.2.6 DATAKILDER

Forvaltningsrevisjonen er basert på følgende datakilder:

- **Dokumenter.** Utredningsrapporter, plandokumenter og rapporter fra piloterte tiltak. Fra kommunen er det innhentet dokumenter som beskriver prosjekter, organisering, tjenester, kriterier for tildeling av tjenester ol.
- **Tall.** Statistikk hentet fra KOSTRA/Framsikt, ASSS-nettverket (2010-2017) og tall som kommunen selv henter inn gjennom rapportering fra resultatenhetene.
- **Intervjuer med ledere og ansatte.** Det er gjennomført **33 intervjuer** med ledere og rådgivere i Helse og velferd, med ledere og saksbehandlere i Tildelingskontoret, med ledere i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR) og ledere og ansatte i tre utvalgte soner i hjemmetjenesten: henholdsvis sone Lura A, sone

<sup>10</sup> Indikatoren «Netto driftsutgifter hjemmetjenester pr innbygger 67 år og eldre» i ASSS-rapporten for 2016 viser at Sandnes har en ressursbruk til hjemmetjenester for denne aldersgruppa som ligger høyere enn gjennomsnitt ASSS.

<sup>11</sup> Det er to andre faktorer i tillegg som trekker i samme retning. Det er at sykehusene skriver ut pasienter som i en del tilfeller er skrøpeligere enn før. Dermed vil bistandsbehovet i hjemmetjenesten øke. Den andre faktoren er at en mer restriktiv tildeling av sykehjemsplass eller omsorgsbolig, gjør at pasienter med store hjelpebehov blir boende lengre hjemme. Også denne faktoren kan trekke opp gjennomsnittlig bistandsbehov og utgifter i hjemmetjenestene.

Åse A og sone Austrått A. Videre er det gjennomført intervjuer med leder/ansatte i Ergo-/fysioterapitjenesten, med leder av korttidsavdelingen i Sandnes helsehus og med leder og ansatte i Hverdagsrehabiliteringsteamet. Det er også gjort intervjuer med leder av Frisklivssentralen og Trones bolig- og eldresenter.

- **Intervjuer og annen informasjon om brukerne.** I alle intervjuene med ansatte i de ulike tjenestene, har det vært viktig å få belyst brukernes og pårørendes erfaringer med tiltak for å bedre eldres egenmestring og mulighet for å bo hjemme. Vi har også benyttet tidligere brukerundersøkelser i hjemmebaserte tjenester og i ergo-/fysioterapitjenesten for å få et inntrykk av brukeropplevd kvalitet. Til sist har vi sett på evt. oppslag i Stavanger Aftenblad og Sandnesposten.

Dokumentasjonen anses som tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingene.

## 2 FAKTADEL

### 2.1 INNLEDNING

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

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

Det store spørsmålet er hvordan sørge for at forebyggings- og rehabiliteringsperspektivet får en tydeligere plass i pleie- og omsorgstjenestene. Mange tiltak må til for at omstillingen skal stikke så dypt at den påvirker hverdagen til de ansatte.

Faktadelen består av følgende:

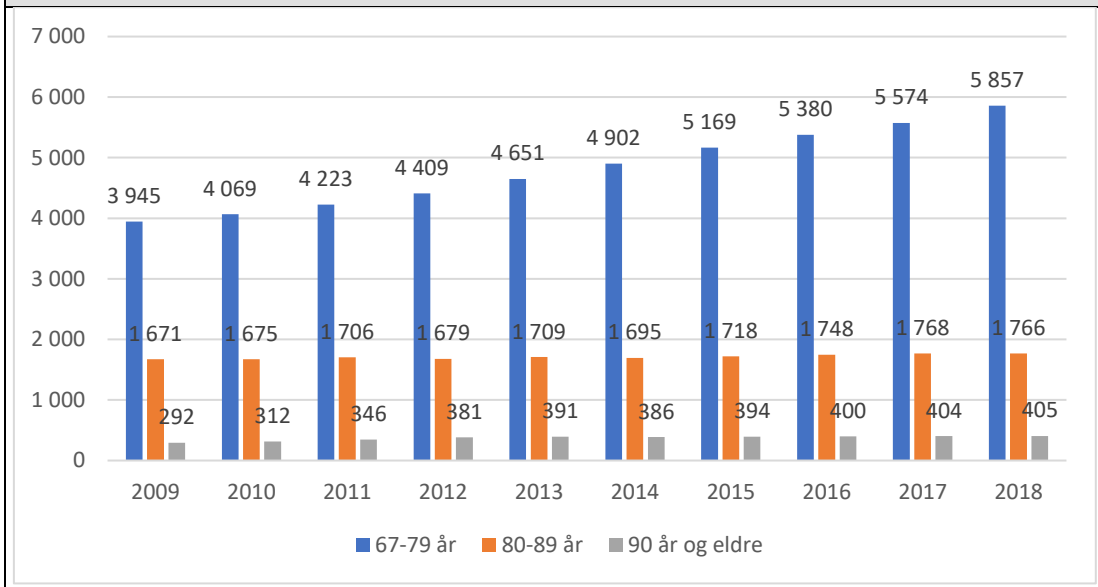
- Først ser vi kort på den demografiske utviklingen i Sandnes kommune og veksten i eldrebefolkningen. Denne delen er bakgrunnen for omstillingsarbeidet.
- Deretter beskriver vi kort de tjenester som i størst grad berøres av omstillingen i eldreomsorgen: Hjemmetjenestene, fysio/ergo, tildelingskontoret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

### 2.2 FLERE ELDERE – MER HVERDAGSMESTRING

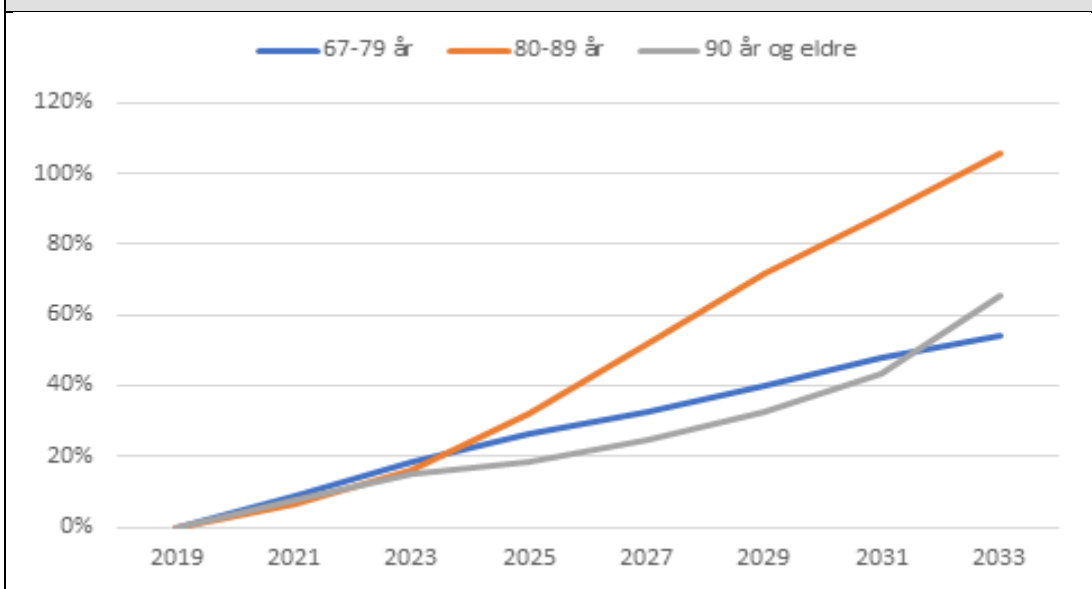
Å få flere eldre til å klare seg selv, er nært forbundet med veksten i antallet eldre.

Sandnes kommune har fortsatt en ung befolkning sammenlignet med mange kommuner, og om lag 28 prosent av innbyggerne er under 20 år. I følge Statistisk sentralbyrå er andelen av befolkningen som er 60 år og eldre 17 prosent i Sandnes, sammenlignet med 22 prosent på landsbasis. Befolkningen vil imidlertid aldres de kommende årene.

Fra 2009 til 2018 har eldrebefolkningen (67 år og over) økt med 2120 personer, det vil si en *økning på 36 prosent*. Yngre eldre 67-79 år har økt mest med 1912 personer. For innbyggere i kategorien 80+ har det i samme periode vært en økning på 208 personer. De yngre eldre har altså blitt klart flere, men det er også vekst i de eldste gruppene.

**Figur 4 – Utvikling i eldrebefolkningen i Sandnes 2009-2018. Kilde: SSB**

Befolkningsprognosen for Sandnes viser at eldrebølgen vil forsterke seg.

**Figur 5 – Befolkningsprognose for Sandnes 2019-2033. Kilde: SSB/MMMM-alternativet.**

Figuren viser fortsatt vekst blant de yngste eldre – 67-79 år. Etter hvert som de yngste eldre havner i de eldste årsklassene, oppstår en klar økning i gruppen 80-89 år fra 2023 og en sterk økning i gruppen 90 år og eldre fra ca. 2030. Det er imidlertid viktig å understreke at Sandnes allerede er inne i perioden med vekst i antallet eldre.

De vi har intervjuet har ytret meninger om nødvendigheten av å omstille omsorgstjenestene. Blant ledere og rådgivere i fagstab og ansatte i tjenestene er det bred enighet om at det ikke finnes noe alternativ til omstilling. Flere eldre må klare seg selv helt eller delvis.



Økt satsing på forebygging og rehabilitering er ikke den eneste strategien kommunene kan ty til i møtet med eldrebølgen. Det kan også trykkes på andre knapper:

- 1) **Omprioritere ressurser.** Flere eldre, uten en parallell vekst i antall barn og unge, kan tilsi en omprioritering fra oppvekstjenestene til helse- og omsorgstjenester for eldre. Det kan også bety en omprioritering innad mellom pleie- og omsorgstjenestene, der hjemmetjenestene oppprioriteres for å sikre at også sterkt hjelpe-trengende pasienter kan bli boende hjemme lengst mulig.
- 2) **Strengere prioritering.** Færre eldre kan slippe gjennom nåløyet og få tilbud om kommunale pleie- og omsorgstjenester. I praksis betyr det at færre kommer inn på de laveste trinnene i «omsorgstrappa» og at opphold på sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning utsettes så lenge som mulig.
- 3) **Hente ut produktivitetsgevinster.** En tredje strategi kan gå ut på at pleie og omsorgstjenestene får gjort mer med de samme ressursene, altså jobber fortere, smartere og bedre, ved hjelp av ny teknologi, nye rutiner og høyere kompetanse. Digitalisering skal være et viktig satsingsområde i Sandnes fremover.

Den fjerde strategien, som vi altså undersøker i denne forvaltningsrevisjonen, er å **forebygge og rehabilitere mer for å dempe etterspørselen etter pleie og omsorg**. Det betyr mer innsats på de laveste trinnene i omsorgstrappa for å dempe presset på de øverste trinnene. Noen tjenester er mer berørt enn andre, noe vi ser nærmere på i neste avsnitt.

## 2.3 TJENESTER VIKTIGE FOR HVERDAGSMESTRING

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

**Hjemmetjenesten** er ryggraden i kommunens omsorgstjeneste, og ivaretar personer med små og store bistandsbehov i korte perioder og over lengre tid. Hjemmetjenesten skal ha fokus på hva som er viktig for brukerne og fokusere på mestring av hverdagen.

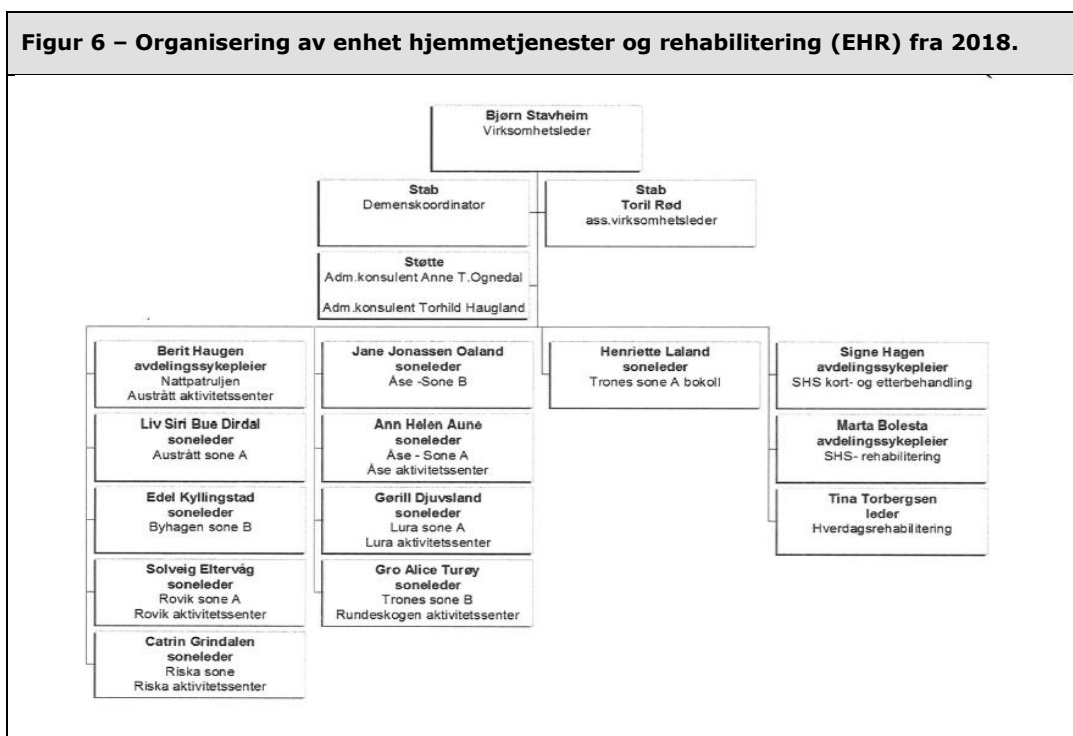
I 2018 ble hjemmetjenestene omorganisert og samlet i en stor ny enhet: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR).<sup>12</sup> Før 2018 var hjemmetjenestene fordelt på fire omsorgsdistrikter som var egne resultatenheter.<sup>13</sup> Ved å gå bort fra den tidligere geografiske organiseringen – med tilhørende geografisk variasjon i tjenestene – er siktemålet en samlet hjemmetjeneste som gir et likeverdig tilbud i hele kommunen.

<sup>12</sup> I kjølvannet av Kaupangs anbefalinger i 2013 ble det gjort utredningsarbeid i forhold til organisering av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Fra mai 2016 ble alle disse tjenestene skilt ut fra de eksisterende omsorgsdistriktene og samlet sammen med dagaktivitetstilbudene og avlastningstjenesten, i en stor virksomhet Enhet for Funksjonshemmede (EFF). Dette var forløperen til omorganiseringen av hjemmetjenestene i en samlet enhet.

<sup>13</sup> Begrunnelsen for omorganiseringen er blant annet mer helhetlig og samordnet arbeid med å gjøre flest mulig helt eller delvis selvhjulpne. I arbeidsgruppens rapport heter det «Å samle hjemmetjenestene under samme leder vil gi tydelig faglig fokus på at fremtidige omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje hjemme og at de utfordringene eldrebølgen vil medføre i hovedsak skal løses gjennom å bistå pasientene til å mestre egen hverdag.» For å styrke rehabiliteringsfokus, mestringsfokus og en klar intensjon om «å bo lengst mulig hjemme» anbefalte gruppa at også Sandnes helsesenter og team for hverdagsrehabilitering ble lagt til enheten.

Hovedoppgavene er å gi praktisk bistand og hjemmesykepleie – tjenester som tilbys i 9 soner lokalisert ved bo- og aktivitetssentraene.<sup>14</sup> I tillegg er Sandnes helsesenter en del av enheten og tilbyr ulike typer rehabilitering og korttidsplasser/avlastningsplasser. Soneledere og avdelingsledere inngår i EHRs ledergruppe på totalt 15 medlemmer.

I neste figur vises organiseringen av den nye enheten hjemmetjenester og rehabilitering:



**Hjemmesykepleien** gir nødvendig helsehjelp i til brukere som bor eller oppholder seg i kommunen. Typiske oppgaver er personlig stell, sår og medikamenthåndtering, oppfølging og observasjon. Tjenesten skal arbeide mot fastsatte mål for brukeren og gi intensive tjenester for om mulig å gjøre brukeren mer selvhjulpne. Tjenesten inkluderer også praktisk bistand i forhold til hverdagslige gjøremål den eldre ikke klarer selv. Det kan være hjelp til dusjing, matlaging, morgen-/kveldsstell, dobesøk mv. **Hjemmehjelp** er avgrenset til primært rengjøring hver 3 uke hos de som er innvilget tjenesten.

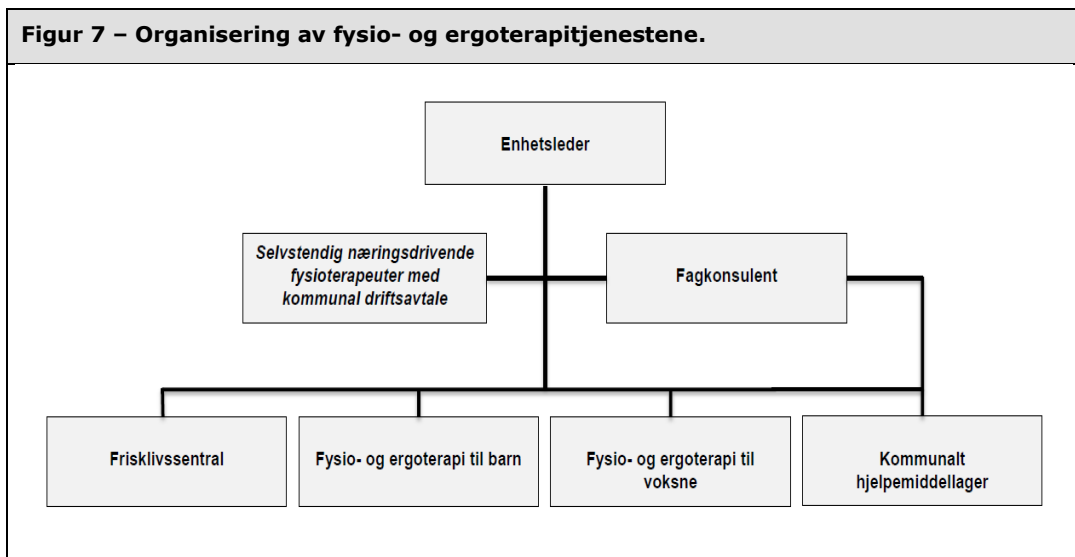
**Hverdagsrehabilitering** er et tiltak som bidrar til hverdagsmestring. Det er en rehabiliteringsform for hjemmeboende med fokus på å opprettholde eller øke fysisk funksjon og livskvalitet. Tjenesten skal bidra til at hjemmeboende klarer seg selv hjemme og mestrer eget liv så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering gis i en tidsbegrenset periode og det gis intensiv opptrening i daglige aktiviteter med utgangspunkt i deltakernes egne mål. Et tverrfaglig team kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan og treningsprogram. Hjemmetrenere i hjemmetjenesten utfører treningen.

**Fysio- og ergoterapitjenesten** er organisert i en egen resultat enhet. Tjenester gis til alle

<sup>14</sup> De institusjonsbaserte tjenestene ble i forbindelse med omorganiseringen inndelt i to enheter: Omsorg vest: Rundeskogen, Lura, Åse og Byhagen og Omsorg øst: Austrått, Lunde, Rovik og Riska

aldersgrupper med hovedvekt på barn og eldre. Tjenestene ytes i nært samarbeid med omsorgstjenestene. Enheten har også ansvar for Frisklivssentral, drift av kommunalt hjelpemiddellager (blant annet kommunens trygghetsalarmer) og alarmsentral. Det er vedtatt en virksomhetsplan for fysio- og ergoterapitjenesten med mål og prioriteringer.

**Figur 7 – Organisering av fysio- og ergoterapitjenestene.**



Målet med fysio- og ergoterapitjenesten er å fremme og vedlikeholde god helse og funksjon gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling, habilitering og rehabilitering. Fysio- og ergoterapeutene arbeider med brukere i alle aldre. Mange brukere har sammensatte behov og trenger langvarig og tverrfaglig oppfølging. I perioder har det vært til dels lange ventelister for å få behandling.

Tjenesteområdet **fysio- og ergoterapitjenester for voksne** har ca. 15 årsverk og yter tjenester til voksne over 16 år som av ulike årsaker har nedsatt fysisk funksjonsevne. En stor del av brukergruppen er eldre hjemmeboende og på institusjon med sammensatte behov. Målet er at brukeren, så langt som mulig, skal klare seg selv, bo hjemme og være i stand til å delta i aktiviteter utenfor hjemmet.

**Frisklivssentralen** har nær 4 årsverk og er organisert hos fysio/ergoterapi, men er samlokalisert med Sandnes helsesenter. To av medarbeiderne har master i ernæring. Tilbudet er rettet mot risikogrupper for livsstilsrelaterte sykdommer og sentralen gir faglige råd om tilfriskning og mestring til enhet hjemmetjenester og rehabilitering.

**Sandnes helsesenter, rehabilitering**, har 40 korttidsplasser, hvorav 13 plasser er spesielt tilrettelagt for rehabilitering. Alle som er inne på opphold blir vurdert for rehabilitering. Det er 4 fysioterapeuter og 3 ergoterapeuter som driver rehabilitering med inneliggende pasienter på korttid og dagpasienter. Noen henvises videre til hverdagsrehabilitering.

**Tildelingskontoret** i Samordningsenheten saksbehandler og tildeler tjenester som blant annet gis fra bo- og aktivitetssentrene og sonene i hjemmetjenestene. Målgruppen er personer i alle aldersgrupper. Tildelingen omfatter hjemmetjenester, rehabiliteringstilbud, trygghetsalarmer, dagaktivitetstilbud, heldøgns plasser samt serviceboliger.

Det er laget et dokument som beskriver rutinene mellom tildelingskontoret og tjenestene. For å sikre effektiv og rettferdig tildeling av omsorgstjenester ble vurdering og tildeling av institusjons- og hjemmetjenester lagt til samordningsenheten. Først med institusjonstjenester i 2010 og siden hjemmetjenester gradvis fra 2016.

Ved tildeling av hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, dagsenter og hverdagsrehabilitering er det følgende rutiner som gjelder:

- Saksbehandler ved Tildelingskontoret (TK) fatter vedtak innen 14 dager etter at tjenesten er iverksatt.
- Kartleggingsbesøk av saksbehandler ved TK foretas ved behov.
- TK er ansvarlig for å fatte vedtak om tildeling av hverdagsrehabilitering. Vurderingsbesøk og saksbehandling gjøres av leder i Hverdagsrehabilitering.
- TK tildeler videre nattpatrolje, trygghetsalarm og dag-/aktivitetssenter etter nærmere angitte rutiner.

**Endringsmeldinger.** Ved kun endret bruk av tid hos bruker uten endring i hjelpetiltak kan soneleder endre vedtakstimer +/- 2 timer over 14 dager. Soneleder må, før det tas kontakt med Tildelingskontoret, gjøre en vurdering hvorvidt endringen kun er en endring av tid (+/- 2 timer over 14 dager), eller om det er et nytt hjelpetiltak som krever et nytt vedtak. Dette må framkomme av meldingen til TK.

## 2.4 STATUS FOR IMPLEMENTERING AV TILTAK FOR Å STYRKE HVERDAGSMESTRING

### 2.4.1 INNLEDNING

Sandnes kommune er i en omstillingsfase fra en tid hvor kompensierende hjelp gjennom praktisk bistand og hjemmesykepleie har vært dominerende, til en fase hvor hverdagsmestring og egenomsorg i større grad skal prege pleie- og omsorgstjenestene.

I de interne kontraktene til resultatenehetene i 2018, ble det formidlet i «Overordnede mål i levekår» blant annet at «*Brukernes egne behov og mestringsopplevelse settes i fokus ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg» ved utforming av tjenestetilbud og tiltak».*

Hverdagsmestring i Sandnes kommune handler om hvordan eldre skal kunne håndtere hverdagen til tross for uhelse og funksjonssvikt. Det er derfor behov for en generell holdningsendring både hos **brukere** (*hva kan du gjøre selv*) og **ansatte** (*sørge for mer egenmestring*). Målet skal være å styrke evnen og den enkelte brukers tro på egen mestring.

Et viktig tiltak i Sandnes er satsingen med *hvardagsrehabilitering*. Et annet er mer fokus på *opplæring* av brukerne av hjemmetjenestene slik at de kan gjøre flere oppgaver på egenhånd. Et tredje er installering av *velferdsteknologi* for å gjøre mottakeren mer selvhjulpent hjemme. Et fjerde tiltak er mer fokus på proaktive tjenester som kan bidra til *helsefremming og sykdomsforebygging* i pleie- og omsorgstjenesten. Et eksempel er som nevnt Friskliv75. I det følgende går vi kort gjennom status på disse områdene.

## 2.4.2 HVERDAGSREHABILITERING

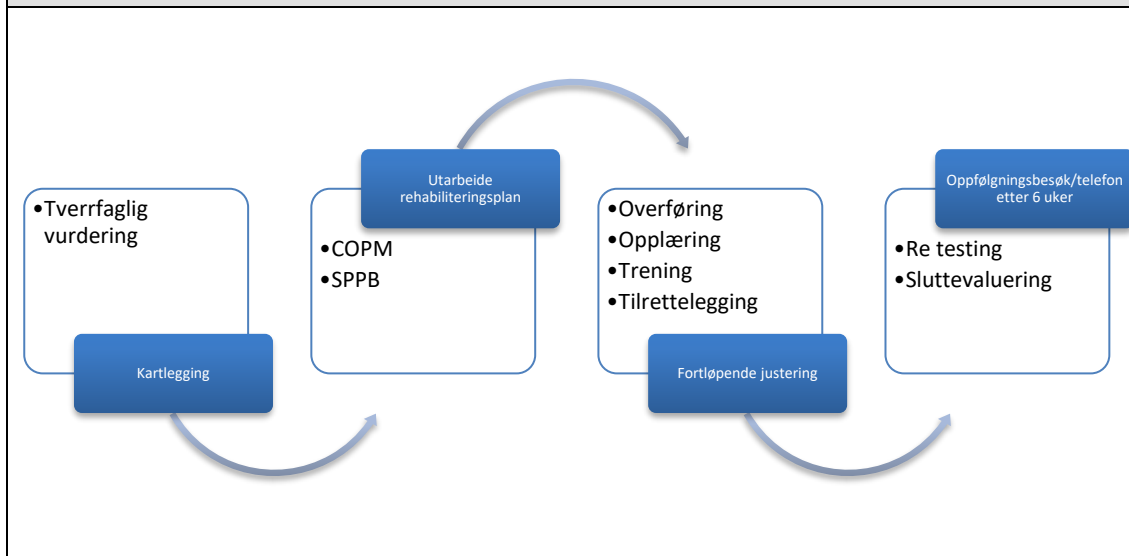
**Bakgrunn og historikk.** Hverdagsrehabilitering startet i januar 2013 som prosjekt i Sandnes kommune og ble prøvd ut i 2 av kommunens daværende 5 omsorgsdistrikter. Erfaringene fra prosjektperioden var gode, og i oktober 2013 vedtok Utvalg for helse- og sosialtjenester, sak 43/13, en implementering av tjenesten i hele kommunen. I juni 2014 ble det ansatt et sentralt team med en fysioterapeut, en ergoterapeut og en helsefagarbeider. Hver av de 12 daværende sonene fikk en hjemmetrener i 30% stilling.

Fra 1. april 2016 ble Hverdagsrehabilitering økt med 2,7 årsverk, etter vedtak av Bystyret i sak 119/15, Økonomiplan 2016-2019. Hverdagsrehabiliteringsteamet er lokalisert på Sandnes Helsesenter (SHS) og består av leder, 2 fysioterapeuter, 2 ergoterapeuter og en helsefagarbeider. Til sammen 5,7 årsverk der leder er knyttet opp mot Tildelingskontoret i 50 prosent stilling. To team har delt kommunen mellom seg, og taket på antall deltakere på hverdagsrehabilitering er ca. 45 deltakere ved full kapasitetsutnyttelse.

**Planlegging og gjennomføring av hverdagsrehabilitering.** Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats rettet mot nye og eksisterende brukere av helse- og omsorgstjenester. Hjelpen gis av et team bestående av terapeuter og hjemmetrenere i hjemmetjenestene. *Det er et skreddersydd «ytelsessjokk» der mottakeren gjennomgår et intensivt treningsopplegg i form av daglig fysisk trening i ca. 45 minutter 5 dager i uken i fire uker.*

Treningshyppighet og -lengde kan variere i tråd med treningsplanen og dagsformen til mottakeren. Terapeuter fra teamet er inne tre ganger – før oppstart, etter 2 uker og etter 6-8 uker. Perioden med trening kan forlenges om behov.

Hverdagsrehabiliteringsteamet kontakter mottakerne 6-8 uker etter at de er ferdige med sine 4 uker. Da tar de en ny fysisk test (SPPB) og snakker om hvordan det går i forhold til de målene de satte seg. Mange er bedre etter 6-8 uker, enn de var ved avslutning av det 4 ukers treningsprogrammet. Det viser at de har vært i aktivitet etter at treningen ble avsluttet. Dersom teamet ved dette besøket ser at det er hensiktsmessig med en ny runde, pga sykdom, fall etc., kan de tilby en ny runde med hverdagsrehabilitering. På denne måten slippes ikke mottakerne helt, men de vet at de vil bli kontaktet etter 6 uker.

**Figur 8 – Prosessen fra vurdering til avslutning av hverdagsrehabilitering. Kilde: Sandnes kommune.**

Terapeutene lager treningsprogram med utgangspunkt i deltakernes mål, mens hjemmetrenerne bistår deltakerne med gjennomføring av selve treningen. I utgangspunktet ble alle hjemmetjenestesonene tilført en 30 prosent hjemmetrenerstilling. Denne mistet sonene sensommeren i 2014. I stedet fikk de tilført 30 prosent, men da i form av hverdagsrehabilitering. I følge intervjuene med hverdagsrehabiliteringsteamet var denne overgangen litt uklart i flere av sonene, og det ga opphav til ulike løsninger lokalt.

**Spesialisert team kombinert med hjemmetrenerne i hjemmetjenesten.** Sandnes kommune har valgt en organisering som kombinerer et spesialistteam med hjemmetrenerne i hjemmetjenesten som i tillegg til opptrening ivaretar tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver. Fysio- og ergoterapeutene i teamet har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning og fungerer som eksperter og pådrivere i forhold til hverdagsrehabilitering.

Hjemmetrenerne, i hovedsak helsefagarbeidere/hjelpepleiere, har både erfaring med trening og tilrettelegging for dagliglivets gjøremål, og har en generalistrolle som inkluderer hverdagsrehabilitering og mer tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver. Fordelen er at en og samme person kan se potensialet til deltakeren for å klare seg selv opp mot det behovet deltakeren måtte ha for tradisjonell kompenserende hjelp. Samarbeidet mellom hjemmetrenerne og fysio- og ergoterapeutene i hverdagsrehabiliteringsteamet sikrer også en tverrfaglighet i tilnærmingen til den enkelte bruker. I intervjuene framheves generalistrollen og tverrfagligheten som positivt med den integrerte modellen.

En utfordring med den organisasjonsmodellen Sandnes kommune har valgt er at hjemmetrenerne i en del tilfeller føler seg mellom «*barken og veden*». De skal både strekke til i forhold til treningsopplegg på dagtid som krever systematikk og kontinuitet og de skal ivareta tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver. Dette dilemmaet er håndtert på ulike måter i de hjemmetjenestesonene vi har besøkt: Åse A, Lura A og Austrått A.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Austrått sone A har 4 hjemmetrenerne, og turnus og arbeidslister er i noen grad tilpasset behovet for trening på dagtid.

I **Åse** har en hjemmetrener 60 prosent av sin stilling forbeholdt treningsopplegg og koordinering av de øvrige hjemmetrenerne. De øvrige 5 trenerne inngår i treningsopplegg etter behov og når de har turnus på dagtid. Også hjemmetrener i hverdagsrehabiliteringstemaet stepper inn etter behov. Totalt er dermed 7 personer involvert i hjemmetrenerkorpset i Åse. Intervjuene med de ansatte i sonen viser at turnus og arbeidslister skaper utfordringer for systematikk og kontinuitet i opptreningen.

I **Lura** går de 2 hjemmetrenerne stort sett bare dagvakter og begge har 100% stilling. Utenom helg – har de bare 1 kveldsvakt hver på 6 uker. Med hensyn til resten av stillingen deres skulle de gått flere kveldsvakter – men da blir det komplisert mtp. hjemmetreningsoppdrag. Soneleder har ment at kontinuitet er viktig og derfor har de to hjemmetrenerne stort sett bare dagvakter. Med unntak av sykdom eller ferie – klarer hver hjemmetrener stort sett å følge opp sine deltakere etter oppsatt plan. De bytter/hjelper hverandre innbyrdes etter behov. I noen tilfeller går en 3 person inn og hjelper. Dersom sykdom/ferie medfører at vi ikke klarer å løse dette internt med egne ansatte – ber soneleder om hjelp fra det sentrale hverdagsrehabiliteringsteamet.

I følge hverdagsrehabiliteringsteamet oppgir de 9 sonelederne at det totalt er ca. 20 hjemmetrener i hjemmetjenesten, men tallet er usikkert. Sett fra teamets ståsted er dette uheldig da de vil ha kontroll på hvem som følger opp deltakere for å sikre at opplæring i forhold til den enkelte hjemmetrener blir gitt. Kvaliteten på tjenesten kan potensielt gå ned om flere hjemmetrener er involvert med varierende kompetanse. I følge hverdagsrehabiliteringsteamet ser de tydelig forskjell på resultatene hos de deltakerne som følges opp av 1-2 hjemmetrener og hos de som følges opp av mange forskjellige.

**Omfanget av hverdagsrehabilitering.** Siden oppstarten av hverdagsrehabilitering, har det vært en økning i antall deltakere. I 2015, det første hele driftsåret, var det 159 deltakere. I 2018 var tallet 262, en liten nedgang fra 2017 da det var 273 deltakere.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Det mangler dessverre tall for 2016.

**Tabell 2 – Antall henvisninger og iverksatte vedtak om hverdagsrehabilitering. Kilde: Sandnes kommune.**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Antall mottakere av hverdagsrehabilitering</b> (antall iverksatte vedtak ble først brukt i løpet av våren 2016)	<b>43</b> <i>I perioden 01.09-31.12</i>	<b>159</b>	-	<b>273</b>	<b>262</b>
<b>Totalt antall henvendelser fra alle instanser</b> (fysio- og ergoterapitjenesten, hj.tjenesten, TK, SUS, SHS, JØH, fastlege, pårørende, bruker selv)	<b>76</b> <i>I perioden 01.09-31.12</i>	<b>359</b>	-	<b>425</b>	<b>345</b>
<b>Prosentvis andel av totalt antall henvendelser som er tildelt hverdagsrehabilitering.</b>	<b>57 %</b>	<b>44 %</b>	-	<b>64 %</b>	<b>76 %</b>

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

Hverdagsrehabilitering mottar henvisninger fra tildelingskontoret, hjemmetjenesten, de eldre selv, Sandnes helsehus, SUS, pårørende og fastleger. Et flertall kommer fra hjemmetjenesten, mens de som kommer fra tildelingskontoret ofte er henvisninger fra SUS, Lassa, Egersund og fastleger, samt de henvisninger tildelingskontoret gjør på egenhånd etter hjemmebesøk. Det føres ikke statistikk over hvem som er nye brukere eller eksisterende brukere, men et flertall synes å være eksisterende brukere i hjemmetjenesten.

Tabell 2 viser at det har vært langt flere henvisninger til hverdagsrehabilitering enn de som faktisk har mottatt tjenesten. Over tid er avviket blitt mindre. Da hverdagsrehabilitering startet opp i 2014 var en del av læringen for hjemmetjenesten og lære hvilke brukere som kunne være god kandidater. Mange i hjemmetjenesten ønsket å «hjelp» brukere til å få skikk på livet sitt og klare seg selv. Dette gjaldt også alkoholikere.

Teamet har formidlet til samarbeidspartnerne at kombinasjon av rus og hverdagsrehabilitering ikke går i hop, og rusmisbrukere er dermed ekskludert. Demente kan delta dersom de bor sammen med ektefelle som kan følge opp i forhold til avtaler etc.

I forbindelse med intervjuene, er det kommet fram ulike synspunkter på om Sandnes har det riktige antallet mottakere av hverdagsrehabilitering. Noen av lederne og de ansatte ute i sonene mener hverdagsrehabiliteringsteamet ekskluderer kandidater som kunne hatt godt av opptrening. Hverdagsrehabiliteringsteamet på sin side viser til at de i en del tilfeller får kandidater som er (for) dårlig egnet for opptrening.



Årsakene til det vedvarende avviket mellom henvisninger og iverksatte tiltak er flere: Noen brukere har vist seg uaktuelle etter vurderingsbesøk fra teamet. Noen er henvist uten at de selv ønsket det, og takker nei. Andre har vært på SUS eller korttidsplass på Sandnes helsesenter, og har fungert bedre enn ventet etter hjemkomst. Det er også en viss usikkerhet blant henvisende instanser om hvem hverdagsrehabilitering er for.

Flere av de som blir henvist, blir også henvist til Fysio- og ergoterapitjenesten. Noen søker i tillegg korttidsplass i kommunen. Fysio- og ergoterapitjenesten og hverdagsrehabilitering må da avklare hvilken tjeneste som er mest hensiktsmessig for brukeren. Hvis brukeren får tildelt korttidsplass vil en ny vurdering av videre oppfølging, og i tilfellet av hvem, bli tatt før utskrivning til hjemmet. Intervjuene tyder på at samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og fysio/ergo i hovedsak fungerer bra.

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

Nedenfor har vi beregnet prosentandeler som mottar hverdagsrehabilitering av totalt antall mottakere av hjemmetjenester og i forhold til totalt antall eldre over 67 år.

<b>Tabell 3 – Antall mottakere av hverdagsrehabilitering sett i forhold til totalt antall hjemmetjenestemottakere og antall eldre i Sandnes over 67 år. Kilde: Sandnes kommune.</b>					
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Antall mottakere av hverdagsrehabilitering (antall iverksatte, vedtak ble først brukt i løpet av våren 2016)	43 <i>/ perioden 01.09-31.12</i>	159	-	273	262
Prosentandel som mottar hverdagsrehabilitering av totalt antall mottakere av hjemmetjenester i hjemmet.	2,3 %	8,3 %	-	13,9 %	13,0 %
Prosentandel som mottar hverdagsrehabilitering av eldre over 67 år.	0,6 %	2,2 %	-	3,5 %	3,3 %

Ca. 13 prosent av totalt antall hjemmetjenestemottakere i Sandnes mottar hverdagsrehabilitering. I samme periode lå Stavanger kommune mellom 10-12 prosent av totalt antall mottakere av hjemmetjenester, det vil si at Sandnes ligger litt over nabokommunen.<sup>17</sup>

I piloteringen av hverdagsrehabilitering i Stavanger – i Madla bydel – kom de fram til at 3,4 prosent av totalt antall eldre kan ha fordel av hverdagsrehabilitering. Vi ser av tabellen over at Sandnes de siste årene ligger omtrent på samme nivå som dette måltallet.

**Proessen fra behovsvurdering til avslutning.** Tildelingskontoret har utelukkende sykepleiere som saksbehandlere og hvor alle med unntak av en mangler kompetanse på rehabilitering og da spesielt på hvilken tjeneste som bør settes inn. Løsningen med at

<sup>17</sup> Jf. forvaltningsrevisjonsrapport om Leve HELE LIVET-satsingen i Stavanger kommune. Juni 2019.

leder av hverdagsrehabilitering er saksbehandler, sikrer at behovsvurderingen er koplet til fysio- og ergoterapikompetanse. Det bidrar til en tverrfaglig vurdering.

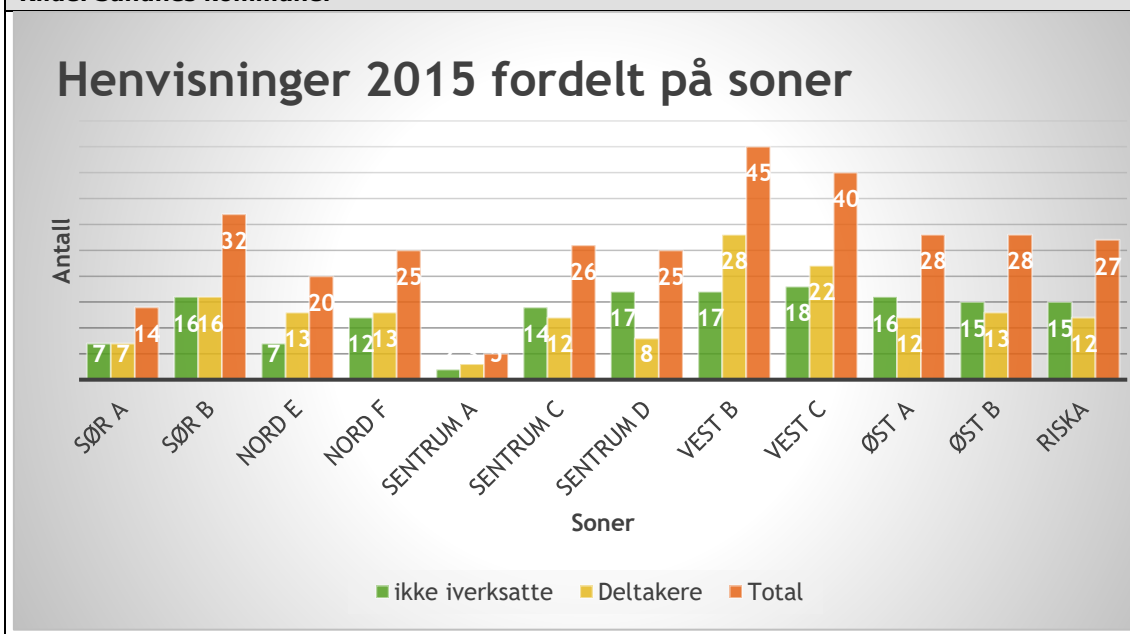
Det er tilbakemeldinger fra ansatte og ledere i sonene at Tildelingskontoret i noen tilfeller tildeler hjemmesykepleie til eldre som i stedet kunne fått hverdagsrehabilitering. Konsekvensen er at brukeren får en unødvendig omvei innom hjemmesykepleien.

Noe av forklaringen synes å ligge i at sykehuset gjerne skriver ut pasienter på fredagen, og at de i helgen kan ha behov for oppfølging fra hjemmesykepleien. Først til uka kan eventuell tildeling av hverdagsrehabilitering bli aktuelt.

**Forskjeller mellom sonene.** Hjemmetjenesten henviser mange til hverdagsrehabilitering. Skal det være likebehandling bør det være lik behovsvurdering ute i sonene.

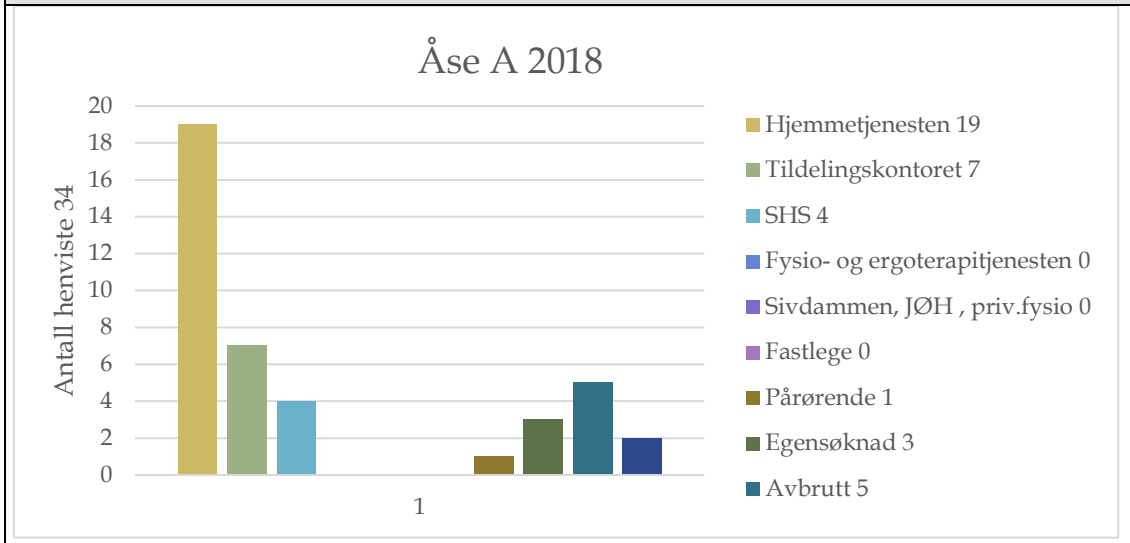
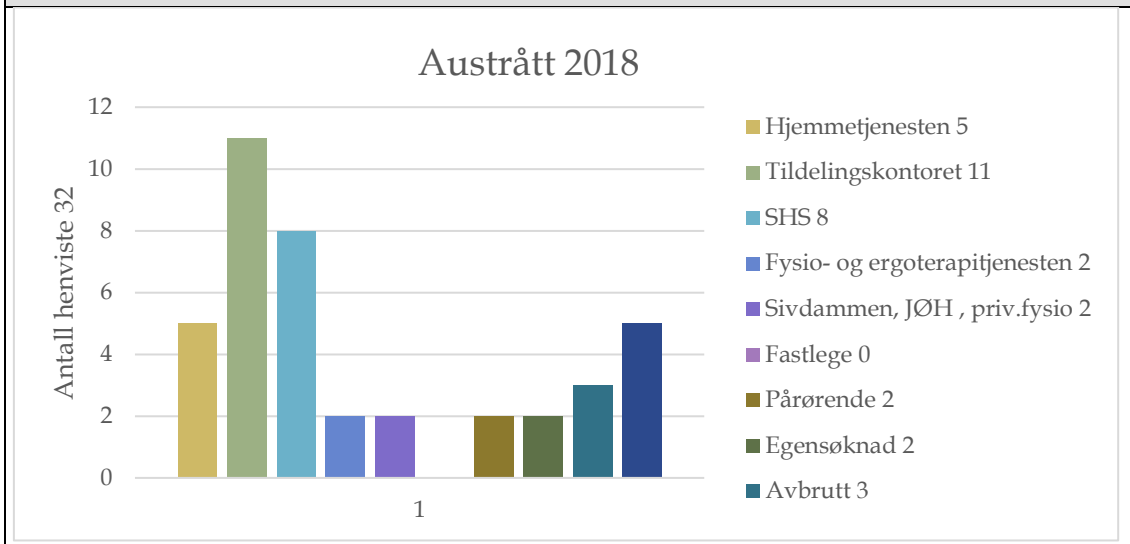
I 2015 ble det gjort en kartlegging av antall henvisninger og deltakere i hverdagsrehabilitering i de daværende 12 sonene (per i dag er antall soner 9). En del av forskjellene reflekterer forskjeller i demografi/brukere, men ikke bare det.

**Figur 9 – Henvisninger og deltakere hverdagsrehabilitering fordelt på soner i 2015.**  
Kilde: Sandnes kommune.



Intervjuene indikerer at det er noen forskjeller mellom sonene hvor ivrige de er på å henvise brukere til hverdagsrehabilitering. En beregning gjort av hverdagsrehabiliteringsteamet for 2018, viser også med tydelighet at det er forskjeller mellom sonene.

De neste to figurene viser hvem som har henvist kandidater i sonene Åse A og Austrått A. Hjemmetjenesten i Åse henviser en langt høyere andel av totalt antall henviste til hverdagsrehabilitering enn det hjemmetjenesten i sone Austrått gjorde i 2018.

**Figur 10 – Henvisninger til hverdagsrehabilitering i sone Åse A i 2018. Kilde: Sandnes kommune.****Figur 11 – Henvisninger til hverdagsrehabilitering i sone Austrått A i 2018 Kilde: Sandnes kommune.**

Forskjeller mellom hjemmetjenestesonene som ikke kan relateres til forskjeller i behov (antall eldre i forhold til antall brukere i hjemmetjenestene) er utfordrende i et likebehandlingsperspektiv. Målet må være at det er noenlunde lik sannsynlighet for å få tilbud om hverdagsrehabilitering i alle de nåværende hjemmehjelpssonene.

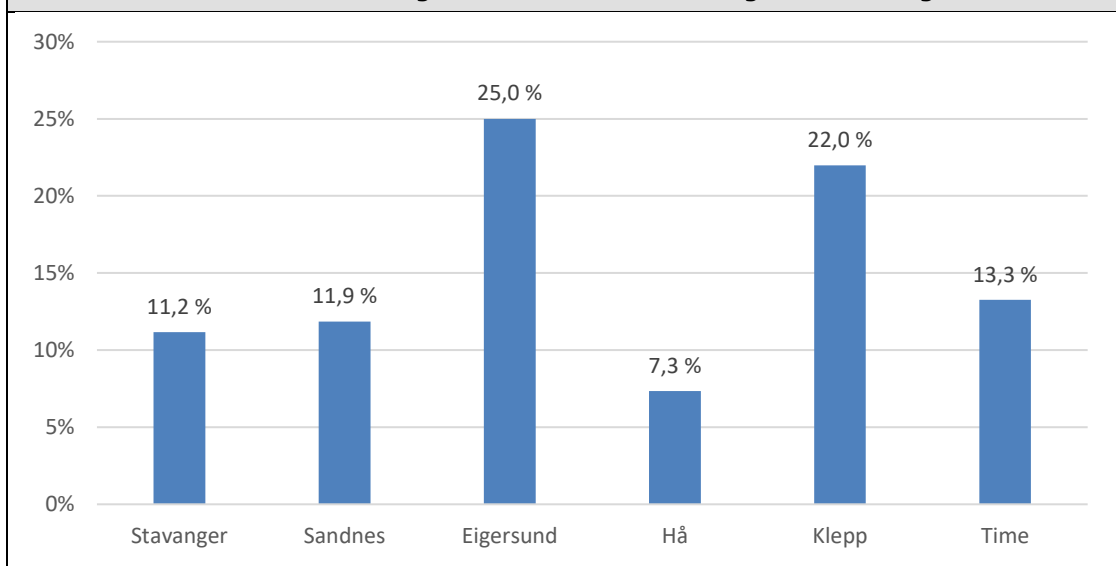
**Sammenligning med andre kommuner.** Vi har innhentet opplysninger fra andre kommuner om organiseringen av hverdagsrehabilitering og hvor stort omfang denne aktiviteten har. Det er også beregnet et enkelt produktivitetsmål.

**Tabell 4 – Organisering av hverdagsrehabiliteringstilbudet i ulike kommuner.**

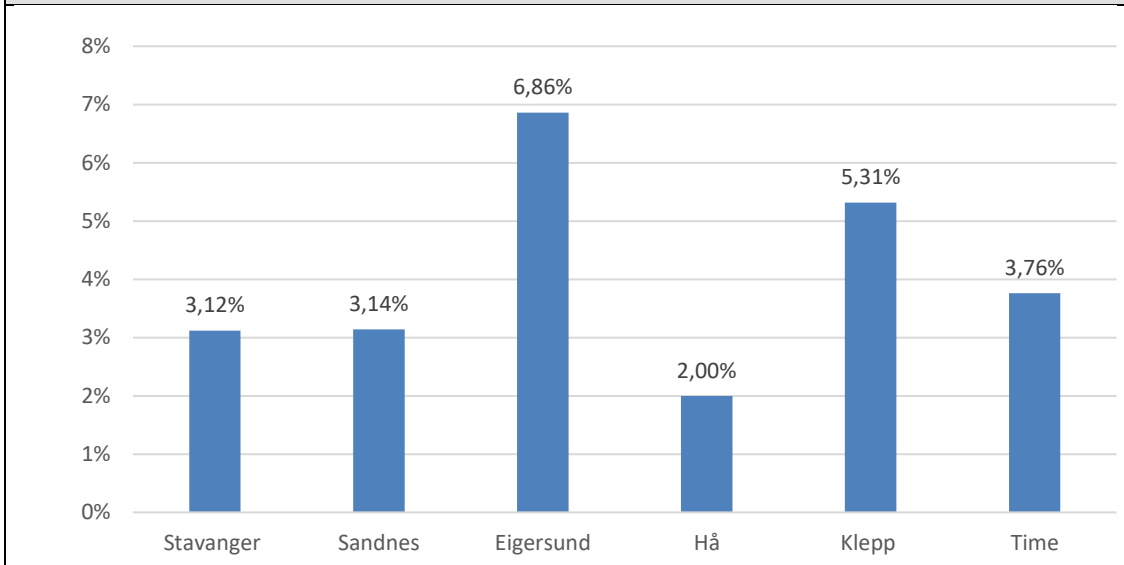
	<b>Sandnes</b>	<b>Hå</b>	<b>Eigersund</b>	<b>Klepp</b>	<b>Time</b>
Hverdagsrehabilitering organisert som del av....?	Hjemmetjenesten	Korttids-/rehab. avdelingen	Helse- og omsorgsavgd. Egen enhet	Fysio- og ergoterapi-tjenesten	Hjemmetjenesten
Årsverk i hverdagsrehabiliteringsteam?	5,7	1,5	3,1	4	3
Hjemmetrenere i hjemmetjenesten?	Ja	Nei	I prinsippet alle ansatte	Nei	Ja
Antall gjennomførte hverdagsrehabiliteringer i 2018	262	45	158	120	85
Antall mottakere av hverdagsrehabilitering per årsverk hverdagsrehabilitering	46	30	50	30	28

Det er til dels store forskjeller mellom kommunene hvor hverdagsrehabilitering er plassert organisatorisk. Det er også forskjeller hvor stor kapasiteten er, og om det er en ordning med hjemmetrenere ute i hjemmetjenesten slik som i Sandnes. Sandnes kommer godt ut i forhold til produktivitet – dvs. mottakere av hverdagsrehabilitering pr årsverk.

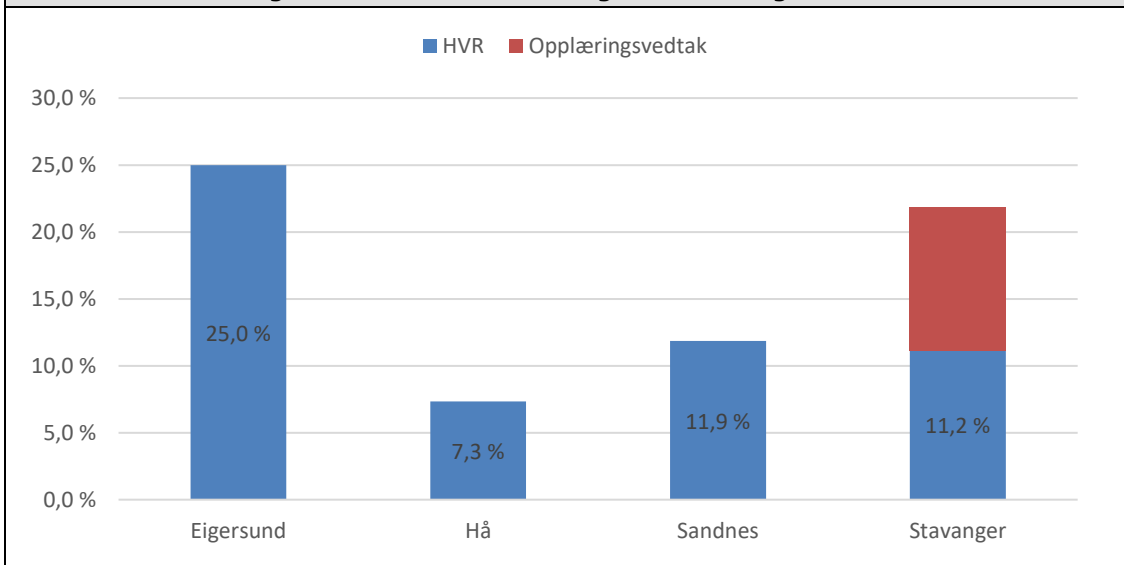
I figuren nedenfor har vi sammenlignet kommunene ut fra andel av eldre 80 år og over som mottar hverdagsrehabilitering. Også på denne indikatoren er det til dels store forskjeller der Eigersund og Klepp ligger betydelig over de øvrige kommunene.

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

Selv om flertallet som mottar hverdagsrehabilitering er i alderen 80+, er det også innslag av yngre mottakere. Nedenfor har vi laget en tilsvarende oversikt basert på mottakere av hverdagsrehabilitering 67+. Vi ser at mønsteret mellom kommunene er det samme.

**Figur 13 – Andel mottakere av hverdagsrehabilitering i Sandnes sammenlignet med andre kommuner. Prosentandel 67 år og eldre som har fått hverdagsrehabilitering.**

Sandnes ligger omtrent på nivå med Stavanger. Stavanger har imidlertid innført opplæringsvedtak. Legger vi til prosentandel eldre som mottar opplæring, får vi følgende tall:

**Figur 14 – Andel mottakere av hverdagsrehabilitering i Sandnes sammenlignet med andre kommuner. For Stavanger er det lagt til andel eldre som mottar opplæringsvedtak. Prosentandel 80 år og eldre som har fått hverdagsrehabilitering.**

Klepp og Eigersund ligger til dels betydelig over de andre kommunene i andelen som mottar hverdagsrehabilitering. Det kan tyde på at Sandnes fortsatt har et visst potensial for tilby flere eldre (og yngre for den del) et tilbud om hverdagsrehabilitering.

#### 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.

Foruten interne evalueringer i Sandnes kommune, foreligger det mange lokale undersøkelser fra danske og norske kommuner, og diverse nasjonale kunnskapsoversikter.<sup>18</sup> Hverdagsrehabilitering har vist seg å bedre funksjonsnivået for et flertall av deltakerne, gi bedre selvopplevd ytelse og øke evnen til deltakelse i dagliglivets aktiviteter.

**Lokale målinger av gevinster av hverdagsrehabilitering.** I perioden 1. januar til og med 30.juni 2016 mottok Hverdagsrehabiliteringsteamet 190 henvendelser. 123 personer startet opp med hverdagsrehabilitering første halvår 2016. Hos 28 personer resulterte deltakelse i en nedgang av hjemmesykepleie på totalt 155 besøk og 45,53 timer.

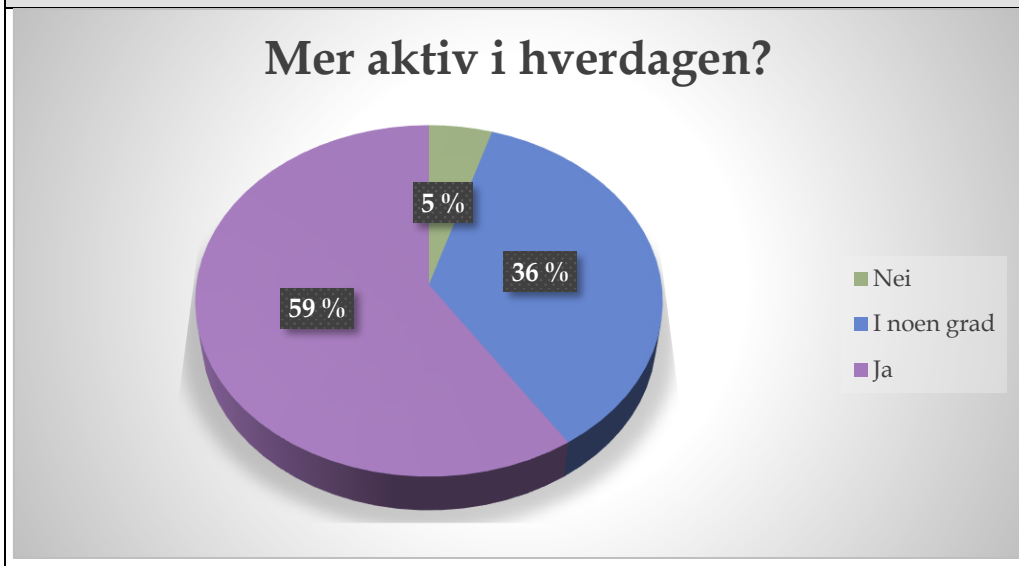
**Tabell 5 – Måling av effekt for 123 deltakere i hverdagsrehabilitering 1. halvår 2016. Kilde: Sandnes kommune, jf. sak til Utvalg for Helse- og sosialsaker, 7.09.2016.**

Antall timer hjemmesykepleie ved oppstart	128,33
Antall timer hjemmesykepleie ved avslutning	82,80
Differanse	45,53
Reduksjon i %	- 35,5%
Antall besøk av hjemmesykepleien pr uke ved oppstart	280
Antall besøk av hjemmesykepleien pr uke ved avslutning	125
Differanse	155
Reduksjon i %	-55,4%

18 deltakere hadde ikke hjemmesykepleie ved oppstart, ei heller ved avslutning. I disse tilfellene kan deltakelse med stor sannsynlighet ha forebyggt behov for hjelp. Hos 43 personer ble det ingen nedgang i antall timer eller besøk. Hjelpetiltakene her var hjelp til medisiner, drypping av øyne og hjelp til strømper, men også pleie. Hos 18 av disse ble det registrert en bedring av deres fysiske funksjon, eller de var mer fornøyd med å klare det de ønsket å mestre. Erfaringen fra Sandnes viser at selv om hjelpebehovet ikke gikk ned, hadde tiltaket likevel gitt deltakerne økt livskvalitet og fysisk funksjon.

**Tilbakemeldinger fra deltakere.** Fra februar 2016 har alle deltakere fått mulighet til å evaluere tjenesten gjennom et evalueringsskjema med 5 spørsmål. I løpet av 2018 hadde som nevnt hverdagsrehabilitering 262 deltakere. Teamet mottok tilbakemeldinger fra 167 deltakere. Samtlige hadde utbytte av deltakelsen og hele 78% mener at de har hatt stort utbytte av å delta. 61% av deltakerne nådde sine mål, mens 35% oppga delvis måloppnåelse. De fleste økte sitt aktivitetsnivå i hverdagen som følge av opptreningen.

<sup>18</sup> 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 kunnskapsrapport basert på erfaringer fra 24 danske kommuner: *Rehabilitering på ældreområdet - HVAD FORTÆLLER DANSKE UNDERSØGELSER OS OM KOMMUNERNES ARBEJDE MED REHABILITERING I HJEMMEPLEJEN?* Sundhedsstyrelsen 2017.

**Figur 15 – Evaluering av hverdagsrehabilitering i 2018. Kilde: Sandnes kommune.**

Flertallet opplevde videre å få støtte og hjelp til å opprettholde motivasjon gjennom 4 uker med hverdagsrehabilitering og de fleste ville anbefale tjenesten til andre.

**Samarbeid med andre tjenester.** Leder i hverdagsrehabiliteringsteamet samarbeider med Tildelingskontoret for å sikre at tjenesten tilbys til de som kan ha nytte av den. Erfaringen er at samarbeidet fungerer bra der hverdagsrehabiliteringsteamet står for saksbehandlingen mens Tildelingskontoret treffer det formelle vedtaket.

Det er også tett samarbeid mellom sonene i hjemmetjenesten og Hverdagsrehabiliteringsteamet. Terapeuter fra teamet deltar jevnlig på møter i sonene. Her står opplæring og veiledning sentralt. Det er også tett dialog med Sandnes Helsesenter i forhold til oppfølging av brukere som skrives ut til hjemmet. Samlokalisering gjør at dette samarbeidet er lett å få til i hverdagen. Samarbeidet med ergo- og fysioterapitjenesten oppleves også som godt med i hovedsak avklarte oppgaver og ansvarsfelt.

#### VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Sandnes kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering innenfor hjemmetjenestene med en *kombinasjon av et spesialisert hverdagsrehabiliteringsteam med fysio- og ergoterapikompetanse og hjemmetrenere som er ansatte i hjemmetjenestesonene.*

Fordelen med denne modellen er at hjemmetjenesten har tilgang på dedikerte og motiverte eksperter i hverdagsrehabiliteringsteamet, samtidig som tjenesten involverer helsefagarbeidere/hjelpepleiere i hjemmetjenesten som har fått opplæring i rehabilitering. Det sikrer tverrfaglighet og bedre forankring blant ansatte i hjemmetjenesten.

Utfordringen med denne organisasjonsmodellen er at hjemmetrenerne kan havne mellom barken og veden, der hverdagsrehabilitering til en viss grad konkurrerer med ordinære pleie- og omsorgsoppgaver og der turnus utfordrer kontinuiteten i opptreningen. Sonene har løst dette dilemmaet ulikt. En modell som ser ut til å fungere er at noen få utvalgte hjemmetrenerne får tilpasset turnus og arbeidslister til treningsoppgavene.

- *Sandnes kommune bes vurdere en mer ensartet organisering av hjemmetrenerne i hjemmetjenestesonene der turnus og arbeidslister tilpasses på en måte som sikrer kontinuitet og høy kvalitet på den opptrening deltakerne mottar.*

Intervjuene og statistikk viser at det er forskjeller mellom hjemmehjelpssonene i forhold til hvor aktivt de benytter tilbudet om hverdagsrehabilitering. Noen henviser mange, andre henviser få. Det er videre fortsatt et nokså stort avvik mellom antallet henviste kandidater til hverdagsrehabilitering og antallet som faktisk mottar tilbudet. Det føres ikke statistikk over hvorvidt det er nye eller eksisterende brukere som får tilbudet.

Et bidrag til å bøte på disse forholdene, er å innføre tydeligere kriterier for når hverdagsrehabilitering skal tildeles, til hvem, og hvem den ikke passer for. Dessuten vil det forutsette at det føres statistikk over nye og eksisterende brukere, slik at nye brukere med stor sikkerhet vurderes for hverdagsrehabilitering før ordinære hjemmetjenester.

For å definere skarpere målgruppen for hverdagsrehabilitering kan det inngå kriterier som: 1) Nye brukere som søker om kommunale tjenester første gang, 2) brukere som har avsluttet tjenester, og søker på ny og 3) brukere med behov for økte tjenester. Blant eksklusjonskriteriene kan inngå: 1) brukere med framskredne kognitive vansker, 2) brukere i en terminal fase, 3) brukere med omfattende rusproblem og 4) brukere med tung psykiatri. Dessuten bør det vurderes om kandidaten er motivert og har et potensiale.

- *Sandnes kommune bes vurdere å innføre tydeligere kriterier for tildeling av hverdagsrehabilitering som sikrer tilgang på de kandidatene med størst treningspotensial og som kan utjevne forskjeller mellom hjemmetjenestesonene i kommunen.*

Det gjennomføres årlige evalueringer av deltakerne som har gjennomgått hverdagsrehabilitering. De fleste mener at de er blitt mer aktive i hverdagen. For kommunen er det imidlertid også viktig å få dokumentert om tiltaket faktisk *reduserer behovet for tjenester*.

En måte å gjøre dette på, er å be sonelederne om å rapportere tilbake på om hverdagsrehabilitering helt eller delvis har redusert behovet for pleie i hjemmet sammenlignet med situasjonen før deltakerne fikk tilbud om hverdagsrehabilitering. I forhold til nye brukere, kan det måles om de behøver tjenester eller ei etter endt opptrening.

- *Innføre en måleindikator som måler om hverdagsrehabilitering har ført til helt eller delvis reduksjon i hjemmetjenester sammenlignet med situasjonen før hverdagsrehabilitering.*



### 2.4.3 HVERDAGSMESTRING GJENNOM OPPLÆRING

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 hjemmetjenestene inviterer til og tilrettelegger for dialog som kartlegger brukerens egne ressurser, og sammen med bruker sørger for at disse kan tas i bruk.

#### VEDTAK OM HJEMMESYKEPLEIE ER KOMPENSERENDE I SITT INNHOLD

I de interne kontraktene til enhetene innenfor Helse og velferd fikk alle i 2018 formidlet at «*Brukernes egne behov og mestringsopplevelse settes i fokus ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg» ved utforming av tjenestetilbud og tiltak*». Styringssignalet følger styringslinjen og skal reflekteres i tildelingskontorets vedtak og i utførelsen av tjenestene.

**Hoveddelen av alle vedtak som er rettet mot hjemmeboende er imidlertid fremdeles ordinære vedtak om hjemmesykepleie.** Det står lite i vedtakene om at hjelpen skal være selvhjelpsorientert gjennom *tidsavgrenset opplæring* slik at bruker klarer hverdagslige gjøremål selv.<sup>19</sup> I vedtakene er det tatt med en standard formulering om at «*Dersom hjelpebehovet endres, vil det bli vurdert å øke eller redusere hjelpetiltakene*». Tildelingskontoret opplyser om at de er i gang med opplæringsvedtak, og at dette vil få et økende omfang etter hvert, avhengig av antallet oppgaver det vil bli gitt opplæring i.

Intervjuene våre tyder på at **formuleringene i hjemmesykepleievedtakene skaper forventninger hos brukerne og de pårørende**, som det kan være vanskelig for de ansatte i hjemmetjenesten å justere. Formuleringene i vedtakene er igjen et produkt av aktivitetsbasert budsjettering relatert til tidsnormerte hjelpetiltak. Desto mer hjelp som gis, desto mer gir det utslag i budsjettildelingen, altså et incentiv til å hjelpe mer, ikke mindre.

I tildelingsvedtakene beskrives tiltakene som hjelp til dusj/helvask, kveldsstell, mating, hjelp til morgenstell, til WC-besøk og ulike sykepleiefaglige oppgaver (medisinshåndtering, administrere insulin, øyedråper, kateterisering, stell av stomi, sår etc.). Ved utskrivning fra sykehuset kan det stå at pasienten trenger hjelp til det meste uten at det tas stilling til vedkommendes potensiale for delvis å klare hverdagslige gjøremål selv.

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

**Dette er med på å skape et relativt skarpt skille mellom vedtak om hjemmesykepleie på den ene siden og vedtak om hverdagsrehabilitering på den andre.<sup>20</sup>**

<sup>19</sup> Vi har innhentet et knippe formelle vedtak fra Sandnes, Stavanger, Eigersund og Hå og foretatt en sammenligning.

<sup>20</sup> Hjemmehjelpen er i liten grad orientert mot å gjøre bruker i stand til å gjøre rent selv. Vedtak om rengjøring hver 3. uke inneholder ingen signal om at egenmestring skal stimuleres. Relativt høy økonomisk egenandel tilsier at det kan være vanskelig å gå i dialog med bruker om å læres opp til å gjøre rent selv, helt eller delvis.

---

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

---

En sentral verdi i omstillingen av eldreomsorgen er økt brukerinvolvering og innflytelse på 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.

Enkelte vi har intervjuet i Sandnes mener dette spørsmålet er hensiktsmessig mht. å fange opp brukers egenopplevde behov, men det er ikke nødvendigvis treffsikkert mht. å bidra til egenmestring og hjelp til selvhjelp. Svaret kan like gjerne være «*ei brødskjeva med sild*» eller få «*hjelp te å luften hunden*» for å vise to sitat fra intervjuene. For noen brukere kan det å få hjelp til det aller meste oppfattes som viktig, fordi de har jobbet og slitt et langt liv og nå trenger hjelp til å klare seg hjemme.

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

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

Enkelte kompetansetiltak er gjennomført, eksempelvis *fagdag hverdagsmestring* som ble gjennomført 26.04.18 med 109 deltakere. Ellers har Sandnes gjennomført læringsnettverk for gode pasientforløp som inkluderer fokus på hverdagsmestring/egenmestring.

---

 FORVENTNINGER OM Å GI OG FÅ HJELP STÅR STERKT
 

---

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

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

**Både brukere og pårørende har klare forventninger til tjenesten.** Mange forstår hensikten med tiltak som gjør brukeren mest mulig selvhjulpen, 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 bosset 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?*»

Et annet moment, som flere trekker frem i intervjuene, er at brukere som har mottatt kompenserende hjelp over lang tid er vanskelige å få over på selvhjelpsorienterte mestringstiltak. Dette til tross for at de fysisk sett har et betydelig egenmestringspotensiale. 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 fordi motivasjon mangler.

I noen tilfeller mener brukere og pårørende at satsingen på hverdagsmestring er en sparestrategi som skal berge kommunens økonomi. Innsparingen kamoufleres i en retorikk om at brukerne har best av å klare seg selv, men bakenfor ligger et sparebehov. Også dette er argumentasjon som de ansatte må ha beredskap til å takle.

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

---

#### PLEIERNES HOLDNINGER TIL HVERDAGSMESTRING VARIERER

---

De aller fleste peker på at det er enklere å få unge pleiere til å jobbe på den nye måten, enn eldre pleiere. De mener det er langt vanskeligere for eldre pleiere å snu en innarbeidet handlemåte og profesjonsutøvelse enn det er for unge, relativt nyutdannede pleiere.

I Sandnes er det samarbeid mellom fysio- og ergoterapeutene i hverdagsrehabiliteringsteamet og helsefagarbeidere og hjelpepleiere som er hjemmetrenerne. Det at hjemmetrenerne er en del av hjemmetjenesten, mener flere bidrar til «*smitteeffekt*» over på sykepleierne og andre i hjemmetjenesten som ikke deltar i hverdagsrehabilitering. Det pekes imidlertid på at sykepleierne ikke har en tydelig rolle i rehabilitering i hjemmetjenesten. Fysisk trening av bruker oppfattes i liten grad å være en sykepleiefaglig oppgave.

De ansatte i hjemmetjenestesonene i Sandnes er blitt spurt om de gir brukerne for mye hjelp. Satsingen på hverdagsmestring bygger indirekte på at det i noen tilfeller gis hjelp til oppgaver som bruker kunne klart selv. Noen av de ansatte svarte spontant at brukerne kunne gjort mer selv, og at de ergo gir for mye hjelp. Andre igjen peker på at brukerne er så skrøpelige at de ikke klarer seg uten mye kompenserende hjelp.

---

#### «SNILLE» OG «SLEMME» PLEIERE

---

I intervjuene skilles det mellom «snille» og «slemme» pleiere. Brukerne fanger kjapt opp om det er «snille» pleiere som gjør oppgavene for dem – de tømmer søppelet, de låser

selv opp døren, de smører maten, de henter avisen, de rydder litt. De «kjipe» pleierne er de som er opptatt av at bruker selv lærer seg å gjøre disse oppgavene. De oppfattes på en og samme tid å være strenge, men også late fordi de ikke vil hjelpe.

De «snille» oppfattes som serviceinnstilte av brukerne og de pårørende. Pleiere som jobber aktivt 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 opplever noen ganger å bli skjelt ut av både bruker og pårørende og synes det er krevende å forklare at dette gjøres av respekt for brukeren.

Det blir pekt på at enkelte «snille» pleiere utfører «*hemmelige tjenester*», dvs. tjenester utenom tildelt vedtak, som for eksempel å kjøre bruker på apotek, vaske rygg, rydde og ordne for bruker osv. Vi blir fortalt at det er «*lett å gå i baret*», bruker kan ha en dårlig dag, og noen ansatte synes det blir for drøyt at de ikke da skal gjøre litt ekstra. Det oppfattes ikke som å «*tøye strikken*», mer som en tilpasning til et daglig behov som varierer.

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 de foretrekker de som vasker dem på ryggen, de som bærer ut søppelet, som ordner og fikser.

#### HVERDAGSMESTRING TAR TID

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

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. Dette er de ansatte i stor grad klar over, men systemet inviterer ikke til å bruke tid på opplæring.

Mange ansatte gir uttrykk for at det er givende å jobbe med henblikk på egenmestring og hjelp til selvhjelp, men samtidig også 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 livet der det slapp før funksjonsfallet. Men de opplever det også som utfordrende fordi en mer mestringsorientert hjemmesykepleie noen ganger er mer tidkrevende enn det et stramt tidsskjema tillater.

På spørsmål om ledere og ansatte ute i tjenestene opplever *hverdagsmestring* som et paradigmeskifte, svarer flest nei. De opplever snarere at det er en gjenopplivning eller revitalisering av det som har vært gjeldende norm innenfor sykepleien fra gammelt av, men som er blitt avlært over tid, blant annet på grunn av tidspress.

---

## OVERGANGER OG SAMARBEIDSRELASJONER

---

I intervjuene blir det pekt på ulike overganger hvor noe fungerer bra, mens det i andre tilfeller kan være utfordringer. Vi har i forrige delkapittel pekt på at samarbeidet mellom SHS kortid/avlastning og hverdagsrehabilitering fungerer rimelig godt. Vi har også pekt på at Tildelingskontoret ikke alltid gjør behovsvurderinger og vedtak som bygger oppunder målet om større satsing på hverdagsmestring og selvhjulpne eldre.

**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 logistikkutfordringer. Ifølge hjemmetjenestene vil en bedre fleksibilitet kunne bidra til en bedre dagsentertjeneste for brukerne, mer punktlighet for brukerne mht. når hjemmetjenesten kommer, og mindre press om morgenen for hjemmehjelpene.

**Hjelpemidler.** I intervjuene peker flere fra hjemmetjenestene på at nødvendige hjelpemidler i en del tilfeller ikke er på plass ved hjemkomst fra sykehus eller fra sykehjem, noe som kan svekke tilretteleggingen for at bruker skal kunne bo hjemme. Fysio og ergoterapienheten melder om ventelister for hjelpemidler/ergoterapi.

Ifølge fysio og ergo er det vanskelig å si noe om normal gjennomsnittlig ventetid fra behovet oppstår (meldes til kommunen) til hjelpemidler er på plass – da det varierer med om det er utstyr fra 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. Kommunalt hjelpemiddellager er løftet fram som en utfordrende samarbeidsrelasjon, men dette skal ha bedret seg noe.

---

## VURDERINGER OG ANBEFALINGER

---

Hverdagsmestring i Sandnes skal være en grunnholdning i tjenesten og et tankesett som skal prege ansattes dialog med bruker og den måten hjelp blir gitt på. Hjelpen skal bli gitt på en måte som støtter brukeren til å klare seg selv best mulig.

Sandnes er i oppstarten av et prosjekt om å innføre opplæringsvedtak i hjemmetjenesten. I første omgang var det avgrenset til opplæring i bruk av elektroniske medisindispensere, men prosjektet vil sannsynligvis omfatte flere oppgaver etter hvert.

Tidsavgrenset opplæring kan gis i morgenstell/kveldsstell, dusjing, matlaging, handle, tømme søppel og gjennomføre toalettbesøk. Bruker kan videre læres opp til å dryppe øyne, administrere insulin, bruke dosett, kateterisering, måling av blodsukker, stell av

stomi og ta av/på elastiske strømper. Noen kan læres opp til mye, andre klarer kun noen få oppgaver selv, men de fleste har et potensiale for å gjøre litt på egenhånd.

Flere forhold underbygger at *tidsavgrensede opplæringsvedtak* kan ha noe for seg i Sandnes kommune. Det tar tid å bygge ny kultur og nye måter å jobbe på. Vi registrerer at det er til dels stor variasjon mellom soner og ansatte hvor sterkt mestringsperspektivet er i den jobben de utfører. Ved å innføre opplæringsvedtak kan et slikt strukturelt tiltak over tid være et bidrag til å bygge en ny kultur i praksisfeltet. Et annet viktig argument er at opplæring i mange tilfeller tar lengre tid enn at den ansatte bare gjør det selv. Å f.eks. følge en bruker opp og ned trappene med søplet, tar gjerne lengre tid enn om pleieren bare tar det med når hun/han går etter endt besøk. Da er det bedre med et opplæringsvedtak som tildeler en tidsressurs til å gjennomføre opplæringstiltaket. På kort sikt kan det kreve ekstra innsats, på lengre sikt vil ordningen virke kostnadsbesparende.

Å innføre vedtak om opplæring i egenmestring vil kunne gi en mer likeartet praksis på tvers av sonene. For mange ansatte innebærer omlegging til en mer mestringsorientert hjemmetjeneste forandringer i holdninger og arbeidsmåter. Opplæringsvedtak kan gi ryggdekning til de ansatte om at opplæring og egenmestring er rette veien å gå.

- *Sandnes kommune anbefales å innføre tidsavgrensede opplæringsvedtak som helt eller delvis kan bidra til at brukeren klarer seg selv som hjemmeboende. Opplæringsvedtak kan omfatte både enkelte sykepleiefaglige oppgaver og hverdagslige gjøremål.*

Opplæringsvedtak krever grenseoppgang mellom ulike typer vedtak. Hverdagsrehabilitering kan inneholde brukeropplæring i hverdagslige gjøremål. Da må det avklares hva som normalt skal inngå i vedtak om hverdagsrehabilitering og vedtak om opplæring.

Ulike kommuner har valgt ulike løsninger. Stavanger skiller mellom hverdagsrehabilitering og opplæringsvedtak, mens en kommune som Eigersund i stedet innført tidsavgrensede opplæringsvedtak som del av de ordinære tjenestene. Det brukes der behovsvurderingen tilsier det. Hva som er riktig for Sandnes må nødvendigvis kommunen selv avgjøre, men det bør jobbes med å gjøre mer aktiv bruk av opplæringsvedtak.

#### **2.4.4 VELFERDSTEKNOLOGI**

Sandnes kommune har laget en egen strategi for utviklingen av velferdsteknologi. Utvalg for helse og sosialtjenester vedtok gjeldende strategi for velferdsteknologi for perioden 2015 – 2020 i sak 29/14, og statusrapporter om framdrift er utarbeidet i 2016 og 2018. Et digitaliseringsfond skal blant annet behandle søknader om velferdsteknologi.

I de interne kontraktene til resultatenheter i Helse og velferd, ble det i «Overordnede mål for Levekår» formidlet at «*Velferdsteknologi er en integrert del av helse- og omsorgstjenesten*» og at det i 2018 skulle jobbes spesielt med «*...implementering av velferdsteknologi.*» Velferdsteknologiske løsninger skal bidra til å gi innbyggerne i Sandnes større trygghet

og en sterkere opplevelse av egenmestring i sin hverdag der de bor. Bruk av velferdsteknologi skal også gi bedre ressursutnyttelse i fagutøvelsen.

En av rådgiverne i fagstab levekår har ansvaret for å følge opp alle prosjekter innen dette området. Våren 2018 ble en prosjektmedarbeider for velferdsteknologi ansatt og plassert i Samordningsenheten. Denne personen vil ha ansvaret sammen med rådgiver i fagstab levekår for å lage rutiner for tildeling, utprøving og evaluering av velferdsteknologi, drive med kompetanseheving for ansatte, brukere og pårørende og jobbe tett med hjemmetjenesten for å få teknologi hjem til brukerne. I 2019 vil en person i hjemmetjenesten ha ansvar for opplæring mht. elektroniske medisindispensere. Ansvaret for vedtak om trygghetsalarmer er lagt til Tildelingskontoret, mens Hjelpemiddellageret utfører oppdraget. Sandnes helsesenter (SHS) har ansvaret for utprøving av GPS.

Det ble i 2017 gjennomført en fagdag for hjemmetjenesten der tema var hverdagsmestring. Informasjon rundt velferdsteknologi var en vesentlig del av denne dagen. ABC for velferdsteknologi er en tverrfaglig opplæringspakke som KS har utviklet i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge. Emnene dekker tema som lovverk og etikk, metoder for kartlegging av brukerbehov og eksempler på teknologiske løsninger. I Sandnes kommune er det rundt 30 ansatte som deltar i ABC for velferdsteknologi, opplæringen består av selvstudie samt totalt fire samlinger i regi fagstab levekår.

Viktige satsinger har vært innføring av digitale trygghetsalarmer i 2017/2018. I 2019 vil implementering av elektroniske medisindispensere stå sentralt. Bruk av digitalt tilsyn der tilsynet skjer via et kamera hjemme hos brukeren, er foreløpig ikke tatt i bruk.

<b>Tabell 5 – Velferdsteknologier i Sandnes kommune. Kilde: Sandnes kommune.</b>	
<b>Teknologi</b>	<b>Antall per årsskiftet 2018/2019</b>
Digitale trygghetsalarmer	703
Elektroniske medisindispensere	0
Digitale trygghetsalarmer tilknyttet ulike typer alarmer og sensorer (dør, brann, fall ol.)	0
GPSer som del av digitale trygghetsalarmer	0
Digitalt tilsyn/avstandsoppfølging med kamera i hjemmetjenesten	0
Bærbare enheter i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering	104

Digitale trygghetsalarmer har blitt en integrert og naturlig del av hjemmetjenesten. Medisindispensere etterspørres også av hjemmetjenesten og vil bli rullet ut i 2019. Bruk av GPS og sporingsteknologi er det en mer avventende holdning til i tjenestene. Nettbrett er aktivt i bruk, spesielt blant yngre ansatte hvor dette faller seg helt naturlig.

Ved årsskiftet 2018/2019 er 703 brukere utstyrt med digitale trygghetsalarmer som ikke krever annen installasjon enn strømtilkobling. Tekniske feil gjorde at det tok borti et år

før alarmene var operative. Alarmene bruker mobilt bredbånd som kommunikasjonskanal. Disse kan etter hvert utstyres med ulike sensorer, for eksempel dørsensor, fallsensor, brannsensor. Denne teknologien kobles til digital trygghetsalarm i brukers hjem, og det foreslås derfor at aktuell teknologi først vil benyttes hos brukere med eksisterende trygghetsalarm. Dette er tiltak som er aktuelle i årene som kommer.

GPS er anskaffet som en opsjon til avtalen om trygghetsalarmer. Sandnes kommune har åtte forskjellige modeller av GPS som etter hvert kan implementeres. Disse modellene består av telefoner, klokke og bærbare enheter der det opprettes toveis tale ved behov.

Sandnes kommune ble sammen med andre kommuner i Sør Rogaland inkludert i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Formålet med prosjektet er å implementere elektroniske medisindispensere og digitale tilsyn i alle deltakerkommuner innen juni 2019. Elektroniske medisindispensere ble anskaffet i 2018 som en del av det interkommunale prosjektet. Det foreslås at brukere i Omsorg vest vil være de første brukere av denne teknologien, dette fordi soneleder er med i prosjektgruppen.

Bruk av bærbare enheter i hjemmetjenesten gjør kritisk informasjon mer tilgjengelig for hjemmesykepleien, og gjør at de kan dokumentere fortløpende. Løsningen er lagt om til en ny fjernstyringsløsning som gjør at det blir enklere å gjøre klar nye brett, man kan bruke hvilken type enhet man ønsker (nettbrett, telefon) slik at man parallelt kan bruke andre applikasjoner som gule sider, bildetakingsfunksjon, interaktive skjema, felleskatalogen og så videre. Hjemmetjenesten fikk ny løsning i 2018.

#### 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, frigitt 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 hjemmetjenesten avlastes i betydelig grad. Så mye som 80% av alarmene kan avklares av responscenteret og krever ikke utrykning. Ulike andre alarmer og sensorer blir testet ut og vil øke antallet alarmer. Per i dag benyttes et kommunalt responscenter i Kristiansand for å avklare om meldingen behøver utrykning.



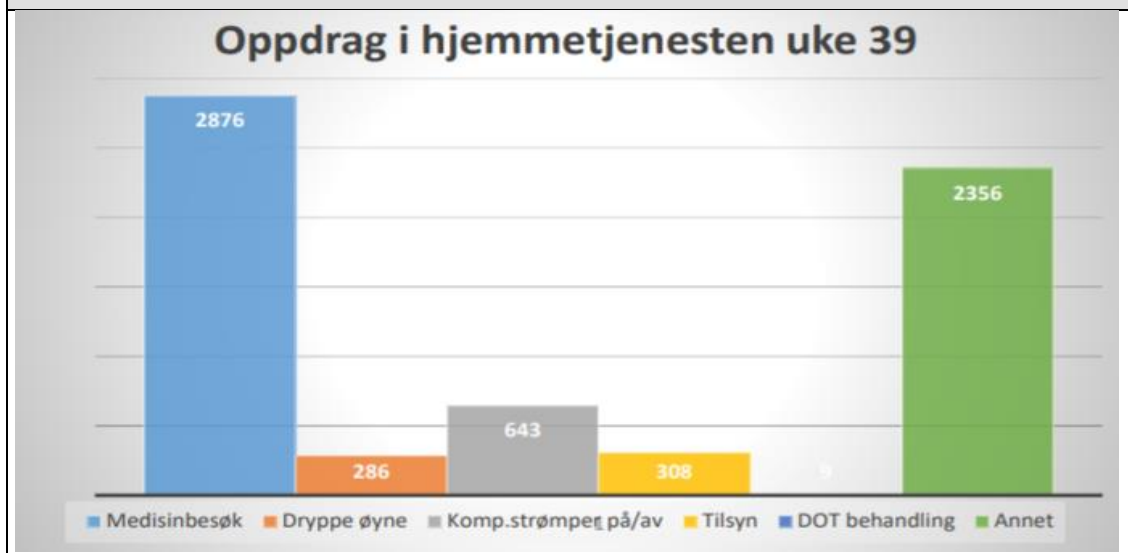
**Gevinster ved bruk av elektroniske medisindispensere.**<sup>21</sup> Elektronisk medisineringsstøtte innebærer bruk av dispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas. De registrerer om bruker tar medisinen ut av dispenseren og sender varsel til helsepersonell via mobilnettet dersom medisinen ikke tas ut.

Elektroniske medisindispensere gir brukere frihet og sikkerhet ved at medisinen er tilgjengelig på det tidspunktet den skal tas.<sup>22</sup> Dispensere reduserer også faren for feilmedisinering. Brukerne slipper å vente på hjemmesykepleieren for å få medisinen. Færre besøk på morgen og kveld betyr en jevnere arbeidsbelastning for de ansatte. Behovet for ekstravakter blir mindre. For brukeren betyr det færre ansatte å forholde seg til.

For kommunen vil økt bruk av elektroniske dispensere bety bedre kapasitetsutnyttelse. Ansatte kan kjøre mindre, og dermed spare drivstoff, tid og bompenger. Ressurser kan benyttes mer effektivt/omfordeles til å utføre andre oppgaver. I tråd med målsettingen om å bo lengst mulig i eget hjem vil fokuset i større grad rettes mot verdien av egenmestring. Dispensere reduserer også behovet for besøk hos brukerne og bidrar på denne måten til «billigere tjenester» for kommunen.

De ansatte gir på generelt grunnlag tilbakemelding om at mye tid brukes på oppdrag knyttet til medisinbehandling. Det kan bestå i å legge dosett eller utlevering av engangsdoser. En kartlegging enhet for hjemmetjenester og rehabilitering foretok i uke 39 i 2018, viste at det var 2876 medisinbesøk den uka av totalt 6478 besøk hjemmetjenesten foretok dag, helg og natt den uka (44 prosent). Omfanget er dermed betydelig.

**Figur 16 – Antall oppdrag i hjemmetjenesten uke 39 i 2018. Kilde: Sandnes kommune.**



<sup>21</sup> Jf. gevinstrealiseringsrapport Sandnes kommune, elektronisk medisindispenser datert 30.11.18 ENDELIG VERSJON.

<sup>22</sup> 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](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisinerings-og-mer-selvstendighet.pdf)

Det er mye kjøring knyttet til medisinsbesøk der tidsbruken på hvert enkelt hjemmebesøk er relativt kort. De sonene som geografisk har lange avstander bruker mer tid enn andre på å kjøre ut og levere medisiner, gjerne flere ganger per dag.

Det oppleves frustrerende at enkelte medikamenter ikke kan pakkes i multidosepakning, noe som skaper merarbeid, særlig for sykepleierne. Det er en opplevelse fra sykepleiere i flere soner at det til tider kan være utfordrende å oppnå kontakt med fastlegene, da særlig når det gjelder avklaringer av spørsmål knyttet til medikamenthåndtering.

Potensialet for innsparinger er dermed stort om medisindispenser får tilsiktet effekt. I 2019 er målet å implementere 50 medisindispensere. Av disse vil cirka halvparten være multidosedispenser. Da dette regnes som nødvendig helsehjelp kan det ikke tas egenandel for denne teknologien. Kostnaden vil totalt være kr. 228 000,- i 2019.

**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. Som vi så i tabellen over, er kameraer foreløpig ikke tatt i bruk.

#### VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Foreløpig er det digitale trygghetsalarmer som er tatt i bruk på bred front i Sandnes. Elektroniske medisindispensere er neste steg i implementering av ny teknologi. Flere andre teknologier er i en start- og uttestingfase som ulike sensorer og GPS tilknyttet digital trygghetsalarm. Flere av teknologiene følger framdriften i interkommunalt samarbeid. Dermed unngås at alle kommuner driver og tester ut det samme. Også tjenesteapparatet må forberedes på nye teknologier gjennom opplæring og nye rutiner.

*Det er foreløpig usikkert hva som er den samlede gevinsten av de velferdsteknologier som Sandnes har tatt i bruk så langt.* For elektroniske medisindispensere er det utviklet gevinstindikatorer for bruker, ansatt og kommuneøkonomien. Tas disse indikatorene i bruk fra starten av implementeringen, vil kommunen ha et 0-punkt den kan sammenligne driftssituasjonen med. Trygghetsalarmer reduserer behovet for besøk gjennom avklaringer i responsenteret. De gir brukerne en opplevelse av større trygghet.

Sandnes skal framover satse mye på digitalisering og velferdsteknologier i pleie og omsorg. Det synes å være behov for å utvikle noen få robuste måleindikatorer som kan dokumentere gevinster av økt satsing på velferdsteknologi. Dette berører hjemmetjenestene spesielt. Et eksempel på en slik indikator kan være andel/antall brukere uten eller med redusert pleie i hjemmet etter tilrettelegging med velferdsteknologi.

En slik objektiv måleindikator kan suppleres med noen nye spørsmål i brukerundersøkelser i hjemmetjenestene som måler opplevd effekt av kommunens tilrettelegging for

at bruker skal klare seg selv hjemme. Der kan det stilles spørsmål til de som har mottatt velferdsteknologi om teknologien har gjort det lettere for dem å mestre hverdagen.

Vi vil derfor anbefale kommunen å vurdere å:

- *Utarbeide måleindikatorer som kan fange opp gevinster av å ta i bruk velferdsteknologi. Disse kan inngå i den regulære rapporteringen av styringsinformasjon fra enhet for hjemmetjenester og rehabilitering og dels i kommunens brukerundersøkelser.*

#### **2.4.5 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK**

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

Sandnes kommune har flere typer aktiviteter for eldre for å fremme helse og forebygge sykdom. Sandnes helsehus i enhet for hjemmetjenester og rehabilitering er sentralt på dette feltet. Det samme er Fysio- og ergoterapienheten, blant annet Frisklivssentralen.

**Eldre - og seniorsenter.** Det er 5 private og 3 kommunale eldresenter i Sandnes. Kommunen gir tilskudd til drift av de private sentraene basert på stillinger på det enkelte senter. Eldresentrene driver ulike aktiviteter arbeid med tanke på forebygging av helsesvikt og isolasjon. Eldresentrene har mange frivillige som gjør en stor innsats.

**Frivilligsentralen** gir tilbud til mange omsorgstrengende personer. Mange pensjonister er engasjert der og deltar aktivt med å hjelpe andre. Dette er et helsefremmende tiltak for både de frivillige og mottakerne av hjelpen. Oppdatert og lett tilgjengelig informasjon om frivillighetsmuligheter skal være å finne på kommunens internettsider, samt vedlikeholdt brosjyre til bruk ved rekruttering av frivillige.

**Frivillighet i hjemmebaserte tjenester** er omtalt i Strategi for frivillighet i levekår 2015-2020 og skal være et supplement til tjenestene der frivillige bistår med hjelp til å vareta psykisk/fysisk helse og sosialt felleskap. Frivilligsentralen er her en sentral aktør som formidler av bistand som eksempelvis besøkstjeneste, aktivitetsvenn og bistand til hjelp med hagestell og annet. De kommunale tjenestene kan anmode bruker/pårørende om å ta kontakt med Frivilligsentralen. I strategien anbefales det at hvert av bo- og aktivitets-sentraene har en ansatt med spesielt ansvar for de frivillige.

Intervjuene med soneledere og ansatte i hjemmetjenestesonene viser at frivillige i liten grad inkluderes i tjenesten. I en sone er det en frivillig som bistår med kjøring og som besøksvenn. I de øvrige sonene er det oppmerksomhet om denne mulige ressursen, men det er i liten grad tatt grep for å benytte frivillige mer aktivt.

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

**Friskliv75** er Frisklivssentralens tilbud til kommunens innbyggere på 75 år. De blir invitert til en fagdag med fokus på frisk aldring, kosthold, fysisk aktivitet og trygghet i hjemmet, blant annet forebygging av fall. Dette tilbudet har kommet i stedet for forebyggende hjemmebesøk utført av besøksteamet. Friskliv75 ønsker å inspirere deltakerne til å planlegge livet i alderdommen og ta vare på egen helse og har fått gode evalueringer.

#### MÅLOPPNÅELSE – HELSEFREMNING OG FOREBYGGING

Proaktive tjenester som skal forebygge og fremme Eldres helse, er vanskelige 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.

Friskliv75 er Frisklivssentralens tilbud til kommunens innbyggere på 75 år. Eldresentrene driver arbeid med tanke på forebyggelse av helsesvikt og isolasjon. Frivilligsentralen er formidler av bistand til hjemmeboende eldre som eksempelvis besøkstjeneste, aktivitetsvenn og bistand til hjelp med hagestell og annet. Det er intuitivt logisk at disse tiltakene gir en positiv forebyggingsgevinst, men det kan ikke fastslås med tall.

#### ANBEFALINGER

I kontrakten for 2018 til Fysio- og ergoterapienheten framgår det at *målet er at minst 50 % skal ha deltatt på Friskliv75*. Friskliv75 er gjennomført i 2017 og 2018 med henholdsvis 75 og 65 deltakere. Totalt antall 75-åringer uten pleie- og omsorgstjenester, har vært om lag 400 begge disse årene. Det gir en deltakelse på mellom 16-19 prosent av de eldre i målgruppen, det vil si et godt stykke unna målet om 50 prosent deltakelse. I juni 2019 skal det prøves ut et nytt konsept med stands og informasjon på det nye rådhuset.

- *Vi vil anbefale Sandnes kommune å vurdere tiltak som kan styrke deltakelsen på kommunens tilbud om Friskliv75 for byens 75-åringer.*

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

Sandnes sitt arbeid for mer egenmestring i eldreomsorgen har hovedfokus på trening og fysisk aktivitet. Spørsmålet er om dette arbeidet bør styrkes på andre områder. Mer bruk av *frivillige* for å forebygge ufrivillig ensomhet kan være ett tiltak. Et annet område er *Mat og måltider*. Fysisk aktivitet uten sunt kosthold henger dårlig sammen. Et vanlig

anslag er at 1 av 3 hjemmeboende eldre lider av underernæring. Med flere hjemmeboende eldre, vil mat og måltider være et viktig element i en satsing der egenmestring og selvstendighet for brukere står sentralt.

## 2.5 ER BETINGELSENE FOR EFFEKTIV IMPLEMENTERING PÅ PLOSS?

I tabell 1 i innledningen pekte vi på betingelser som er viktige for effektiv implementering. Til hver av disse ble det utledet revisjonskriterier. I dette kapitlet oppsummerer vi de ulike betingelsene for å vurdere hvorvidt de er ivaretatt for Sandnes sin del.

### 2.5.1 ER MÅLENE KJENT OG I BRUK UTE I TJENESTENE?

En viktig betingelse for effektiv implementering er et **tydelig målbilde**.

Hverdagsmestring skal være en felles strategi for alle tjenestene i Helse og velferd og betyr at ledere og ansatte vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Til nå har brukere og tjenesteytere i Sandnes i hovedsak tenkt at tjenestetilbudet består av tilbud om oppgaveutføring, ikke så mye hjelp til oppgavemestring.

For at hverdagsmestring skal ligge til grunn i all tjenesteyting, er det behov for en fokusendring både hos brukere og ansatte. Målet må være å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og unngå at brukeren føler eller gjør seg avhengig av det offentlige hjelpeapparatet. Tjenestene skal bygge på brukers ressurser og uttrykte ønsker.

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. Stikkordet de fleste viser til, er hverdagsmestring som et felles tankesett og grunnholdning. Det ses i sammenheng med å tilrettelegge best mulig for at de eldre kan bo hjemme og være mest mulig selvhjulpne.

**Kommunisering av målbildet.** Sandnes kommune har benyttet ulike arenaer for å kommunisere målene med å omstille eldreomsorgen. Rådmannen har løftet det fram som et viktig grep for å møte de utfordringer flere eldre skaper. Det er som nevnt gjennomført fagdager om hverdagsmestring for ledere i EHR og mål om satsing på hverdagsmestring inngår som før nevnt i de interne kontraktene til resultatenehetene.

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.

**Måltall og måleindikatorer.** Et målhierarki forutsetter noenlunde sammenheng mellom mål, strategier, dokumentasjon og rapportering om måloppnåelse.

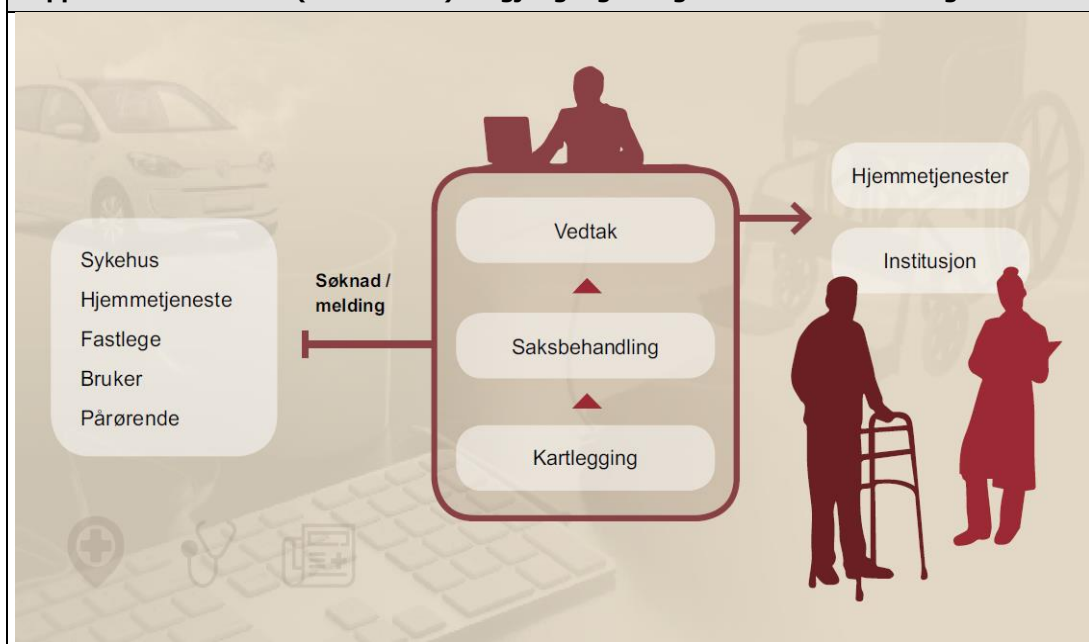
Det er utviklet enkelte måleindikatorer for å måle aktivitetsnivå, samt måling av effekt av iverksatte tiltak, særlig i forbindelse med pilotering av hverdagsrehabilitering. Det er imidlertid ikke utviklet noen nøkkelindikatorer som kan måle effekten av de tiltak som hittil er innført for å styrke fokuset på hverdagsmestring i hjemmetjenesten.

## 2.5.2 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 tildelingskontoret. For det andre er det et spørsmål om å bruke riktige tiltak om behovskartleggingen avdekker et behov for koordinert innsats. For det tredje må det være tilstrekkelig samhandling i utførelsen slik at bruker opplever at tjenesten klarer å stokke beina på en god måte.

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

**Figur 17 – Prosess fra søknad/henvisning til tildeling av tjeneste. Kilde: Riksrevisjonens rapport Dokument 3:5 (2018–2019): Tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.**



**Behovskartlegging.** Med flere typer tiltak (vedtak) er det avgjørende for en treffsikker og koordinert tjeneste at tildelingskontoret ved hva som er brukers behov.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at behovskartleggingen i hovedsak fungerer, men at tildelingskontoret kan havne bakpå når det er stor pågang og/eller høyt sykefravær. Det

fremgår av intervjuene at TK ikke alltid rekker et førstegangsbesøk der tverrfaglig kompetanse inngår. 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 i forhold til nye brukere eller de som har kort fartstid i omsorgstjenesten. Det betyr ikke at brukere med lengre fartstid ikke har et egenmestringspotensiale. Det 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 det beste for dem selv i det lange løp.

Tre tiltak er løftet fram i intervjuene som avbøtende tiltak. Det ene er å se på rehabilitering som et tidlig-innsats tiltak – desto tidligere tiltak settes inn, jo større er muligheten til å realisere mottakerens egenmestringspotensiale. Det andre er forventningsavklaring i forhold til pårørende og brukeren selv. Her spiller TK en viktig rolle. Det tredje er opplæring i samtaleteknikker for å hankses med brukere som utfordrer hjelp til selvhjelps-tankegangen. For noen ansatte blir det en bøyg å ta denne diskusjonen.

### 2.5.3 ER DET TILRETTELAGT GJENNOM KULTURBYGGING OG KOMPETANSEUTVIKLING?

Engasjerte og kompetente «iverksettere» ute i tjenestene er en forutsetning for effektiv implementering. Spiller ikke de ansatte med på lag vil enhver omstilling være ille ute.

Langt de fleste vi har snakket med ser nødvendigheten av å omstille eldreomsorgen og mener det er en 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 tautrekking mellom en tradisjonell og en ny måte å yte omsorg på. Denne er på ingen måte slutført.

**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 stedet for et 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 riktig, i en annen er det bare tradisjonell omsorg som duger.

Vi registrerer gjennom intervjuene at kompetansen i rehabilitering er ujevnt fordelt mellom de ansatte. En årsak til at praksis varierer blant de ansatte hjemmesykepleien er at de ikke har fått felles påfyll av kompetanse. Det foregår en kompetanse- og erfaringsoverføring mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetrenerne ute i hjemmetjenesten. Det bidrar til gjensidig forståelse for hverandres situasjon. Det er også en viss kompetanse- og erfaringsoverføring fra hverdagsrehabiliteringsteam/ hjemmetrenerne

og øvrige ansatte i hjemmetjenesten, men denne er ikke systematisk. Mer bruk av hospitering kan være en vei å gå. Det kan også tenkes at hverdagsrehabiliteringsteamet mer aktivt kan brukes i den interne opplæringen innenfor hjemmetjenesten.

#### 2.5.4 UNDERSTØTTER STRUKTURELLE FORHOLD SATSINGEN PÅ HVERDAGSMESTRING?

Satsingen på forebygging og rehabilitering i pleie- og omsorgstjenestene er avhengig av at de organisatoriske og budsjettmessige ordningene gir drahjelp til satsingen. Som vi har sett, har Sandnes fått til mye i forhold til hverdagsrehabilitering, mens det ennå gjenstår en del for å få på plass hverdagsmestring som et felles tankesett i tjenestene.

Vi undersøker her kort hvorvidt omorganiseringen av hjemmetjenestene, budsjettfordelingsmodellen og ressursfordelingen innad i pleie- og omsorgstjenestene understøtter arbeidet med å tilrettelegge for at flest mulig eldre klarer seg selv hjemme.

**Omorganisering av hjemmebaserte tjenester.** Agenda Kaupang påpekte i sin rapport i 2013 at det var geografiske forskjeller i kultur og tjenesteyting i de daværende omsorgsdistriktene. Rapporten ble en forløper til omorganisering og samling av tjenestene til personer med nedsatt funksjonsevne i 2016, og deretter til omorganiseringen og samlingen av hjemmetjenestene i en enhet i 2018. Med omorganiseringen ble hjemmetjenestene samlet i ett utførerledd med tildelingskontoret som forvalter og vedtaksorgan.

Det organisatoriske skillet mellom vedtak og tjenesteutførelse er dermed styrket, samtidig som samling av ulike hjemmetjenester i en enhet skal gi bedre rom for samordning på tvers. I arbeidsgruppens rapport heter det «Å samle hjemmetjenestene under samme leder vil gi tydelig faglig fokus på at fremtidige omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje hjemme og at de utfordringene eldrebølgen vil medføre i hovedsak skal løses gjennom å bistå pasientene til å mestre egen hverdag.» For å styrke rehabiliteringsfokus, mestringsfokus og en klar intensjon om at eldre skal ha mulighet til å «å bo lengst mulig hjemme» anbefalte gruppa at også Sandnes helsesenter og team for hverdagsrehabilitering ble lagt til enheten.

Det er ennå tidlig å vurdere om omorganiseringen underbygger satsingen på hverdagsmestring. Som vi har sett, er det etablert gode samarbeidsrelasjoner mellom korttid/avlastning på Sandnes helsesenter og hverdagsrehabilitering. Samlingen av hjemmetjenestene i en enhet med felles ledergruppe, vil på sikt kunne utjevne noen av de forskjeller som fortsatt eksisterer mellom de ulike hjemmetjenestesonene. Alt i alt synes det å være lagt en struktur som vil kunne underbygge arbeidet med hverdagsmestring.

**Budsjettfordelingsmodell i hjemmetjenestene.** Innenfor hjemmetjenestene får enhetene sitt budsjett som andre enheter basert på vedtatte hjemler (ramme). Det er imidlertid også et element av innsatsstyrt budsjettering, slik at budsjettene korrigeres månedlig i henhold til produserte timer som hentes fra fagsystemet Profil.



Innsatsstyrt finansiering premierer høyt aktivitetsnivå i hjemmetjenestene. Desto mer tjenester som ytes, desto mer penger gir det i kassen. I en situasjon med stort etterspørselspress, er en slik finansieringsmodell gunstig for å holde oppe et høyt aktivitetsnivå.

Utfordringen er at en slik modell ikke gir insentiver til ledere og ansatte i hjemmetjenestene til å få hjemmetjenestemottakere ut av tjenesten – helt eller delvis – ved hjelp av en mer aktiv rehabiliteringsinnsats. Går antallet tjenestemottakere ned, vil det bety at budsjettet også går ned. Slik sett kan dagens innsatsstyrte finansiering straffe arbeidet med hverdagsmestring. Dette er en påstand som henter støtte i flere av intervjuene.

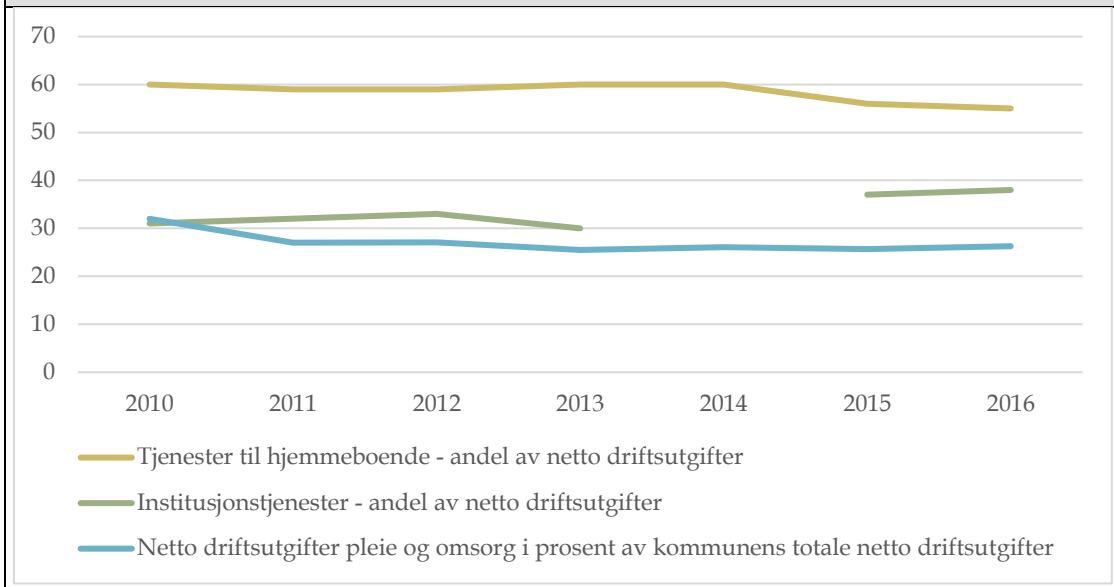
Stavanger har også en aktivitetsbasert budsjettmodell (ABI) hvor penger følger av aktivitetsnivået. I 2019 prøves det ut en modell basert på rammebudsjettering. Modellen skal i større grad stimulere til mer satsing på forebygging og rehabilitering i tjenestene.

Sandnes står i en situasjon hvor det organisatorisk er tilrettelagt for satsingen på hverdagsmestring, men der budsjettmodellen foreløpig ikke er justert.

- *Sandnes kommune bes vurdere tilpasninger i dagens budsjettfordelingsmodell i hjemmetjenesten som i større grad kan stimulere satsingen på hverdagsmestring.*

**Budsjettfordeling mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester.** Satsningen på hverdagsmestring i hjemmetjenestene kan utsette behovet for sykehjemsplass eller behov for omsorgsbolig. Forutsetningen er at mer ressurser vris over på forebygging og rehabilitering i de hjemmebaserte tjenestene, evt. at det også legges mer vekt på rehabilitering av eldre med institusjonsplass, i første rekke korttids plass.

Det er begrenset med tall som viser fordelingen av ressurser på forebygging og rehabilitering i hjemmetjenesten versus ressurser til ordinær hjemmesykepleie og praktisk bistand. En indikator som det finnes tall for, er utviklingen i fordelingen av budsjettmidler på hjemmetjenester versus institusjonsbaserte tjenester, jf. figur nedenfor.

**Figur 18 – Utvikling i netto driftsutgifter til pleie og omsorg og til hjemmetjenester og institusjonstjenester i Sandnes. Kilde: KOSTRA og ASSS-rapporter 2010-2016.**

Over tid har andelen av kommunens samlede driftsutgifter som går til pleie og omsorg gått litt ned. I 2010 ble 32 prosent av Sandnes kommunes samlede driftsutgifter brukt på pleie og omsorg. I 2016 var andelen sunket til 26.2 prosent. Reduksjonen har skjedd i en periode med vekst i eldrebefolkningen på 36 prosent, jf. avsnitt om befolkningsutvikling.

Nesten 2 av 3 kroner i pleie- og omsorgstjenestene i Sandnes har gått til hjemmetjenestene. I 2010 gikk 60 prosent til hjemmetjenestene mens 31 prosent gikk til institusjonstjenestene. Fordelingen i 2018 var om lag denne samme.<sup>23</sup>

Sammenfattet har Sandnes kommune tatt organisatoriske grep for å underbygge satsingen på hverdagsmestring gjennom å samle alle hjemmetjenestene i en resultatenhet. Det kan gi bedre intern samordning mellom ulike tjenester viktige for forebygging og rehabilitering. En felles ledergruppe for hjemmetjenesten kan på sikt utjevne noen av de forskjeller som fortsatt eksisterer mellom de ulike hjemmetjenestesonene.

Innsatsstyrt finansiering gir imidlertid få incentiver til ledere og ansatte i hjemmetjenestene til å rehabilitere hjemmetjenestemottakere ut av tjenesten – helt eller delvis. Lykkes hjemmetjenesten med å få brukere ut av tjenesten, vil de tape på det budsjettmessig. Sandnes kommune bes derfor på sikt å vurdere tilpasninger i dagens budsjettmodell i hjemmetjenesten som i større grad kan stimulere til satsing på hverdagsmestring.

### 2.5.5 SYNES BRUKERE OG PÅRØRENDE AT HVERDAGSMESTRING ER EN GOD IDE?

En viktig betingelse for effektiv implementering, er at målgruppen for nye tiltak synes endringene er positive og at de oppleves som en kvalitetsforbedring. En snuoperasjon

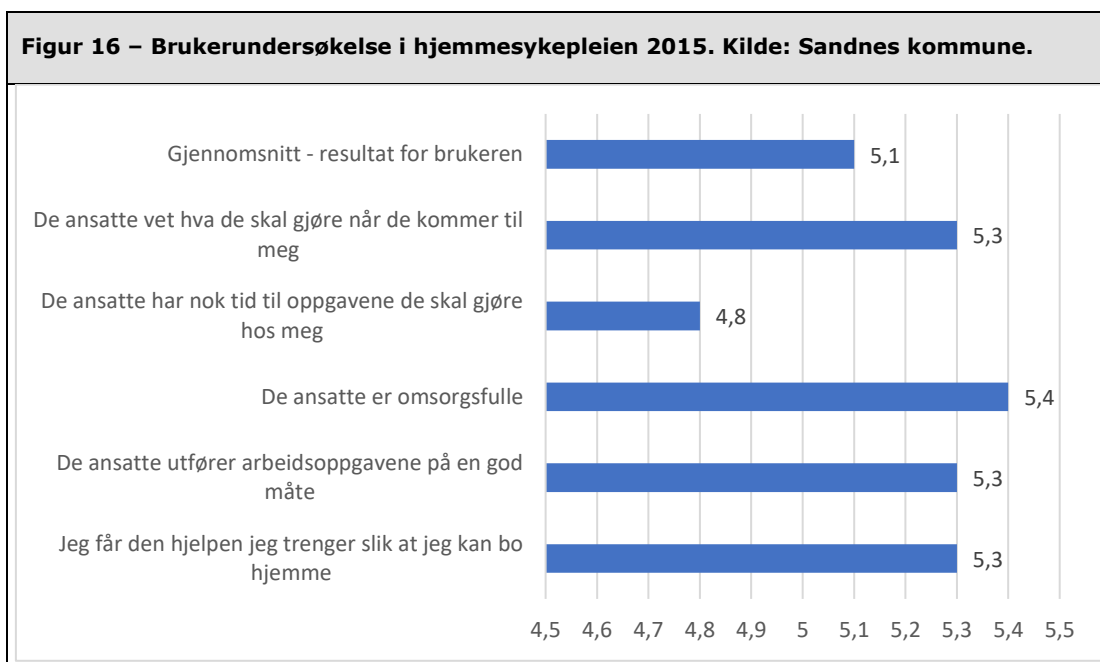
<sup>23</sup> Tall for 2018 er hentet fra databasen Framsikt. Den bygger på foreløpige Kostra-tall per mars 2019.

som satsing på hverdagsmestring vil stå overfor store problemer om ikke brukeren eller de pårørende støtter omstillingen eller lar seg overbevise om at det er riktig vei å gå.

I brukerundersøkelsen i hjemmesykepleien i 2015 inngår 9 spørsmål om resultat for brukeren. Gjennomsnittlig skår på disse er 5,1 der 6 er høyeste skår.

Fire av spørsmålene går på tilfredshet med ulike hjelpetiltak: Hjelp til hygiene (skår 5,1), hjelp til å ta ta medisiner (skår 5,4), matlaging (4,2) og hjelp til rengjøring (4,2).

De øvrige 5 spørsmålene tar for seg ulike sider av relasjonen ansatt-bruker, jf. figur.



Det siste spørsmålet tar direkte for seg brukers tilfredshet med den hjelpen bruker får slik at vedkommende kan bo hjemme. Skåren er 5,3, høyere enn snittet på 5,1. Brukerne mener også at de ansatte er omsorgsfulle (skår 5,4), mens de ansatte oppnår lavest skår på tid til å ta seg av oppgavene hos brukerne de besøker (skår på 4,8).

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

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

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

## 2.5.6 SAMMENFATTENDE VURDERINGER

Vi har nedenfor sammenfattet våre vurderinger ved å ha utfylt tabell 1 i innledningen.

<b>Tabell 6 – Revisjonskriterier for å vurdere omstillingsarbeidet i eldreomsorgen.</b>		
<b>Vilkår for implementering</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	<b>Revisjonens vurdering</b>
1. Nødvendighet	Oppfatning om at noe må gjøres...	«Eldrebolegen» vesentlig i utfordringsbildet til politisk-administrativ ledelse. Oppfatning om at «noe må gjøres» også nedover i organisasjonen, men gjerne til noe som skal skje, ikke som noe som skjer allerede.
2. Klart målbilde	Tydelige mål	Framgår av revidert kommuneplan, omsorgsplan « <i>En god hverdag – for alle!</i> » og i handlings- og økonomiplan.
	Klar ansvarsplasse- ring for framdrift	Mål og strategier formidlet i <i>interne kontrakter</i> til enheter i Helse og velferd. Vedtak i tildelingskontoret reflekterer generelt lite fokus på hverdagsmestring, unntatt vedtak om hverdagsrehabilitering.
	Utviklet måleindikatorer	Målt gevinster ved pilotering av hverdagsrehabilitering og elektroniske medinsindispensere. Har ikke valgt ut nøkkelindikatorer som måler sumvirkninger av kommunens satsing på hverdagsmestring.
3. Forankring	Folkevalgte	«Eldrebolegen» forankret som utfordring for kommunen. Diskusjon om veivalg: Sykehjemsutbygging versus satsing på hjemmetjenester og forebygging/rehabilitering.
	Administrativ ledelse	Sterk forankring i toppledelse og fagstab.
	Linjeledere i tjenestene	På et intensjonsplan sterk oppslutning om satsing på forebygging og rehabilitering. Varierende i praksis hvor ivrige og framoverlente lederne er.
	Ansatte i berørte tjenester	Sterk forankring i fagmiljøer som fysio/ergo og hverdagsrehabilitering. Mer variabelt blant ansatte i de ordinære hjemmetjenestene.
4. Tverrfaglig samarbeid	I behovskartlegging	Tverrfaglighet i tildeling av hverdagsrehabilitering. Variabelt i hvilken grad fysio/ergo-kompetanse er involvert i tildelinger av ordinære hjemmetjenester.
	I tjenesteutførelsen	I hovedsak godt samarbeid mellom hverdagsrehabilitering og fysio/ergo og de ordinære hjemmetjenestene.

5. Strukturelle endringer for å understøtte omstillingen	Budsjettmodellen	Innsatsstyrt finansiering premierer høy aktivitet i hjemmetjenestene, og ikke forebyggings- og rehabiliteringsaktivitet for å få eldre til å klare seg selv.
	Organisatorisk i hjemmetjenestene	Samling av hjemmetjenestene i en felles enhet, vil på sikt kunne underbygge arbeidet med hverdagsmestring.
6. Kompetente og engasjerte «iverksettere» i tjenestene	Kompetansebygging	Gjennomført en del fellestiltak – særlig for ledere. Ingen samlet plan for hvordan ansatte i hjemmetjenestene skal bringes kompetansemessig opp på samme nivå i arbeidet med å styrke hverdagsmestring i tjenestene.
	Kulturbygging	Hjemmetrenerne i hverdagsrehabilitering er kompetanse- og kulturbærere i forhold til andre ansatte i hjemmetjenesten. Kan med fordel bruke suksesshistorier mer aktivt der hverdagsmestring/-rehabilitering gir gevinst.
7. Oppslutning i målgruppen	Eldre innbyggere/brukerne	Individuell opplevelse. Hjelp til selvhjelp og selvhjulpenerhet er kvalitetsforbedring for noen eldre, mens for andre er kompenserende hjelp viktig for livskvaliteten.
	Pårørende	Krevende for en del ansatte. Forventningskollisjon mellom pårørende som vil ha hjelp og ansatte som tilbyr hjelp til selvhjelp. Behov for forventningsavklaring tidlig.

## 2.6 I HVILKEN GRAD ER MÅLENE NÅDD?

I dette kapitlet tar vi for oss noen måleindikatorer som kan si noe om sumvirkningene av satsingen på hverdagsmestring i Sandnes kommune. Det er viktig og understreke at dette er generelle måleindikatorer. Det er derfor ikke mulig å isolere effekten av satsingen på hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering fra andre mulige årsaker, som en generelt friskere eldrebefolkningen, og det faktum at Sandnes har en strammere kommuneøkonomi enn flere av de andre kommunene i ASSS-samarbeidet.

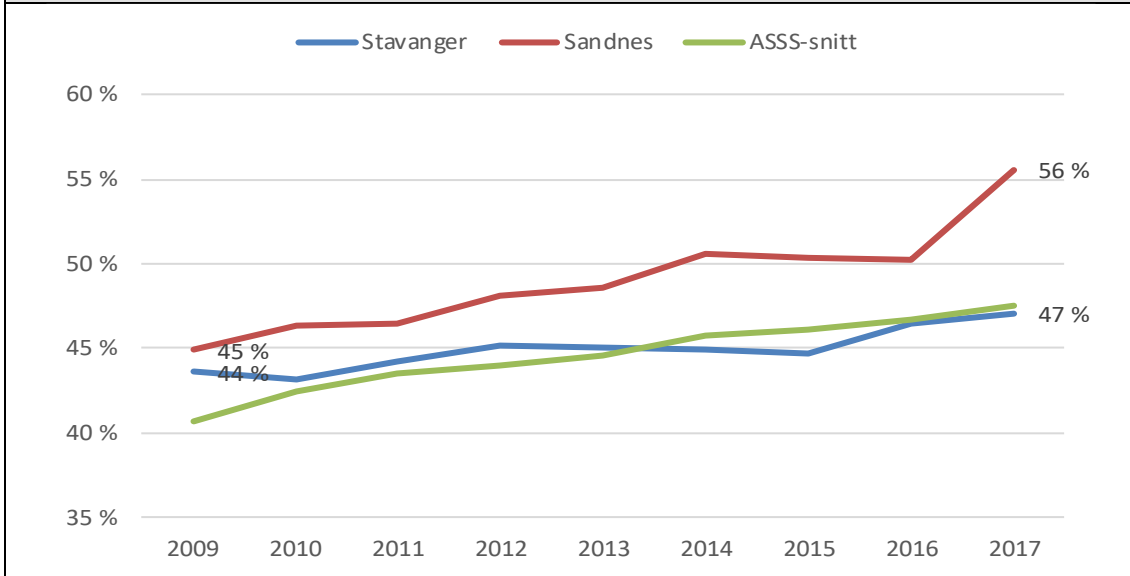
Nedenfor går vi gjennom de ulike indikatorene ved hjelp av KOSTRA-tall/ ASSS-tall.<sup>24</sup>

### 2.6.1 ANDEL ELDRE MED OG UTEN HJELP FRA KOMMUNEN

Først undersøker vi utviklingen i andelen av innbyggere i alderen 80-89 år som **ikke** mottar noen form for pleie- og omsorgstjenester fra Sandnes kommune.

<sup>24</sup> I hovedsak dreier det seg om tidsserier opp til 2017. Der det finnes foreløpige tall for 2018, har vi tatt med disse.

**Figur 19 – Andel innbyggere mellom 80-89 år som ikke har pleie- og omsorgstjenester. Kilde: ASSS-rapporter 2009-2017.**

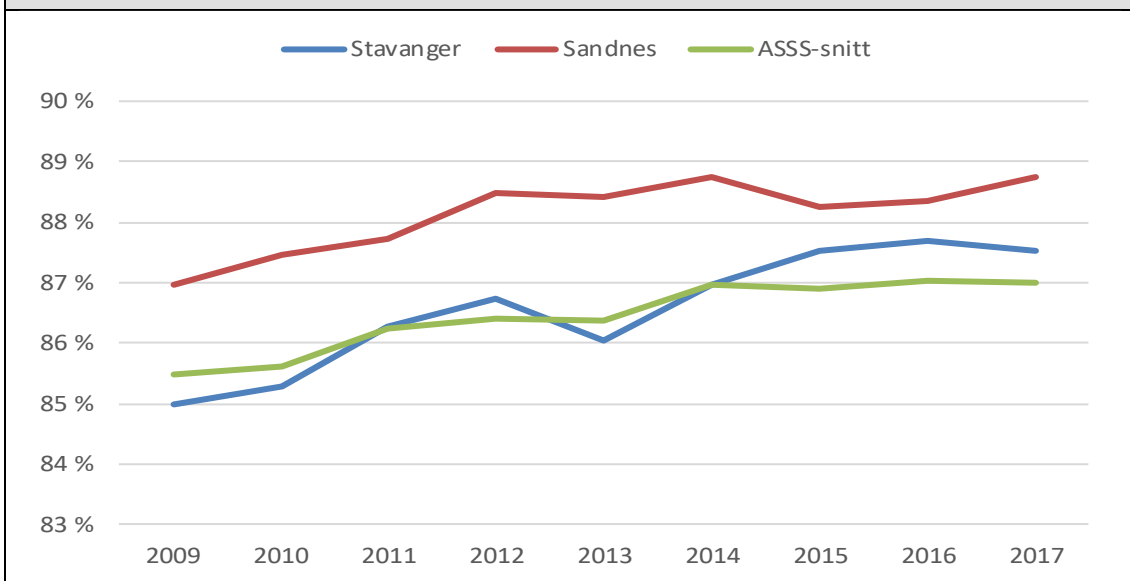


Sandnes har flere eldre mellom 80-89 år som klarer seg selv enn det vi finner i nabobyen Stavanger og sammenlignet med gjennomsnittet for de 10 ASSS-kommunene. I Sandnes er andelen som klarer seg selv økt fra 45 prosent i 2009 til 56 prosent i 2017.<sup>25</sup>

I neste figur undersøker vi aldersgruppen 67-79 år og andelen som klarer seg uten hjelp. Også her ligger Sandnes bra an i forhold til at flest mulig skal være selvhjulpne.

Som vi så tidligere i rapporten, har det vært en klar vekst i antall yngre eldre i Sandnes de siste 10-årene. Når andelen i denne aldersgruppen som trenger hjelp har gått ned, har det bidratt til å dempe etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester.

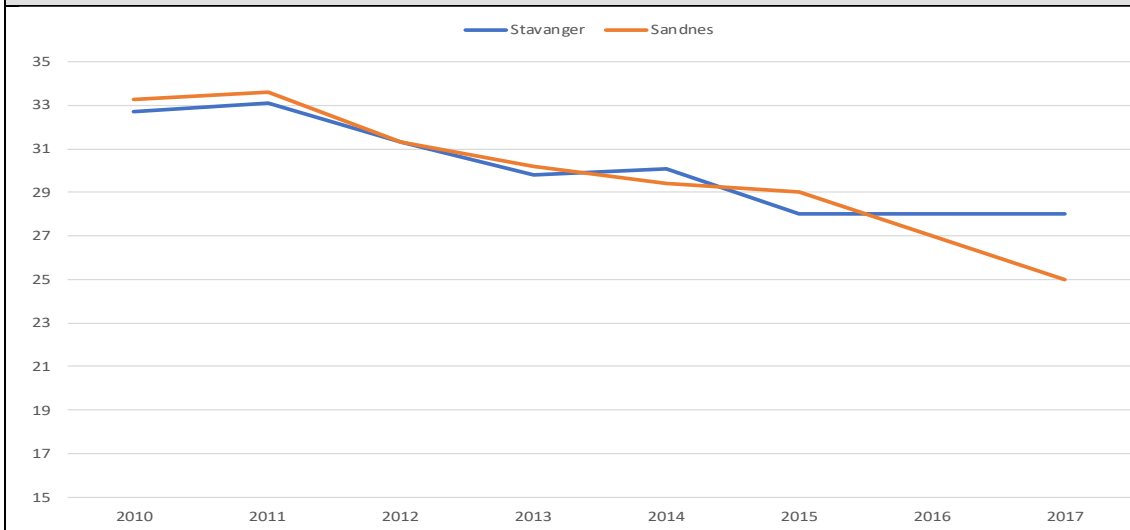
**Figur 20 - Andel innbyggere mellom 67-79 år som ikke har pleie- og omsorgstjenester. Kilde: ASSS-rapportene 2009-2017.**



<sup>25</sup> I 2018 ble mottakere av kun trygghetsalarm tatt ut av IPLOS-registeret. Denne endringen påvirker imidlertid ikke tallene i figuren som går fram til og med 2017.

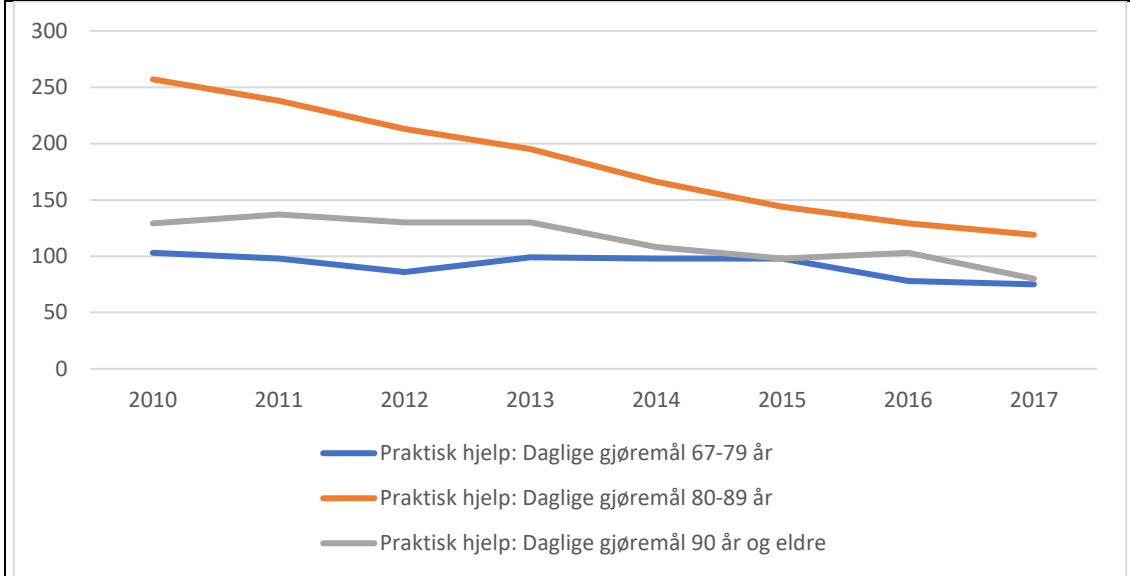
I neste figur undersøker vi hvor stor andel av eldre 80 år og over som mottar hjemmetjenester i Sandnes.<sup>26</sup> Også her har vi sammenlignet med Stavanger. Som vi ser, er det stadig færre som mottar hjemmetjenester av innbyggere over åtti år, både i Stavanger og Sandnes, men nedgangen er størst i Sandnes.

**Figur 21 - Andel av innbyggere 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester. Kilde: ASSS-rapporter 2010-2017.**



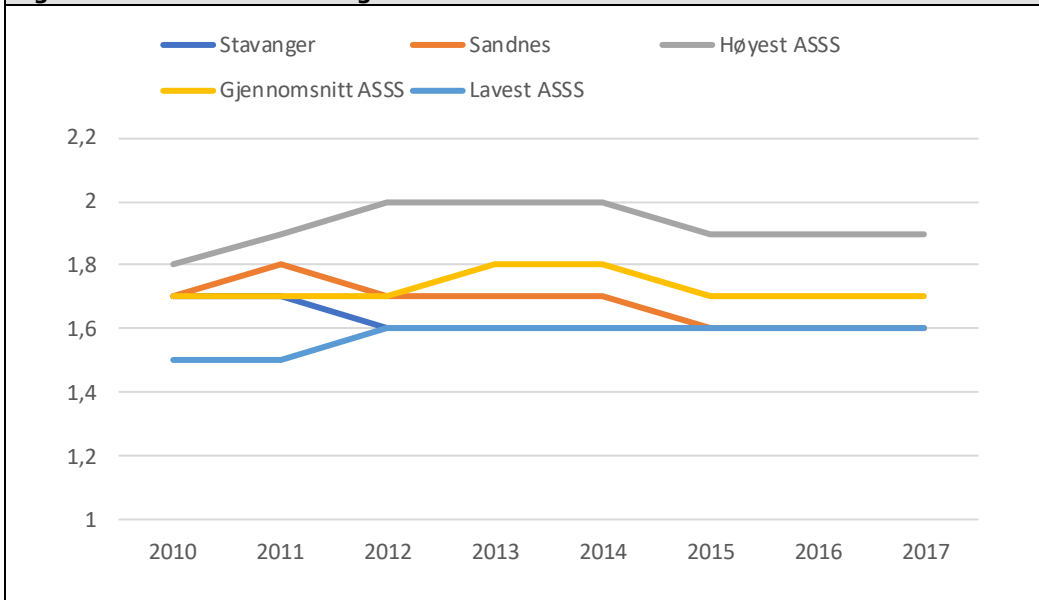
I neste figur har vi sett på utviklingen i praktisk bistand som del av hjemmetjenesten. Her inngår hjelp fra kommunen til hverdagslige gjøremål. Også her ser vi en nedgang for Sandnes sin del, særlig blant eldre i alderen 80-89 år. Det kan skyldes at denne gruppen generelt er friskere enn før, og flere kan ordne hjelp privat. Satsing på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring kan også spille inn, men vi vet ikke hvor mye.

<sup>26</sup> Vi har i denne undersøkelsen vært mest opptatt av den forebygging og rehabilitering som foregår i hjemmetjenestene. Fungerer denne type tiltak effektivt, vil det kunne dempe presset på de øverste trinnene i omsorgstrappa, som sykehjemsplassene. Sandnes hadde i 2017 21,8 prosent institusjonsplasser av innbyggere 80 år og over. Det er mindre enn Tromsø (24,1), Stavanger (24) og Trondheim (22,8), mens høyere enn i byer som Fredrikstad (16,4), Drammen (16,6) og Bærum (16,7). Over tid har det vært en svak økning i Sandnes, fra 19,9 prosent av eldre over 80 år til 21,8 prosent i 2018.

**Figur 22 – Utvikling i antall eldre som mottar praktisk hjelp i hjemmet. Kilde: KOSTRA.**

## 2.6.2 BISTANDSBEHOV (PLEIETYNGDE)

I neste figur ser vi nærmere på utviklingen i gjennomsnittlig bistandsbehov hos mottakere av hjemmetjenester 67 år og eldre. Vi har tatt bort lavest ASSS, ettersom gjennomsnittet i Sandnes er identisk med det laveste snittet i storbynettverket de tre siste årene. Det gjennomsnittlige bistandsbehovet for eldre brukere er altså lavest i Sandnes, sammen med Stavanger, selv om forskjellene i storbynettverket ikke er spesielt store.

**Figur 23 - Gjennomsnittlig bistandsbehov hos mottakere av hjemmetjenester 67 år og eldre. Sandnes sammenlignet med ASSS<sup>27</sup>**

<sup>27</sup> 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.



Nedgangen i andelen eldre brukere ser altså ikke ut til å påvirke pleietyngden i nevneværdig grad, i alle fall ikke negativt. En nærliggende tanke er at denne utviklingen skyldes strengere prioritering over tid, og at et smalere nåløye vil føre til at kun de skrøpeligste, de med størst bistandsbehov, er de som slipper inn i tjenesten.

Tallene indikerer ikke en slik utvikling. Faktisk er det slik at pleietyngden er blitt litt lavere siden 2010, både i Sandnes og i Stavanger. Det er i tråd med en forventet utvikling om det satses mer aktivt på forebygging og rehabilitering i pleie- og omsorgstjenestene.

### 2.6.3 GJENNOMSTRØMNING I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

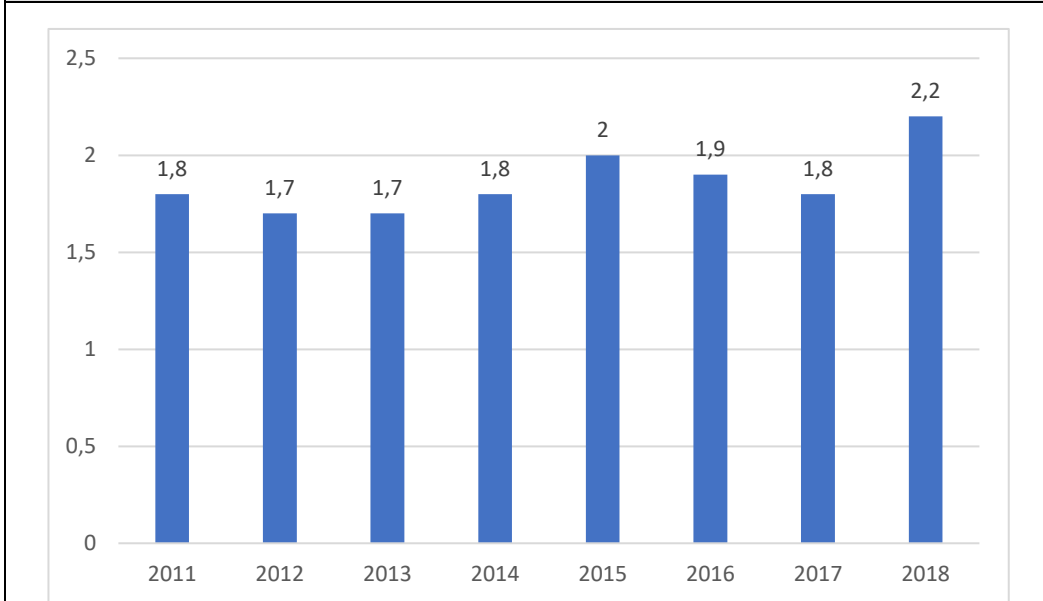
Pleie og omsorg har de siste årene endret karakter, i retning av mer kortvarig og spesialisert behandling og pleie. Mange brukere blir helt selvhjulpne, dvs. at pleiebehovet opphører helt fordi det satses mer på kortvarig hverdagsrehabilitering og andre tiltak.

Revisjonen mener gjennomstrømning av brukere i hjemmetjenestene er en styringsparameter kommunen bør se nærmere på i den videre styringen av pleie- og omsorgssektoren. Dette er en viktig styringsparameter innenfor korttids plassene, men foreløpig ikke innenfor hjemmetjenestene. En logisk konsekvens av større satsing på kortvarige tiltak for å gjøre eldre mer selvhjulpne, er at andelen eldre som går inn og ut av tjenesten øker.

- *Sandnes kommune bes vurdere å etablere en måleindikator i hjemmetjenesten som måler sirkulasjon av brukere inn og ut av tjenesten kontrollert for dødsfall.*

Virker de forebyggende og rehabiliterende tiltakene i hjemmetjenesten som de skal, kan behovet for sykehjems plass utsettes. I Stavanger har den gjennomsnittlige botiden for de som har langtidsopphold i sykehjem sunket fra 2,3 år i 2010 til 1,4 år i 2017. Her inngår også sykehjemsplasser for demente. Kortere botid vil føre til økt kapasitet.

Foreløpig ser vi ikke en nedgang i gjennomsnittlig liggetid på sykehjem i Sandnes, jf. neste figur. I perioden 2011-2018 har liggetiden variert mellom 1,7 år og 2,2 år. Det er noe høyere enn det nivået Stavanger har ligget på de siste tre årene.

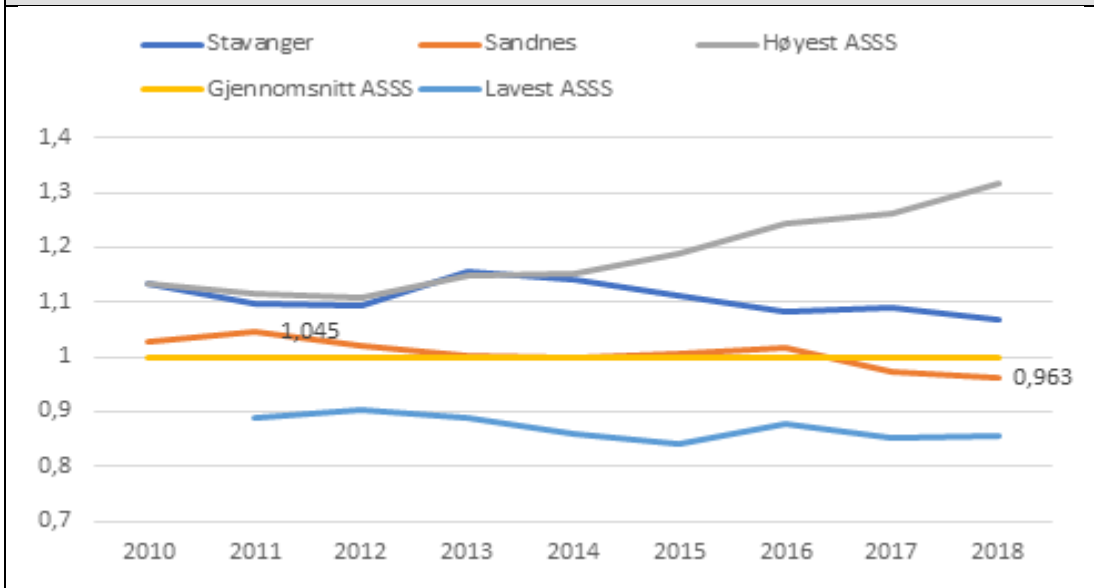
**Figur 24 – Gjennomsnittlig liggetid på sykehjemmene i Sandnes.<sup>28</sup>**

#### 2.6.4 ØKONOMISKE MÅLEINDIKATORER

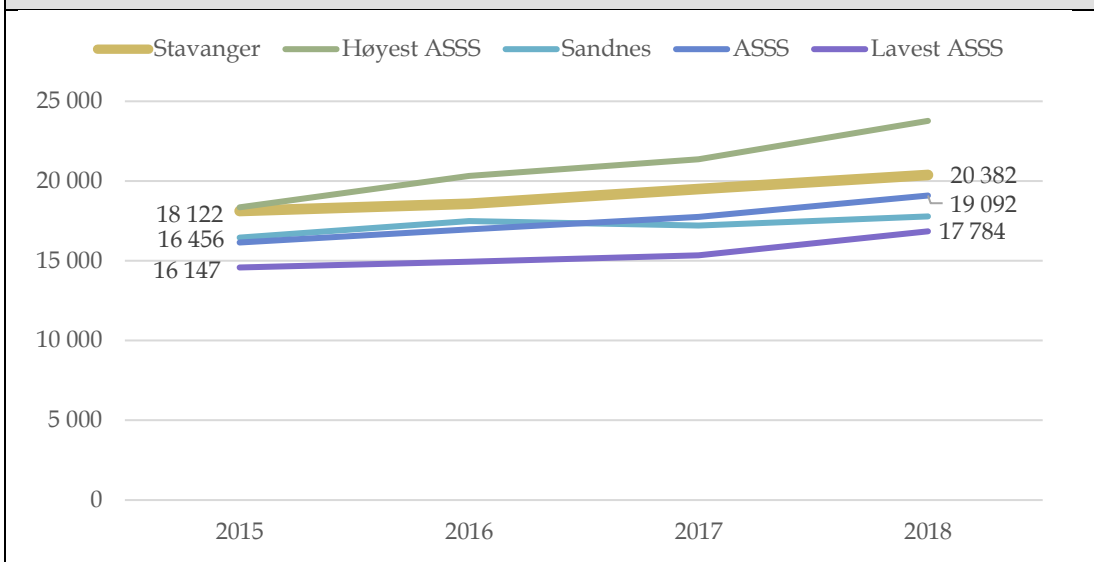
Økt satsing på forebygging og rehabilitering krever økonomisk innsats på kort sikt for å kunne høste økonomiske gevinster på lang sikt. Investeringer i eksempelvis elektroniske medisindispensere, eller gjennomføring av kortvarige hverdagsrehabiliteringstiltak, krever ressurser før det kan høstes fordeler økonomisk for kommunen.

I neste figur ser vi på ressursbruken i pleie og omsorg og det kommunene får ut av ressursene. Tallene er hentet fra ASSS-rapportene, og viser at Sandnes har hatt en positiv utvikling der ressursbruksindikatoren har beveget seg fra å ligge over gjennomsnittet for ASSS-kommunene til de siste to årene å ha ligget under snittet.

<sup>28</sup> Tallene er innhentet fra Sandnes kommune. Sandnes har til sammen 8 sykehjem, med Rundeskogen som det sist etablerte. I 2014 ble mange leiligheter i bofellesskap/bokollektiv gjort om til langtidsplass sykehjem og mange byttet til nesten langtid av den grunn. For øvrig skal tidsserien være sammenlignbar.

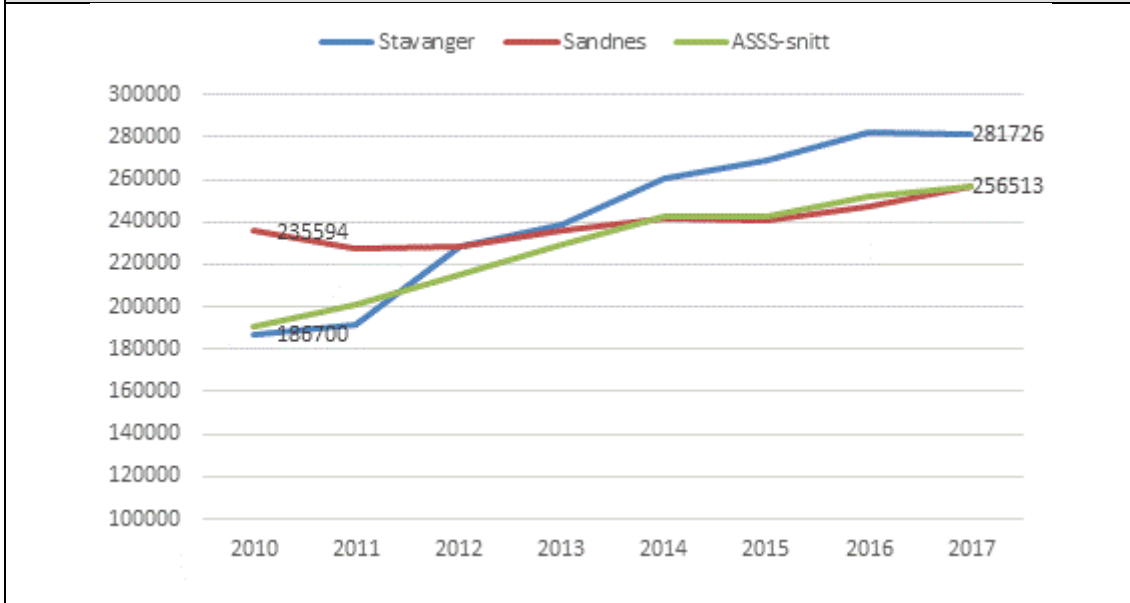
**Figur 25 – Ressursbruk i pleie og omsorg målt ved ASSS-ressursbruksindikatoren.<sup>29</sup>**

I neste tabell undersøker vi utviklingen i netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger, justert for behov. Fra 2015 til 2018 økte utgiftene per innbygger i Sandnes fra kr. 16 456,- til kr. 17 784,- i 2018, en økning på 8 prosent. I gjennomsnitt økte netto driftsutgifter i ASSS-kommunene med 18 prosent. Ingen av de øvrige ASSS-kommunene hadde en lavere vekst enn Sandnes i denne perioden.

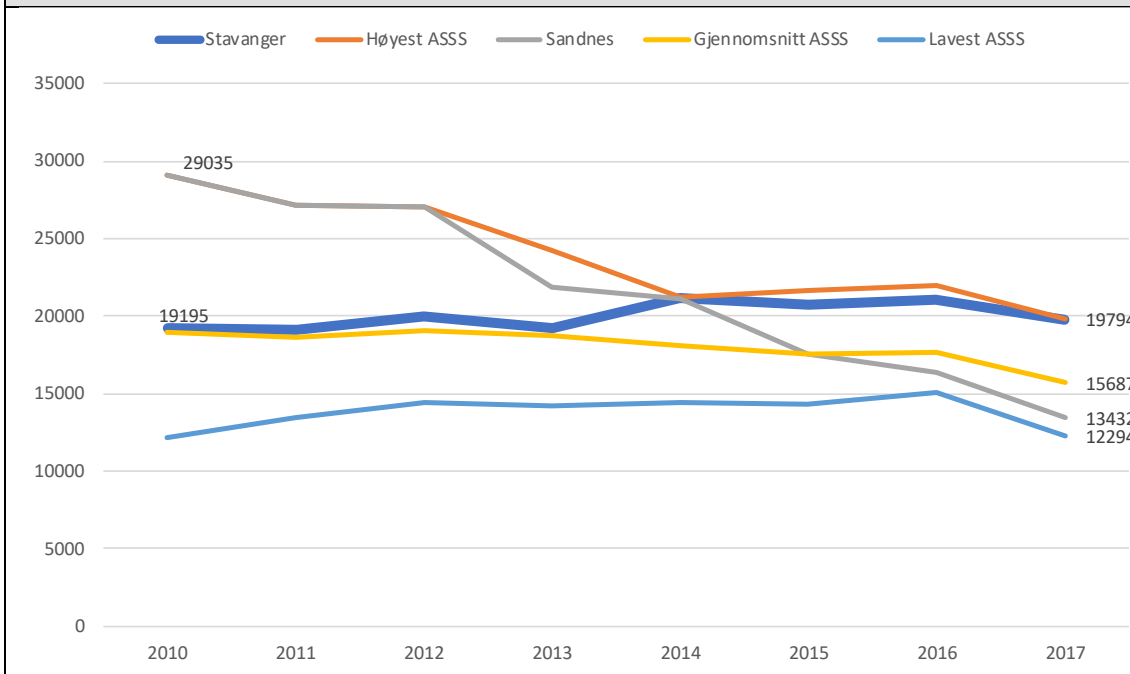
**Figur 26 – Netto driftsutgifter pleie og omsorg per innbygger, justert for behov. Kilde: Framsikt.**

Dernest har vi sett på utvikling i utgifter per hjemmetjenestebruker. I den første figuren er det ikke skilt mellom ulike aldersgrupper av mottakere. I både Sandnes, Stavanger og i gjennomsnittet for ASSS-kommunene har det vært en økning, men minst i Sandnes.

<sup>29</sup> Ressursbruksindikatoren viser hvor store ressurser (netto driftsutgifter) den enkelte kommune bruker på pleie og omsorg 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 vice versa. Ressursbruksindikatoren er utregnet av KS.

**Figur 27 – Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester<sup>30</sup>**

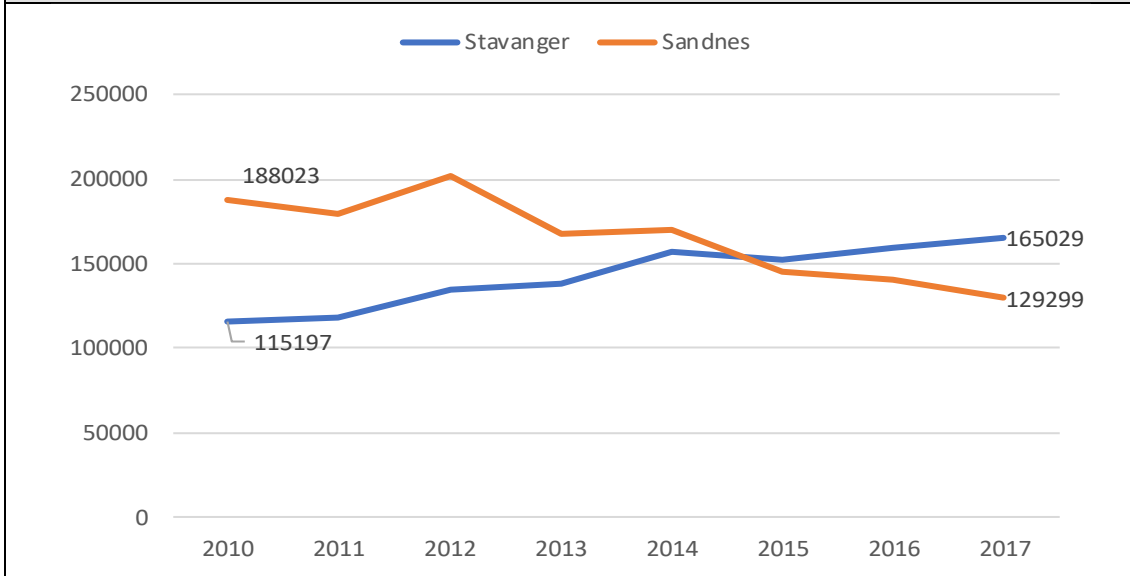
I neste figur er utgiftene til eldre 67 år og over skilt ut for seg. Den viser at Sandnes kommune har hatt den mest markante nedgangen i utgifter til hjemmetjenester til eldre 67 år og over. Sandnes ligger i 2017 nær den kommunen med lavest utgifter.

**Figur 28 - Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67 år og over per innbygger 67 år og over (kroner), Sandnes sammenlignet med ASSS<sup>31</sup>**

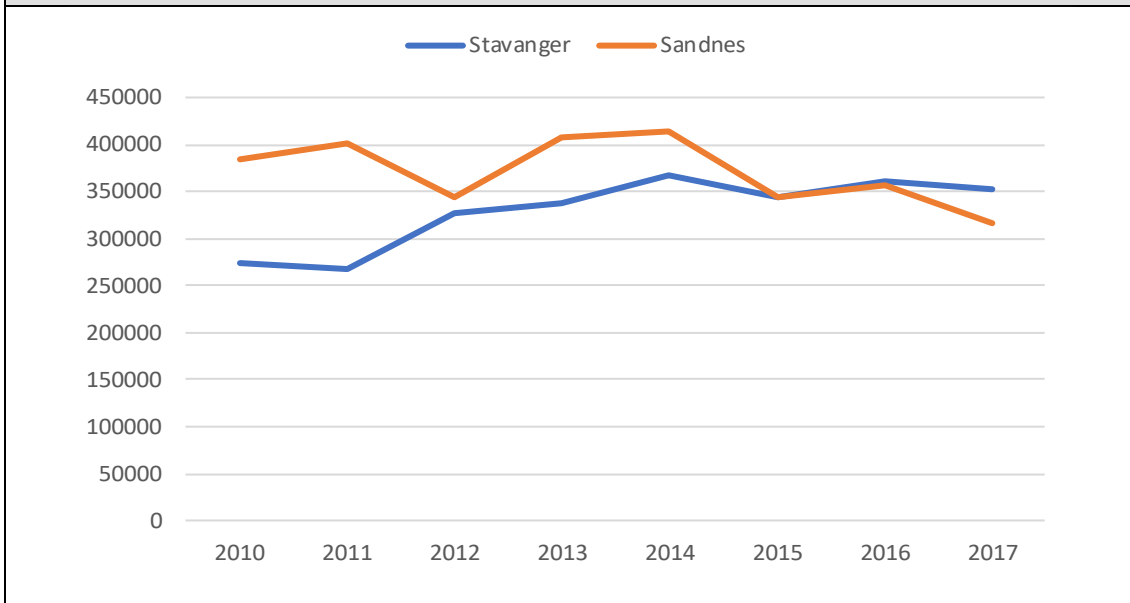
I figuren under ser vi nærmere på utgiftsutviklingen per hjemmetjenestemottaker i aldersgruppen 67 år og eldre. Vi ser en motsatt utvikling i Stavanger og Sandnes.

<sup>30</sup> Kilde for tall fra 2010 - 2016: KOSTRA. Tall for 2017 er hentet fra Framsikt, som henter sine tall fra KOSTRA.

<sup>31</sup> 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.

**Figur 29 – Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67 år og eldre, fordelt pr tjenstemottaker 67 år og eldre.<sup>32</sup>**

Bildet er tilsvarende for yngre hjemmetjenestebrukere, jf. figur på neste side.

**Figur 30 – Netto driftsutgifter hjemmetjeneste til innbyggere 0-66 år, fordelt pr tjenstemottaker 0-66 år.<sup>33</sup>**

## 2.6.5 SAMMENFATNING AV STATISTIKKEN

Vi har nedenfor oppsummert funn fra det statistiske tallmaterialet i rapporten:

- Fra 2009 til 2018 har eldrebefolkningen økt med 2120 personer, det vil si en økning på 36 prosent. Yngre eldre i alderen 67-79 har økt mest med 1912 personer. For innbyggere i kategorien 80+ har det vært en økning på 208 personer.

<sup>32</sup> Kilde: Siste års ASSS-rapporter.

<sup>33</sup> Kilde: Siste års ASSS-rapporter.

- Befolkningsprognosen fram mot 2033 viser fortsatt vekst i andelen yngre eldre. Den mest markante endringen er imidlertid veksten i 80- og 90-åringer fra 2023.
- Over tid har andelen av kommunens samlede driftsutgifter som går til pleie og omsorg gått litt ned. I 2010 ble 32 prosent av Sandnes kommunes samlede driftsutgifter brukt på pleie og omsorg. I 2016 var andelen sunket til 26.2 prosent. Reduksjonen har skjedd i en periode med vekst i eldrebefolkningen.
- Nesten 2 av 3 kroner i pleie- og omsorg i Sandnes har gått til hjemmetjenestene. I 2010 gikk 60 prosent til hjemmetjenestene mens 31 prosent gikk til institusjonstjenestene. I 2018 var andelene omtrent de samme som i 2010.
- Sandnes har flere eldre mellom 80-89 år som klarer seg selv enn det vi finner i nabobyen Stavanger og sammenlignet med snittet for de 10 ASSS-kommunene. I Sandnes er andelen som klarer seg selv økt fra 45 prosent i 2009 til 56 prosent i 2017. Også i aldersgruppa 67-79 år ligger Sandnes bra an ved sammenligning.
- Stadig færre eldre mottar hjemmetjenester av innbyggere 80 år og over, både i Stavanger og Sandnes, men nedgangen er fra 2010 størst i Sandnes
- Antall mottakere av praktisk bistand går nedover i alle årsklasser 67 år og over.
- Det gjennomsnittlige bistandsbehovet blant eldre brukere er lavest i Sandnes sammenlignet med ASSS-kommunene, sammen med Stavanger, selv om forskjellene i storbynettverket ikke er spesielt store.
- Sandnes har hatt en positiv utvikling i ressursbruken innenfor pleie- og omsorgstjenestene der ressursbruksindikatoren for Sandnes har beveget seg fra å ligge over snittet for ASSS-kommunene, til de siste to årene å ha ligget under snittet.
- Utgiftene til pleie og omsorg per innbygger øker moderat i Sandnes. Fra 2015 til 2018 økte utgiftene per innbygger i Sandnes fra kr. 16 456,- til kr. 17 784,-, en økning på 8 prosent. I snitt økte utgiftene i ASSS-kommunene med 18 prosent. Ingen av ASSS-kommunene hadde en lavere vekst enn Sandnes.
- Sandnes kommune har hatt en klar nedgang i utgifter til hjemmetjenester til eldre om vi fordeler utgiftene på alle innbyggere 67 år og over. De har sammenheng med at en lavere andel av de eldre mottar pleie og omsorg fra kommunen.
- Gjennomsnittlig antall timer til pleie i hjemmet kryper gradvis nedover - hver bruker får i 2017 i snitt mindre pleie enn det eldre gjorde i 2010.
- Sandnes kommune har hatt den mest markante nedgangen i utgifter til hjemmetjenester til eldre 67 år og over. Sandnes ligger i 2017 nær den ASSS-kommunen med lavest utgifter til hjemmetjenester til eldre 67 år og eldre.

Hovedbildet som avtegner seg i det statistiske tallmaterialet er positivt for Sandnes sin del. De siste 10 årene har Sandnes opplevd vekst i eldrebefolkningen, uten at det foreløpig har vært nødvendig å omprioritere mer ressurser til pleie og omsorg.

Innslagspunktet for når eldre behøver hjelp av kommunen er skjøvet lengre ut i tid, mens satsingen på forebygging og rehabilitering har økt. Utviklingen i bistandsbehovet til de som kommer gjennom nåløyen og får innvilget tjenester, er stabilt eller svakt synkende. Denne utviklingen tyder ikke på at brukerne blir stadig skrøpeligere. Snarere kan det tyde på at forebygging og rehabilitering gjør at brukernes egenmestringspotensiale mer

effektivt tas ut i dag enn tidligere. Utgiftene til hjemmetjenesten til eldre viser en synkende tendens over tid, og går mer markert ned enn i ASSS-kommunene.

Årsakene til denne utviklingen er sammensatt. En friskere eldrebefolkning som tar med seg flere sosioøkonomiske ressurser inn i alderdommen er en forklaring. Sandnes har også en strammere kommuneøkonomi enn snittet av norske kommuner. I pleie og omsorg betyr det at terskelen for å få hjelp i noen tilfeller vil være høyere i Sandnes enn i kommuner med flere økonomiske ressurser. Satsingen på hverdagsrehabilitering og en mer mestringsorientert hjemmesykepleie bidrar også positivt, men det er vanskelig å isolere denne effekten fra andre årsaksfaktorer. Som vi har sett i rapporten, har Sandnes fortsatt et potensiale for å ta ut mer gjennom styrket satsing på hverdagsmestring.

# VEDLEGG



## Om forvaltningsrevisjon

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

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

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

Denne rapporten er utarbeidet av senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal og kvalitetssikret av senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg. Revisjonsdirektør og oppdragsleder Rune Haukaas har gjennomgått rapporten.

## Revisjonskriterier

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

## Metode

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

### Intervjuer:

#### Ledelse og fagstab Helse og velferd

Selvikvåg, Elin, direktør Helse og velferd.

Otto, Frode, fagleder, stab Helse og velferd.

Vos, Trine Pernille Langøen, rådgiver velferdsteknologi, stab Helse og velferd.

#### Hverdagsrehabiliteringsteamet

Torbergson, Tina B., avdelingsleder, Hverdagsrehabiliteringsteamet.

Aarsland, Mette Nilsen, ergoterapeut, Hverdagsrehabiliteringsteamet.

Hoff, Katrine, fysioterapeut, Hverdagsrehabiliteringsteamet.

Olav Johnsson, fysioterapeut, Hverdagsrehabiliteringsteamet.

Sundli, Unni B. fagarbeider, Hverdagsrehabiliteringsteamet.

#### Ledelse – enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR)

Stavheim, Bjørn, virksomhetsleder Enhet for hjemmesykepleie og rehabilitering.

Rød, Toril, assisterende sjef, Enhet for hjemmesykepleie og rehabilitering.

#### Tildelingskontoret

Hagen, Anne, fagleder, tildelingskontoret.

Vignes, Gunn, virksomhetsleder, samordningsenheten.

Solbjørg, Lene, konsulent tildelingskontoret.

Anda, Merete Ingebrigtsen, konsulent tildelingskontoret.

### **SHS kort- og etterbehandling**

Hagen, Signe, avdelingsleder, SHS kort- og etterbehandling.

### **Frisklivssentralen**

Øvrebø, Anja, leder av Frisklivssentralen.

### **EHR – sone Åse A**

Aune, Ann Helen, soneleder hjemmetjenesten sone Åse A.

Høines, Silje vernepleier sone Åse A.

Larsen, Signe, hjelpepleier sone Åse A.

Kjellsen, Kristina, sykepleier, sone Åse A.

Bjordal, Camilla Snørteland, helsefagarbeider, sone Åse B.

### **EHR – sone Lura A**

Djuvsland, Gørill Turøy, soneleder EHR sone Lura A.

Torvanger, Astrid, sykepleier 1, EHR sone Lura A.

Skjørestad, Helene, sykepleier 1, EHR sone Lura A.

Mauland, Kjellrunn, hjemmetrener, EHR sone Lura A.

Oftedal, Bjørg Helene, hjelpepleier, EHR sone Lura A.

### **EHR - sone Austrått A**

Dirdal, Liv Siri B., soneleder EHR Austrått sone A.

Pettersen, Marit, hjelpepleier, EHR Austrått sone A.

Helgeland, Kjellaug, hjelpepleier, EHR Austrått sone A.

### **EHR – sone Trones B**

Turøy, Gro Alice, soneleder EHR Trones, sone B.

### **Trones bolig- og eldresenter**

Ulvestad, Vivian, leder, Trones bolig- og eldresenter.

### **Enhet for fysio- og ergoterapitjenester**

Block Wathne, Ragna, virksomhetsleder, fysio- og ergoterapitjenestene.

Husebø Lenning, Inger Lise, avdelingsleder fysio og ergo, voksne.

### **Skriftlig materiale:**

Strategi for frivillighet på levekårsområdet 2015-2020 – statusorientering november 2016

Gevinstrealiseringsrapport - implementering av elektroniske medisindispensere

Evalueringer av hverdagsrehabilitering basert på spørreskjema i perioden 2015-2018.

Samarbeidspunkter mellom tildelingskontoret og hjemmetjenestesonene ifm. utskrivningsklare pasienter

Rutiner for samhandling mellom Omsorg og tildelingskontoret.

Organisasjonskart for ulike tjenester viktige for forebygging og rehabilitering.

Omsorgsplan 2017-2030 – Romslig, modig og sunn.

Omsorgsplan 2012-2030 – Den gode og aktive omsorg.  
Omsorgsplan 2012-2030 – statusrapport 2015.  
Omsorgsplan 2012-2030 – statusrapport 2016.  
ASSS-rapporter for 2010-2017.  
Statistikk fra KOSTRA og Framsikt.  
Hverdagsrehabilitering – utvikling og status 2016.  
Hverdagsrehabilitering – tilbakemelding fra deltakere 1. og 2. kvartal 2016.  
Strategi for velferdsteknologi 2015-2020.  
Resultatvurdering levekår 2015.  
Brukerundersøkelse og spørreskjema – fysio- og ergoterapienheten 2015.  
Brukerundersøkelse og spørreundersøkelse-hjemmetjenestene 2015.  
Resultatvurdering Omsorg nord – 2017.  
Resultatvurdering Omsorg vest – 2017.  
Resultatvurdering levekår 2015.  
Resultatvurdering levekår 2016.  
Resultatvurdering levekår 2017.  
Resultatvurdering fysio- og ergoterapienheten 2017.  
Resultatvurdering Samordningsenheten 2017.  
Saksframlegg – sak om omorganisering av omsorgstjenestene.  
Statusrapportering 2016 – strategiplan for velferdsteknologi.  
Statusrapportering 2018 – strategiplan for velferdsteknologi.  
Virksomhetsplan fysio- og ergoterapitjenesten 2017-2020.  
Vedtak helse og sosialutvalget 2018 – sak om omorganisering av pleie og omsorg.



**Rogaland Revisjon IKS**

Lagårdsveien 78  
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00  
Faks 51 84 47 99

**[www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no)**