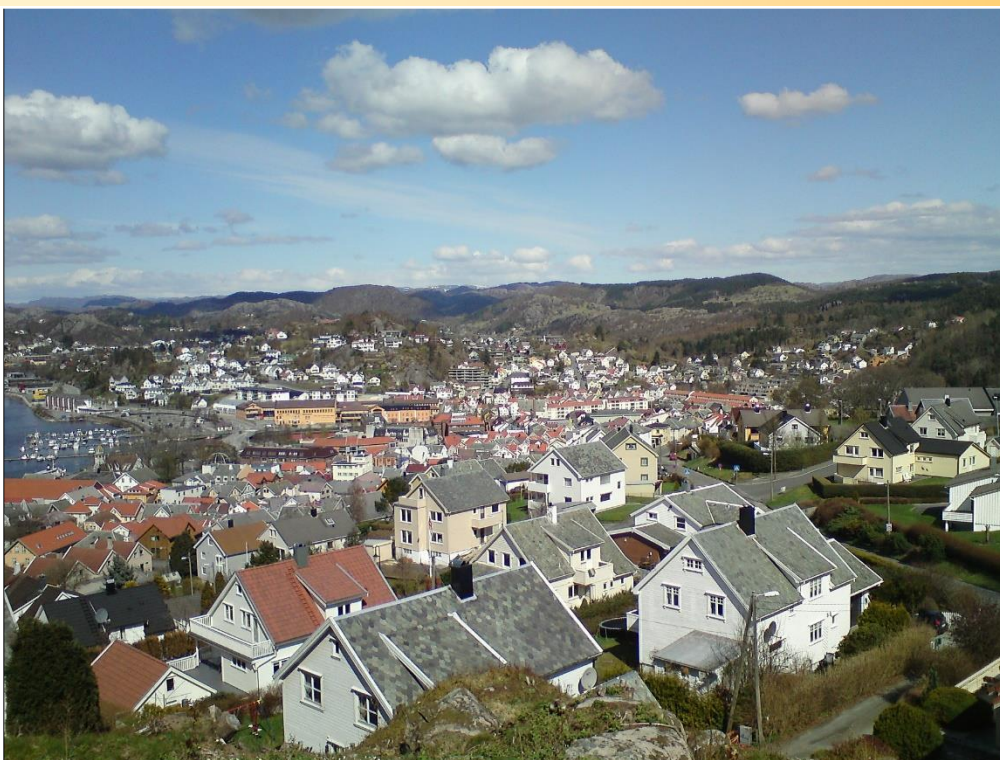


FORVALTNINGSREVISJON AV

KVALITET I ELDREOMSORGEN



EIGERSUND KOMMUNE -
MAI 2019

INNHOOLD

Innhold	3
Sammendrag	4
Rådmannens kommentar	10
Rapporten	11
1 Innledning	12
1.1 Formål og problemstillinger	12
1.2 Revisjonskriterier og metode.....	13
2 Faktabeskrivelse.....	16
2.1 Innledning.....	16
2.2 Status for de viktigste forebyggende og helsefremmende tiltakene	16
2.3 Tilrettelegging for å virkeliggjøre kommunens mål.....	35
2.4 Forhold som kan svekke implementeringen av kommunens mål.....	41
2.5 Resultater.....	45
2.6 Synes brukere og pårørende at hverdagsmestring er en god ide?	57
2.7 Muligheter.....	62
Vedlegg	64

SAMMENDRAG

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hva slags betydning forebygging og helsefremming har hatt for eldre innbyggere/brukere i Eigersund. Vi har undersøkt hvor godt denne satsingen er implementert ute i tjenestene blant ansatte, og om brukerne har høstet kvalitetsmessige gevinster.

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i Eigersund kommunes mål om å styrke den enkeltes evne til og mestre dagliglivet uavhengig hvor man bor. 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 brukeren ikke klarer selv.

Hovedinntrykk: Eigersund har lyktes i dette arbeidet og hverdagsmestringen begynner å bli godt forankret i hjemmesykepleien, både som grunntanke og arbeidsform.

Hverdagsrehabilitering (HVR) handler om tidlig innsats, dvs. å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. HVR innebærer å gi et skreddersydd «*ytelsessjokk*» i form av fysisk trening eller opplæring. HVR-teamet i Eigersund ble etablert i 2013, og er organisert som en egen virksomhet under kommunalsjef for Helse og omsorg. Gjennomgangen vår tyder på at hverdagsrehabiliteringsteamet har fungert som en spydspiss i arbeidet med egenmestring og hjelp til selvhjelp i Eigersund kommune.

Fra 2014 til 2018 har antallet brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering økt med 120 prosent. I 2018 hadde Eigersund en svært høy andel brukere med hverdagsrehabilitering, sammenlignet med andre kommuner ([se faktadel](#)). Tallene våre tyder også på at HVR-teamet har en veldig høy produktivitet, dvs. mange brukere per årsverk.

Effekt. Hverdagsrehabiliteringen gir positive effekter i form av mindre behov for hjemmesykepleie. Både i 2017 og 2018 er det en betydelig reduksjon i antallet timer til hjemmesykepleie, etter gjennomført hverdagsrehabilitering (20-25 %). I tillegg kommer brukerne som ikke hadde hjemmesykepleie fra før, men som hadde behov for opptrening etter funksjonsfall. I 2018 utgjorde dette nesten halvparten av brukerne. Tallene viser at det kun er mellom 10 og 15 % av disse brukerne som mottok hjemmesykepleie etter hverdagsrehabiliteringen. Denne gevinsten kommer altså i tillegg til den faktiske nedgangen i hjemmesykepleie for gruppen som hadde hjemmesykepleie før opptreningen startet.

Det er imidlertid vanskelig å måle effekten av hverdagsrehabiliteringen for de som ikke hadde hjemmesykepleie fra før, fordi man ikke vet hva som ville skjedd med disse brukerne dersom kommunen ikke hadde gjennomført HVR. Intervjuene tyder på at HVR

ofte erstatter hjemmesykepleie eller et korttidsopphold for disse brukerne. I noen tilfeller reduseres lengden på korttidsoppholdet mot at de får oppfølging fra HVR-teamet hjemme i egen bolig.

Kompetanseheving og samarbeid. Selv om hverdagsrehabilitering har vært organisert som en egen enhet i Eigersund, har det vært en betydelig kunnskaps- og erfaringsutveksling med hjemmetjenesten. Eksempelvis kan ansatte i andre enheter innen Helse og omsorg hospitere hos HVR-teamet hver mandag, og HVR-teamet hospiterer også i hjemmetjenesten. Det er også en betydelig overlapping mellom HVR-teamet og hjemmesykepleien ifm. oppfølgingen av enkeltbrukere og jevnlig felles møter, både på leder- og medarbeidernivå. Hjemmetjenesten henviser dessuten de aller fleste nye pasienter til HVR-teamet, og det skal være gode grunner for at de ikke gjør det. Det finnes i tillegg en hel rekke andre tiltak som fordrer samarbeid og som knytter de ulike virksomhetene sammen (ikke bare hjemmetjenestene). Dette skaper god grobunn for kompetanseheving og bidrar til å sikre at tankegodset fra hverdagsrehabiliteringen når ut i hjemmetjenestedistriktene. Men det er en gjensidighet her. Gjennom det tette samarbeidet blir også HVR-teamet mer oppmerksomme på de utfordringene hjemmesykepleien står i, ute hos brukerne.

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som tar utgangspunkt i brukerens ressurser, og vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukeren skal støttes og veiledes til å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Brukere som har mulighet til å mestre aktiviteter selv skal få opplæring, trening og tilrettelegging, i stedet for hjelp som passiviserer og fratrukker brukerne evnen til egenomsorg.

Gjennomgangen tyder på at denne tankegangen og handlemåten gjennomsyrrer hjemmetjenesten. Tankegangen ser også ut til å være godt forankret i andre helse- og omsorgstjenester.

For hjemmetjenestene gir denne endrede handlemåten seg utslag i stadig flere tidsbegrensede vedtak. Disse vedtakene har klare likhetstrekk med HVR-vedtakene. Det betyr at det sentrale siktemålet også her er at brukerne skal læres opp til å mestre aktiviteten selv. Det gis flere eksempler på at man i hjemmesykepleien tidligere gikk i den såkalte «hjelpefeller», dvs. at man utførte oppgaver for brukeren som brukeren fint kunne lært å utføre selv. Flere gir uttrykk for at dette både var en dyr og en kvalitativt dårlig løsning, selv om det kunne oppleves som godt for brukeren i øyeblikket.

Det ser ut til at hjemmetjenesten de siste årene har endret karakter, i retning av mer kortvarig og spesialisert behandling og pleie. Det betyr at gjennomstrømming av pasienter er blitt en stadig mer sentral del av hjemmetjenestens virkelighet. Det ser også ut til at pleierne har fått en annen rolle overfor mange pasienter. I stadig større grad fremstår de mer som en mentor eller lærer som skal hjelpe pasientene i å mestre oppgavene selv.

Ordinær hjemmesykepleie. Det er fremdeles slik at de fleste hjemmetjenestebrukerne ikke har tidsbegrensning. Både i Eigersund og de andre undersøkte kommunene, pekes det på at det ikke er realistisk at alle pasientene skal bli selvhjulpne, noen har store behov og noen har behov for å få hjelp til bestemte oppgaver.

Men gjennomgangen vår tyder på at hverdagsmestringstankegangen også har funnet veien inn i de ordinære hjemmesykepleievedtakene. I den nye tjenestebeskrivelsen for hjemmesykepleie har man fremhevet at tjenesten skal bidra med opplæring og rehabilitering, og til at brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne og bo lengst mulig i eget hjem. Pleierne ser også ut til å være langt mer oppmerksomme på brukerens ressurser ifm. tjenesteutførelsen. Intervjuene tyder dessuten på at pleierne er blitt flinkere til å trappe ned og avvikle hjelp, når det ikke lenger er behov for det. Overfor nye brukere mener de at de er blitt mer bevisste på å ikke gi for mye hjelp, uten først å forsøke å motivere pasienten til å klare mest mulig selv. Samtidig ser vi at det er visse individuelle forskjeller i tjenesteutførelsen, og at enkelte pleiere overtar oppgavene for bruker, i stedet for å legge til rette for at bruker skal kunne mestre dette selv.

Velferdsteknologi. Det er få velferdsteknologier som per i dag har fått noe stort omfang i Eigersund, med unntak av trygghetsalarmer. I likhet med flere andre kommuner, går det nokså sakte med implementeringen av andre typer velferdsteknologier. Men utrolling av digitale medisindispensere og digital aktivitetsmedisin er på trappene. Flere teknologiske løsninger skal etter hvert tas i bruk, men det ser ut til å ta tid å teste ut nye teknologier.

Ernæring. Eigersund har etter vår vurdering et godt system for å følge opp brukere med ernæringsmessig risiko, og ernæring er for denne brukergruppen et helt sentralt helsefremmende tiltak - blant annet for å sikre best mulig forutsetninger for egenmestring.

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

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

Flere av de vi har intervjuet forteller at det noen ganger er et misforhold mellom det brukerne og det deres pårørende ønsker. Pasienten vil ofte klare mer på egen hånd. Noen ganger gir pårørende beskjed til bruker om at de ikke må vise pleierne hva de klarer.

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

For kommunen blir det fremover viktig å arbeide med å justere folks forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringene av innholdet i tjenesten.

Selv om det finnes pårørende som har urealistiske forventninger til hjemmetjenesten, er det også de som tar svært mye ansvar selv, som utfører krevende omsorgsoppgaver, og som trenger å avlastes. Pårørendeundersøkelsen viser at mange pårørende legger ned en stor arbeidsinnsats og utfører en rekke oppgaver på vegne av sine kjære, både av praktisk og sosial art.

Målrealisering. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad kommunen har klart å realisere målet om at flere kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig? Vi finner flere indikasjoner på dette. For det første ser det ut til at stadig flere innbyggere klarer seg selv uten pleie- og omsorgstjenester.

Det har også vært en klar nedgang i mottakere av hjemmetjenester de siste årene, og en betydelig andel av brukerne avslutter hjemmesykepleien, og klarer seg på egen hånd, uten hjelp, etterpå.

Gjennomgangen tyder på at nedgangen har sammenheng med den økte satsingen på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Men det er vanskelig å si hvor mye dette slår ut og hvor mye som skyldes andre forhold, for eksempel en generelt friskere befolkning.

Våre data tyder imidlertid på at kommunen ikke har tatt ut hele egenmestringspotensialet i hjemmetjenesten. Dekningen av hjemmetjenester er fremdeles høy, og selv om dette delvis skyldes lav sykehjemsdekning i Eigersund, er det relativt sett færre eldre som klarer seg *uten* pleie og omsorgstjenester i Eigersund enn i flere andre kommuner.

De er også mulig at kommunen har «*noe å gå på*» mht. omfanget på pleie- og omsorgstjenestene for eldre brukere, men vi er mer usikre her. Eigersund tildeler i snitt tre ganger så mange hjemmesykepleietimer til de over 67 år, sammenlignet med de tre Jær-kommunene. Mye av dette kan forklares med en betydelig lavere institusjonsdekning i Eigersund, og at hjemmetjenestene må håndtere flere brukere med store behov. Men vi er usikre på om dette forklarer hele forskjellen mellom kommunene.

Utgifter. Tallene for 2018 viser at Eigersund har litt lavere utgifter til pleie og omsorg, sammenlignet med kommunegruppe 10 og Jær-kommunene. Eigersund bruker mindre enn de andre til institusjonsplasser og mer til hjemmebaserte tjenester.

Utgiftene per hjemmetjenestemottaker har gått ned fra 2012 til 2017, men ligger i 2017 betydelig over de andre kommunene (foreligger ikke tall for 2018).

Kort sagt viser utviklingen langs de fleste overordnede måleindikatorer en positiv utvikling. Samtidig tyder gjennomgangen på at potensialet i Eigersund ikke fullt ut er tatt ut. Derfor er det etter vår vurdering viktig å holde oppe «trykket» og entusiasmen rundt arbeidet med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

Tilrettelegging. På flere områder er det godt tilrettelagt for å virkeliggjøre kommunens mål. Eigersund har for det første et hjemmetjenestebasert helse- og omsorgstilbud, dvs. få institusjonsplasser, og dermed hoveddelen av ressursinnsatsen rettet mot hjemmetjenestene. For det andre ble hjemmetjenesten omorganisert i 2015. Selv om det var en del motstand mot prosessen og i starten, tyder gjennomgangen vår på at sluttresultatet har blitt bra og ført til en bedre samlet kompetanseutnyttelse. For det tredje har målet blitt fulgt opp med betydelig kompetanseheving og tette samarbeidsrelasjoner, noe som har bidratt til at hverdagsmestring er godt forankret i hjemmesykepleien.

Hindringer. Dataene tyder likevel på at det er enkelte forhold/hindre den enkelte pleier står overfor i hverdagen som kan svekke implementeringen av satsingen, eller som kan bidra til dette. Dette går vi nærmere inn på i [faktadelen](#), hvor vi også diskuterer løsninger på disse utfordringene.

Muligheter. Befolkningsprognosen for Eigersund understreker etter vår vurdering viktigheten av å satse på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Litt frem tid vil det komme en kraftig økning i antall innbyggere mellom 80-89, som rent aldersmessig kanskje vil kunne betraktes som kjernegruppen for satsingen. Økningen vil selvsagt kunne utfordre helse- og omsorgstjenestene, men fremfor alt vil den kunne gi kommunen muligheter til å styrke egenmestringstankegangen ytterligere, slik at et mindretall av innbyggerne glir inn i rollen som langtidsbrukere av pleie- og omsorgstjenester.

ANBEFALINGER

- **Vi anbefaler** kommunen å ta stilling til hvordan man skal håndtere en eventuell vekst i hverdagsrehabiliteringsbrukere i årene fremover

Det har så langt vært en sterk vekst av brukere som mottar hverdagsrehabilitering. Det er vanskelig å si om vekstpotensialet for dette tiltaket er tatt ut, men mye tyder på at det fremdeles er et potensial for vekst. Samtidig ser det ut til at HVR-teamet per i dag ikke har kapasitet til å håndtere en ytterligere økning i antall brukere.

En potensiell vekst kan håndteres på ulike måter. Ressursøkning for HVR-teamet er én mulighet. En annen mulighet er å overlate flere opptreningsoppgaver til hjemmetjenesten. En tredje mulighet er at fysio- og ergoterapitjenesten blir koblet sterkere inn i dette arbeidet. Så langt ser det ut til at denne tjenesten har vært «litt på siden» av kommunens

arbeid med hverdagsmestring, i likhet med andre kommuner vi har undersøkt. I Karmøy som ikke har hatt et eget HVR-team, har eksempelvis fysio-og ergoterapitjenesten vært sentral i opplæringen av hjemmetjenesten¹. Endelig kan man tenke seg en kombinasjon av disse løsningene. Dette blir opp til kommunen å vurdere.

- **Vi anbefaler** kommunen å arbeide med å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringene av tjenesteinnholdet.

Dette kan gjøres på flere måter, både i form av mer utadrettet virksomhet og i møte med bruker og pårørende. I forhold til det siste momentet blir det i intervjuene pekt på at hjemmesykepleien ikke er så gode på å inkludere brukere og (kanskje spesielt) pårørende i pleieplanen. En bedre inkludering av brukere og pårørende i pleieplanen vil gi dem et sterkere eierskap til denne og også en økt bevissthet omkring hvordan hjemmetjenesten jobber. Kommunen bør også vurdere å tidfeste (fra og til-dato) de tidsbegrensede vedtakene på vedtakstidspunktet. Dette gjøres ikke i dag, men vil kunne bidra til en bedre felles forståelse om at hjelpen er for en kort periode og at målet er egenmestring.

- **Vi anbefaler** kommunen å jobbe for å fjerne eller redusere de hindringene som bidrar til å svekke målet om egenmestring og hjelp til selvhjelp.

Kommunen bør spesielt se på dagens praksis knyttet til medisinbehandling, sårbehandling og e-meldinger.

- **Vi anbefaler** kommunen å utvikle styringsindikatorer som bedre reflekterer kommunens mål om egenmestring og som fanger opp hjemmetjenestens nye rolle og arbeidsform.

Det vi mener er å sikre bedre styringsinformasjon som er mer egnet til å fange opp endringene innenfor hjemmesykepleien, som følge av økt fokus på egenmestring. Et eksempel her er å måle sirkulasjon av brukere i hjemmetjenesten, dvs. hvor mange skrives ut til eget hjem. Det vil også være mulig å måle hvor mange brukere med hjemmesykepleievedtak som avsluttes uten behov for hjelp eller med et redusert hjelpebehov. Det vil også kunne være mulig å beregne hvor stor andel av vedtakene som er tidsbegrensede og hva som er gjennomsnittlig vedtakslengde.

Denne type styringsdata vil kunne brukes politisk og administrativ, og være naturlig et utgangspunkt for refleksjon og fagutvikling i enhetene. Behovet for styringsinformasjon bør naturligvis vektes opp mot hvor enkelt det er å fremskaffe denne type data

¹ Sammen om en aktiv hverdag" - Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune - Erfaringer og refleksjoner fra et forskningssamarbeid, NOVA Rapport 17/2017: 52.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Datert 20.05.19:

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hva slags betydning forebygging og helsefremming har hatt for eldre innbyggere/brukere i Eigersund.

Eigersund kommune hadde i 2017 en gjennomgang av tjenester i Helse og Omsorg. (Devold-rapporten) I etterkant av denne har det blitt arbeidet systematisk med forbedringsarbeid.

Det vises i forvaltningsrapporten til prosjektet *Sammen om en aktiv hverdag*, der kommunen innførte Hverdagsrehabilitering.

Sett i lys av tidligere arbeid, anses forvaltningsrapporten som et svært nyttig dokument å arbeide videre med. Vi får en god og grundig gjennomgang og evaluering av vårt systematiske arbeid. Vi ønsker å bruke forvaltningsrevisjonen etter samme metodikk som vi har brukt Devold-rapporten. Forvaltningsrevisjonen blir en naturlig videreføring av forbedringsarbeidet i tjenesteområdet Helse og omsorg.

Helse og omsorg arbeider for tiden med utarbeidelse av ny strategiplan. Forvaltningsrevisjonen vil bli brukt inn i dette arbeidet. Vi får nyttig dokumentasjon på hvilke tiltak som har vist seg å ha positiv effekt. Samtidig får vi nyttige innspill til forbedringspunkter. På denne måten blir rapporten et godt arbeidsdokument for framtidig strategiarbeid. Det oppleves som nyttig for oss at rapporten også viser til andre kommuner. Da kan vi se på forbedringspunkter ut fra andres erfaringer.

Stortingsmelding nr. 15: *Leve hele livet*, er en kvalitetsreform for eldre. Forvaltningsrevisjonen vil også her være nyttig for oss i det videre arbeidet som landets kommuner er pålagt.

For oss er det nyttig å få presentert styringsdata på en god og oversiktlig måte. Rapporten gir gode vurderinger sett fra et overordnet ståsted, samtidig som den er nyttig som et arbeidsdokument i den enkelte enhet. Det innebærer at den vil bli brukt i avdelingsmøter samtidig som den har stor nytteverdi på strategisk nivå.

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

1.1.1 FORMÅL

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å undersøke hva slags betydning forebygging og helsefremming har for eldre innbyggere/brukere i Eigersund. Vi vil undersøke hvor godt denne satsingen på forebygging og helsefremming er implementert ute i tjenesten blant ansatte, og om brukerne har høstet kvalitetsmessige gevinster, i tråd med satsingens mål om å støtte de eldre til et aktivt liv der de klarer seg selv best mulig.

1.1.2 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?
 - I hvilken grad inngår ernæring som et helsefremmende tiltak?
- 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 Eigersund kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

1.2.1 INNLEDNING

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i Eigersund kommunes mål om å «styrke den enkeltes evne til og mestre dagliglivet uavhengig hvor man bor».²

Hverdagsmestring er et felles begrep og en felles strategi for alle tjenestene i levekår 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.

I **helse- og omsorgsplanen 2012-2017** er det vist til at det vil bli flere eldre i framtida, særlig i de øverste aldersgruppene, og at det derfor er viktig å lykkes med forebyggings-tiltak som påvirker eldre sitt framtidige behov for pleie- og omsorgstjenester. Eigersund kommune er i ferd med å revidere sin strategiplan for helse- og omsorgstjenestene.

I Eigersund er ressurser, mestring og deltakelse grunnprinsipper i det helsefremmende arbeidet. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal ha fokus på målrettet kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeid som skal fremme livskvalitet og egen mestring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester. En ny grunntanke skal etableres. Den enkelte brukers menneskelige ressurser må støttes, i stedet for å tilby kompenserende pleie. Dette krever en endring hos tjenestemottaker, pårørende og ansatte. Medvirkning er et suksesskriterium.

Ifølge Hagenutvalget skapes ikke omsorgskrisen av eldrebølgen: «*Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag. Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen fremtid mulig!*»³

Frem til rundt 2011-2012 var det en utbredt oppfatning i de fleste kommuner blant både brukere og tjenesteytere at tjenesten bestod av tilbud om oppgaveutføring og kompenserende hjelp, og ikke så mye *hjelp-til-seløshjelp* og oppgavemestring. For at hverdagsmestring skal ligge til grunn i all tjenesteyting, var det behov for en fokusendring både hos brukere og ansatte. Målet er å styrke den enkelte brukers tro på egen mestring, og unngå at brukeren føler eller gjør seg avhengig av hjelpeapparatet.

Det har betydning for hvordan omsorgstjenesten forholder seg til brukeren. Det sentrale spørsmålet i forhold til brukeren er: **Hva er viktig for deg? Og ikke Hva er problemet du trenger hjelp til?**

Den såkalte «hjelpefellen» 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.

² Jf. Rådmannens budsjettforslag for 2019 og økonomiplan for 2019-2022.

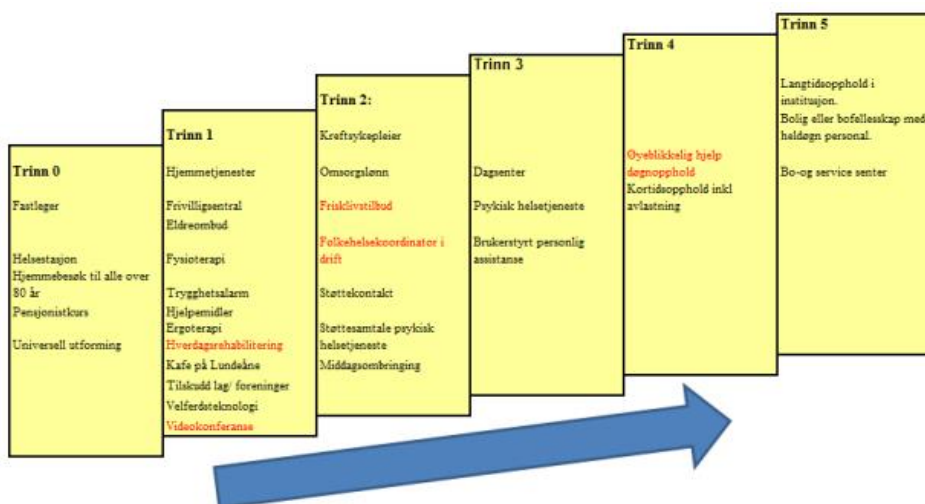
³ (Innovasjon i omsorg NOU 2011:11), gjengitt i Eigersund kommunes helse- og omsorgsplan, 2012-2017.

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.

I likhet med andre kommuner, er moderniseringen av helse- og omsorgstjenestene i Eigersund i en pågående endringsprosess. Moderniseringen er forankret i helse- og omsorgsplanen og i økonomiplanen. Parallelt pågår det utviklingsarbeid og innsats for å implementere omsorgsstrategien ute i tjenestene.

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 i arbeidet første halvår i 2019.

Omsorgstrappen i Eigersund viser trinnvis hvilke tjenester kommunen tilbyr – og hvordan forebygging er integrert i ulike trinn i trappen (jf. figur 1). I trinn 0 inngår eksempelvis hjemmebesøk til alle over 80 år. Trygghetsalarm, hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering er blant de forebyggende tiltakene i trinn 1, mens det øverste og siste trinnet er langtidsopphold på institusjon/heldøgnsbemannet bolig.



1.2.2 AVGRENSNING

Dette prosjektet vil undersøke hvordan egenmestringstankegangen er blitt implementert i de mest berørte tjenestene. Vi har valgt ut de to hjemmetjenestedistriktene, hverdagsrehabiliteringsteamet, fysio- og ergoterapitjenesten, dagsenteret og korttidsavdelingen. Vi avgrensner oss bort fra langtids sykehjem og bo og servicesenter med heldøgns omsorg, og retter i stedet oppmerksomheten mot enheter som befinner seg på trinn lenger nede i omsorgstrappen.

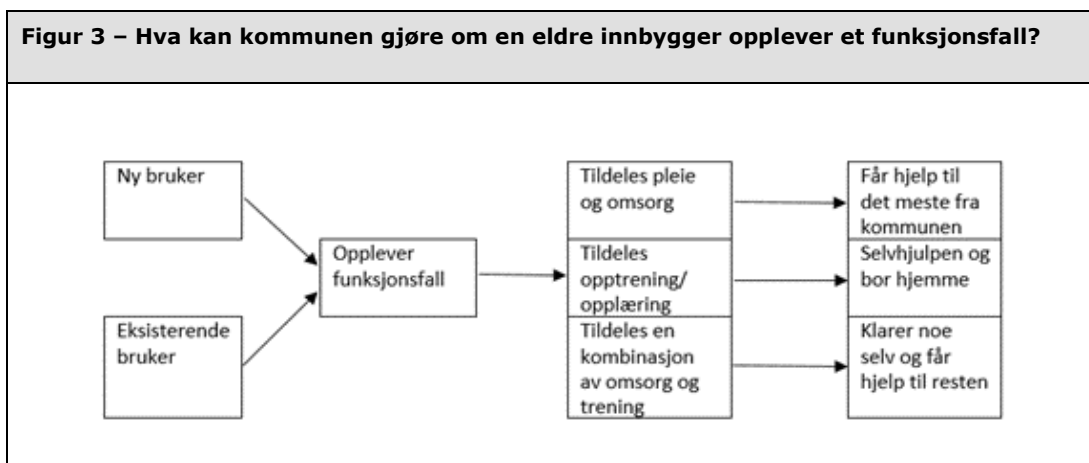
Syretesten på om kommunens forebyggingsambisjoner faktisk får effekt, er om den påvirker kvaliteten på de tjenester som ytes til brukerne. I en relativt stor organisasjon som Eigersund kommune, kan det være lang vei fra høye politiske ambisjoner om bedre og billigere tjenester, til brukere og ansattes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

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

Også dagsenteret utfører et viktig arbeid med tanke på forebygging av helsesvikt og isolasjon for eldre innbyggere. Videre er fysio- og ergoterapi viktige tjenester for å fremme og vedlikeholde god helse og funksjon gjennom forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. Velferdsteknologi og økt bruk av blant annet trygghetsalarmer skal bidra til at eldre kan bo hjemme lengre.

Alle tiltakene har til hensikt å støtte innbyggere til å ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig. Konkret betyr det et mål om at flere eldre skal klare seg uten pleie- og omsorgstjenester, eller med minst mulig tjenester. Tiden med funksjonssvikt vil derfor kunne bli forskjøvet lengre opp i alder. Mange av tiltakene i satsingen går ut på å gjøre det lettere for brukerne å leve med sykdom og/eller funksjonssvikt slik at de lengre kan bo hjemme.

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



Arbeidet med å vri berørte tjenester over i en mer helsefremmende og forebyggende retning er utfordrende, all den tid virkeliggjøring av denne satsingens mål krever **kompetanseheving, kulturendring og implementering av nye arbeidsmåter i etablerte tjenester. Samhandling på tvers er viktig for å kunne realisere positive gevinster for brukerne. Det er også viktig at de strukturelle forutsetningene for å lykkes er på plass.** Disse forholdene er det sentrale utgangspunktet for våre vurderinger.

Mer detaljer om prosjektets metode og datagrunnlag finnes i rapportens [vedlegg](#).

2 FAKTABESKRIVELSE

2.1 INNLEDNING

Før vi går nærmere inn på status for de viktigste forebyggende og helsefremmende tiltakene, illustrerer vi tjenesteområdet Helse- og omsorg, med et utvalg virksomheter. Disse utgjør ikke alle virksomhetene innenfor tjenesteområdet, men de som har vært involvert i denne gjennomgangen⁴. Virksomhet 2 vest er kommunens korttids- eller rehabiliteringsavdeling. Et fullstendig organisasjonskart for tjenesteområdet Helse og omsorg finnes [her](#).



KOMMENTAR TIL OMSORGSTRAPPEN

Vi går ikke nærmere inn på kommunens omsorgstrapp i denne gjennomgangen, men innledningsvis starter vi med å kommentere denne. Etter vår vurdering bør kommunen se nærmere på innholdet i de ulike trinnene. Inntrykket vårt er at trappen i all hovedsak er logisk oppbygd, men noen punkter bør justeres. Eksempler: Det er vanskelig å skjønne hvorfor frisklivstilbud og folkehelsekoordinator kommer på trinnet etter hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering. Eller hvorfor tilskudd til lag og foreninger, kafe og videokonferanse er på samme nivå som hjemmetjenester og HVR og fysio- og ergo. Eller hvorfor den psykiske helsetjenesten er plassert på trinn tre. Her er det kanskje mer hensiktsmessig å skille mellom somatiske og psykiske lidelser. Dersom Eigersund fremdeles vil bruke omsorgstrappen, bør man etter vår vurdering gjøre noen justeringer.

2.2 STATUS FOR DE VIKTIGSTE FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE TILTAKENE

2.2.1 INNLEDNING

I dette avsnittet går vi nærmere inne på hva som har vært de viktigste tiltakene for å nå målet om egenmestring og at folk skal bo hjemme lengst mulig.

På bakgrunn av forrige del har vi utledet følgende revisjonskriterier eller forventninger knyttet til dette arbeidet.

⁴ Bo- og servicesentrene er bare delvis representert, dvs. at vi har intervjuet leder for Kjerjanaset bo- og servicesenter, men først og fremst i egenskap av å være leder for dagsenteret der.

Forventninger knyttet til egenmestringsperspektivets forankring og utbredelse

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

Forventninger knyttet til effekt av tiltak

- Brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering eller kortere vedtak om hjelp til selvhjelp har mindre behov for tjenester etter gjennomført tiltak

Av plassmessige hensyn er våre vurderinger oppsummert i sammendraget.

2.2.2 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Fysio- og ergoterapitjenesten tilbyr fallforebyggende hjemmebesøk til de som fyller 80 år og som ikke har oppfølging fra andre enheter innen Helse og omsorg.

Her får bruker spørsmål om helse, nettverk osv. Brukers omgivelser blir også kartlagt. Det blir dessuten foretatt en screeningtest for brukerens fysiske funksjon. Bruker informeres om seniortrim, fallforebyggende grupper og hverdagsrehabilitering. Tall:

- I 2018 var det 70 personer som ble 80 år. Ti av disse hadde hjemmesykepleie fra før og det ble tilbudt fallforebyggende hjemmebesøk til 60 personer, hvorav elleve takket nei.
- Det ble totalt utført 47 slike besøk.

2.2.3 HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering (HVR) handler om tidlig innsats, dvs. å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester.

HVR skal bidra til at de som bor i eget hjem og har hatt et funksjonsfall, får veiledning og støtte til å gjenoppta hverdagslige aktiviteter og opplever en trygg og aktiv hverdag. HVR skal bidra til økt mestring slik at du kan bo hjemme så lenge som mulig.

ORGANISERING

Det er opp til kommunene hvordan man organiserer hverdagsrehabiliteringstilbudet. I Eigersund har man valgt en spesialisert modell for hverdagsrehabiliteringsteamet. Det vil si at det eksempelvis ikke har vært en integrert del av hjemmetjenesten, men organisert som en egen virksomhet under kommunalsjef (se organisasjonskart over). En viktig innsigelse mot en integrert modell var at det ville bli vanskelig å bygge opp kompetanse fordelt på fire ulike geografiske soner (som nå er redusert til to).

Selv om HVR-teamet formelt sett har en spesialisert modell skal vi se at teamet i praksis er ganske integrerte med hjemmetjenesten i form av tett samarbeid ifm. oppfølging av brukere. I tabellen under illustrerer hvordan tilbudet er organisert i Eigersund vs. nabokommunene. Vi ser at det er betydelige forskjeller. Enkelte kommuner, som Time og Sandnes har egne utvalgte hjemmetrenere i hjemmetjenesten. Det har man ikke i Eigersund. Som vi skal se har integrasjonen av HVR-teamet og HVR-tankegangen i hjemmetjenestene vært så omfattende at i prinsippet alle i hjemmesykepleien utfører hjemmetrening.

Tabell 1 – Organisering av hverdagsrehabiliteringstilbudet i flere kommuner⁵				
	Hå	Eigersund	Klepp	Time
Organisering	Under korttidsavd	Eget HVR-team	Under fysio- og ergo	Under hjemmetjenestene
Hjemmetrenere i hjemmetjenesten?	Nei	I prinsippet alle/stor grad av overlapp m HVR	Nei	Ja

De ansatte i HVR-teamet i Eigersund ser det som en stor fordel at de er organisert som en egen enhet, og ikke plassert under hjemmesykepleie eller Fysio- ergoterapi.

Hverdagsrehabiliteringsteamet (HVR) ble **etablert i 2013**. I prosjektperioden frem til våren 2015 bestod teamet av i alt to årsverk. HVR-teamet gikk fra prosjekt til drift i mai 2015 og utgjør i dag 3,1 årsverk, som fordeler seg på 1 fysioterapiårsverk, 1 ergoterapiårsverk, 0,6 sykepleierårsverk og 0,5 helsefagarbeiderårsverk.

Ved oppstart hospiterte teamet i nabokommunene for å høste erfaringer derfra. I tillegg var leder i starten med i et nettverk med Stavanger og Klepp, og hadde jevnlig møter.

I starten ble det etablert et nettverk av ressurspersoner fra andre tjenesteheter som hadde et særlig ansvar for å identifisere kandidater og for å gjøre hverdagsrehabilitering kjent på tvers av ulike virksomheter. Det er fremdeles slike ressurspersoner rundt i organisasjonen, for eksempel i hjemmetjenestedistriktene og korttidsavdelingen. Som vi skal se, er det foretatt en rekke grep som skal sikre at tankegodset fra HVR gjennomføres i de andre tjenestene.

⁵ Jf. opplysninger mottatt fra hver av kommunene.

INNHold

Hverdagsrehabilitering innebærer å gi et skreddersydd «*ytelsessjokk*» i form av fysisk trening eller opplæring. Hyppighet og lengde varierer en god del, alt etter hva man trener på hos de ulike brukerne⁶. Noen brukere får opptrening i 20 minutter, mens andre i halvannen time. Noen brukere får tilbud om HVR 2-3 ganger i uken (dette kan skyldes at de ikke ønsker tjenesten oftere eller at de går på Dagsenter noen dager), mens andre får HVR hver ukedag, gjerne to ganger per dag.

Rutinen er at tjenesten normalt skal gis i fire uker, men også gjøres det individuelle vurderinger. Det kan være opp til seks uker, og det kan være kortere enn fire uker, også.

Pasientene blir fulgt opp til de blir selvstendige, eller så overtar hjemmesykepleien, dersom det er lite sannsynlig at pasientene blir selvstendige.

Det er rettet sterk oppmerksomhet omkring hverdagsmestring, dvs. å mestre daglige aktiviteter. Eksempler her er å bli selvstendig i stell, kunne tilberede måltider selv, kunne handle, gå turer i nærmiljøet, hente posten, delta på ulike aktivitetsgrupper, kunne gå på dagsenter og annet foreningsarbeid.

HVR-teamet bygger tjenestene på brukernes ressurser, på hva de ønsker å oppnå, på hva de ønsker å fylle dagene med og på hva som viktigst for dem. Det er rettet stor oppmerksomhet omkring aktivitet og deltakelse, hva brukeren gjorde før og hva vedkommende ønsker å gjøre fremover.

Både HVR-teamet og hjemmesykepleien gir opplæring i øyedrypp. Dette er basert på en observasjon av at veldig mange pasienter får hjelp til øyedrypp, mens alle ikke har behov for det. HVR har samarbeidet med apotekene i Egersund, som har sagt seg villige til å gi brukerne opplæring.

Både HVR og hjemmesykepleien har gått til anskaffelse av strømpepåtreakkere og begge tjenestene gir opplæring i bruken, mens pasientene selv må anskaffe de som fungerer best. Både hjemmesykepleien og HVR-teamet forteller at dette har ført til færre besøk for hjemmetjenesten. De gir i dag også opplæring i dette.

Både HVR-teamet og hjemmesykepleien har gitt brukerne opplæring i medisinhåndtering. Dette har redusert det totale omfanget av hjemmesykepleie⁷.

⁶ Opplyst fra HVR-teamet.

⁷ Både intervjuer og tall tyder på dette.

I Eigersund er det i dag den enkelte tjeneste-enhet som har ansvar for å prioritere mellom behov og tjenestetildeling, men vi er informert om at kommunen arbeider med å etablere et eget tildelingskontor.

Det er HVR-teamet selv, i samarbeid med de andre virksomhetene innen Helse og omsorg, som har fått ansvar for å identifisere aktuelle kandidater til hverdagsrehabiliteringstilbudet og forme rutiner for daglig praksis (kartlegging, planlegging, gjennomføring).

Intervjuene tyder på at det som regel er hjemmetjenestene som først mottar henvendelsene/søknadene fra brukerne. I den nye tjenestebeskrivelsen for hjemmesykepleie står det at en rekke alternativer til hjemmesykepleie skal være prøvd ut på forhånd, blant annet rehabiliteringstiltak. I intervjuene får vi opplyst at hjemmetjenestene henviser de aller fleste nye pasienter til HVR-teamet: «*Det skal være gode grunner for at vi ikke involverer dem*».

Felles for brukerne er at de har eller har hatt et funksjonsfall. De kan ha behov for opp trening etter et brudd eller være brukere med dårlig balanse, men det kan også være andre utfordringer. Brukere som kommer fra sykehuset blir først vurdert av HVR-teamet, som er i dialog med hjemmesykepleien mht. om det er nødvendig at begge går på hjemmebesøk: «*Vi foretrekker alltid at begge tjenester går sammen på vurderingsbesøk, men dersom HVR eller hjemmetjenesten har god kjennskap til pasienten, blir vi enig om at kun en av tjenestene går, så snakker vi litt på vegne av hverandre sine tjenester*»⁸.

HVR-teamet har drevet et omfattende informasjonsarbeid, noe det også pekes på i en relativt fersk forskningsrapport⁹. Teamet har invitert seg ut til en rekke sentrale interne og eksterne aktører innen helse og omsorg¹⁰, med en oppfordring om å finne kandidater de mener kan bli mer selvhjulpne dersom de får hverdagsrehabilitering.

Korttidsavdelingen er blitt anmodet om å vurdere om pasienter er klare for å få et forkortet opphold i institusjon, mot å få hverdagsrehabilitering. I tillegg blir ledere og ressurspersoner i hjemmetjenesten jevnlig oppfordret til å vurdere hvorvidt det er hjemmeboende brukere som begynner å bli utrygge eller som har hatt et funksjonsfall og som tilsa at hverdagsrehabilitering¹¹. Fra forskningsrapporten, samme side: «*De ulike fagfolkene som ble kontaktet fikk beskjed om å ikke være for defensive. De skulle henvise kandidater – også i tilfeller der de var i tvil om personen var egnet. Teamets motto var at det er bedre med for mange henvisninger enn for få. At noen må avvises etter nærmere vurdering er naturlig når man leter etter mennesker i en vanskelig gråsoner mellom avhengighet og uavhengighet.*»

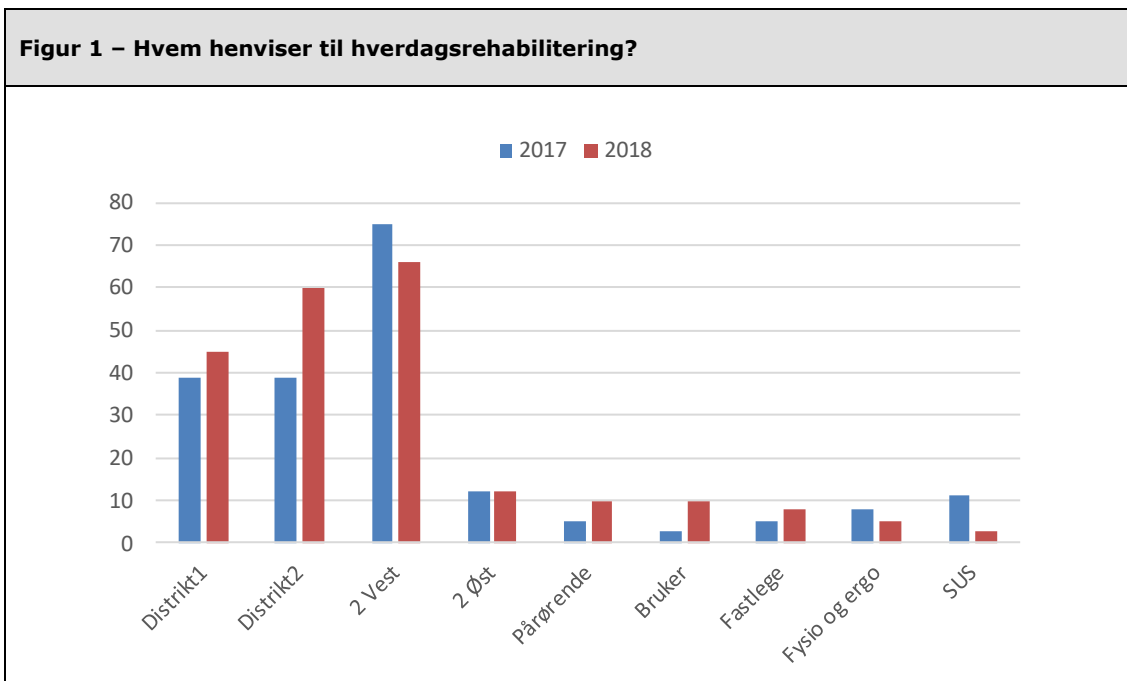
⁸ Tilbakemelding fra HVR-teamet 20.05.19.

⁹ *Sammen om en aktiv hverdag* - Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune - Erfaringer og refleksjoner fra et forskningssamarbeid, NOVA Rapport 17/2017

¹⁰ Det er også utarbeidet en brosjyre om hverdagsrehabilitering som finnes på legekantorene, distriktskontorene for hjemmetjenester, korttidsavdelingen, bo- og servicesentrene, Mestringsenheten og kommunens korttidslager for tekniske hjelpemidler (Statusrapport hverdagsrehabilitering i Eigersund kommune, mottatt 18.02.19).

¹¹ Intervjuer og forskningsrapport, side 40.

I figuren under illustrerer vi de som henviser hyppigst til HVR-teamet. Som vi ser er det hjemmetjenestedistriktene og korttidsavdelingen som dominerer.



HVR-teamet har utarbeidet et eget **kartleggingsverktøy**, i samarbeid med et forskingsmiljø. Dette verktøyet benyttes også av hjemmetjenesten når de kartlegger behovet for tjenester, og korttidsavdelingen bruker det som mal for «hva er viktig for deg-samtalen», som de har med alle nye pasienter.

Tidligere opererte HVR-teamet med inklusjon- og eksklusjonskriterier. Dette er nå endret til vurderingsmomenter. Det er ingen begrensninger ift. alder eller diagnoser, alle blir vurdert ut i fra kartleggingen. Tall mottatt fra HVR-teamet tyder 80-90 prosent av brukerne likevel er eldre brukere. Mellom 80 og 90 prosent er 67 år eller eldre¹².

I starten var det vanlig at to ansatte i teamet gikk på vurderingsbesøk. Men etter hvert som pågangen har økt, er det to ansatte i helt spesielle tilfeller. Det er likevel et mål at samtlige faggrupper i HVR skal ha vært innom nye brukere innen første uken. Ifølge teamet er tverrfaglighet helt avgjørende for at teamet kan utarbeide gode rehabiliteringsplaner.

Fra HVR får vi opplyst at det i 2018 var mange pasienter hvor teamet kun har vært inne og kartlagt hva brukerne mestrer og hva de ev. må ha hjelp til. Deretter har hjemmesykepleien overtatt ansvaret. I noen tilfeller har teamet kun gitt råd og veiledning, anskaffet hjelpemidler o.l., for så å avslutte pasientene, uten videre tjenester. De ansatte ved HVR mener dette har en forebyggende effekt ift. hjemmesykepleien: «Det er viktig at det

¹² Tall tatt ut fra IPLOS den 28.03. Tallene er ifølge HVR-teamet ikke helt korrekte, men ser likevel ut til å gi en god pekepinn på pasientenes aldersfordeling.

første møte brukerne har med hjelpeapparatet er HVR, slik at en fokuserer mest mulig på at pasienten skal kunne mestre egen hverdag selv»¹³.

Det er etter hvert blitt fast praksis at HVR-teamet involveres i saker hvor brukere ikke har tjenester fra før, og der de kun søker om trygghetsalarm, praktisk bistand eller rullator (uten hjelpemidler fra før). Noe av tanken bak dette er å bevisstgjøre de ansatte i hjemmetjenesten. Det skal stilles spørsmål som: *Hva er bakgrunnen for at det søkes om disse tjenestene? Har det vært et funksjonsfall? Hvorfor har det vært et funksjonsfall? Dersom HVR bidrar i disse sakene, tenker man at man kan utsette hjelpebehovet og forebygge et ytterligere funksjonsfall.* En annen tanke er at dette styrker samarbeidet mellom hjemmetjenesten og HVR, ettersom førstnevnte må involvere sistnevnte i slike saker.

OVERLAPPING MED HJEMMETJENESTEN

Det er en betydelig grad av overlapping mellom HVR og hjemmesykepleien. I de tilfeller der pasienter har behov for flere besøk i løpet av dagen, overtar HVR oppdrag for hjemmesykepleien. Det kan være ifm. morgenstell, frokost og tilberedning av middag. I den forbindelse har fysio- og ergoterapeut i teamet gjennomført medisinkurs. Dette for at alle i teamet skal kunne gi medisiner til pasienter. Dermed kan HVR både gjennomføre hverdagsrehabilitering og gi pasientene medisiner, noe som gjør at hjemmesykepleien ikke trenger å involveres.

Overlappingen foregår også andre veien. HVR-teamet jobber på dagtid, i ukedagene. På kveldstid og i helgene overtar hjemmesykepleien HVR-teamets arbeid med øvelsene, noe de har fått opplæring i gjennom hospiteringsordning og kursing på fagmøter (se under). I tillegg ligger det et ark med informasjon om øvelsene hos bruker. Både hjemmesykepleien og HVR-teamet gir uttrykk for at den elektroniske kommunikasjonen og samarbeidet ellers fungerer veldig bra.

TILTAK FOR Å HINDRE TILBAKEFALL HOS BRUKER

Brukere som har hatt HVR blir fulgt opp etter fem uker av hjemmesykepleien og etter tre måneder av HVR-teamet. Vi får opplyst at pleierne prøver å være bevisste på at de ikke overtar funksjonene etter at HVR-teamet har trukket seg ut.

Både hjemmesykepleien og HVR-teamet forsøker ellers å sluse bruker inn mot andre tilbud i kommunen, slik at egenmestringen og livskvaliteten opprettholdes. Eksempler her er frivillige lag og organisasjoner, basseng-gruppe, kolsgruppe, turvenn, dagsenter osv.

Samtidig pekes det på at tiden etter et intensivt treningsopplegg er en sårbar periode, og at det er en betydelig risiko for tilbakefall. I kommunen ser man at det er en utfordring at denne gruppen ikke har et tilfredsstillende oppfølgingstilbud etter at den intensive

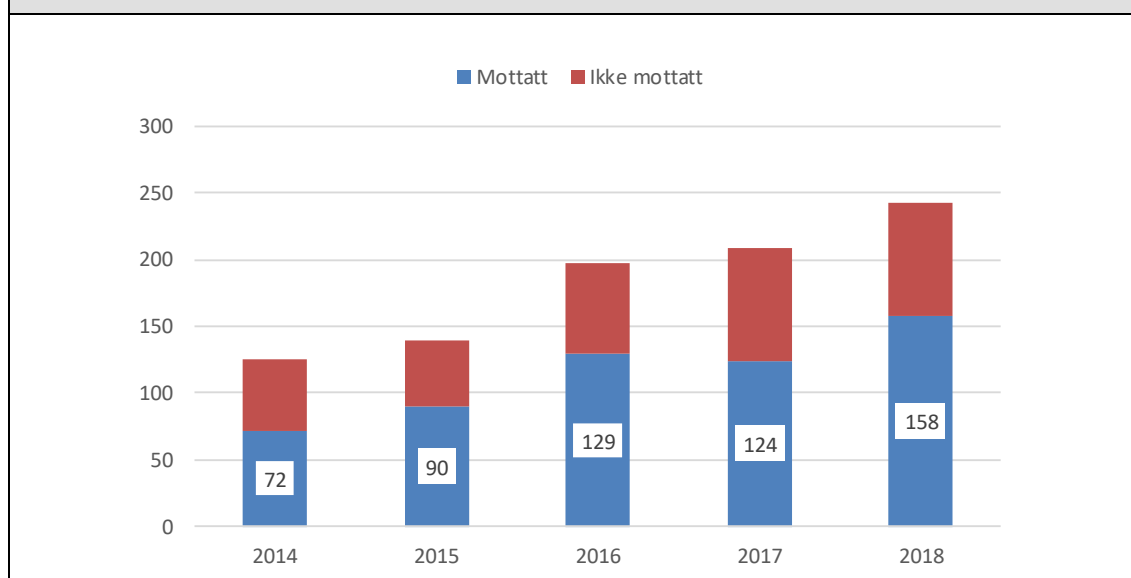
¹³ Statusrapport hverdagsrehabilitering i Eigersund kommune, ikke datert, mottatt 18.02.19

treningsperioden er over.¹⁴ Kommunen er i ferd med å implementere «*Digital aktivitetsmedisin*» i hjemmetjenestene, se under. Et av tiltakene her er treningsvideoer/ musikkvideoer, rettet mot eldre. Videoene skal inneholde styrke- og balansetrening og generell bevegelse.

RESULTATER

Det totale antallet i figuren viser hvor mange ganger pasienter er henvist til HVR-teamet i løpet av det aktuelle året. Den blå søylen viser hvor mange som har mottatt og gjennomført hverdagsrehabilitering. Samtidig ser vi at det er en betydelig andel av de henviste som ikke mottar HVR, mellom 35 og 43 prosent. I 2018 var andelen 35 prosent.

Figur 2 – Antallet pasienter som er inkluderte og ekskluderte i hverdagsrehabiliteringen¹⁵



En relativt høy andel avviste må sannsynligvis ses i sammenheng med at enheten har lempet på de opprinnelige tildelingskriteriene (se over). Fra et av hjemmetjenestedistriktene ble dette formulert slik: «*Vi skal heller henweise for mange enn for få. Dette er blitt en felles holdning i de ulike virksomhetene*».

HVR-teamet har de siste årene inkludert flere tilfeller som de tidligere ville ha avvist, fordi det dreide seg om kognitiv svikt eller psykiske problemer. Utgangspunktet er at flest mulig skal henvises til HVR. I den nevnte forskningsrapporten ble dette oppsummert slik: «*De vurderte at flere mennesker i denne kategorien kunne klare seg selv lenger dersom de fikk litt drahjelp til å holde fast i en god hverdagsrutine. De lempet også gradvis på kravet om motivasjon ved å oftere inkludere personer som var motløse og som trengte et forsiktig puff for å komme i gang. At tildelingskriteriene ble utvidet betydde at de ofte beveget seg inn i en vanskelig*

¹⁴ Kilde: Prosjekt «Digital aktivitetsmedisin for bedre folkehelse». Udatert, mottatt 18.02.19.

¹⁵ Tall mottatt fra helsefaglig ansvarlig, 18.02.19. I figuren vises HVR-opplegg, ikke unike brukere. Enkelte gjennomgår flere hverdagsrehabiliteringsopplegg. En gjennomgang av grunnlagsdataene viser imidlertid at de aller fleste er unike brukere. I 2018 var eksempelvis gjaldt 141 av HVR-forløpene unike brukere. I 2017 var antallet 111, dvs. om lag 90 prosent unike brukere hvert år. For å beholde den språklige flyten anvender vi brukere som betegnelse her, selv om det ikke er hundre prosent korrekt.

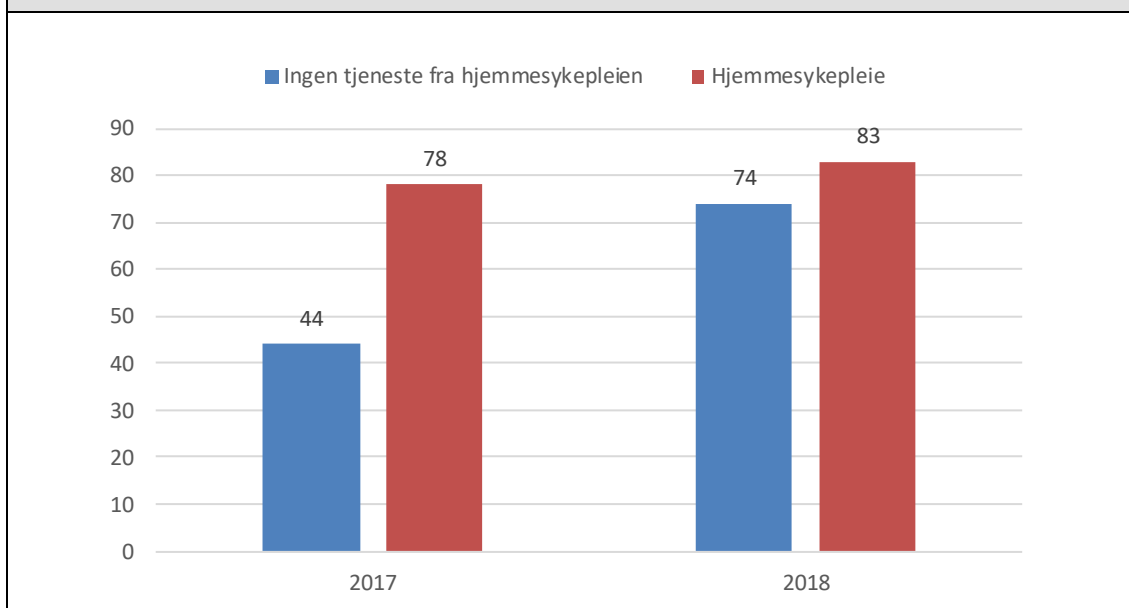
gråsome – noe som igjen betydde at det fortsatt var et relativt høyt antall av de henviste som ble avvist¹⁶.»

HVR-teamet forteller at mange blir henvist, men at ikke alle er aktuelle for HVR. At de deltar på nettverksmøtene på korttidsavdelingen, gjør at de får henvist mange pasienter. Flere av disse skal ikke ha videre oppfølging etter utskrivelse (klarer seg selv eller trenger et mer omfattende tilbud), noe som er en viktig forklaring på hvorfor antallet ekskluderte er så høyt¹⁷.

Et interessant aspekt i den nevnte rapporten er at det relativt høye antallet avviste pasienter ble tolket i en positiv og kompetansehevende retning: *Men det høye antallet henviste betydde også at de øvrige tjenestene fikk mange konkrete case oppe til diskusjon, «noe som igjen betydde at det ble skapt et gunstig læringsgrunnlag (...). Konkrete erfaringer, både med å spore seg fram til hvem som er egnet eller ikke for hverdagsrehabilitering og med å prøve ut hva slags metoder og tilnærminger som fungerer i praksis. Med økte kunnskaper og erfaring, våget de gradvis å prøve seg på mer krevende tilfeller – tilfeller som krevde adskillig motiveringsarbeid¹⁸».*

I figuren under illustrerer vi hvor mange av de som har mottatt hverdagsrehabilitering som er nye brukere og hvor mange som hadde hjemmesykepleie fra før.

Figur 3 – Hvor mange av de som mottar hverdagsrehabilitering mottar tjenester fra hjemmesykepleien fra før?



Gjennomgangen i våre fire kommuner viser at det er en utbredt oppfatning at det er mest å hente mht. å gjennomføre hverdagsrehabilitering for nye brukere eller de som har kort fartstid i omsorgstjenesten. For de med lengre fartstid, er det først og fremst de

¹⁶ Sammen om en aktiv hverdag" - Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune - Erfaringer og refleksjoner fra et forskningssamarbeid, NOVA Rapport 17/2017: Side 41.

¹⁷ Opplyst fra HVR-teamet i epost 09.04.19.

¹⁸ Samme rapport, side 42

som har hatt et brått funksjonsfall eller som har begynt å bli utrygge, som gjerne er de mest aktuelle kandidatene.

I så måte er det interessant at HVR-teamet har flest brukere som har hjemmesykepleie fra før, selv om forskjellen er redusert i 2018. Dette er grunn til å tro at dette henger sammen med den vide inkluderingspraksisen i Eigersund.

I tabellen under ser vi på effekten av hverdagsrehabilitering, målt i antall vedtakstimer.

Tabell 2 – Antall vedtakstimer før og etter HVR (Tall fra HVR-teamet)		
	2017	2018
Totalt antall hjemmesykepleietimer ved oppstart	443	570
Etter Hverdagsrehabilitering	333	448
Reduksjon	110	122
Reduksjon i prosent	24,8 %	21,4 %

Både i 2017 og 2018 ser vi at det er en betydelig reduksjon i antallet timer til hjemmesykepleie etter gjennomført hverdagsrehabilitering.

Men dette gjelder kun de som hadde hjemmesykepleie fra før¹⁹. I tillegg kommer de som har hatt behov for opptrening, men som ikke hadde hjemmesykepleie fra før. I 2017 utgjorde dette 36 prosent av brukerne, i 2018 utgjorde de 47 prosent. I 2017 hadde kun 10 prosent av de i denne gruppen som hadde gjennomført hverdagsrehabilitering hjemmesykepleie seks måneder etterpå. Foreløpige tall for 2018 viser at tilsvarende andel dette året er på 15 prosent (blir klart i juni)²⁰.

Denne gevinsten kommer altså i tillegg til den faktiske nedgangen i hjemmesykepleie for gruppen som hadde hjemmesykepleie før opptreningen start

Men det er vanskelig å måle effekten av hverdagsrehabiliteringen for denne brukergruppen, ettersom det rører ved det som gjerne regnes som hovedutfordringen med hverdagsrehabilitering: Å måle hva som ville skjedd om man ikke gjennomførte HVR. Tilbakemeldingene i intervjuene med hjemmetjenesten, korttidsavdelingen og HVR-teamet er at hverdagsrehabiliteringen ofte erstatter hjemmesykepleie eller korttidsopphold for brukerne. I noen tilfeller reduseres korttidsoppholdet mot at de får oppfølging fra HVR-teamet hjemme i egen bolig.

Ifølge korttidsavdelingen er det stadig flere pasienter som drar hjem fra korttidsavdelingen med kun HVR.

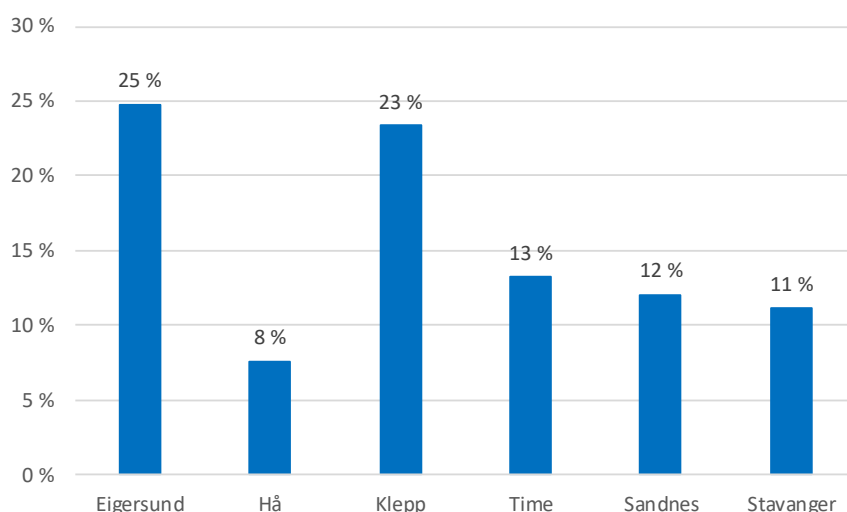
¹⁹ Opplyst i telefonsamtale 07.03.19

²⁰ Begge årene døde to av pasientene som hadde mottatt hverdagsrehabilitering.

MANGE MOTTAR HVERDAGSREHABILITERING

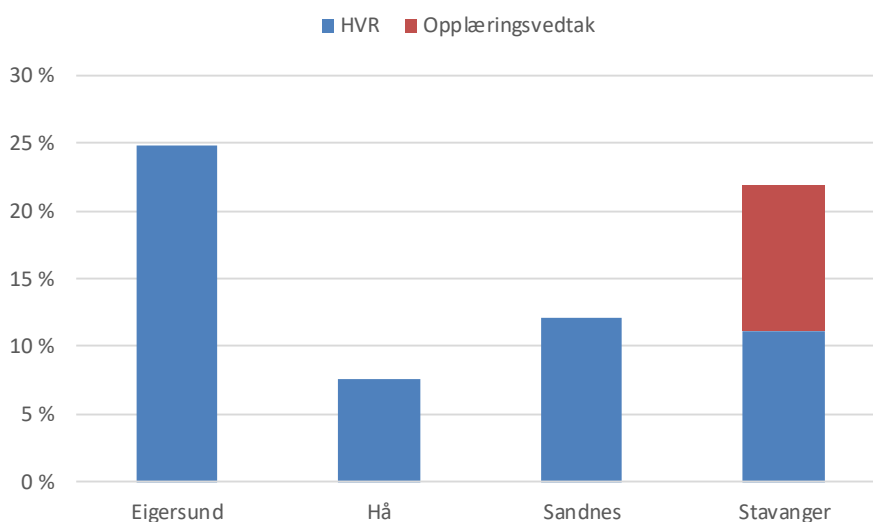
Figuren under viser at Eigersund har en svært høy andel brukere med hverdagsrehabilitering, sammenlignet med jær-kommunene og de to andre kommunene vi nylig har undersøkt. Vi har laget et andelstall med utgangspunkt i antallet brukere som har vært gjennom et hverdagsrehabiliteringsløp i hver kommune.

Figur 4 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering i prosent av antall innbyggere 80+²¹ (2018)



Som vi skal se, har Stavanger et eget hjemmesykepleievedtak som heter opplæringsvedtak, der siktemålet er at bruker skal få opplæring til å mestre oppgaven selv. Bildet ser litt annerledes ut dersom vi inkluderer andelen opplæringsvedtak i figuren.

Figur 5 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering og opplæringsvedtak i prosent av antall innbyggere 80+²² (2018)



²¹ Basert på mottatte tall fra kommunene vedrørende HVR og delt dette på antall innbyggere i alderen 80+ for 2018.

²² Basert på mottatte tall fra kommunene vedrørende HVR og delt dette på antall innbyggere i alderen 80+ for 2018.

Men Eigersund har fremdeles andelsmessig flest brukere, selv om vi legger de to kategoriene sammen i Stavanger. Det bør også legges til at Eigersund har tidsbegrensede hjemmesykepleievedtak, som ligner på Stavanger kommunes opplæringsvedtak. Det er imidlertid ikke mulig å måle hvor mange dette er, men det blir anslått å kunne ligge mellom fem og ti prosent. Også Sandnes kommune har nylig begynt med opplæringsvedtak

HØY PRODUKTIVITET

I tabellen under viser vi hvor mange årsverk de ulike HVR-teamene utgjør i Eigersund og Jær-kommunene, og hvor mange brukere de har.

	Hå	Eigersund	Klepp	Time
Årsverk	1,5	3,1	4	3
Antall brukere	45	158	120	85
Brukere per årsverk	30	51	30	28

Vi ser at Eigersund skiller seg ut med mange brukere og svært mange brukere per årsverk. Lav terskel for tildeling av tjenester er sannsynligvis en viktig forklaring her. Men dette reiser samtidig et nytt spørsmål: Hvordan klarer HVR-teamet å hverdagsrehabiliterer så mange brukere, sammenlignet med andre? Datamaterialet gir følgende forklaringer:

- HVR-teamet har maks 12 aktive brukere til enhver tid. Det betyr at et gjennomsnittlig HVR-forløp er kortere enn fire uker. Vi får opplyst at en betydelig andel kun har vært innom for en kort periode, enten for veiledning/opplæring av hjemmetjenesten eller kun opplæring/veiledning av pasienten «... men med det resultat at de ikke har hatt behov for andre tjenester.»
- Vi får opplyst at de ansatte i enheten ved flere anledninger har sett at pasienten vil ha behov for oppfølging av hjemmesykepleien i forlengelsen av HVR. Da hender det at hjemmesykepleien overtar oppfølgingen før fire uker er gått: «Dette for at vi skal prioritere de med større potensial for selvstendighet.»

Enkelte pasienter som blir avsluttet av HVR blir innimellom overtatt av fysio- og ergoterapitjenesten. Det gjelder de som kun grever oppfølging fra fysio- eller ergoterapeut, eller pasienter som trenger et lengre og mer komplekst behandlingsforløp.

Ifølge HVR-teamet selv, har de fulle lister med pasienter: «Men vi føler på ingen måte at kvaliteten blir dårligere.» Vi får imidlertid opplyst at teamet har venteliste i dag, og at de ikke har kapasitet til en ytterligere økning i antall brukere.

²³ Jf. opplysninger mottatt fra hver av kommunene.

2.2.4 HVERDAGSMESTRING

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

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

Hverdagsmestring i Eigersund skal være en grunnholdning i tjenesten og et tankesett som skal prege ansattes dialog med bruker og den måten hjelp blir gitt på. Det er snakk om arbeidskultur. Hjelpen skal bli gitt på en måte som støtter brukeren til å klare deg selv best mulig.

I Stavanger er ikke hverdagsmestring kun en grunnholdning i tjenesten, men er også skilt ut som en egen vedtaksform, som kalles opplæringsvedtak. Denne type vedtak er tidsbegrensede og siktemålet er at bruker skal kunne utføre oppgavene selv etter endt vedtaksperiode.

TIDSBEGRENSEDE VEDTAK

Eigersund har ikke skilt ut hverdagsmestring som en egen vedtaksform slik som Stavanger, men i praksis opererer hjemmetjenesten i Eigersund på samme måten, ettersom det både finnes tidsbegrensede vedtak og mer ordinære hjemmesykepleievedtak. «Mange vedtak har tidsbegrensning, men vi kaller det ikke opplæringsvedtak». Noen eksempler på dette fra vår vedtaksgjennomgang:

- *Du innvilges hjemmesykepleie fra 02.05 til 07.05 og hjelpen vil omfatte tilrettelegging i personlig stell daglig, samt bistand opp/ned trapper, inntil du mestrer dette.*
- *Du blir innvilget hjemmesykepleie fra 03.12 til 24.12 med hjelp til øyedrypp*

Som regel er ikke de tidsbegrensede vedtakene så konkrete mht. avslutningstidspunkt. De aller fleste vedtakene setter til og med-dato når tjenesten avsluttes.

I intervjuene pekes det på at stadig flere vedtak er tidsbegrensede, der det sentrale siktemålet er egenmestring. Eksempler her er sårstell, øyedrypp, medisin håndtering eller ta på støttestrømper²⁴. Flere peker på at det er mer fokus på trening og pasientens ressurser i hjemmesykepleien: «Tankegangen er snudd. Før var det mer slik; nå begynner de å bli

²⁴ Dersom det kun er opplæring i en av de nevnte tingene, går ofte HVR-teamet inn, men dersom det er behov for hjelp i morgenstell eller lignende, som en vet det er behov for over fire uker, så tar hjemmesykepleien opplæringen.

så gamle at de bør søke for å komme inn på en liste. Vi ble mer påvirket av ressurssterke pårørende før. Jeg opplever at det er mer rettferdig nå».

Distrikt 2 hadde totalt 217 mottakere av hjemmesykepleie i 2018. Av disse ble 87 (40%) avsluttet. I distrikt 1 var det 194 mottakere av hjemmesykepleie, hvorav 72 (37%) ble avsluttet. Hjemmetjenesten anslår at om lag 20 prosent av disse skyldes dødsfall/forflytning til et høyere omsorgsnivå, men dette måles ikke.

Intervjuene tyder på at kultur- og handlemåte har snudd i hjemmesykepleien. Det blir pekt på at hjemmesykepleie før var stell, pleie, medisinerer, tilsyn og huslige oppgaver: *En trussel fra bruker når hjemmesykepleien var forsinket kunne før være: Hvis dere ikke kommer snart nå, kler jeg på meg selv.* Man spurte ikke om brukerne kunne gjøre noe av dette selv, nå skal alt vurderes. Nå er oppmerksomheten rettet mot egenmestring og nødvendig helsehjelp.

Dette medfører også at pleierne har fått en annen rolle overfor mange av pasientene: *«Vi er mer en mentor som skal hjelpe pasienten i å lykkes. Men går det ikke, så går det ikke. Da følger vi omsorgstrappen.»*

Flere av de intervjuede mener at man tidvis skapte pasienter med den gamle handlemåten: Et eksempel på dette: *«Vi smurte maten hennes, hun var jo 95 år (men relativt funksjonsfrisk, vår anm.). Men å stå å smøre skivene sine er kanskje den eneste balansetreningen hun får i løpet av dagen. Det er det som gjør at hun holder seg oppe og som gjør at hun ikke faller. Derfor er det misforstått omsorg å overta disse oppgavene.* En av de intervjuede sa det slik: *«Ressurser og kvalitet trenger ikke å være motpoler. Det er dyrt og dårlig å skape pasienter.»*

Dette innebærer at det **ikke er så store skiller mellom hva hverdagsrehabiliteringsteamet gjør i sine vedtak og det som hjemmesykepleien gjør i sine tidsbegrensede vedtak.** Eller som leder for HVR-teamet formulerte det: *«Målet vårt er at HVR tankesettet skal implementeres i hjemmesykepleien. og det har det til dels blitt, så derfor er det nok vanskelig å se et klart skille mellom HVR og hjemmesykepleie²⁵.* Ellers er det forskjeller mht. at besøkene fra HVR-teamet er hyppigere og varer lengre og man bruker mer tid på brukerinvolvering. Det er også et noe større fokus på aktiviteten – dvs. komme seg ut, handle, hente posten osv.), men ellers er mye likt.

Intervjuene tyder på at egenmestring også preger tankegangen og handlemåten på korttids- eller rehabiliteringsavdelingen. Utgangspunktet er at pasientene skal ta på seg tøyet sitt selv, gå på toalettet på egenhånd og komme seg inn og ut av sengen for egen maskin. Vi får opplyst at dersom de håndterer medisinene selv hjemme, så fortsetter de med det på korttidsavdelingen. Det samme gjelder insulinsetting, utstyr knyttet til stomi osv.

Også her pekes det på at det er forskjell blant de ansatte, som skyldes at de synes synd på bruker eller som skyldes at det går fortere å gjøre ting for dem enn å la dem gjøre det

²⁵ Epost den 10.04.19

selv: *Men vi gjør dem en bjørnetjeneste dersom vi hjelper dem med tingene, ettersom bruker skal klare seg hjemme etter endt opphold. Det pekes på at korttidsavdelingen minner om et sykehus; det er en aktiv behandling der, det er oppfølging av lege og fysioterapeut og det er et betydelig press på sirkulasjon for å sikre en tilgjengelig tjeneste for de som trenger det.*

ORDINÆRE HJEMMESYKEPLEIEVEDTAK

I tjenestebeskrivelsen for hjemmesykepleie har man fremhevet at tjenesten skal bidra med opplæring og rehabilitering, og til at brukerne kan bli mest mulig selvhjulpne og bo lengst mulig i eget hjem.

Intervjuene tyder på at det ikke er realistisk at alle pasientene skal bli selvhjulpne, noen har behov for mye tjenester og noen har behov for tjenester over tid. Øyedrypp, sårstell, brudd, medisiner er typiske eksempler på oppgaver brukerne kan lære å utføre selv. Men det er lite sannsynlig at eksempelvis demente pasienter skal kunne bli helt selvhjulpne, hevdes det.

De fleste hjemmesykepleievedtakene er fremdeles de tradisjonelle vedtakene, som varer over et lengre tidsrom²⁶. Her gis pasientene hjelp til medisiner, sårbehandling, personlige funksjoner osv. Det er imidlertid lagt inn en ny formulering i alle disse vedtakene: *«Hjelpetilbudet vurderes fortløpende og kan endres om helsesituasjonen endrer seg»*. I flere av vedtakene står det ikke noe om hyppighet (en gang til dagen, uken eller måneden). Dette bør det etter vår vurdering stå.

Flere gir uttrykk for at hverdagsmestringtankegangen også har funnet veien inn i disse vedtakene. *«Vi arbeider med hendene på ryggen. Det er ikke lenger sånn; hvordan kan vi hjelpe deg? (...) Hva mer trenger du hjelp til. Vi har snudd der»*.

De intervjuede hevder at man i noen tilfeller er blitt mer fleksible også mht. oppfølgingen av de mer tradisjonelle hjemmesykepleievedtakene. Noen eksempler

- Dusj en gang i uken. Trenger ikke å avslutte, men vi trenger heller ikke å skrubbe dem fra topp til tå. Dersom vi ringer på forhånd og ber dem gjøre seg klar, sparer vi mye tid. I noen tilfeller er det fullt mulig å ringe i forkant og etterkant av dusjen, for å sikre at alt er ok, i stedet for å vente utenfor badet hos bruker.
- Ringe pasienter for å minne dem om å ta medisiner. Dette er mindre kostnads-krevende og skaper trygghet. De setter pris på de små dryppene av oppfølging. Brukerne ønsker det ofte slik, en del ønsker ikke å ha besøk av pleierne på kveldene.

Pleierne peker på at denne type fleksible løsninger frigjør tid til brukere som har større behov.

²⁶ Intervjuer.

«SNILLE» OG «SLEMME PLEIERE»

Mestringstankegangen ser ut til å være godt forankret i hjemmetjenestedistriktene. De intervjuede understreker samtidig at det er enkelte individuelle forskjeller mellom pleierne, og at dette kan skape utfordringer. En kan skille mellom såkalte «snille» og «slemme» pleiere. Brukere og oppfatter det gjerne slik at de «snille» pleierne gjør oppgavene for brukerne – de tømmer søppelet, de låser opp døren, de smører maten, de henter avisen, de rydder litt. De oppfattes kort og godt som serviceinnstilte av brukerne og de pårørende. For enkelte pleiere er det vanskelig å være avvisende overfor brukerne, noe som fører til at de overtar oppgavene i stedet for å stimulere til egenmestring.

Hjemmehjelpere som jobber mer i tråd med målet om hverdagsmestring opplever noen ganger at deres innsats blir motarbeidet av velmenende hjelpere som insisterer på å gjøre oppgaven for brukeren. Dette kan skape vanskelige arbeidsbetingelser for de som jobber for å gjøre brukeren i stand til å klare oppgavene selv. De oppleves som kjipe når de ikke låser opp døren eller ikke henter søppelet.

Intervjuene tyder på at det fremdeles er enkelte utslag av slike «*hemmelige tjenester*» fra «snille» pleiere, men at dette skjer i mindre grad enn før. Flere peker på at dette ofte oppdages fort, enten gjennom journal eller i samtale med bruker, og at man tar opp dette i fellesmøter. Fra ledelsen understrekes det at man ikke gjør dette i en belærende tone, men heller i form av tips, triks til valg av ord og spørsmål.

2.2.5 VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi er teknologi som skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt funksjon, eller som bidrar til økt livskvalitet. Disse kan grovt deles inn i trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie. Ifølge helse- og omsorgsplanen (2012-2017) er det i Norge en lang tradisjon for bruk av lavteknologiske hjelpemidler, for eksempel trygghetsalarmer. I planen løftes trygghetsalarmen frem som et eksempel på en velferdsteknologi som er godt etablert i kommunen.

Syv år etter er det fremdeles trygghetsalarmen som dominerer på dette området. I avsnittene under oppsummerer vi status for bruk av velferdsteknologi i Eigersund:

- Om lag 300 trygghetsalarmer
- Digitale tilsynsløsninger, som Room-mate. En håndfull er i bruk, alle på Kjerjaneset. Brukes eksempelvis for at pasienter kan reise tidligere hjem fra rehabilitering. Systemet fanger opp kritiske situasjoner, som fall. Vi får opplyst at dette gir en gevinst både for bruker (trygghet) og kommunen (ressursinnsats).
- Kommunen har et lager med GPSer, en håndfull er i bruk.

-
- 2 vest har holdt på med digital aktivitetsmedisin i snart 3 år. Det er nå en vel-etablert del av tjenesten der og på Kjerjanaset bo- og servicessenter.

Utenom dette, er kommunen i gang med å rulle ut medisindispensere og digital aktivitetsmedisin (se under). Kommunen skal også gå til anskaffelse av et digitalt pasientvarslingsanlegg. Kort fortalt er hensikten med dette å gjøre hverdagen trygg for pasient og arbeidshverdagen mer effektiv for de ansatte.

SØR-ROGALANDSPROSJEKTET

Eigersund er med i et interkommunalt prosjekt gjennom program for velferdsteknologi²⁷. Det overordnede målet er at velferdsteknologi skal være en integrert av tilbudet innen helse og omsorg i Sør-Rogaland. Et av delmålene er at kommunene skal ha implementert minimum en teknologi som skal være en del av tjenestetilbudet innen juni 2019. Kommunene gjennomførte en stor interkommunal anskaffelse av medisineringsstøtte (medisindispenser) i 2018 (23 kommuner). I Eigersund er man våren 2019 i ferd med å implementere dette.

Gevinster ved bruk av elektroniske medisindispensere. Elektroniske medisindispensere gir brukere frihet og sikkerhet ved at medisinen er tilgjengelig på det tidspunktet den skal tas.²⁸ Brukerne må ikke vente på hjemmesykepleien for å få riktig medisin til riktig tid. Dispenserne reduserer også behovet for besøk hos brukerne og bidrar på denne måten til «bedre og billigere tjenester» til brukerne.

Per dato er én bruker i gang med dette i Eigersund, og dispenserne testes ut i to enheter. Etter at man har høstet erfaringer med dette, er planen å rulle ut dette flere steder.

Av våre utvalgte kommuner er det Stavanger som har kommet lengst på dette området. Ved årsskiftet var det 86 elektroniske medisindispensere i bruk. Resultatrapporter i Stavanger tyder på at bruk av elektroniske medisindispensere gir innsparing for kommunen.

DIGITAL AKTIVITETSMEDISIN

Eigersund deltar som pilotkommune i prosjektet. Prosjektet startet høsten 2016, og ferdigstilles i løpet av 2019. Prosjektet går ut på «å knekke koden» for hvordan velferdsteknologi kan spre lystbetont trening og fysisk aktivitet ut til et stort publikum.

- 1) Det ene er et digitalt undervisningsopplegg rettet mot kommunens mange ansatte innen helse og omsorg. Det blir til sammen laget 6 undervisningsfilmer. Filmene er nesten ferdige. Tema er fysisk aktivitet og trening for seniorer.
- 2) Det andre verktøyet er en digital videobank med treningsvideoer/musikkvideoer rettet mot seniorer. Videoene skal inneholde styrke- og balansetrening og generell

²⁷ Her deltar Sola, Randaberg, Gjesdal, Time Klepp, Hå, Eigersund, Sokndal, Bjerkreim, Lund, Strand, Hjelmeland og Kvitsøy kommune.

²⁸ 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

bevegelse. Videoene skal være lystige, lette og motiverende. Teknologien skal være så enkel og brukervennlig at det ikke er noen terskel for å ta verktøyet i bruk. Filmer og opplegg skal testes ut på sykehjem og Dagsenter, deretter skal det implementeres på de som nylig har hatt hverdagsrehabilitering (se over).

- 3) Kommunen ser for seg en rekke gevinster ved bruk av verktøyet og ønsker å bygge en kultur for bruk av det: *«Selv om vi skulle kunne bidra til å lage verdens beste treningsvideoer for eldre. Og selv om innholdet er forskningsbasert og øvelsene har vist at de skaper sterkere og stødigere eldre, forebygger fall og brudd og gjør folk mer selvhjulpne, hjelper det ingenting hvis vi ikke som kommune klarer å lage en kultur, en struktur og et system som får sluttbruker til å ta treningsverktøyet i bruk.»*

2.2.6 DAGSENTER

Eigersund kommunes dagsenter for eldre er lokalisert på Kjerjanaset bo- og service-senter. Dagsenteret har to avdelinger, en stor avdeling med tjue plasser og en liten avdeling for demente, med åtte plasser. Per dato er det 12 brukere som benytter seg av tilbudet på den lille avdelingen, mens 52 deler på de 20 plassene. Dagsenteret har åpent fem dager i uken. I løpet av 2017 og 2018 var det hhv. 112 og 117 brukere som hadde plass på dagsenteret.

Ved dagsenteret hevdes det at egenmestringstankegangen er godt forankret hos dem. *«Vi prøve å jobbe med hendene på ryggen»*. De forteller at de har tilrettelagt for at brukerne skal kunne skjenke seg kaffe (kjøpt inn kanner som veier mindre) og øse seg mat selv, i tillegg er det en grunnleggende tanke at man skal hjelpe minst mulig ifm. forflytning. Man har nylig også tilrettelagt for felles bakeaktivitet.

De ansatte forteller at det rettes mye oppmerksomhet omkring fysisk aktivitet og trim. Trim skal inngå som en aktivitet hver dag. De bruker digital aktivitetsmedisin, som er opplæringsfilmer av typen «Trim for eldre». Noen av filmene er rettet mot personalet, og viser eksempelvis hvordan man skal trene med brukere med benskjørhet/brudd.

Vi får opplyst at det er viktig at brukerne står når de trener, fordi dette har gode effekter mht. balansen, og er viktig for å forebygge brudd. Fra Dagsenteret forteller de at de bruker mye tid på å motivere brukerne, og at de prioriterer å være mye ute om sommeren.

2.2.7 I HVILKEN GRAD INNGÅR ERNÆRING SOM ET HELSEFREMMEDE TILTAK?

Ernæringsmessig risiko skal dokumenteres i fagsystemet, IPLOS, som en del av pålagt dokumentasjon. Hjemmesykepleien foretar ernærings-screening av alle nye pasienter, hjemmetjenesten egne sjekklister som brukes ved hjemmebesøk²⁹. Dersom det viser seg at pasienten er i **ernæringsmessig risiko (betydelig overvektig/undervektig), blir de**

²⁹ Jf. dokumentasjon fra kommunen 18.02.19

henvist til ernæringskontaktene i hjemmesykepleien som følger opp pasientene videre. Pasienter som er i ernæringsmessig risiko blir de henvist videre til ernæringskontaktene i hjemmesykepleien som foretar en kartlegging og følger pasienten opp videre. Det opprettes også en egen ernæringsjournal, dersom det er behov for det.

I intervjuene pekes det på at det er sterk oppmerksomhet omkring ernæring i kommunen. Det er nylig opprettet en egen ernæringsgruppe innen Helse og omsorg. Her sitter leder for kommunens kjøkken, assisterende kjøkkensjef, leder for det ene hjemmetjenestet distriktet, leder for miljøtjeneste, korttidsavdeling, helsefaglig ansvarlig og representant for hverdagsrehabiliteringsteamet. I gruppens mandat står det at «*underernæring, feilernæring og overvekt assosieres med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet. Forebygging gir helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet. Det er derfor viktig å sette i gang tiltak før problemene oppstår*³⁰.»

Det står videre at *alle* beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Gruppen skal blant annet utarbeide en overordnet plan for tiltak for å forebygge og behandle underernæring, feilernæring og overvekt for utsatte grupper, og arbeide for at alle enhetene innen HO skal ha en egen ernæringskontakt/ressursperson i ernæring.

Gruppen skal også sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge mandatet er ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet.

Matombringning. Innbyggere over 70 år kan få middag levert på døren. Middagsombringning er en abonnementsordning der innbyggerne får middag for alle dagene (1-7 porsjoner). Det er utkjøring tre dager i uken.

Til innbyggere under 70 år, er det knyttet kriterier og enkeltvedtak til hvem som får middag levert hjem. Vedtaket følger ordinær saksbehandling og brukere med ernæringsmessig risiko skal ha en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak. Et av tiltakene kan innbefatte middagsutlevering. Middag blir kjørt ut av frivilligsentralen og Røde Kors, samt transporttjenesten. Frivillige kjører også ut hellig- og høytidsdager. Det er i all hovedsak brukere i sentrumsnære strøk som får middagsutlevering.

I desember 2018 satte kommunen ned aldersgrensen for middagsombringning, fra 75 til 70 år.

³⁰ Mandat overordnet ernæringsgruppe, datert 12.02.19

Ordningen skal være selvfinansierende, dvs. at bruker selv betaler for kostnader knyttet til transport/utlevering. Vi får opplyst at ordningen har hatt et nokså stabilt antall brukere, rundt 45 stykker. Middagen blir levert kald i ferdige porsjoner og må oppbevares i kjøleskap og behandles som ferskvare. Det er anbefalt å bruke mikrobølgeovn.

Intervjuene tyder på at også hverdagsrehabiliteringsteamet retter oppmerksomhet omkring kosthold og søvn, for å sikre best mulig forutsetninger for opptrening. Det gis beskjed til hjemmesykepleien dersom man merker at brukernes basale behov ikke er dekket.

2.3 TILRETTELEGGING FOR Å VIRKELIGGJØRE KOMMUNENS MÅL

2.3.1 INNLEDNING

I denne delen ser vi nærmere på sentrale rammebetingelser for å tilrettelegge for å virkeliggjøre kommunens mål.

Vi ser på følgende tiltak som bidrar til å nå målet om å styrke den enkeltes egenmestring og at flest mulig kan bo hjemme: Organisering, kompetanseheving, samarbeid, budsjettmodell og ressursfordeling. Vi foretar en totalvurdering av de grep som er foretatt, basert på intervjuer og data fra de andre kommunene. Når det gjelder ressursbruk ser vi på følgende indikatorer:

- Ressursbruken i pleie og omsorg vris over tid i favør av hjemmetjenestene.
- Fordelingen av ressursbruk til hjemmetjenester vs. institusjonstjenester sammenlignet med andre

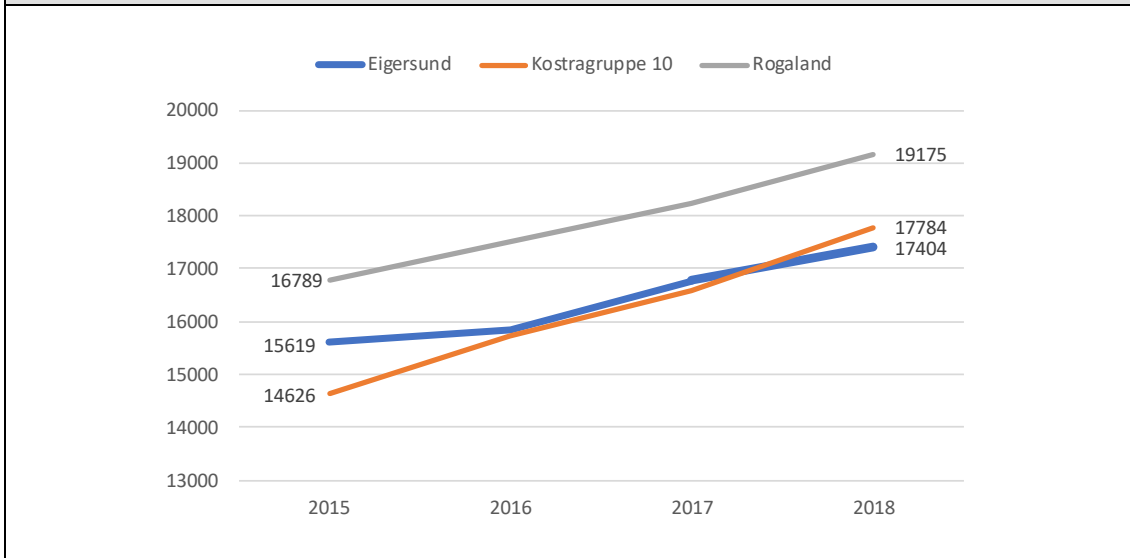
2.3.2 RESSURSER

I figuren under ser vi nærmere på kommunens utgifter med pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Indikatoren viser utgiftene per innbygger, korrigert for utgiftsbehov.

Denne indikatoren gir et bedre bilde av kommunens utgifter enn den rene utgiftsindikatoren (som vanligvis brukes) fordi denne indikatoren korrigerer utgiftene med hensyn til det som regnes som kommunenes objektive utgiftsbehov.

Figuren viser at de behovskorrigerede utgiftene har økt de siste årene, men at de har økt klart mindre enn gjennomsnittet for kommunegruppe 10. Eigersund ligger også betydelig lavere enn snittet for Rogalandskommunene.

Figur 6 – Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger – Korrigeret for behov³¹



Kommunen har et hjemmetjenestebasert pleie- og omsorgstilbud, dvs. relativt få institusjonsplasser sammenlignet med andre. De behovskorrigerte utgiftene til institusjonsplasser per innbygger er tjue prosent lavere enn snittet for kommunegruppe 10³². Tilsvarende bruker Eigersund 14 prosent mer enn snittet til hjemmetjenester, noe som virker å være rimelig, ettersom hjemmetjenesten som følge av lav institusjonsdekning får ansvar for et større antall pasienter med høy pleietyngde.

Men totalt sett er altså pleie- og omsorgsutgiftene litt lavere enn snittet for kommunegruppe ti. Dette indikerer at kommunens satsing på hjemmetjenestene er med på å bygge opp under kommunens ambisjoner om egenmestring, hjelp til selvhjelp og forebygging av behov for institusjonsplass.

2.3.3 BUDSJETTMODELL

I en forvaltningsrevisjon i Bærum kommune i 2016/2017 fant vi eksempelvis at kommunes budsjettmodell ikke stimulerte hjemmetjenestene til å arbeide for å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne. Den daværende budsjettmodellen³³ fordelte midler på bakgrunn av pleiebehov og vedtaksstørrelse. Stort pleiebehov utløste mye ressurser, lite pleiebehov utløste lite ressurser. Pleietyngden er imidlertid en påvirkelig størrelse, noe hverdagsrehabiliteringsarbeidet har vist. Dersom et hjemmetjenestedistrikt klarte å redusere antall vedtakstimer, ble også budsjettene redusert tilsvarende. Eller satt på spissen; var man flinke til å hverdagsrehabiliterer, risikerte man å måtte si opp de som har

³¹ Kilde: Framsikt, som igjen er basert på Grønt hefte i stabsbudsjettet. Grønt hefte består av en rekke behovsvariabler, som utdanningsnivå, dødelighet, antall aleneboende, uføre, psykisk utviklingshemmede og antall ikke-gifte som er 67 år og eldre. Dette regnes som objektive behov, som vanskelig lar seg påvirke av kommunen, i alle fall på kort og mellomlang sikt.

³² Kilde: Framsikt.

³³ Vi er kjent med at Bærum kommune har endret budsjettmodell etter vår gjennomgang.

bidratt til å redusere pleietyngden. De hadde bidratt til å gjøre brukerne mer selvhjulpne, de hadde bidratt til å spare kommunen for utgifter, men bidro samtidig til å redusere behovet for egen innsats.

I Eigersund er budsjettmodellen det motsatte av en innsatsstyrt modell. Eigersund har i hovedsak en rammefinansiert budsjettmodell, basert på eksisterende stillingshjemler. Denne modellen vil ikke fange opp endringer i brukernes behov like fort som en innsatsstyrt modell, men vil heller ikke ha innebygde insentiver som motarbeider kommunens mål om hjelp til selvhjelp. Tvert imot muliggjør den eksisterende modellen å reinvestere den sparte tiden som følge av at brukerne blir mer selvhjulpne. Den sparte tiden kan reinvesteres i andre brukere, forebyggende arbeid eller kompetanseheving.

Vi finner derfor ingen holdepunkter for å si at kommunens budsjettfordelingsmodell svekker implementeringen (jf. problemstilling). Tvert i mot bidrar modellen til å skape et handlingsrom i tråd med satsingen.

2.3.4 ORGANISERING

Helse og omsorg ble omorganisert september 2015. Endringen omfattet hjemmesykepleien og miljøtjenesten. For hjemmetjenestene innebar omorganiseringen at man reduserte antall distrikter fra fire til to. Omorganiseringen utløste et stort engasjement blant ansatte, brukere, representanter for brukere og lokalsamfunnet generelt. Dette har vært fulgt opp av kommunen gjennom en medarbeiderkartlegging i 2017 og to brukerundersøkelser i 2017 og 2018³⁴.

Gjennomgangen tyder på at det var en del motstand mot selve prosessen og i starten, etter omorganiseringen. Medarbeiderkartleggingen fra 2017 tyder på at det var delte meninger blant de ansatte hvorvidt omorganiseringen var et godt grep. Kartleggingen er i etterkant blitt fulgt opp grundig i kommunen³⁵.

Intervjuene våre tyder på at sluttresultatet nå har blitt bra og at omorganiseringen var et godt grep. Det pekes på at færre distrikt og tett samarbeid mellom distriktene har ført til mer samkjørte enheter og likere praksis. I tillegg har fagmiljøene blitt større, noe de intervjuede mener er positivt. Distriktene har utnyttet dette ved å opprette egne kompetanse og ressursgrupper (Demens, palliasjon/kreft, sår, rus/psykiatri, nevrologi/immunologi, hjerte/lunge, ernæring/diabetes). Fjorårets medarbeiderundersøkelse viser at de ansatte i distrikt en mener virksomheten har et forbedringspotensial mht. å sikre relevant kompetanseutvikling og drive mestringsorientert ledelse³⁶.

I distrikt to har man koblet dette opp til arbeidslister og turnus, slik at det blir en kompetansemessig prioritering av hvem som drar hvor. Dette fører til bedre kompetanse og

³⁴ Sak i levekårsutvalget, 22.10.18, sak 047.

³⁵ Opplyst i intervjuer.

³⁶ Kilde: Medarbeiderundersøkelsen 2018.

færre pleiere per bruker, selv om det kan bli litt lengre å kjøre, ettersom brukerne som får hjelp at av den aktuelle gruppen kan bo spredt. Men i sum mener man dette gi bedre pasientoppfølging og bedre kontinuitet.

2.3.5 KOMPETANSEHEVINGSTILTAK OG SAMARBEID

I utgangspunktet hadde vi tenkt å dele kompetanse og samarbeid i to ulike avsnitt. Gjennomgangen i Eigersund tyder imidlertid på at kompetansehevingstiltak og samarbeid henger så nøye sammen at det er mest naturlig å behandle disse temaene sammen.

Med kompetansehevingstiltak mener vi kompetanseheving knyttet til egenmestring og hverdagsrehabilitering, ikke annen fagspesifikk kompetanseheving (kreft, sår, palliasjon osv.).

HOSPITERING

Hver mandag kan ansatte i andre enheter hospitere i HVR-teamet. Hospiteringsordningen har eksistert i nesten tre år og ser ut til å være godt implementert og hyppig brukt. Alle ansatte i hjemmetjenestedistriktene og korttidsavdelingen har fått tilbud om å hospitere, og som godt som alle har gjort det. Hospiteringsordningen omfatter dessuten alle nyansatte, lærlinger og studenter.

HVR-teamet mener det hadde vært en fordel om de ansatte i hjemmetjenesten kunne hospitert hos dem ifm. morgenstellet, men dette er den travleste perioden for hjemmetjenesten og derfor ikke hatt kapasitet til det. Dette har man løst ved at HVR-teamet hospiterer i hjemmetjenesten.

Intervjuene tyder på at hospitering er en veldig god måte å drive kompetanseheving på, ettersom det både er praktisk og målrettet. I tillegg får begge parter mer forståelse for hverandres arbeidsmetodikk og rammebetingelser. En annen fordel er at det er lettere å gjennomføre rent praktisk enn mer tradisjonell kursing av de ansatte. Det går ikke utover driften, man trenger ikke vikar.

Tilbakemelding på ordningen fra de ansatte:

- Lærerikt å se hva brukerne kan, når de blir utfordret.
- Interessant å høre hvordan snakker og hvilke spørsmål de stiller for å motivere brukeren for å ta i bruk sine ressurser.

Fra HVR-teamet er man opptatt av å være på likefot med de som hospiterer, og understreker at de ikke er «ekstreme eksperter», men kollegaer som kan bidra med andre erfaringer og et annet blikk. Kort sagt: Læringen går begge veier.

Hospiteringsordningen ble i november 2018 utvidet til også å omfatte Mestringsenheten (Psykisk helse).

FELLES MØTER OG INTERN KURSING

Lederen for HVR-teamet deltar på ledermøter i hjemmetjenestedistriktene hvor både virksomhetsleder og koordinatorene deltar (mellomledere). Dette er en arena hvor de diskuterer hvordan samarbeidet kan bli bedre og om det er ting som bør justeres eller endres på.

Fysioterapeut i HVR-teamet deltar i møter med de ansatte i de to hjemmetjenestedistriktene annenhver uke – en uke i hvert distrikt. Her går man gjennom pasienter, pasientrapporter etc. Det settes også av tid til litt kjapp kursing på femten-tjue minutter. Eksempler her er tips og triks mht. å stille rullator, sette på støttestrømper, opplæring i øyedråper etc.

Intervjuene tyder videre på at hjemmetjenestedistriktene og HVR-teamet har daglig telefonkontakt ifm. pasientoppfølging.

HVR-teamet har også hatt litt internundervisning, der de inviterer de ansatte i andre virksomheter til å komme. Erfaringen herfra er at det er vanskelig å få folk til å komme (problemer med å få mange til å ta seg fri samtidig), og at hospitering og kursing på samarbeidsmøter fungerer bedre for en turnusbasert tjeneste.

I tillegg foregår det en del intern kursing i den enkelte enhet, for eksempel hvert hjemmetjenestedistrikt.

NETTVERKSMØTER

Det gjennomføres nettverksmøter med de fleste pasientene på korttidsavdelingen, en stund før pasienten reiser hjem³⁷. Her deltar bruker, pårørende, representant (er) fra avdelingen, hjemmesykepleien og HVR, som stort sett er invitert til alle disse møtene. Intervjuene våre tyder på at stadig flere pasienter reiser hjem kun med HVR.

ANDRE SAMARBEIDSTILTAK

Som vi har vist tidligere finnes det dessuten en rekke andre tiltak som fordrer samarbeid og som knytter de ulike virksomhetene sammen:

- Et felles kartleggingsverktøy, som både HVR, hjemmesykepleien og korttidsavdelingen bruker
- Overlapping mellom hjemmesykepleien og HVR ifm. oppfølging av enkeltbrukere
- I en god del saker i 2018 har HVR kartlagt og vurdert pasienten, og foreslått hva de trenger av tiltak. Deretter overtar hjemmesykepleien oppfølgingen.
- Hjemmesykepleien kobler automatisk inn HVR når det kommer søknader om trygghetsalarm, praktisk bistand eller rullator.

³⁷ Vi er informert om at det arbeides med å avholde et slik møte så tidlig som mulig, slik at pasient, pårørende og aktuelle hjelpeinstanser er så godt forberedt som overhode mulig.

FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTEN

I likhet med hverdagsrehabiliteringsteamet, er fysio- og ergoterapitjenesten et sentralt kompetansemiljø mht. til opptrening og rehabilitering: «*Fysio- og ergoterapitjenesten jobber etter hverdagsmestrende tankesett i alt vi gjør. Hverdagsmestring- et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Vi bidrar med trening og tilrettelegging som gjør at brukerne kan bo lengst mulig hjemme med best mulig egenmestring og aktivitet*».

Fysio- og ergo tilbyr fallforebyggende hjemmebesøk når folk fyller åtti, de gjennomfører enkelte kurs (for eksempel årlig kurs i forflytning) og driver med opptrening. I tillegg har fysioterapeutene her trening to timer hver dag på korttidsavdelingen.

Enheten jobber mye med boligtilrettelegging, som øker muligheten for å kunne bo hjemme hele livet. Enheten formidler hjelpemidler som gir brukerne mulighet for (hverdags)mestring og deltakelse, og driver med kompleks habilitering/rehabilitering av innbyggere i alle aldersgrupper. De ansatte ved enheten veileder også annet personale i kommunen.

Fysio- og ergoterapitjenesten kartlegger og tilrettelegger hjem med bla. tilrettelegging av adkomst og toalettsituasjon, og bidrar i ombyggingssaker som gjør at den enkelte kan bo lengre i egen bolig. De bidrar med trening/gjenvinning av funksjon og tilrettelegger med hjelpemidler for at brukere kan bli mobile i eget hjem og komme seg ut og treffe andre og utføre dagligdagse aktiviteter.

Enheten bidrar ikke bare på individnivå, men også mht. utforming av veiledningstorget, boliger i Hestnes og nytt aktivitetscenter på Bakkebø.

I Stavanger ser det ut til at fysio- og ergo har fått en relativt perifer rolle ifm. egenmestring og hjelp til selvhjelp innen pleie og omsorg. Intervjuet med Fysio- og ergoterapitjenesten tyder på at litt av det samme er tilfellet i Eigersund, til tross for at denne enheten alltid har jobbet med forebygging, rehabilitering og egenmestring. Og selv om målgruppene for HVR og fysio- og ergo kan være ulike, er metodikk og grunntanke ganske lik.

Fysio- og ergoterapitjenesten opplever likevel at de «*litt på siden*» av kommunens arbeid med hverdagsmestring. Et konkret eksempel på dette er at de ikke er med i kommunens sårgruppe, til tross for at de har god kompetanse på forebygging av trykksår. Enheten ønsker en tydeligere rolle i kommunens egenmestringsarbeid. De ønsker også en mer effektiv samordning av tjenestene og henvendelser om tjenester i Eigersund kommune. De understreker samtidig at HVR-teamet har vært veldig flinke i sitt arbeid, men mener det er naturlig at fysio- og ergotjenesten trekkes mer inn og bidrar med sin kompetanse på feltet.

Også fysio- og ergoterapitjenesten har stor tro på økt bruk av hospitering som en måte å sikre dette på: «Det er mer effektivt å se hva vi gjør med pasientene i hverdagen»³⁸. Dermed vil en kunne «... jobbe smartere sammen og trenger å samkjøre oss ved blant annet å øke forståelsen for ulik fagkunnskap og sikre enda bedre samhandling. Dette vil kunne øke mestringen hos både brukere og personale»³⁹.

FORSKNINGSPROSJEKT/LÆRINGSNETTVERK

Eigersund kommune har dessuten deltatt i flere forskningsprosjekt/læringsnettverk. En av disse er NOVA-rapporten som er ganske hyppig referert i denne rapporten. Et annet pågående prosjekt, er det såkalte SELFIE-prosjektet i regi av EU og Universitetet i Bergen. Dette prosjektet dreier seg om behandling av pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

Eigersund kommune har også deltatt i prosjektet «gode pasientforløp». I den forbindelse er det utarbeidet sjekklistor, retningslinjer og ulike verktøy for å sikre gode pasientforløp, og for å bidra til at innbyggerne kan bo hjemme når helsen svikter. Det er utarbeidet en rekke verktøy og vi nevner bare to av dem her. Det ene er en 4-meters gangtest, som skal sikre objektive mål på gangfunksjon hos bruker rett etter overflytning, samt etter 4 uker. Det andre eksempelet er en rutine for å sikre at pasienten har bestilt time hos fastlege innen 14 dager etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten eller på korttidsavdelingen. Formålet med dette er å sikre pasienten riktig behandling og pleie.

2.4 FORHOLD SOM KAN SVEKKE IMPLEMENTERINGEN AV KOMMUNENS MÅL

2.4.1 INNLEDNING

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

I forrige del så vi på sentrale rammebetingelser for å tilrettelegge for å virkeliggjøre kommunens mål. Nå vender vi blikket nedover og ser på utfordringer pleierne møter i hverdagen eller forhold som kan svekke pleiernes mulighet til å jobbe i henhold til målene. Men sett fra pleiernes synsvinkel.

Noen av disse er ikke kun Eigersundsfenomen, men også momenter/hindringer vi finner i andre kommuner.

³⁸ Intervju 28.03.19

³⁹ Fra dokumentet hverdagsmestring i Bo- og servicesentrene. Notat etter observasjon av virksomhetsleder, udatert.

2.4.2 SÅRBEHANDLING

De ansatte i hjemmetjenestene forteller at fastlegene i Eigersund i liten grad utfører sårbehandling. De peker på at innbyggere i andre kommuner ofte gjennomfører sårbehandling hos fastlegen. For Eigersund kommune fører dette at det blir hjemmetjenesten som må utføre denne tjenesten. De intervjuede anslår at om lag 20 prosent av brukerne mottar sårbehandling fra hjemmetjenesten, og en betydelig andel har kun denne tjenesten. Dette er forhold som bidrar til at dekningsgraden av hjemmetjenester blir høy.

2.4.3 MEDISINHÅNDTERING

Flere peker på at det er billigere og enklere å få hjelp av hjemmesykepleien til medisinbehandling enn å gå på apoteket og ordne dette selv. De intervjuede mener dette svekker brukers motivasjon for å håndtere medisinene selv. Hjemmesykepleien er gratis mens et «abonnement på apoteket koster rundt to hundre kroner i måneden». Vi får opplyst at noen brukere har hatt hjelp til medisinbehandling i mange år, men at de burde kunne håndtert dette selv: *Men noen er langt over nitti år, og vi velger å opprettholde tjenesten.* Det har vært vanlig at hjemmetjenesten har ordnet dette tidligere: *«Vi merker dette i forventningene fra brukere og pårørende.»* Men det vises også til enkelte eksempler på bestillinger fra fastleger om at hjemmesykepleien skal overta medisineringen, uten at det er en faglig begrunnelse for dette.

2.4.4 E-MELDINGER

Intervjuene med hjemmesykepleierne tyder på at det tar lang tid før de får svar på e-meldinger som er sendt til legene i Eigersund kommune. *«Det kan ta mange uker, noen ganger flere måneder.»* Dette resulterer at man kommer for sent i gang med nødvendige tiltak overfor pasienten, noe som reduserer pasientens motivasjon for dette tiltaket.

2.4.5 TILVENNING TIL KOMPENSERENDE HJELP

Et annet moment, som flere trekker frem, er at pasienter som har mottatt kompenserende hjelp over lang tid er vanskelige å få over på endringsrettede mestringsiltak. Dette til tross for at de fysisk sett burde ha et betydelig egenmestringspotensial.

2.4.6 FORVENTNINGER

Intervjuene våre tyder på at forventningene til tjenesten skapes fra flere hold. På sykehuset («de sa at mor skulle få hjemmesykepleie tre ganger til dagen») og av de pårørende.

Hva som forbindes med begrepet hjemmesykepleie – begrepets konnotasjoner. Vi får opplyst at brukerne ofte har klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. *de er syke og må få hjelp. Dermed inntar de en passiv pasientrolle. I Stavanger ble vi fortalt at en og samme bruker kan innta en helt annen rolle når terapeuter fra Fysio- og*

ergoenheten kommer på besøk: «Da sitter de klar med joggeskoene på og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer.» Det gis lignende eksempler i Eigersund.

Både brukere og pårørende har klare forventninger til tjenesten og for noen er forventningene knyttet til at pleierne skal ta overoppgavene for dem (lage mat, tømme søppelet, ta på strømpene, vaske på ryggen osv.). **Men intervjuene tyder på at pasienten ofte vil klare [se over](#).**

2.4.7 «SNILLE» OG «SLEMME» PLEIERE

Som vi har sett over, kan det være betydelige forskjeller mellom hvordan pleierne utfører tjenesten, selv om dette problemet ikke synes å være spesielt stort i Eigersund ([se over](#)). Men også her opplever ansatte i hjemmesykepleien som jobber med hverdagsmestring at de noen ganger blir motarbeidet av velmenende hjelpere som insisterer på å gjøre oppgavene for brukeren. Dette skaper vanskelige arbeidsbetingelser for de som jobber for å gjøre brukeren i stand til å klare oppgavene selv.

2.4.8 BRUKERNES DAGSFORM VARIERER

Et annet moment som kompliserer bildet, er at brukernes dagsform kan variere en god del. Det pekes på at de ikke alltid er mottakelige for opplæring, og at det er viktig å utvise faglig skjønn her. Dersom man ikke gjør det, risikerer man å tøye strikken for langt. Forventes det for mye av brukerne, kan det gå det utover omsorgen.

Flere av de vi har intervjuet forteller at mange brukere er veldig utrygge og at evnen til å skape trygghet og motivasjon er en nøkkelkompetanse for å lykkes i å stimulere til egenmestring.

2.4.9 BRUKERS EVNE TIL Å PÅVIRKE DE ANSATTE

I intervjuene pekes det på at enkelte brukere har sine egne triks eller virkemidler for å få den hjelpen de mener de trenger.

Men dette handler ikke bare om at bruker forsøker å påvirke pleierne i en bestemt retning. Det handler også om relasjonen som oppstår mellom pleier og bruker. Når vi møter et annet menneske, ansikt til ansikt, på et likestilt nivå av felles menneskelighet, våkner vår etiske bevissthet. Disse tankene er inspirert av filosofen Emmanuel Levinas begrep om møtet med den andre. Vi skal ikke trekke dette for langt, men en tolkning her er at de som har en nærhet til brukerne gjennom hyppig kontakt, opplever en sterkere moralsk eller etisk forpliktelse overfor pasientene, enn de som ikke møter dem.

De som møter brukerne i det daglige vil derfor kunne oppleve et misforhold mellom kommunens overordnede mål om egenmestring og behovene de fanger opp i den daglige kontakten med bruker. Pleierne kan ha ulike oppfatninger av brukerens behov og

hva det vil si å ta brukerne på alvor. Men etter vår vurdering kan dette både romme å utfordre, motivere, skape tillit og gi brukeren støtte.

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

2.4.10 TID

Det går som regel går raskere å gjøre oppgavene for brukerne enn å la brukerne få mulighet til å gjøre oppgaven helt eller delvis 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 brukerne skal bli i stand til å mestre oppgavene selv.

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

Det er samtidig viktig å understreke at dette ikke alltid handler om å ha tid, men om å ta seg tid. I intervjuene pekes det på at mange fortsetter med kompensierende tiltak selv om de har kunnskap om hverdagsmestring. Og da handler det om å stoppe opp, tenke seg om og ta seg tid til å handle i tråd med kunnskapen, hevdes det.

I intervjuene tas det til orde for å tenke mer ut av boksen, mht. tjenestetildeling. Innvendingen er at man fremdeles tilder en del standardtjenester, uten å tenke over hvilken effekt det har: *«Dusj en gang i uken, dosett en gang i uken. Men hva hjelper det? Kanskje en tretti minutters gåtur vil ha bedre effekt? Det gir mosjon, frisk luft og samvær. Et annet eksempel er avlastningsopphold på sykehjem: Hva med tre dager i stedet for en uke? Kanskje det vil være nok for noen, men det blir automatisk tildelt en uke.»*

2.4.11 FORMEN PÅ SPØRSMÅLET SOM STILLES TIL BRUKERNE

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

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

Flere vi har intervjuet i Eigersund og i andre kommuner mener dette er et godt spørsmål. Men det er også enkelte som mener det er dårlig mht. å bidra til egenmestring og hjelp til selvhjelp. For hva om det viktigste for brukerne er å få hjelp til det aller meste fordi de har jobbet og slitt et langt liv? Hva om det viktigste for dem er at de ønsker seg tiltak som befinner seg innenfor det som defineres innenfor hjelpefeller, selv om de har et betydelig egenmestringspotensial? Hjelp og service er for noen brukere og pårørende det viktigste tegnet til kvalitet (jf. over).

En mulighet her er å snu på spørsmålet; Hva vil du oppnå? Hva er dine mål? Eller: Hva er viktig for at du skal mestre å oppleve god livskvalitet i hverdagen?

2.4.12 VURDERING

Etter vår vurdering bør kommunen se nærmere på hindringene/momentene som er nevnt over.

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

I andre tilfeller (e-meldinger, medisinhåndtering og sårbehandling) handler det om å se nærmere på om man kan endre dagens praksis, for å kunne legge et ekstra trykk på egenmestring og selvhjelpenhet i de tilfellene dette gjelder.

2.5 RESULTATER

2.5.1 INNLEDNING

I dette kapitlet undersøker vi hvordan bruken av de ordinære hjemmetjenestene har utviklet seg de siste årene. Vi er spesielt opptatt av statistiske utviklingstrekk som kan ha sammenheng med kommunens arbeid med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

Forventninger:

- **Innslagspunktet for når de eldre trenger pleie- og omsorgstjenester utsettes.** Dette måles ved å undersøke andelen eldre som klarer seg uten hjelp. Her ser vi

på kommunens historiske utvikling, og utviklingen i kommunen, sammenlignet med andre.

- Økt sirkulasjon av brukere i hjemmetjenestene, dvs. flere kommer inn og flere går ut av tjenesten, som igjen vil bety en større andel brukere med tidsbegrensede vedtak. En slik utvikling vil være en logisk konsekvens av flere hjelpetiltak som skal gjøre brukerne selvhjulpne.
- Eldres behov for praktisk bistand til hverdagslige gjøremål går ned.

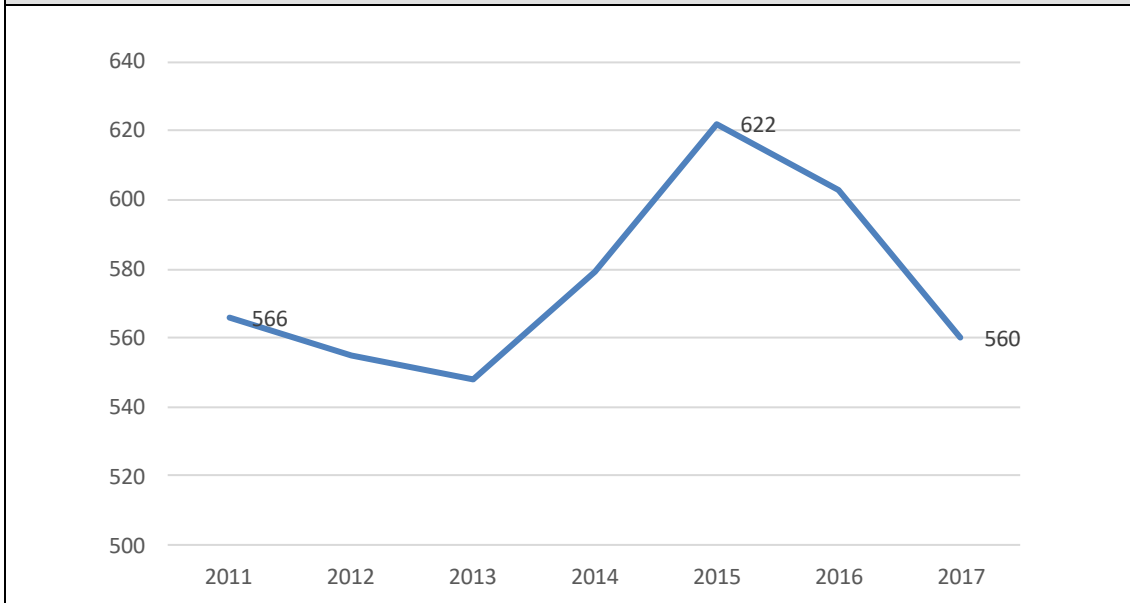
Vi har også noen forventninger knyttet til den økonomiske utviklingen

- Kommunens utgifter inne helse og omsorg flater ut, går ned eller øker mindre enn sammenlignbare kommuner. Vi bruker to indikatorer for å måle dette: Gjennomsnittlige utgifter per mottaker, behovskorrigerede utgifter til pleie og omsorg per innbygger
- Gjennomsnittlige utgifter per mottaker flater ut, går ned eller øker mindre enn sammenlignbare kommuner.
 - Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at en nedgang i antall brukere sannsynligvis vil føre til økte utgifter per bruker, ettersom det er de «letteste» som blir selvhjulpne, og de som har behov for mest tjenester som blir igjen.
 - Dette kan imidlertid måles ved å undersøke utviklingen i pleietyngde over tid. Erfaringsmessig er det små endringer i den gjennomsnittlige pleietyngden fra år til år, og vi har noen indikasjoner på at kommunene har ulik praksis mht. rapportering av pleietyngde (IPLOS).
 - Behovskorrigerede utgifter til pleie og omsorg per innbygger flater ut, går ned eller øker mindre enn sammenlignbare kommuner. Denne indikatoren kan fange opp «blindsonen» til produksjonsindikatoren over.

2.5.2 DEKNING AV HJEMMETJENESTER

Drifts- og ressursanalysen som ble foretatt i Eigersund i 2017 viste flere ting⁴⁰. Blant annet viste den at det var relativt mange innbyggere som hadde hjemmetjenester. Samtidig viser tallene at det i 2015 var unormalt mange som mottok hjemmesykepleie, og at det hadde vært en sterk vekst fra 2013 til 2015.

⁴⁰ Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren, Rune Devold, 2017.

Figur 7 – Utvikling i antall personer med hjemmesykepleie (KOSTRA)

Vi har tatt utgangspunkt i tallene fra den gang, og supplert med de nyeste tallene, for å undersøke utviklingen i antallet og andelen hjemmetjenestemottakere. Dessverre foreligger det ikke brukerdata i KOSTRA for 2018⁴¹.

Gjennomgangen viser tydelig at andelen mottakere av hjemmetjenester har gått ned betydelig etter Devold-rapporten, og forskjellen mellom Eigersund og sammenligningskommunene er blitt betydelig mindre i dette tidspunktet.

Tabell 4 – Dekning hjemmetjenester i Eigersund – utvikling fra 2015 til 2017 (KOSTRA)⁴²

	2015	2016	2017
Per 1000 innbyggere	49	48	44
Per 1000 innbyggere over 80 år	468	423	394

Tabell 5 – Dekning hjemmetjenester – 2017 – sammenligninger med andre⁴³

	Eigersund	Kostragruppe 10	Rogaland
Per 1000 innbyggere	44	45	31
Per 1000 innbyggere over 80 år	394	336	280

Gjennomgangen tyder på at nedgangen skyldes to ting:

1. Vi får opplyst at det i 2017 ble det gjort en ryddejobb i fagsystemet CodDoc⁴⁴. Det viste seg da at flere av brukerne var registrert som «ikke aktive tjenestebrukere».

⁴¹ Vi er informert om at dette har sammenheng med at det er nytt år og at helsedirektoratet samler inn disse tallene, og at det har vært noen startvansker i den forbindelse. Tallene vil etter alt å dømme foreligge den 15. juni.

⁴² Hjemmetjenester = Praktisk bistand, BPA, Avlastning - utenfor institusjon, omsorgslønn, hjemmesykepleie

⁴³ Kilde: KOSTRA. Det fantes dessverre ikke tall fra Eigersund kommune i 2018.

⁴⁴ Epost fra rådgiver i helse- og omsorgsavdelingen, datert 28.03.19.

Disse ble avsluttet. Derfor er det grunn til å tro at nedgangen i 2017 bare delvis skyldes en reell nedgang.

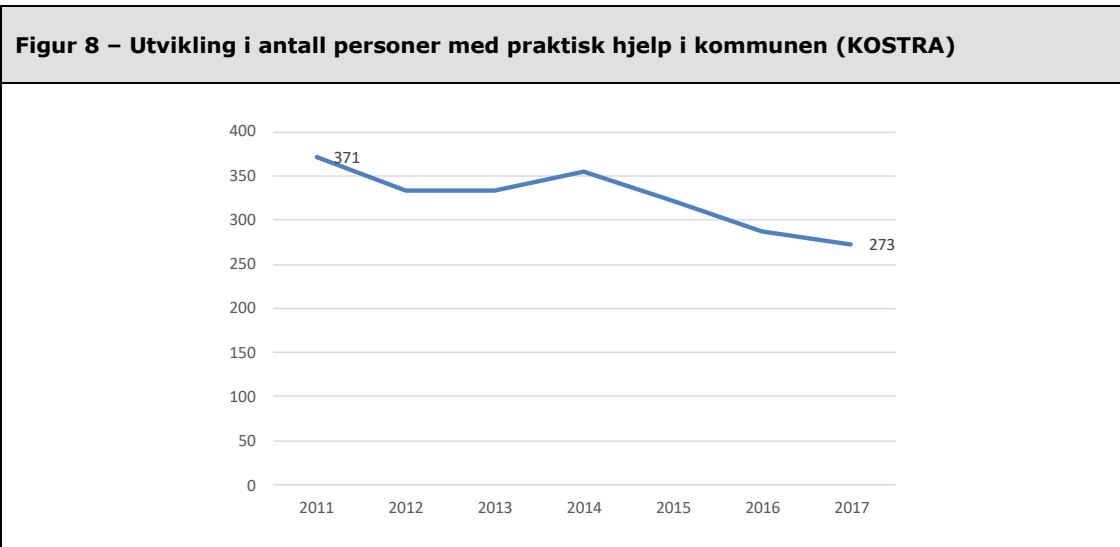
2. Interne kommunale tall for 2018 tyder på en ytterligere nedgang, men denne gang ser det ut til at det utelukkende skyldes en reell nedgang, dvs. færre mottakere⁴⁵.

Tabell 6 – Utvikling i antall brukere i de to hjemmetjenestedistriktene⁴⁶			
	2016	2017	2018
Distrikt 1	240	217	219
Distrikt 2	268	249	217
Sum	508	466	436

En liten kommentar: Denne tabellen viser antallet brukere som mottar hjemmetjenester i kommunen igjennom hele året. Som nevnt tidligere tyder tall og tilbakemeldinger på at det er en mye større sirkulasjon eller gjennomstrømning av brukere med hjemmetjenester nå enn for noen år siden. Dette er en dimensjon som ikke fanges opp av disse tallene, men som er viktig for å nyansere bildet. Det er en betydelig stor forskjell for bruker og for kommune om en bruker har hjemmetjenester i en måned enn brukere som har hjemmetjenester i et helt år. Men dette fanges altså ikke opp av statistikken.

2.5.3 UTVIKLING I ANTALL PERSONER MED PRAKTISK BISTAND

Mens hjemmesykepleie er et tilbud til de som har behov for nødvendige helsetjenester, omfatter praktisk bistand hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål. Dette dreier seg i all hovedsak om hjelp til rengjøring, og kommunen tar seg betalt for denne tjenesten. Som vi ser under, har det vært en kraftig nedgang i antall personer med praktisk bistand.

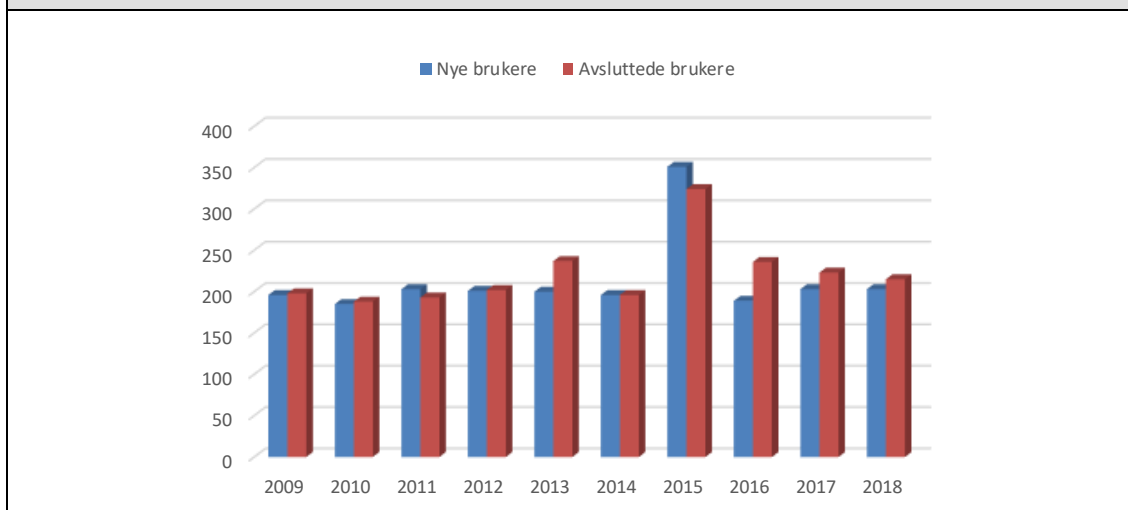


⁴⁵ Vi får opplyst at antall hjemmetjenester i heldøgnsbemannede boliger tilknyttet bo- og servicesentrene er nokså konstant, og er holdt utenfor her

⁴⁶ Kilde: KOSTRA. Det fantes dessverre ikke tall fra Eigersund kommune i 2018.

2.5.4 SIRKULASJON - GJENNOMSTRØMNING

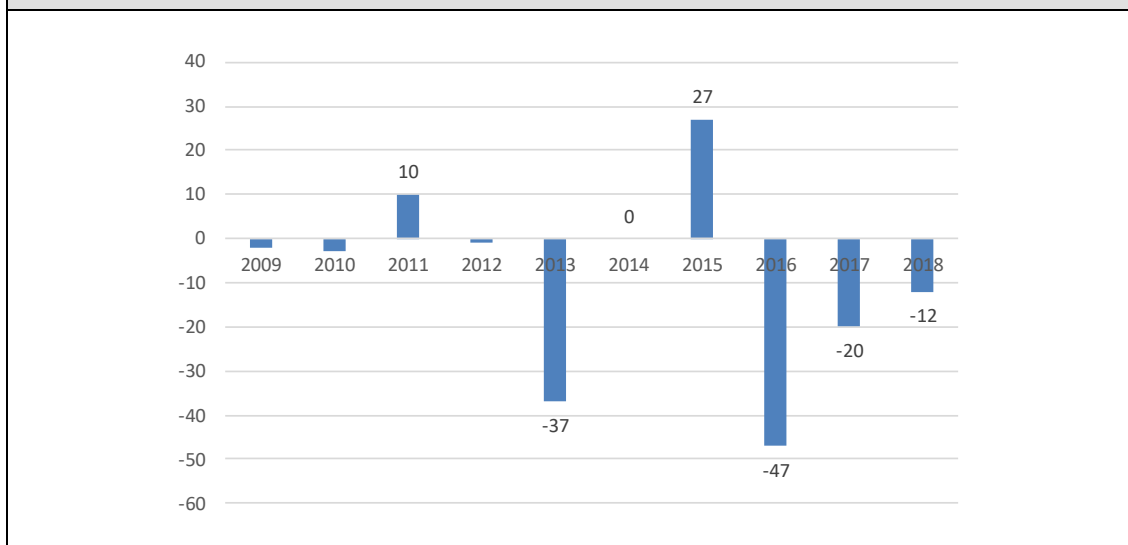
Figur 9 – Nye og avsluttede hjemmetjenestebrukere⁴⁷



Utviklingen viser en større sirkulasjon av brukere i hjemmetjenesten. De tre siste årene var antall nye og avsluttede brukere 9 prosent større enn de tre første, noe som kan være en indikasjon på flere tidsbegrensede hjelpetiltak som skal gjøre brukerne selvhjulpne.

Kommentar: Den sterke økningen i antall nye og avsluttede brukere i 2015 skyldes en omorganisering i Helse og omsorg, der man reduserte antallet enheter fra to til fire. Dermed ble 2/4 av tjenestene avsluttet og opprettet på ny, under ny enhet⁴⁸. I figuren under illustrerer vi dette nærmere. Den viser at det er antallet avsluttede brukere overstiger antallet nye brukere de sist tre årene.

Figur 10 – Totalt flere eller færre hjemmetjenestebrukere per år⁴⁹



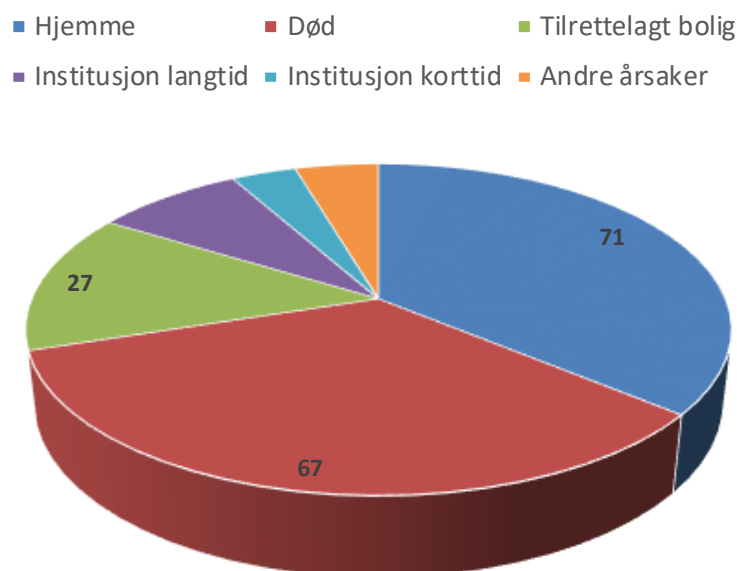
⁴⁷ Tall mottatt fra helsefaglig ansvarlig, den 18.02.19

⁴⁸ Opplyst av helsefaglig ansvarlig på epost, 08.03.19.

⁴⁹ Samme kilde.

Netttotalene viser altså at det fra 2009 til 2018 ble 85 færre pleie og omsorgsbrukere. Den største nedgangen kommer fra 2013 til 2018. I figuren under ser vi nærmere på hva som er de viktigste avgangsårsakene. Vi ser at den største gruppen er de som avslutter tjenesten og bor hjemme etterpå. Dødsfall er en annen viktig årsak⁵⁰.

Figur 11 – Avgangsårsaker i 2018⁵¹



Distrikt 2 hadde totalt 217 mottakere av hjemmesykepleie i 2018. Av disse ble 87 avsluttet. I distrikt 1 var det 194 mottakere av hjemmesykepleie, hvorav 72 ble avsluttet.

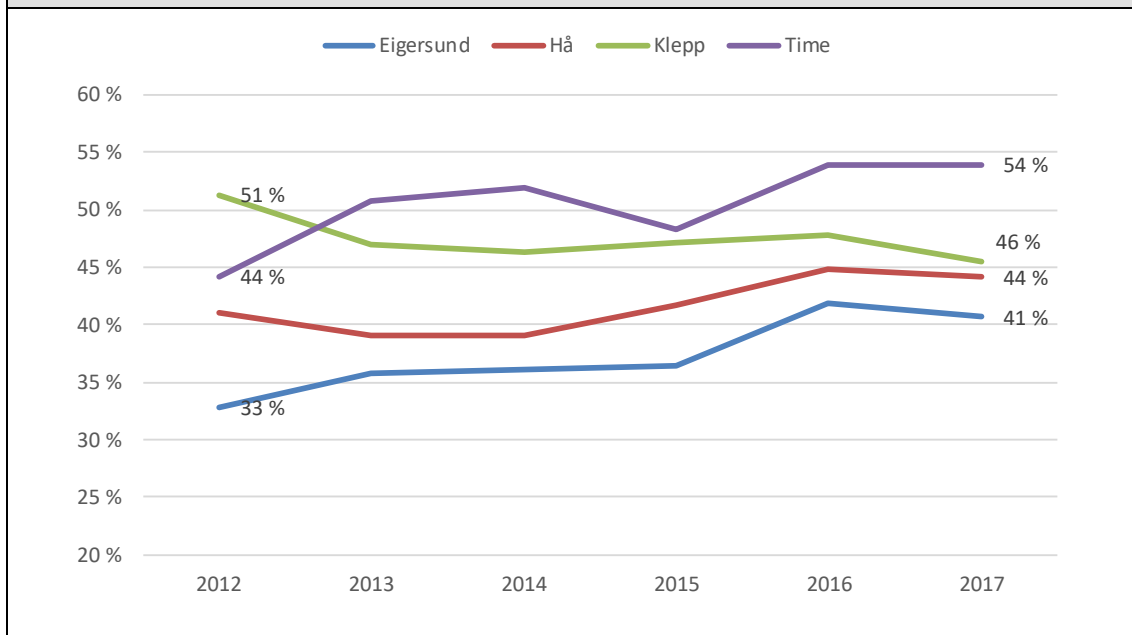
2.5.5 ANDEL ELDRE SOM KLARER SEG SELV

I den neste figuren viser vi utviklingen andel innbyggere i alderen 80-89 år som ikke mottar noen form for pleie- og omsorgstjenester.

⁵⁰ Vi har ikke sammenlignbare tall fra årene i forveien, slik at det er vanskelig å si noe om avgangsårsakene har endret seg de siste årene.

⁵¹ Samme kilde. Det er et avvik på 18, dvs. hovedtallet som viser hvor mange som har avsluttet hjemmesykepleien, som er atten personer høyere enn antallet dersom vi summerer alle avslutningsårsakene.

Figur 12 – Andel innbyggere mellom 80-89 som ikke har pleie- og omsorgstjenester⁵²



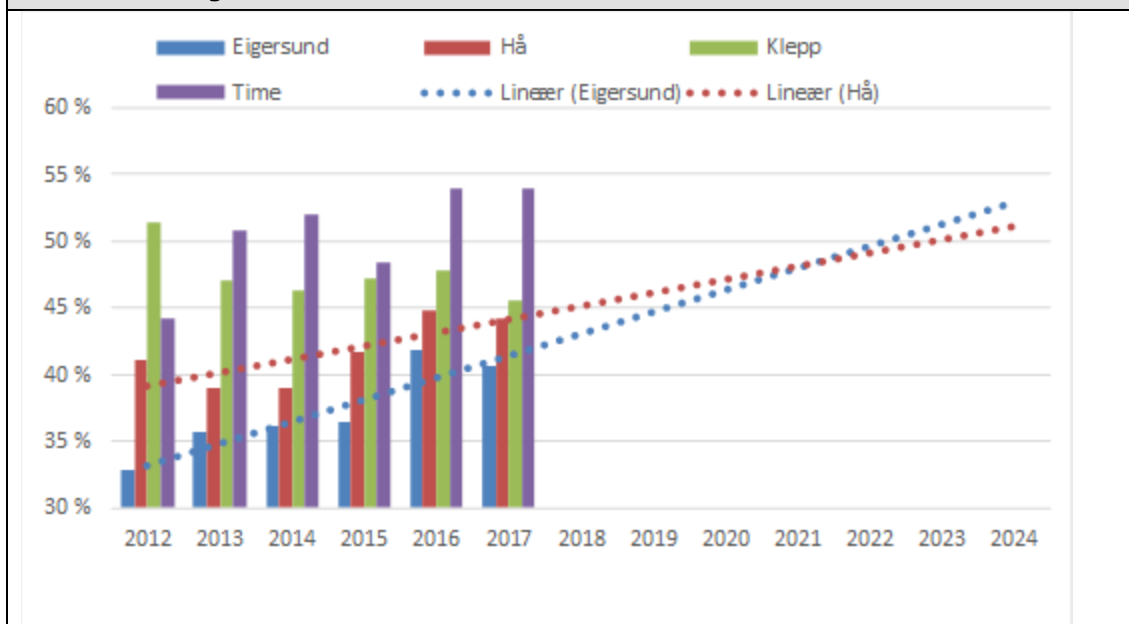
Figuren viser at det er færre i Eigersund som ikke har pleie- og omsorgstjenester, sammenlignet med Jær-kommunene. Men vi ser også at forskjellene er blitt mindre de siste årene. Eigersund og Time er de to kommunene som har hatt sterkest vekst i innbyggere mellom 80-89 uten behov for pleie og omsorgstjenester.

Det kan altså se ut til at Eigersund beveger seg i retning av at stadig flere eldre innbyggere klarer seg på egen hånd, men at kommunen fremdeles har litt å gå på. Også Stavanger og Sandnes hadde i 2017 klart flere mellom 80-89 uten pleie- og omsorgstjenester, hhv. 47 og 56 prosent.

Helt til slutt har vi sett nærmere på hvordan utviklingen vil bli fremover, dersom de siste årenes utvikling fortsetter. I figuren er dette illustrert med Hå og Eigersund kommune. Den viser at Eigersund om noen år vil ha en større andel innbyggere mellom 80-89 uten pleie- og omsorgstjenester. Det samme er tilfelle dersom vi sammenligner med Klepp, mens Time vil ligge langt over de tre andre kommunene. Men dette betinger altså at de siste årenes utvikling fortsetter i alle de fire kommunene.

⁵² Vi har beregnet andelen som klarer seg selv ut fra foreliggende tall i KOSTRA-statistikken som viser antall unike brukere av omsorgstjenester delt på antall innbyggere i denne aldersgruppen, dvs. <https://www.ssb.no/statbank/table/11642/> og <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>.

Figur 13 – Andel innbyggere mellom 80-89 som ikke har pleie- og omsorgstjenester – dersom utviklingen fortsetter

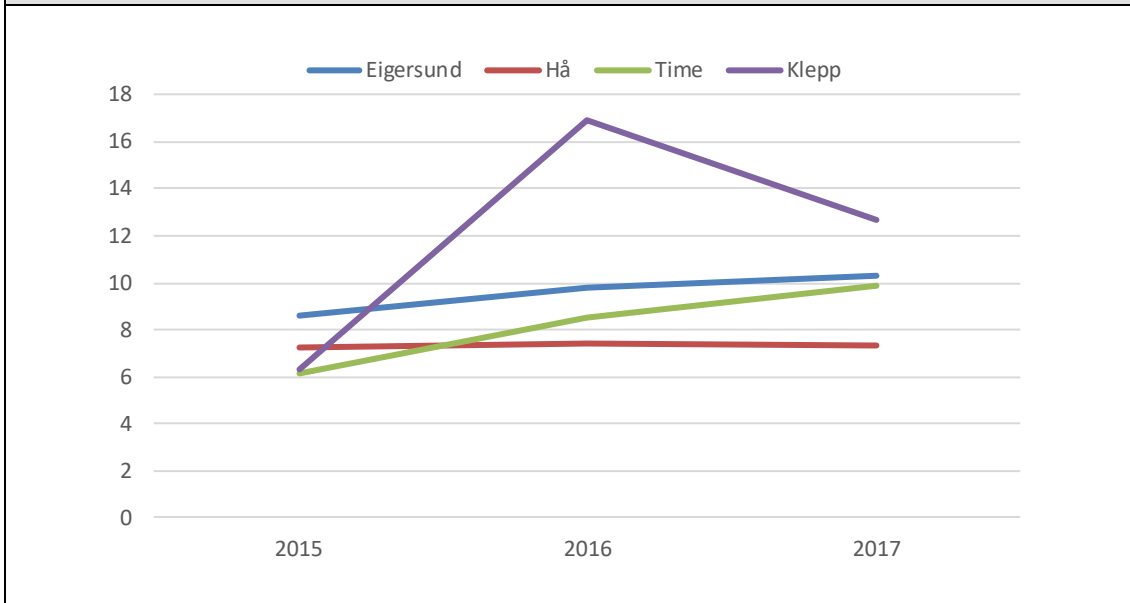


2.5.6 VEDTAKSTIMER

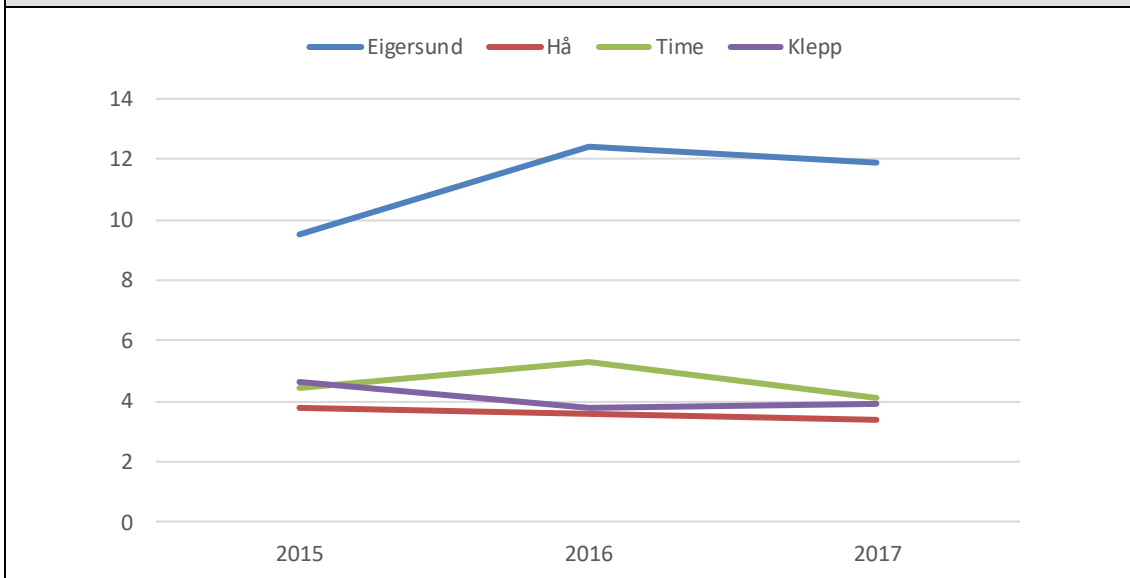
I de to neste figurene viser vi det gjennomsnittlige antallet tildelte hjemmesykepleietimer i uken. Den første viser det totale bildet for alle mottakere av hjemmesykepleie, mens den andre viser bildet for hjemmesykepleiemottakere over 67 år. Figurene viser flere ting:

- Av de fire kommunene har Eigersund det nest høyeste antallet timer per uke. Vi ser samtidig at forskjellen mellom Eigersund og Time nesten er visket ut i 2017
- Det store skillet mellom Eigersund og de tre andre kommunene blir tydelig når vi se på brukere over 67 år. Her tildeler Eigersund i gjennomsnitt tre ganger så mange timer per bruker, sammenlignet med de andre kommunene.
- En helt sentral forklaring her er ulik institusjonsdekning i de fire kommunene. Dess færre institusjonsplasser man har, dess flere tyngre brukere må håndteres av hjemmetjenesten. Hå som har det laveste uketimetallet har også den høyeste institusjonsdekningen (22,2%), tett fulgt av Klepp (19,7) og så Time (16,7). Om dette forklarer hele forskjellen er imidlertid vanskelig å si.

Figur 14 – Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie

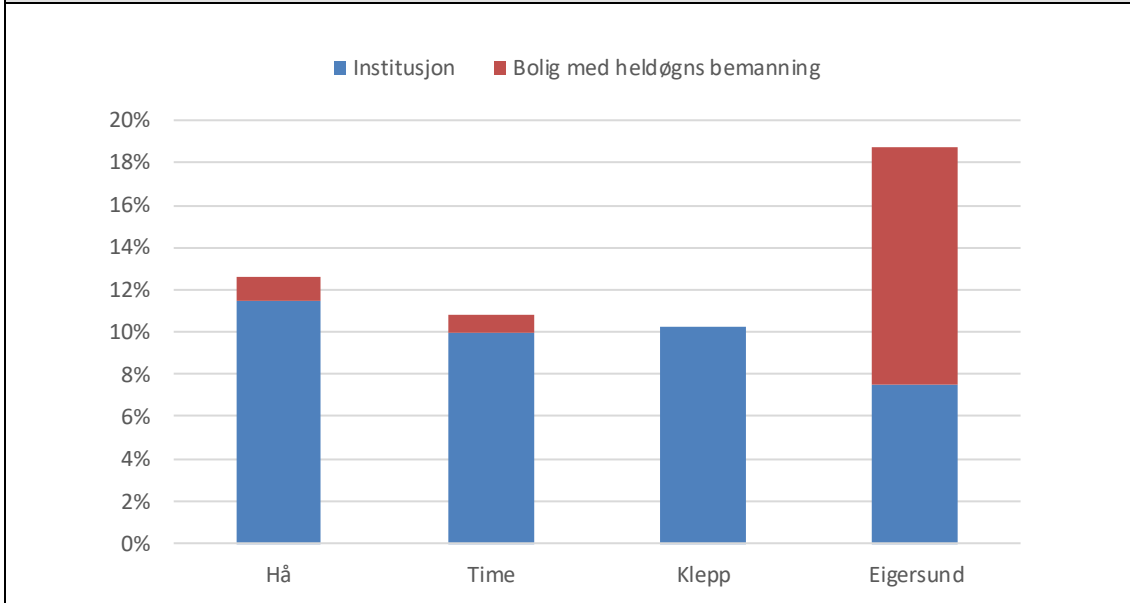


Figur 15 – Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie, brukere over 67 år



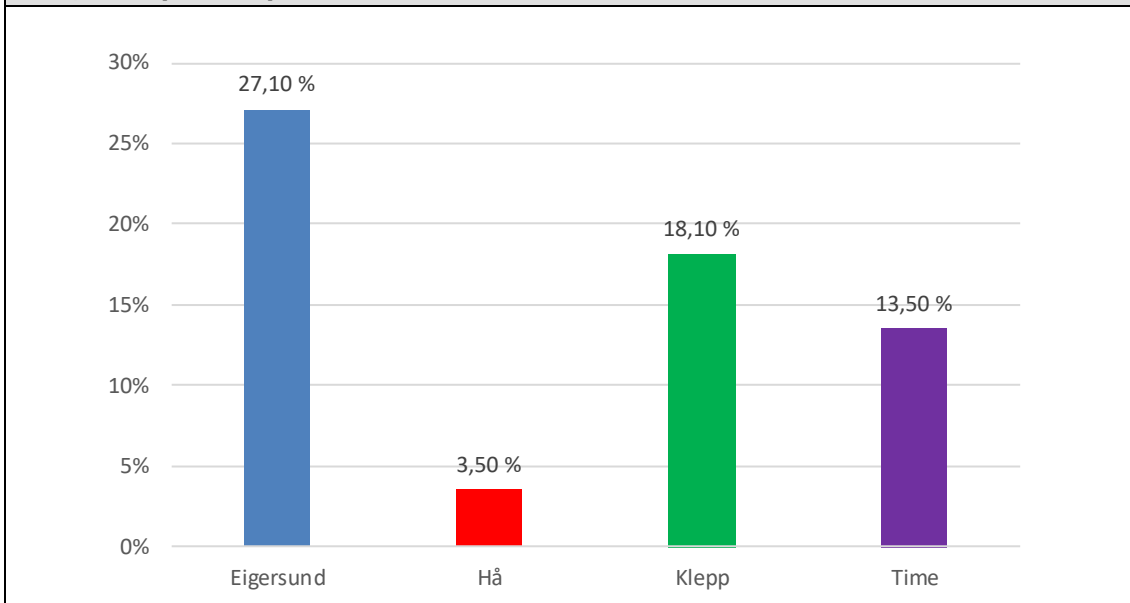
Det bør legges til at Eigersund i 2017 hadde flere beboere i bolig med heldøgns bemanning (141) enn de tre kommunene til sammen (118), og dette forholdet har vært nokså konstant over tid. Dette gir sannsynligvis kraftige utslag mht. vedtakstid og utgifter til hjemmetjenesten, som yter hjelp til denne gruppen. I neste figur viser vi hvordan dette slår ut i forhold til de eldste brukerne, dvs. de over åtti år. Figuren viser andelen av innbyggere over åtti, som enten er beboere på institusjon eller heldøgnsbemannet bolig. Her skiller Eigersund seg kraftig ut, og den røde delen av søylen er sannsynligvis hovedforklaringen på hvorfor det gjennomsnittlige antallet vedtakstimer er svært høyt i hjemmetjenesten i Eigersund

Figur 16 – Andel innbyggere over 80 som bor på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning (KOSTRA)⁵³



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

Figur 17 – Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over, 2017 (KOSTRA)

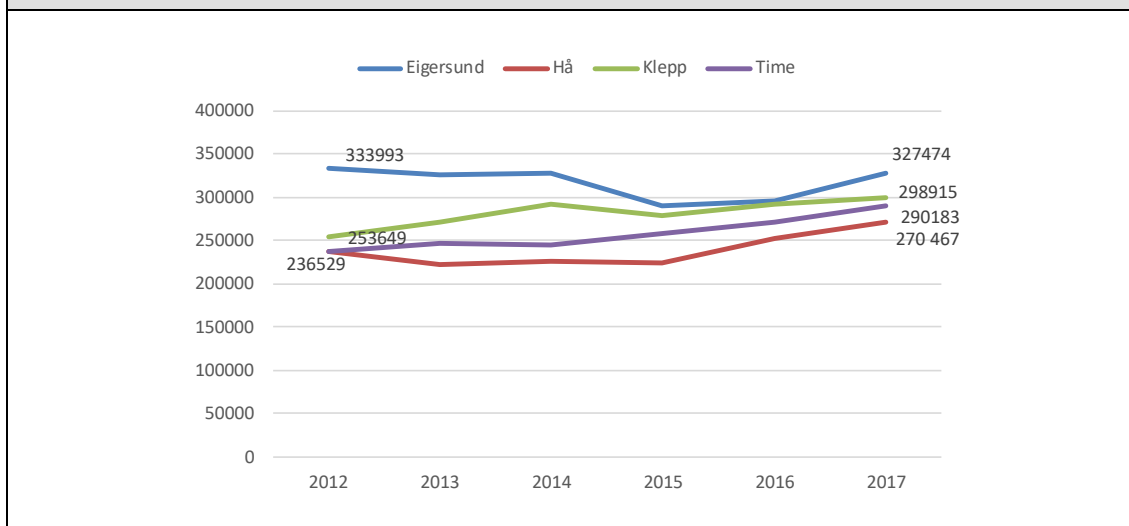


⁵³ Tallene for antall beboere i heldøgnsbemannede boliger er fra 2018, mens institusjonstallene er fra 2017. Det foreligger ikke tall for 2017 for sistnevnte indikator, og vi har valgt å bruke det siste tilgjengelige tallet. Dette gjør sannsynligvis relativt små utslag.

2.5.7 UTGIFTSUTVIKLING

I figuren under viser vi utgiftsutviklingen per hjemmetjenestemottaker i Eigersund, sammenlignet med Jær-kommunene.

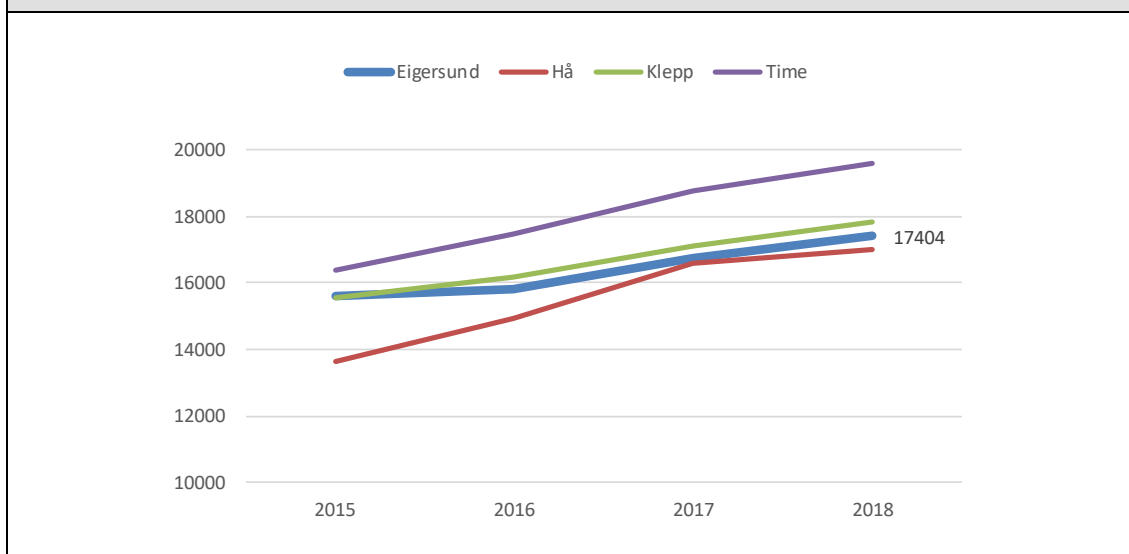
Figur 18 – Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester (KOSTRA) ⁵⁴



Eigersund har de høyeste utgiftene per mottaker, men utgiftene går ned og forskjellen mellom Eigersund og de tre andre kommunene blir mindre. Lavere institusjondekning er en viktig forklaring på Eigersunds relativt høye utgifter per hjemmetjenestemottaker.

Men dersom vi ser hele pleie- og omsorgssektoren samlet er ikke utgiftene spesielt høye i Eigersund, sammenlignet med Jær-kommunene.

Figur 19 – Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger – Korrigert for behov⁵⁵



⁵⁴ Kilde for tall fra 2010 – 2016: KOSTRA. Tall for 2017 er hentet fra Framsikt, som henter sine tall fra KOSTRA.

⁵⁵ Kilde: Framsikt, som igjen er basert på Grønt hefte i stabsbudsjettet. Grønt hefte består av en rekke behovsvariabler, som utdanningsnivå, dødelighet, antall aleneboende, uføre, psykisk utviklingshemmede og antall ikke-gifte som er 67 år.

Vi viste i kapittelet over at de var lavere enn snittet for kommunegruppe ti, og at også utgiftsveksten var lavere. Dersom vi sammenligner med Jær-kommunene, ser vi at utgiftsnivået i Eigersund i 2018 nesten er på nivå med Hå kommune, og ligger betydelig under snittet for de tre Jær-kommunene (18159).

2.5.8 VURDERING

Stadig flere eldre innbyggere i Eigersund ser ut til å klare seg uten pleie- og omsorgstjenester.

Det har også vært en klar nedgang i mottakere av hjemmetjenester de siste årene, og en betydelig andel av brukerne avslutter hjemmesykepleien, og klarer seg på egen hånd, uten hjelp, etterpå. Utviklingen viser også at det totalt sett er en større sirkulasjon/gjenomstrømning av brukere i hjemmetjenesten

Gjennomgangen tyder på at nedgangen har sammenheng med den økte satsingen på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, noe som er i tråd med kommunens mål om at flest mulig skal klare seg hjemme på egen hånd. Men det er vanskelig å si hvor mye dette slår ut og hvor mye som skyldes andre forhold, for eksempel en generelt friskere befolkning.

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

Vi har mange indikasjoner på at kommunens satsing virker, at det er bra for bruker og bra for kommuneøkonomien, men det er vanskelig å bevise.

Det ser samtidig ut til at kommunen fremdeles ikke har tatt ut hele egenmestringspotensialet i hjemmetjenesten. Dekningen av hjemmetjenester er fremdeles høy, og selv om dette delvis skyldes lav sykehjemsdekning, er nivået på andelen eldre *uten* pleie og omsorgstjenester klart lavere enn de tre Jær-kommunene, Stavanger og Sandnes.

Det kan også se ut til at kommunen har «en del å gå på» mht. omfanget på pleie- og omsorgstjenestene, men vi er mer usikre her. Eigersund tildeler i snitt tre ganger så mange timer per bruker i uken, sammenlignet med de tre Jær-kommune. En stor del av dette skyldes en lavere institusjonsdekning i Eigersund, og at hjemmetjenestene må håndtere flere brukere med store behov. Men vi er usikre på om dette forklarer hele forskjellen mellom kommunene.

og eldre. Dette regnes som objektive behov, som vanskelig lar seg påvirke av kommunen, i alle fall på kort og mellomlang sikt.

Tallene for 2018 viser at Eigersund har litt lavere utgifter til pleie og omsorg, sammenlignet med andre kommuner. Eigersund bruker mindre enn de andre til institusjonsplasser og mer til hjemmebaserte tjenester.

Utgiftene per hjemmetjenestemottaker har gått ned fra 2012 til 2017, men ligger i 2017 betydelig over de andre kommunene. Store deler av veksten fra 2015 til 2017 skyldes etter alt å dømme passive brukere som ble avsluttet i fagsystemet. Dermed gjorde gjennomsnittskostnaden per bruker og gjennomsnittlig vedtakstid et byks, uten at dette skyldtes reelle endringer i brukermassen.

Kort sagt viser utviklingen langs de fleste overordnede måleindikatorer en positiv utvikling. Samtidig tyder gjennomgangen på at potensialet i Eigersund ikke fullt ut er tatt ut. Derfor er det etter vår vurdering viktig å holde oppe «trykket» og entusiasmen rundt arbeidet med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

2.6 SYNES BRUKERE OG PÅRØRENDE AT HVERDAGSMESTRING ER EN GOD IDÉ?

2.6.1 INNLEDNING

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

Datagrunnlaget for denne delen er kommunens bruker- og pårørendeundersøkelse fra 2018 og tilbakemeldinger i våre intervjuer med de ansatte.

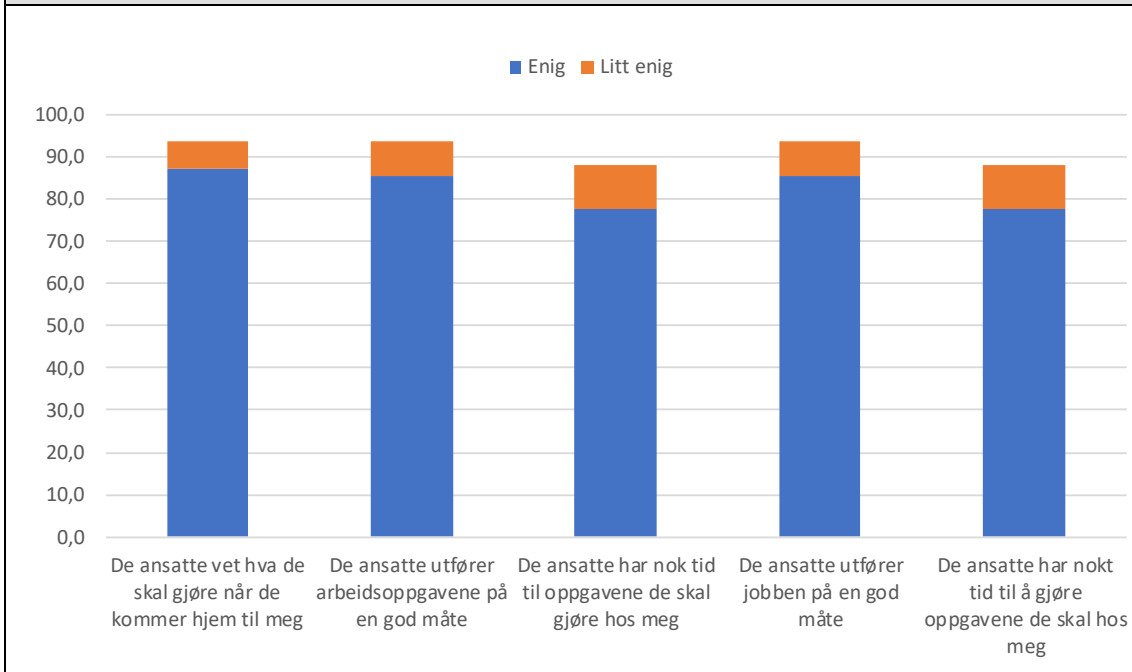
Det ble gjennomført brukerundersøkelse i hjemmesykepleien 2017 og 2018 og en egen pårørendeundersøkelse i 2018⁵⁶. Svarene undersøkelsen gjengis i figurene under. Vi gjengir de aller fleste svarene fra brukerundersøkelsen, mens vi har valgt ut enkelte svar fra pårørendeundersøkelsen, med utgangspunkt i formålet med denne undersøkelsen. Vi kommenterer de to undersøkelsene helt til slutt, der vi supplerer funnene med tilbakemeldinger fra våre intervjuer.

2.6.2 BRUKERUNDERSØKELSE

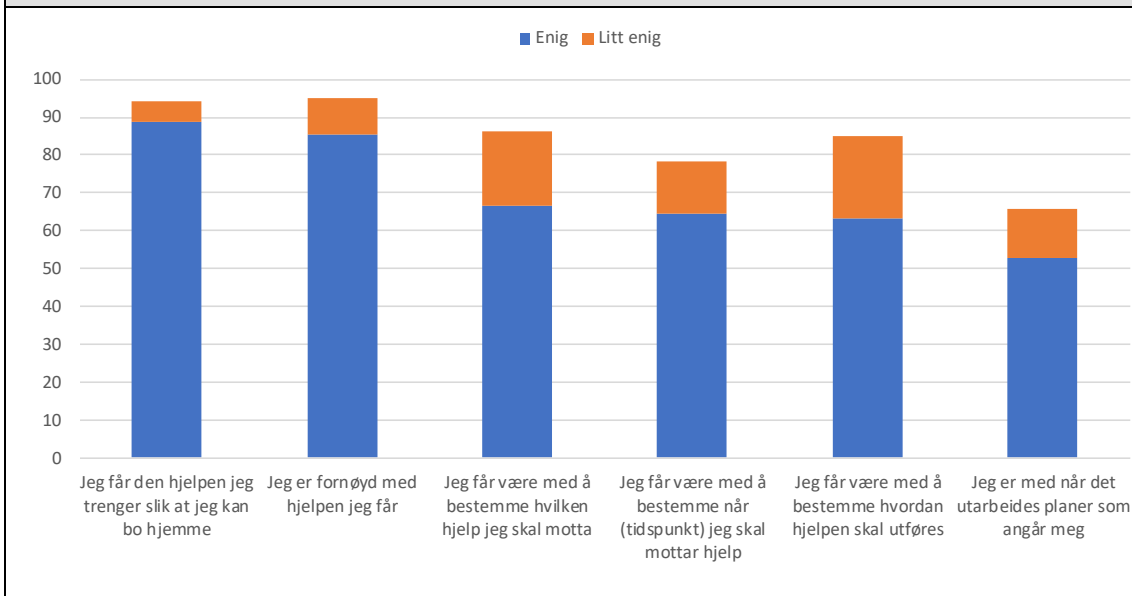
I 2018 var det om lag 180 respondenter som svarte på de ulike spørsmålene. Drøyt 90 prosent var over 67 år og 63 prosent var over åtti, og 2/3 var kvinner.

⁵⁶ Eigersund kommune har fått midler fra Fylkesmannen til prosjektet «samspill med pårørende». Høsten 2018 gjennomførte kommunen en pårørendeundersøkelse, i den forbindelse.

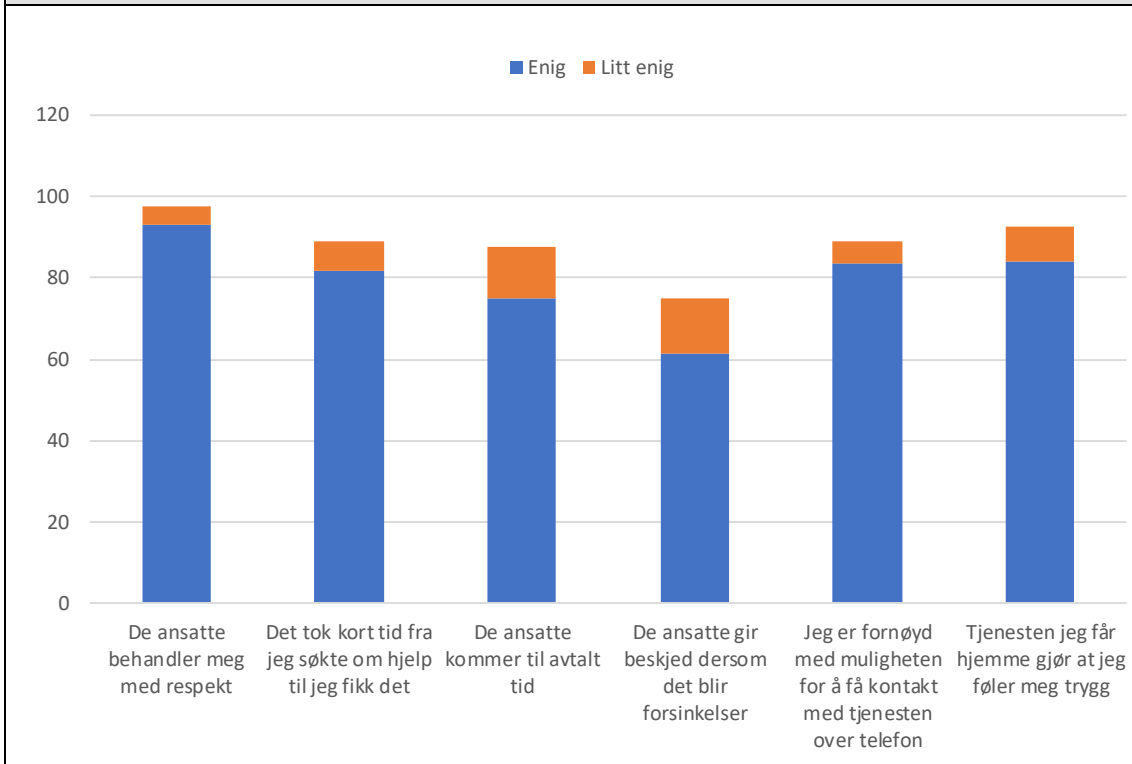
Figur 20 – Brukerundersøkelse fra 2018 – score på et utvalg indikatorer



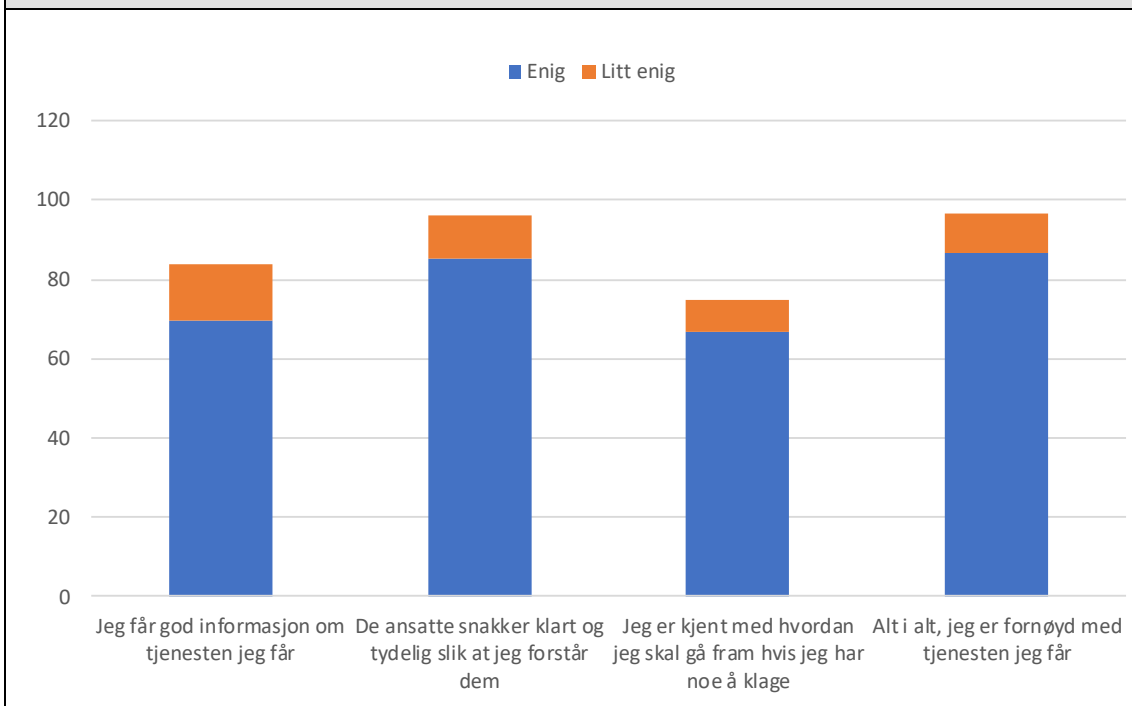
Figur 21 – Brukerundersøkelse fra 2018 – score på et utvalg indikatorer



Figur 22 – Brukerundersøkelse fra 2018 – score på et utvalg indikatorer



Figur 23 – Brukerundersøkelse fra 2018 – score på et utvalg indikatorer

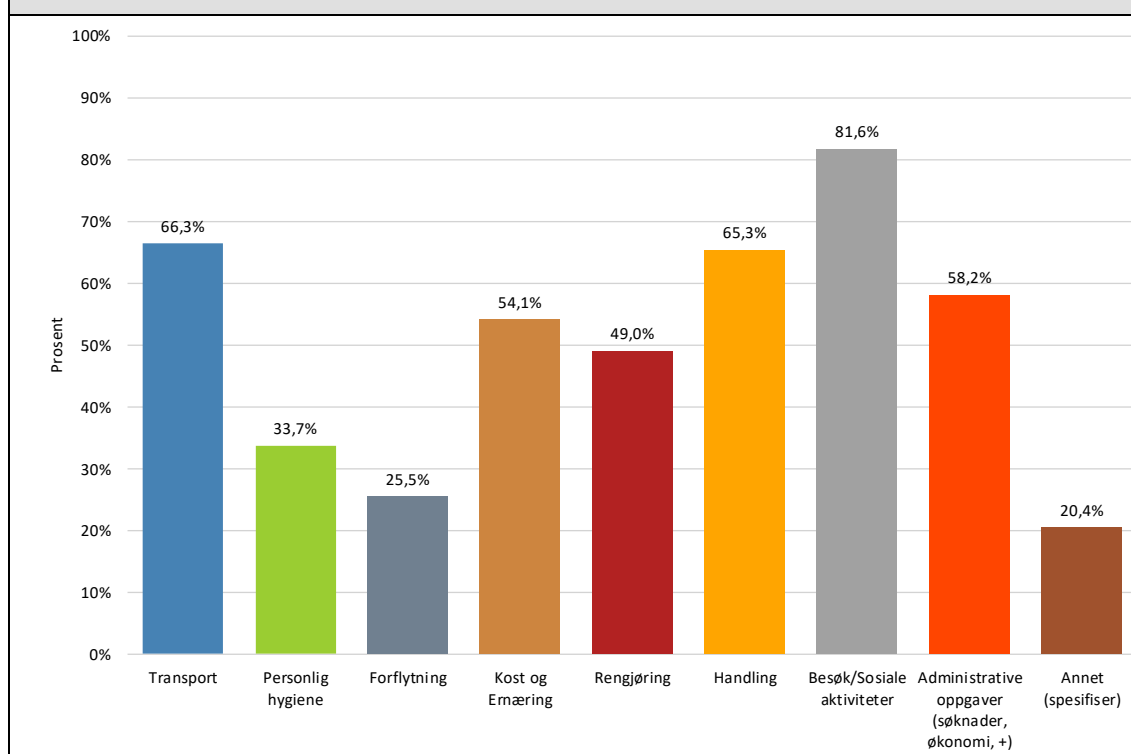


2.6.3 PÅRØRENDEUNDERSØKELSEN

Det var til sammen 102 personer som svarte på pårørendeundersøkelsen, 98 av disse har vært pårørende de siste fem år⁵⁷. Andre funn i undersøkelsen:

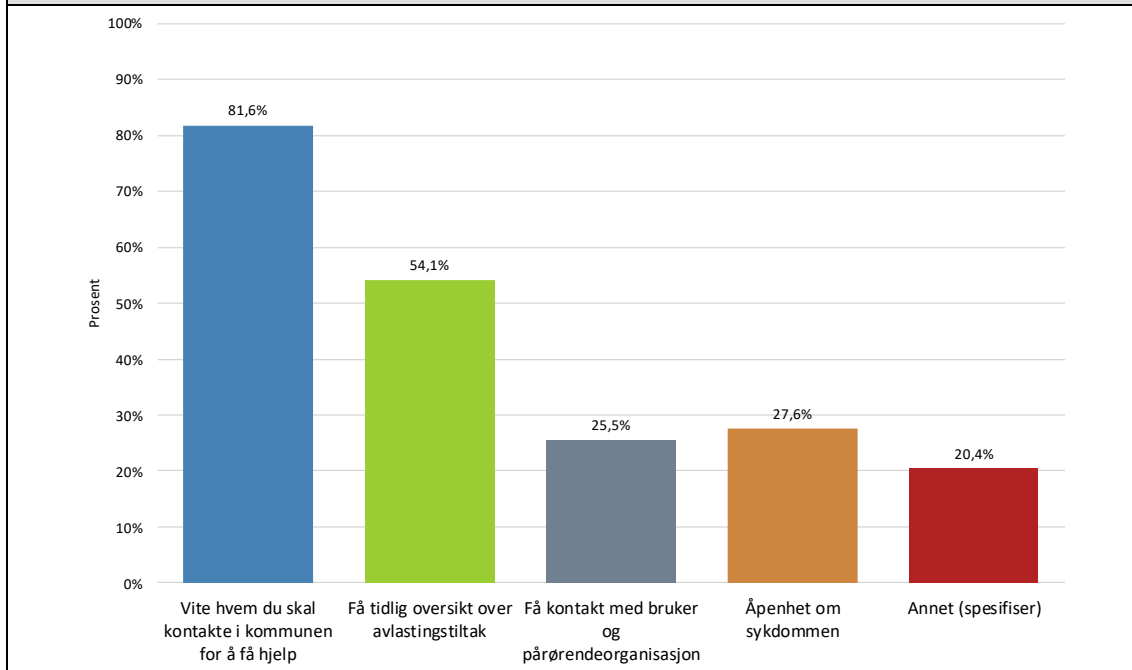
- En tredjedel av de som svarte var pårørende til to eller flere personer.
- Drøyt femti prosent av de som svarte var mellom 50 og 70, mens nesten førti prosent var mellom 30 og 50 år.
- 76 prosent er pårørende til brukere som er 60 år eller eldre.
- Halvparten bidrar med mellom to og ti timer med uformell omsorg/hjelp i løpet av en uke, 18 prosent bidrar med mellom 10 og 20 timer, mens 15 prosent bidrar med mer enn tjue timer i uken.
- Nesten en tredjedel har måttet endre yrke/beskjeftigelse som følge av de er pårørende.
- 80 prosent påvirkes av deres rolle/oppgaver som pårørende, og drøyt 60 prosent svarer at det å være pårørende har påvirket hvordan de ivaretar egen psykiske helse.

Figur 24 – Spørsmål: Hva er du hjelper med? Kommunens pårørendeundersøkelse 2018



⁵⁷ Jf. epost av 19.11.18

Figur 25 – Hva er viktig for at pårørende får det bedre i sin hverdag – to kryss for det som betyr mest. Kommunens pårørendeundersøkelse 2018



2.6.4 KOMMENTARER

Brukerundersøkelsen tyder på at brukerne er veldig fornøyde med hjemmetjenesten. *Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme* er den indikatoren som er mest konkret mht. kommunens mål om at folk skal kunne bo hjemme lengst mulig. Undersøkelsen viser at nær sagt alle er enige i den påstanden. To av indikatorene der hjemmetjenestene scorer «dårligst» er:

- De ansatte gir beskjed dersom det blir forsinkelser
- Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg

Erfaringen vår fra lignende undersøkelser er at dette er indikatorer som normalt får litt lavere score enn de andre. Men i intervjuene erkjennes det at brukermedvirkning ifm. utarbeidelse av pleieplaner er et forbedringspunkt. Det blir pekt på at man i hjemmesykepleien ikke er så gode på å inkludere pasienter, og kanskje spesielt pårørende, inn i pleieplanen. De mener det er viktig at begge parter er med å utarbeide mål i pleieplanen, men tror dette vil bli lettere når man etterhvert får nettbrett og kan skrive planen rett inn i journalen når man er hos bruker. De intervjuede mener dette vil gi brukere og pårørende et sterkere eierskap til planen, en bedre ansvarsdeling og at alle parter blir mer samkjørte mot felles mål.

Selv om dette ser ut til å være et forbedringspunkt, peker flere på at hjemmetjenesten de siste årene er blitt mye bedre på å involvere og ansvarliggjøre pårørende. Pårørendeundersøkelsen viser dessuten at mange pårørende legger ned en stor arbeidsinnsats og at de utfører en rekke oppgaver på vegne av sine kjære, både av praktisk og sosial art.

Pleierne forteller også at de er blitt bedre til å utnytte brukernes nettverk, for eksempel gode naboer eller venner, som kan være med å motivere brukerne til å klare seg selv.

En del av denne undersøkelsen har vært rettet mot hvordan den nye arbeidsmåten er blitt mottatt av brukere og pårørende, og undersøke om det er utfordrende sider med målet om egenmestring, sett fra brukere eller pårørendes side.

Selv om brukerne gjennomgående ser ut til å være fornøyde med tjenesten, mener de ansatte selv at det kan være krevende å overbevise brukere og pårørende at egenmestring er det beste. **For noen brukere og pårørende er hjelp til selvhjelp et tegn på kvalitet. For andre er det ikke det.** De har et ønske om å pleierne skal gjøre oppgavene for dem. For dem er altså det motsatte av målene i reformen et tegn på kvalitet.

Flere pleiere peker på at denne holdningen ofte gjør seg gjeldende oftere hos de pårørende enn hos brukerne: «*Nå er far 85 år, kan dere ikke bare servere han maten?*» Det blir også pekt på at det gjerne er et misforhold mellom det bruker og pårørende ønsker. Pasienten vil ofte klare mer selv enn de pårørende. Noen ganger gi pårørende beskjed til bruker om at de ikke må vise hva de klarer.

En del av pleierne mener at brukerne som regel er fornøyde med tjenesten, men det hviler samtidig et større ansvar på pårørende: «*Dette er ikke positivt sett fra deres ståsted*». En annen pleier sa det slik: «*Jeg har sittet i mange samtaler med pårørende og merket meg forventningene de har når hjemmesykepleien kommer. De tror vi tar over. Vi må realitetsorientere dem mht. hva som er forventet av dem.*»

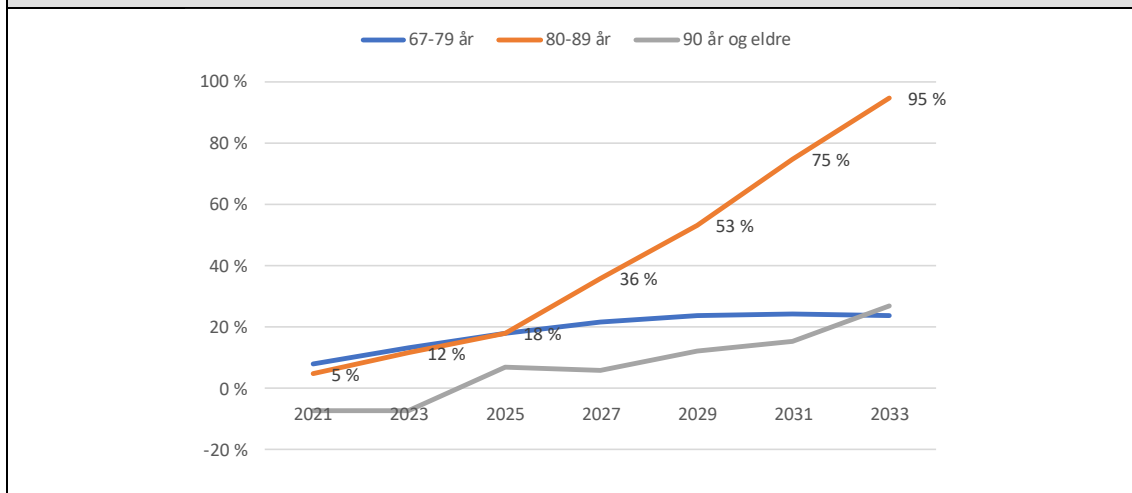
Men dette går motsatt vei også. Det er mange som utfører svært krevende omsorgsoppgaver: «*Det er de som tar veldig mye ansvar og som må avlastes. Da må vi ta over en del av oppgavene. (..)Vi er redde for at de bryter sammen*».

HVR-teamet forteller at noen pårørende blir skuffet for at de skal følge opp bruker i et kortere tidsrom, men mange endrer oppfatning mot slutten av hverdagsrehabiliteringen.

2.7 MULIGHETER

Helt til slutt ønsker vi å vise befolkningsutviklingen i Eigersund kommune, fra 2019 og utover.

Figur 26 – Befolkningsprognose for Eigersund 2019-2033. Kilde SSB/MMMM-alternativet



Fra 2009 til 2018 har den sterkeste befolkningsveksten i de øverste aldersgruppene kommet for de mellom 67-79 og de over nitti (hhv. 39 og 64 %). Men i årene fremover ser det ut til at bildet vil endre seg. Da vil det bli en veldig moderat vekst i disse aldersgruppene, mens andelen mellom 80 og 89 vil øke kraftig, spesielt fra 2025 og fremover. Vi ser lignende utviklingstrekk i de andre kommunene vi har undersøkt.

Kommentar: Befolkningsprognosen understreker viktigheten av å satse på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Innbyggere mellom 80-89 er rent aldersmessig kanskje kjernegruppen for satsingen, og fremdeles såpass unge at mange vil kunne bli helt selvhjulpne. Etter vår vurdering vil økningen i denne aldersgruppen selvsagt kunne utfordre helse- og omsorgstjenestene i Eigersund, men fremfor alt gi kommunen muligheter til å styrke egenmestringstankegangen ytterligere, slik at et mindretall av innbyggerne glir inn i rollen som langtidsbrukere av pleie- og omsorgstjenester.

Om forvaltningsrevisjon

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

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

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

Prosjektleder for denne rapporten har vært senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg, i samarbeid med senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal, som har kvalitetssikret rapporten.

Kilder

Rapporten bygger på en rekke skriftlige kilder, intervjuer med en rekke sentrale enheter og statistikk. Vi har foretatt en såkalt metodetriangulering av data. Dette innebærer at de ulike problemstillingene belyses gjennom bruk av forskjellige datakilder. Trianguleringen bidrar til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og forskjellige innsamlingsmetoder gir ulike perspektiv på analysegrunnlaget. For eksempel er antakelser basert på de første samtalene, tall, dokumenter og funn i parallelle prosjekter blitt testet ut i intervjuene. Påstander i intervjuene er deretter blitt fulgt opp gjennom å hente inn nye talldata/dokumenter.

MUNTlige KILDER

- **Oppstartsmøte – ti personer:** Rådmann, kommunalsjef helse og omsorg, leder Fysio og ergo, leder HVR, leder korttid, leder hjemmesykepleie – distrikt 1, folkehelsekoordinator, to rådgivere og helsefaglig ansvarlig.
- **Intervjuer:**
 - **Hjemmetjenestedistrikt 1,** En leder, to fagkoordinatorer, fire sykepleiere og en hjelpepleier. **Åtte personer**
 - **Hjemmetjenestedistrikt 2,** En leder, to fagkoordinatorer, tre sykepleiere og en hjelpepleier. **Syv personer.**
 - **Hverdagsrehabiliteringsteam.** Leder (ergo) pluss fysioterapeut og sykepleier. **Tre personer.**
 - **Fysio- og ergoterapitjenesten.** Leder, pluss fysio- og ergo, en med ansvar for voksne og eldre og en med ansvar for barn og ungdom. **Tre personer**
 - Leder for Kjerjanaset bo- og behandlingssenter (men først og fremst i egenskap av å være leder for dagsenteret), pluss en ansatt ved **dagsenteret. To personer.**
 - **Korttids-rehabiliteringsavdelingen.** Nestleder. **En person**
- **En del oppklaringsamtaler- og eposter** med to rådgivere innen helse- og omsorg, samt helsefaglig ansvarlig. **Tre personer.**

SKRIFTLIGE KILDER

- Helse- og omsorgsplan for Eigersund kommune, Strategisk plan for kommunens møte med Samhandlingsreformen 2012-2017
- Tjenestebeskrivelser, blant annet for hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering

-
- *Sammen om en aktiv hverdag*" - Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune - Erfaringer og refleksjoner fra et forsknings samarbeid, NOVA Rapport 17/2017
 - Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren, Rune Devold, 2017.
 - Organisasjonskart Eigersund kommune
 - Gode pasientforløp – informasjon og sjekklister
 - Kartleggingsverktøy som brukes av HVR, hjemmetjenestene og korttidsavdeling
 - Kartleggingsverktøy ifm. velferdsteknologi
 - Notat vedrørende finansiering og budsjett-tildeling
 - Informasjonsskriv/rutiner/politisk sak om ernæring/matombbringing
 - Opplæringstiltak gitt av fysio- og ergo, eksempel på kompetanseplan for hjemmetjenestedistrikt 2.
 - Oppsummering samarbeid HVR og hjemmetjenesten, HVR og miljøtjenesten
 - Statusrapport hverdagsrehabilitering i Eigersund kommune
 - Prosjektrapport 2019 – Sør-Rogalandsprosjektet (velferdsteknologi)
 - Digital aktivitetsmedisin for bedre folkehelse
 - En rekke informasjonsskriv om forsknings- eller læringsnettverk som Eigersund er en del av

TALL/STATISTIKK

- Brukerundersøkelser i hjemmesykepleien 2017, 2018
- Pårørendeundersøkelse 2018
- Antall brukere i distrikt en og to, i perioden 2015-2018
- En rekke tall fra HVR-teamet, blant annet hvem som henviser, antall brukere, effekt av tiltak osv.
- Innspill til årsberetningen 2018, fra hjemmetjenestedistrikt 1 og 2
- Eksempel på tidsbegrensede vedtak og ordinære vedtak innen hjemmesykepleie distrikt 1 og 2
- Hverdagsmestring i Bo- og servicesentrene. Notat etter observasjon av virksomhetsleder, udatert.
- Medarbeiderundersøkelse i 2017, i etterkant av omorganiseringen. Rettet mot hjemmesykepleien og miljøtjenesten.
- Nøkkeltall fra KOSTRA
- Nøkkeltall fra Framsikt
- Beregninger gjort med utgangspunkt i kommunenes tall og nøkkeltall i KOSTRA

ANDRE KILDER

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



Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no