

FORVALTNINGSREVISJON AV
**KVALITET I HELSE- OG OM-
SORGSTJENESTER**



GJESDAL KOMMUNE
OKTOBER 2019

INNHold

Innhold	3
Sammendrag	4
Rådmannens kommentar	10
Rapporten	12
1 Innledning	13
1.1 Formål og problemstillinger	13
1.2 Revisjonskriterier og metode.....	14
2 Faktabeskrivelse.....	18
2.1 Omsorgstrappen i Gjesdal	18
2.2 Status for de viktigste forebyggende og helsefremmende tiltakene	19
2.3 Synes brukere og pårørende at hverdagsmestring er en god idé?	38
2.4 Tilrettelegging for å virkeliggjøre kommunens mål.....	41
2.5 Resultater.....	49
2.6 Overtid og sykefravær.....	59
Vedlegg	62

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvordan egenmestringstankegangen er blitt implementert i de mest berørte tjenestene. Syretesten på om kommunens rehabiliteringsambisjoner faktisk får effekt, er om den påvirker kvaliteten på de tjenester som ytes til brukerne.

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i Gjesdal kommunes mål om å dreie tjenestene fra en passiv og konserverende omsorg til å bli en aktiv tjeneste rettet mot forebygging og helsefremming. I satsingen inngår blant annet *hverdagsrehabilitering* og *hverdagsmestring*. **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. **Hverdagsmestring** er et felles begrep og en felles strategi for alle tjenestene i Helse og velferd og betyr at en vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Den enkelte innbygger har ansvar for eget liv og egen helse og *hverdagsmestring* handler om hvordan den enkelte skal kunne håndtere hverdagen til tross for uhelse.

I de andre kommunene vi har undersøkt så langt, dvs. Eigersund, Hå, Sandnes og Stavanger, har vi rettet oppmerksomheten mot helse- og omsorgstjenester som hjemmetjenester, korttidsavdelinger, fysio- og ergo og hverdagsrehabiliteringsteamene. Det gjør vi også i Gjesdal, men vi utvider prosjektet til også å gjelde enkelte tjenester innenfor Forebygging og mestring. Dette gjør vi etter anbefaling fra administrasjonen og fordi det er disse tjenestene som følger opp de fleste yngste brukerne.

I de andre kommunene var oppmerksomheten rettet mot eldre brukere. I Gjesdal opererer vi ikke med en aldersavgrensning. Tvert imot retter vi særskilt oppmerksomhet mot de yngre pleie- og omsorgsbrukerne, dvs. de under 67 år. Den menneskelige og økonomiske gevinsten av å gjøre yngre potensielle brukere helt eller delvis selvhjulpne vil være meget stor, ettersom disse brukerne vil kunne være mottakere av helse- og omsorgstjenester over veldig mange år.

FUNN

I motsetning til Eigersund, Sandnes og Stavanger (men i likhet med Hå), gjennomfører ikke Gjesdal **kommune forebyggende hjemmebesøk**. Vi får opplyst at dette skal testes ut innen årsskiftet, men at man ikke har bestemt seg for hvilken aldersgruppe man skal nå.

Gjesdal kommune startet opp med **hverdagsrehabilitering** i november 2016, noe som er relativt sent sammenlignet med andre kommuner vi har undersøkt. Til tross for dette er andelen innbyggere som mottar HVR høyere enn enkelte andre kommuner i distriktet.

HVR-teamet har en ambisjon om å øke antallet HVR-brukere i årene fremover.

Effekt. Målinger viser at hverdagsrehabiliteringen gir positive helsemessige effekter i form av bedret funksjon hos brukerne, dvs. økt selvhjulpenhet. Kommunen har imidlertid ikke tall som viser/estimerer den økonomiske effekten av hverdagsrehabiliteringen, for eksempel i form av endringer i antall vedtakstimer i hjemmetjenesten. Kommunen bør fremover vurdere å estimere den økonomiske gevinsten av hverdagsrehabilitering. Den vanskelige delen av denne beregningen er å estimere de økonomiske effektene av brukere som mottar hverdagsrehabilitering som ikke hadde hjemmesykepleie fra før ([se faktadel](#)).

Forankring av hverdagsmestrings- eller egenmestringsperspektiv i tjenestene. Gjennomgangen vår tyder på at perspektivet er nokså godt forankret i de ulike kommunale enhetene vi har undersøkt. Ved fysio- og ergo, mestringscenteret og miljøtjenesten har dette vært en del av grunntanken og arbeidsformen over tid, mens dette har blitt en mer fremtredende del av arbeidsmetodikken og grunnholdningen ved hjemmetjenesten og korttidsavdelingen de siste to-tre årene. Samtidig ser vi at det er en del individuelle skiller mellom de ulike pleierne, og at den tradisjonelle måten å jobbe på er sterkt forankret hos enkelte.

Likevel tyder intervjuene på at det først og fremst er mangel på tid hos bruker som gjør at hjemmetjenestene og de ansatte ved korttidsavdelingen i praksis i liten grad jobber ut fra egenmestringstankegangen, der opplæring og trening til å klare seg selv står sentralt. Det går raskere å gjøre oppgavene for bruker, er gjennomgangstonen.

Vi anbefaler Gjesdal kommune å vurdere bruk av tidsbegrensede vedtak, der siktemålet er at brukeren skal mestre oppgaven helt eller delvis selv.

I Stavanger har man satt av litt mer tid til denne type vedtak enn til ordinære hjemmesykepleievedtak. Å bruke litt ekstra tid på kort sikt kan være arbeids- og ressursbesparende på lengre sikt, dersom brukerne blir mer selvhjulpne.

På denne måten kan man i sterkere grad få inn hverdagsmestring som en del av arbeidsformen i hjemmetjenestene, og på den måten bygge en hverdagsmestringskultur gjennom en felles vedtaksstruktur. Dette vil kunne endre hjemmesykepleierens rolle overfor brukerne, dvs. at hjelperollen gradvis tones ned, mens mentor- eller lærerrollen gradvis tones opp - i tråd med kommunens ambisjoner om at brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne.

Kommunen bør også vurdere å innføre noe tilsvarende i **miljøtjenesten**, dvs. sette av litt mer tid til de «letteste» brukerne slik at miljøarbeiderne har mulighet til å jobbe mestringstrettet mot de brukerne som har størst potensial. Ifølge intervjuene er det i dag lite rom for dette, ettersom pleierne paradoksalt nok har mest tid til å drive egenmestringsrettet oppfølging av de brukerne som har minst potensial for dette.

En av nøkkelutfordringene innen miljøtjenesten (som har mange yngre brukere) synes å være å skaffe til veie arbeid eller arbeidslignende aktivitet for brukere som har potensial for dette. I dag er det flere brukere som ikke har en meningsfull aktivitet å gå til på dagtid. Dette ser ut til å bidra til passivisering og indirekte til klientifisering. Helseproblemer blir ofte forverret dersom man ikke har mulighet til å delta i skole- eller arbeidslignende aktivitet. Dermed risikerer man at brukerne blir mer pleietrengende og mer avhengig av den enkelte pleier.

Vi anbefaler kommunen å se nærmere på muligheten for å legge til rette for arbeid eller arbeidslignende aktiviteter for de av miljøtjenestens brukere som vil kunne dra nytte av dette.

Det er opp til kommunen hvordan en legger opp dette, men i intervjuene pekes det på at plenklipping/gartnerarbeid vil kunne være aktuelt for denne gruppa. Det blir også vist til at man bør være kreative og involvere deler av kommunens næringsliv for å finne egnede lokaler/oppgaver for denne gruppen. Oppsiden for næringslivet er å involvere seg i samfunnsnyttig arbeid som utgjør en forskjell og som bidrar til et positivt omdømme. SMIÅ vil muligens også kunne være en mulighet for enkelte av disse brukerne.

SMIÅ er et kommunalt kurs- og kompetansesenter under Mestringscenteret og er et tilbud for alle. Ved SMIÅ er oppmerksomheten rettet mot folkehelse og forebygging, og sosial og miljømessig bærekraft er gjennomgående i alle prosjektene. SMIÅ startet som et tilbud til mennesker med fysiske og psykiske utfordringer, men er i dag et tilbud for alle fra 16 år og oppover. Gjennomgangen vår tyder på at SMIÅ inkluderer og løfter mennesker som i perioder faller utenfor det store fellesskapet. Både aktivitetene og det sosiale fellesskapet som skapes der ser ut til å ha en positiv effekt på deltakernes arbeids- evne, arbeidslyst og helse.

Hvis vi vender tilbake til hjemmesykepleien, tyder gjennomgangen på at pleierne der står overfor en rekke forhold som kan bidra til å svekke muligheten for å jobbe ut ifra et hjelp- til selvhjelpsperspektiv. Mangel på tid er allerede nevnt. Andre eksempler er brukernes forventninger til tjenesten, dvs. hva de forbinder med hjemmesykepleie, at det er betydelige individuelle forskjeller mht. hvorvidt en jobber på denne måten og brukerens evne til å påvirke de ansatte. I noen tilfeller gis det mer tjenester enn brukerne fysisk sett trenger for å trygge dem slik at de kan bo hjemme. Gjesdal bør etter vår vurdering se nærmere på disse hindringene/momentene ([se faktadel](#)). Ofte 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. I noen tilfeller er det ikke *enten-eller*, dvs.

hverdagsmestring eller kompensierende hjelp, 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.

Kompetanseheving og samarbeid. De ulike enhetene i Gjesdal har gjennomført en del kompetansehevingstiltak for å kunne jobbe i tråd med kommunens mål å jobbe med utgangspunkt i brukernes ressurser og for å gjøre dem mest mulig selvhjulpne. Samarbeidet mellom enhetene innenfor Helse bo- og hjemmetjenester fungerer i all hovedsak bra. De faste samarbeidsmøtene mellom HVR-teamet ser ut til å være viktig for å forankre egenmestringstankegangen i hjemmetjenesten og for å rekruttere brukere til rehabiliteringstilbudet.

I gjennomgangen utkrystalliserer det seg spesielt to hovedutfordringer knyttet til kompetanse og samarbeid:

- **Kompetanse.** Som vi var inne på over, er det en forventning om at de ansatte i brukerrettede tjenester skal innta en ny rolle overfor mange av brukerne. I stadig større grad fremstår de mer som en mentor eller lærer som skal hjelpe pasientene i å mestre oppgavene selv, enn en hjelper som gjør oppgavene for dem. I mange tilfeller krever rollen at de fremstår mer som hverdagsterapeuter eller hverdagstrenerne enn som pleiere. Gjesdal har gjennomført en god del kompetansehevingstiltak, men tiltakene har etter vår vurdering nådd for få av de ansatte i hjemmesykepleien. Inntrykket vårt er at de ansatte i hjemmesykepleien ikke i tilstrekkelig grad har fått tilstrekkelig påfyll av kompetanse som trengs for å fylle den nye rollen. Eksempler på dette er relasjonskompetanse, pedagogisk kompetanse og opptrening- eller rehabiliteringskompetanse.

Det ser ut til å være **behov for et praksisnært kompetanseløft** som når flere ansatte, og som kan være med å legge grunnlaget for en mer likeartet praksis. **Eksempler** på dette er hospitering eller skygging, dvs. praktisk veiledning, skulder ved skulder. Bruk av hospitering etterlyses i våre intervjuer, og gjennomgangen i Eigersund tyder på at hospitering er en veldig god måte å drive kompetanseheving på, ettersom det både er praktisk og målrettet. I tillegg får de involverte partene mer forståelse for hverandres rammebetingelser og arbeidsmetodikk. 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.

- **Samarbeid.** Det ser ut til å være behov for et mer praktisk rettet samarbeid mellom avdelingene innenfor Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring. Sannsynligvis bør man starte i den praktiske enden her, dvs. å legge til rette for hospitering også på tvers av tjenesteområdene, men samtidig ha en felles plan og ramme for

dette. Erfaringene som herfra bør drøftes i tverrfaglige møter, og vil kunne være et utgangspunkt for å utvikle selvhjelpsmetodikken.

Hensikten med et slikt praktisk sektorovergripende samarbeid er kompetanseheving gjennom praktisk erfaringsutveksling.

Synes brukerne og pårørende at egenmestring er en god ide? Kommunens brukerundersøkelser tyder på at brukerne er fornøyde med tjenestene som leveres av enhetene innenfor Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring. Brukerne er veldig fornøyde med hjemmetjenesten og med 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 er egenmestring og 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 altså det motsatte av målene et tegn på kvalitet.

Etter vår vurdering fanger spørsmålene i brukerundersøkelsene i for liten grad opp målet om å jobbe for egenmestring og flere av spørsmålene er egnet til å skape forventninger om en mer tradisjonell omsorg, der pleierne overtar og gjør oppgavene for brukerne. I faktadelen gir vi eksempler på dette og på type spørsmål vi etterlyser.

Resultater. Det er så langt vanskelig å finne klare indikasjoner på at satsingen på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring har hatt effekt, men det er kanskje tidlig ennå, ettersom man startet med hverdagsrehabilitering i november 2016.

Det har vært en ørliten økning i antall mottakere av praktisk bistand og en økning i antall mottakere av hjemmesykepleie i Gjesdal. Utviklingen i de ulike aldersgruppene viser et broket bilde, og det er vanskelig å trekke bastante slutninger. Et særtrekk ved Gjesdal er at kommunen har mange unge brukere, og relativt få i alderen 80-89. Det er den yngste brukergruppen som har vokst mest de siste årene. Dette er en gruppe som også vokser betydelig i de andre kommunene, men i 2018 er det flest i denne brukergruppen i Gjesdal og Eigersund, i prosent av antall innbyggere i samme gruppe.

Gjesdal har samtidig en betydelig reduksjon i andel brukere mellom 80-89 år som mottar hjemmetjenester. Bare i Eigersund er nedgangen større. Det er grunn til å tro at det ikke er satsingen på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som er årsaken til dette, ettersom hverdagsrehabiliteringen startet opp i november 2016 i Gjesdal. En mulig forklaring her er at nedgangen skyldes en generelt friskere eldrebefolkning eller en forflytning innad i aldersgruppen, dvs. flere mellom 80-85, og færre mellom 86-89.

Utgiftsutvikling. Utgiftene forbundet med pleie- og omsorg har økt betydelig de siste årene, men Gjesdal har relativt lave utgifter sammenlignet med nabokommunene. Bildet endrer seg når vi har korrigerer for kommunenes objektive utgiftsbehov (Behovsvariab-

lene er de samme som brukes i Grønt hefte i statsbudsjettet. Dette er [forklart i faktadelen](#)): Gjesdal har relativt høye behovskorrigerede utgifter forbundet med pleie- og omsorgssektoren, og utgiftene har økt betydelig de siste fire årene.

Samtidig peker den relativt ferske Devoldrapporten på at kommunens helse- og velferdstjenester er effektive, driften er målrettet og kostnadsnivået er rigget for fremtiden. Hvordan kan dette henge sammen med våre funn? En mulig forklaring her er at Gjesdal kommune har få innbyggere (og mange brukere) i de kategoriene som gir høy uttelling i statsbudsjettet innenfor pleie og omsorg, og som ligger til grunn for vår behovsberegning. Tilsvarende har Gjesdal relativt mange innbyggere i gruppene som gir svak uttelling. En annen forklaring er at tallene ikke måler helt det samme. De behovskorrigerede tallene for pleie og omsorg fanger ikke hele tjenestområdet som er omfattende av drifts- og ressursanalysen. En tredje forklaring er at Gjesdal har et høyere tjenestenivå enn de øvrige kommunene, men vi har ingen data som underbygger en slik påstand.

Det blir fremover viktig å skape gode rammebetingelser for å jobbe med egenmestring og hjelp til selvhjelp, også blant de yngste brukerne. Dette er den brukergruppen som vokser mest, gir minst uttelling i statsbudsjettet, samtidig som disse brukerne vil kunne ha behov for tjenester i en årrekke fremover. Klarer man å gjøre disse brukerne mer selvhjulpne, vil det gi en stor menneskelig gevinst, samtidig som det vil være svært ressursbesparende for kommunen.

Bruk av overtid og sykefravær. Overtidsbruken i Gjesdal har gått ned de siste årene. I 2017 utgjorde overtidsbruken nesten 6 årsverk, i 2018 utgjorde det nesten 4 årsverk. Sykefraværet innen Helse og velferd i Gjesdal er betydelig lavere enn landssnittet, og det har vært en nedgang fra 9 % i 2017/2018 til 7,8 prosent i 2018/2019.

ANBEFALINGER

Vi anbefaler kommunen å

- se nærmere på muligheten for å legge til rette for arbeid eller arbeidslignende aktiviteter for de av miljøtjenestens brukere som vil kunne dra nytte av dette.
- vurdere bruk av tidsbegrensede vedtak i hjemmetjenestene, der siktemålet er at brukeren skal mestre oppgaven helt eller delvis selv.
I forbindelse med tjenester eller tilfeller der dette ikke er aktuelt i samme grad, for eksempel ifm. yngre brukere som vil ha behov for tjenester over tid, men som har et klart egenmestringspotensial, handler det om å skape best mulig rammebetingelser for å jobbe med egenmestring og hjelp til selvhjelp
- legge til rette for økt bruk av hospitering mellom tjenestene innen Helse og velferd
- legge til rette for et praktisk samarbeid mellom enhetene innen Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring
- arbeide med å justere brukere og pårørendes forventninger til tjenestene innen Helse og velferd, i tråd med målet om å stimulere til mest mulig egenmestring

RÅDMANNENS KOMMENTAR

RÅDMANNENS KOMMENTAR, DATERT 23.10.19

Rådmannen har med interesse lest Rogaland Revisjon IKS sin rapport fra forvaltningsrevisjon av Kvalitet i Helse- og omsorgstjenester i Gjesdal kommune.

Formålet med forvaltningsrevisjonen, var å undersøke hvordan egenmestringstankegangen er blitt implementert i de mest berørte tjenesten i Gjesdal kommune.

Det er spesielt rettet oppmerksomhet mot hjemmetjenester inklusive hjemmetjenester innenfor miljøtjenestene og psykisk helsetjenester, korttidsavdelinger, fysio/ergo, hverdagshabilitering. Det er sett på tjenester innenfor alle aldersgrupper.

Forvaltningsrevisjonen har tatt utgangspunkt i 5 problemstillinger.

- Status for implementering av forebyggende og rehabiliterende tiltak?
- Tilrettelegging for at de ansatte skal virkeliggjøre målet om mer forebygging og rehabilitering?
- ✓ I hvilken grad finnes det organisatoriske og finansielle utfordringer som svekker implementering av satsing?
I hvilke grader oppnår Gjesdal kommune å realisere målet om at flere brukere av pleie og omsorg kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?
- ✓ KU-vedtak: «Se på hvordan situasjonen er knyttet til kompetanse, overtid, sykefravær m.m. innenfor eldreomsorgen/institusjon»

Forankring og implementering av hverdagsmestring-/egenmestringsperspektivet i Gjesdal kommune.

Med bakgrunn i forventede demografiske endringer i alderssammensetning, økende andel eldre, nye yngre brukergrupper, samt knapphet på helse- og omsorgspersonell er det ventet krevende omsorgsutfordringer for Gjesdal kommune i fremtiden.

En viktig oppgave for kommunen er å fremme selvstendighet og gjøre det mulig for den enkelte innbygger å få være tilstede i eget liv ved å kunne være en aktiv Gjesdal borger, samt kunne mestre og bo i eget hjem så lenge som mulig uansett alder og funksjonsnivå.

Økt satsing på hverdagsmestring og hverdagshabilitering skal bidra til endring i de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene, der hovedmålet er mestring av egen hverdag og livskvalitet hos den enkelte bruker. Ved å redusere behov for hjemmetjenester, samt utsettelse av heldøgnsomsorg, vil man også oppnå en positiv økonomisk effekt. Implementering av hverdagsmestring-/egenmestringsperspektivet som tankesett og arbeidsmetode i alle tjenestene, vill være en vinn-vinn-situasjon for alle

Forvaltningsrevisjonen viser til at hverdagsmestringsperspektivet er nokså godt forankret i de ulike kommunale avdelingen samtidig som det også viser variasjoner, der den

tradisjonelle måten å jobbe på er sterkere forankret i noen avdelinger og hos enkelte ansatte.

Rådmannen vurderer at vi er på riktig vei i forhold til å endre retning mot tjenester som i større grad fremmer mestring av hverdagen for den enkelte. Samtidig er det viktig at vi legger til rette for og utfordrer til videre utvikling da vi vet at implementering av varig endring av tankesett og arbeidsmetode tar tid.

I forvaltningsrapporten er det foreslått noen konkrete oppfølgingspunkt for å videreutvikle og bygge opp en solid hverdagsmestringskultur i hele tjenesten. Rådmannen vurderer at anbefalingene i stor grad er i tråd kommunes mål og strategier, og de forbedringspunkter/utviklingsområder vi jobber med.

Anbefalinger

- ✓ Ytterligere arbeid med forankring av tankesett og nye arbeidsmetoder fordrer satsing på kompetanseutvikling. Beste læringsarena er i kommunen på egen arbeidsplass og på tvers av avdelingene.
- ✓ Legge enda bedre til rette for samarbeid og samhandling mellom avdelingene
- ✓ Aktivitet og arbeidstiltak som målretta virkemiddel for økt egenmestring i miljøtjenestene
- ✓ Tidsbegrensa vedtak - med klare mål om at bruker skal mestre oppgaven helt eller delvis
- ✓ Tilnærming, informasjon og kommunikasjon med innbyggere og enkelt brukere/pårørende som justerer forventninger i tråd med målet om å stimulere til mest mulig egenmestring.

Gjesdal kommune vil følge opp Revisjonens råd og ta disse med inn i pågående plan- og forbedringsarbeid.

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

1.1.1 FORMÅL

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å undersøke hva slags betydning forebygging og rehabilitering har for unge og eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester i Gjesdal. De mest berørte tjenestene er hjemmebaserte tjenester, fysio- og ergoterapitjenestene, hverdagsrehabilitering og ulike tjenester som er viktige for de mest ressurskrevende brukerne.

Det betyr å undersøke hvor godt denne satsingen på forebygging og rehabilitering er blitt implementert ute i tjenestene blant de ansatte og om brukerne har høstet kvalitetsmessige gevinster i tråd med målet om å støtte flest mulig til et aktivt liv der de klarer seg selv best mulig.

1.1.2 PROBLEMSTILLINGER

- Hva er status for implementering av forebyggende og rehabiliterende tiltak i Gjesdal kommune?
- Hvordan er det tilrettelagt for at de ansatte skal kunne virkeliggjøre målet om mer forebygging og rehabilitering 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 institusjondekning kommunens muligheter til å satse mer på forebygging og rehabilitering gjennom hjemmetjenestene?
 - Fungerer samhandlingen mellom ulike tjenester slik at brukerne møter en koordinert og treffsikker tjeneste?
- I hvilken grad oppnår Gjesdal kommune å realisere målet om at flere brukere av pleie og omsorg kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

I vedtaket den 05.02.19 presiserte KU at det var ønskelig at det også ble sett på: «hvordan situasjonen er knyttet til kompetanse, overtid, sykefravær m.m. innenfor eldreomsorgen/institusjon».

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

1.2.1 INNLEDNING

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i Gjesdal kommunes mål om å dreie tjenestene fra **en passiv og konserverende omsorg til å bli en aktiv tjeneste rettet mot forebygging og helsefremming**. I strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Gjesdal kommune (2019-2023), står det at «*Et aldersvennlig Gjesdal skal legge for at brukere skal kunne utnytte sine ressurser og ha mulighet til å leve selvstendige og aktive liv. Dette innebærer tiltak som gir de eldre hverdagsmestring og god livskvalitet.*» Det står videre at kommunen «*ønsker å nå flere «friske» eldre med begynnende funksjonsfall før de kommer i den fasen at de blir sittende hjemme*»

Grunnholdningen som skal prege tjenestene er spørsmålet om «*Hva er viktig for deg?*» Brukeren skal være ekspert på eget liv. Det betyr at kommunen skal bli bedre på å mobilisere brukernes egne ressurser for å mestre eget liv. I praksis betyr det at Gjesdal kommune ønsker å vri tjenestene over fra passiviserende omsorg til en mer aktiviserende omsorg hvor brukers deltakelse i eget liv står sentralt.

Siktemålet med dette prosjektet er å undersøke hva Gjesdal kommune gjør for at nye og eksisterende brukere av pleie- og omsorgstjenesten skal kunne ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig. Siden hoveddelen av pleie- og omsorgsbrukerne i Gjesdal er under 67 år, vil vi ha et særskilt fokus på denne gruppen. 2017: Om lag 60 prosent av alle pleie- og omsorgsbrukere eller hjemmetjenestebrukere er under 67 år. Hele 46 prosent av pleie- og omsorgsbrukerne er under 50 år.

Potensialet for å bli mer selvhjulpen og klare flere hverdagsgjøremål på egen hånd, er **ikke avgrenset til bestemte aldersgrupper i befolkningen. Både personer under 67 år og eldre, kan ha et potensial for egenmestring som kan hentes ut om kommunen legger til rette for deg.** For å kunne realisere dette potensialet, må «fotfolket» i tjenestene ha et fokus på hverdagsmestring og egenmestring.

I Gjesdal kommune er det mange enkeltbrukere av helse- og velferdstjenester under 67 år som mottar et omfattende omsorgstilbud. De fleste av disse har et omfattende tjenestetilbud i hele livsløpet. Samtidig vil andelen eldre i Gjesdal øke mye fra 2020. Mange av disse vil klare seg selv lenger, men flere vil også ha omfattende omsorgsbehov når aldring og sykdom setter sine uhelbredelige spor.

Dette prosjektet vil undersøke hvordan tankesettet om hjelp til selvhjelp er implementert i de mest berørte tjenestene. Syretesten på om kommunens ambisjoner faktisk får effekt er at ledere og ansatte i tjenestene følger opp budskapet og omsetter gode intensjoner til praktiske handlinger i hverdagen.

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-selvhjelp* 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 omsorgstjenestene 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 «hjelpefeller» skal dermed unngås, og brukerne skal føle seg verdsatt og bli involvert i vedtak som angår dem selv. De 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 innbyggerne i målgruppen selv skal ta grep og være sjef i eget liv. Når dette ikke går lenger skal brukerne få god omsorg og pleie som kompenserer for det de ikke klarer selv.

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 statusrapport i arbeidet sommeren/høsten 2019.

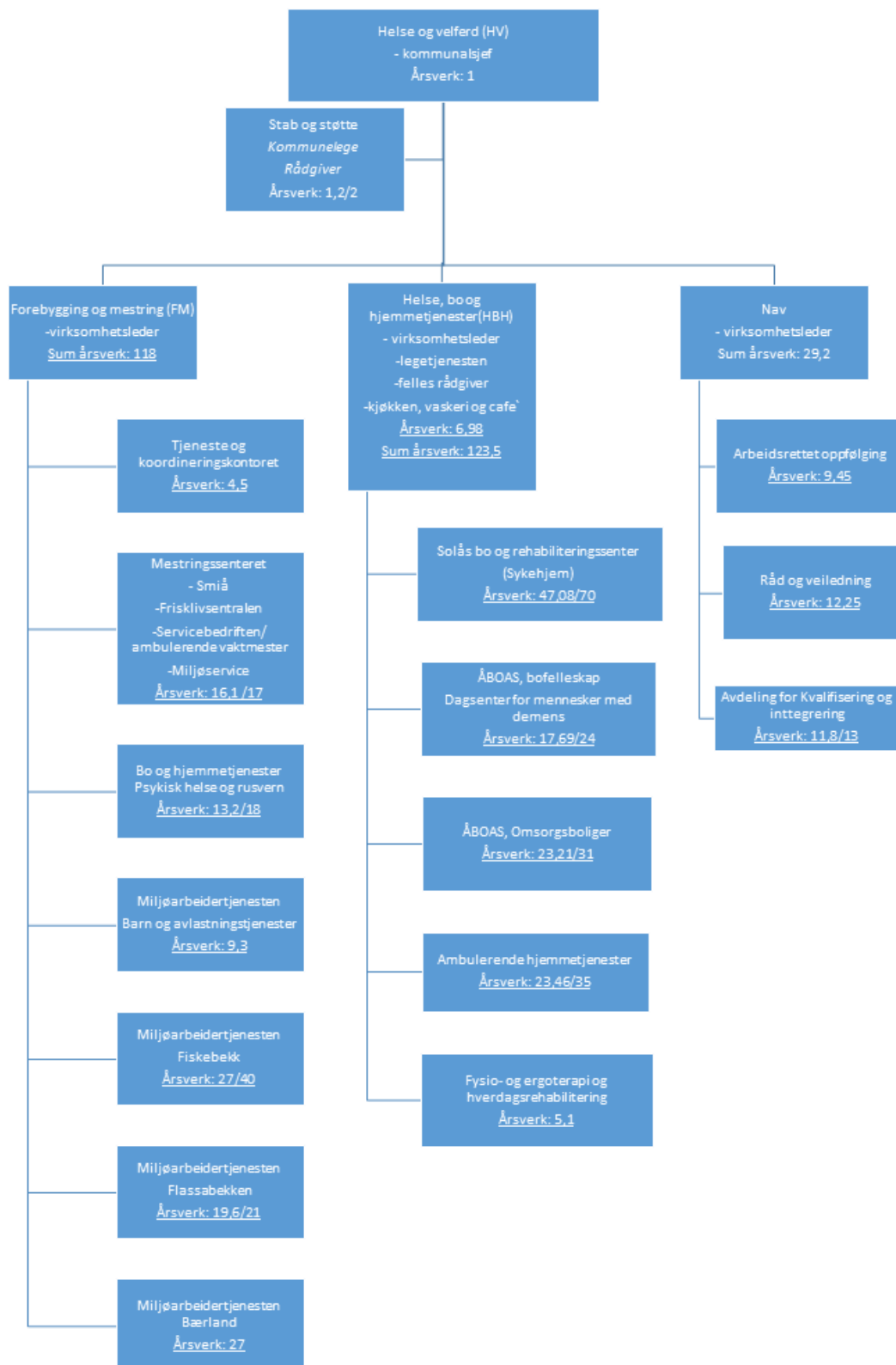
1.2.2 AVGRENSNING

Dette prosjektet vil vi undersøke hvordan egenmestringstankegangen er blitt implementert i de mest berørte tjenestene. Syretesten på om kommunens forebyggingsambisjoner faktisk får effekt, er om den påvirker kvaliteten på de tjenester som ytes til brukerne.

I de kommunene vi har gjennomført tilsvarende undersøkelser i så langt, dvs. Eigersund, Hå, Sandnes og Stavanger, har vi valgt tjenester innenfor det som i Gjesdal heter Helse, bo og hjemmetjenester. I tillegg var oppmerksomheten rettet mot eldre brukere. I Gjesdal opererer vi ikke med en aldersavgrensning. Tvert i mot retter vi særskilt oppmerksomhet mot de yngre pleie- og omsorgsbrukerne, dvs. under 67 år. Den menneskelige og økonomiske gevinsten av å gjøre yngre potensielle brukere helt eller delvis selvhjulpne vil være meget stor, ettersom disse brukerne vil kunne være mottakere av helse- og omsorgstjenester over veldig mange år.

I de andre forvaltningsrevisjonene har vi rettet oppmerksomheten mot helse- og omsorgstjenester som hjemmetjenester, korttidsavdelinger, fysio- og ergo og hverdagsrehabiliteringsteamene. Det gjør vi også i Gjesdal, men vi utvider prosjektet til også å gjelde enkelte tjenester innenfor Forebygging og mestring.

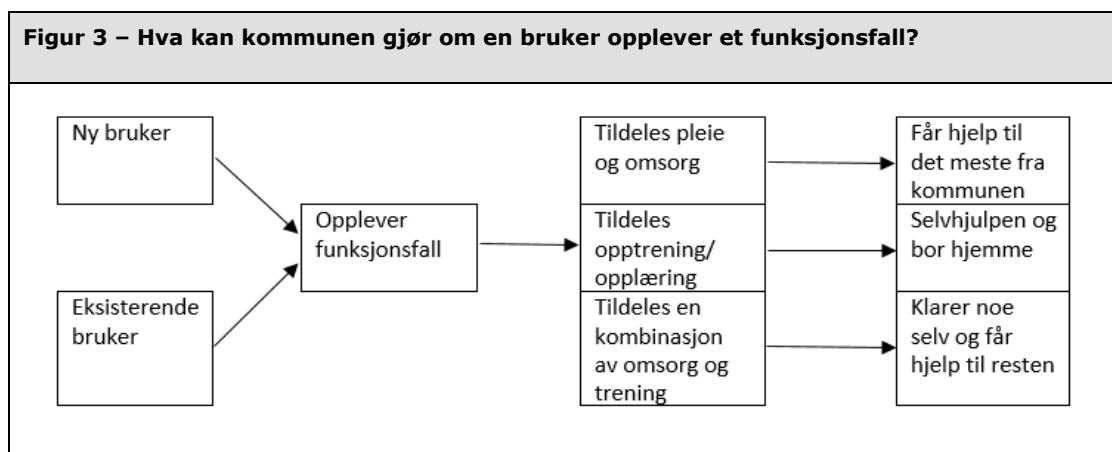
Organisasjonskart – kilde Årsmelding 2018



Vi har intervjuet avdelinger både innenfor Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring ([se vedlegg](#)). Vi har tatt med enheter innen Forebygging og mestring etter anbefalinger fra administrasjonen og fordi mange unge brukere mottar tjenester herfra. Tidlig og målrettet innsats rettet mot disse vil kunne forebygge mer alvorlig problem- eller symptomutvikling og kunne forebygge et høyere omsorgsbehov.

Vi avgrenser oss bort fra de øverste nivåene i omsorgstrappen (se under), dvs. langtids sykehjem, omsorgsboliger og bofellesskap.

Forvaltningsrevisjonens utgangspunkt er at brukere/potensielle brukere opplever et funksjonsfall og at kommunen står overfor et valg om å gi kompenserende hjelp, gi opp-
trening og opplæring i å klare seg selv eller en kombinasjon av hjelp og opp-
trening. For-
enklet 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 OMSORGSTRAPPEN I GJESDAL

Vi starter denne delen med å illustrere omsorgstrappen i Gjesdal kommunen¹. Denne illustrerer en gradvis utvikling fra lite til stort tjenestebehov, dess lenger opp i trappen man kommer.



Å hjelpe brukere med egenmestringspotensial, betyr å bruke virkemidler på de laveste trinnene i trappa for å utsette behovet for omsorgsbolig og sykehjem. Til tross for dette omtales ikke hverdagsrehabilitering eller fysio- og ergoterapi.

VURDERING

Gjesdal bør inkludere hverdagsrehabilitering og fysio- og ergo i omsorgstrappen. Kommunen bør også vurdere å omplassere trinn nummer 7, der Øyeblikkelig hjelp er et av tilbudene. Siktemålet med Ø-hjelpsplassene er å minske presset på sykehusene ved å etablere lokale behandlingstilbud, og er kortere akutte opphold er for pasienter med kjent sykdom og avklart diagnose. Disse pasientene skrives som regel ut til eget hjem eller korttids plass og bør plasseres lenger nede på omsorgstrappen, hvis tilbudet skal være med. Kommunen bør vurdere å revidere omsorgstrappen. I figuren under har vi utarbeidet et forslag til en mulig omsorgstrapp, men her uten Ø-hjelpsplasser.

¹ Mottatt 12.09.19.

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

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

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

2.2 STATUS FOR DE VIKTIGSTE FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE TILTAKENE

2.2.1 INNLEDNING

I dette avsnittet går vi nærmere inn 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.

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 det sentrale vurderingskriteriet her.
- For de ansatte betyr arbeidet med egenmestring at deres rolle og arbeidsmåte endres:
 - Fra pasientbehandling til en sterkere vektlegging av pasientopplæring.
 - Fra hjelperrollen til en sterkere vektlegging av lærerrollen

-
- Egenmestringsperspektivet er godt forankret hos brukerne og pårørende
 - 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

2.2.2 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

I motsetning til Eigersund, Sandnes og Stavanger (men i likhet med Hå), gjennomfører ikke Gjesdal kommune forebyggende hjemmebesøk. Vi får opplyst at dette skal testes ut innen årsskiftet, men at man ikke har bestemt seg for hvilken aldersgruppe man skal nå.

I Eigersund tilbyr eksempelvis fysio- og ergoterapitjenesten fallforebyggende hjemmebesøk til de som fyller 80 år, og som ikke har kommunale helse- og omsorgstjenester fra før.

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.

Hensikten med besøkene er å forebygge sykdom og skade, samt stimulere til en helsefremmende livsstil. Det er frivillig for de eldre om de vil ta imot tilbudet om besøk fra kommunen.

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 Gjesdal kommune er hverdagsrehabiliteringsteamet (HVR) organisert under fysio- og ergoterapitjenesten. Virksomheten har seks ansatte som utgjør 5,1 årsverk, hvorav HVR-teamet utgjør 1,6 årsverk (to personer)². En av de ansatte arbeider også i hjemmesykepleien. Flere mener dette er en fordel.

² HVR-teamet har fysio- og ergoterapeut, begge i 80 prosents stilling.

Tabell 1 – Organisering av hverdagsrehabiliteringstilbudet i flere kommuner³

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

Fra virksomheten pekes det på at det er flere fordeler med å være organisert på denne måten: Felles fokus på opptrening, bra for faglig utvikling i en relativt liten kommune, og sist men ikke minst; man er mindre sårbare for fravær.

Samtidig innebærer dette at HVR-teamet ikke er en integrert del av hjemmetjenesten, slik som i Time kommune.

Selv om HVR-teamet formelt sett har en spesialisert modell skal vi se at det er en nokså tett relasjon mellom hjemmesykepleien og HVR-teamet.

Hverdagsrehabiliteringsteamet ble etablert i november 2016, noe som er relativt sent sammenlignet med flere av de andre kommunene vi har undersøkt. Eksempelvis ble tilsvarende team i Eigersund etablert i 2013.

INNHold

Hverdagsrehabilitering innebærer å gi et skreddersydd «ytelsessjokk» i form av fysisk trening eller opplæring. Teamet jobber ut fra spørsmålet: «Hva er viktig for deg?». Tjenesten blir vanligvis gitt med en intensiv periode på 4-6 uker⁴, der en gradvis trapper ned besøkene. Trening og tilrettelegging inngår også i tjenesten.

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

Det er rettet sterk oppmerksomhet omkring hverdagsmestring, dvs. trene for 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.

³ Jf. opplysninger mottatt fra hver av kommunene.

⁴ Teamet har også fulgt opp brukere med enkelte brukere med psykiske lidelser. Her har det vært nødvendig å utvide perioden opp til et halvt år for at de skal få fullt utbytte av opplegget, og mestre ting på egen hånd.

I Gjesdal er det tildelingskontoret (TK) som har ansvaret med å prioritere mellom behov og tjenestetildeling, og som fatter vedtaket om hverdagsrehabilitering.

Både hjemmesykepleievedtak og vedtak om hverdagsrehabilitering **blir normalt fattet fjorten dager** etter at søknad har kommet inn/bruker har kommet hjem fra sykehus. Nye brukere eller brukere med endret funksjon får hjemmebesøk/vurderingsbesøk av TK innen en uke. Vi får opplyst at besøkene ikke gjennomføres dagen etter sykehusbesøk, ettersom brukerne ofte er slitne og medtatte, da. Man venter til situasjonen normaliserer seg og man får et mer reelt bilde av brukerens faktiske behov. Det bør presiseres at man likevel starter opp med hjemmetjenester umiddelbart etter at bruker er kommet hjem/behov er oppstått, dersom det er behov for det.

HVR-teamet inviteres av og til av TK til å være med på det første vurderingsbesøket, men som regel blir de ikke invitert⁵. Enkelte ganger har TK satt i gang ordinær hjemmesykepleie (for eksempel hjelp til dusj), der HVR senere har sett at det ikke er behov for denne tjenesten, enten fordi bruker er i stand til å gjøre det selv eller fordi bruker kan læres opp til å gjøre det selv⁶. Fra fysio- og ergo understrekes det samtidig at det har vært en liten bedring i retning av de i større grad er med på det første møtet.

Som nevnt fattes vedtakene normalt to uker etter at søknaden er kommet inn. Vi får opplyst at rutinen er at TK ikke skal fatte vedtak før HVR har vurdert saken. Med noen få unntak, følges denne rutinen⁷.

Kort vurdering. Kommunen bør vurdere mulighetene for å involvere HVR-teamet i kartleggingsbesøk og vurderinger i forkant av vedtak. En annen mulighet er at Tildelingskontoret ansetter en egen ergoterapeut, som får et særskilt ansvar ifm. hjemmebesøkene.. Det har man ikke i Gjesdal i dag. I Stavanger ble de fire tildelingskontorene styrket med en fysio- og en ergoterapeut i forbindelse med innføringen av Leve HELE LIVET, dvs. Stavanger kommunes hverdagsmestringsarbeid. Vi er også kjent med at man en del steder i Danmark har gode erfaringer med å la ergoterapeuter ha en hovedrolle ved hjemmebesøkene.

Kommunen bør også oppfordre pårørende til å delta på de første kartleggingsmøtene. Dette vil gi kommunen et bredere bilde brukers samlede ressurser og begrensninger, samtidig som det er med på å avklare forventningene mellom kommunen, bruker og pårørende. Som vi skal se under, synes ikke alle brukere og pårørende at hjelp til selvhjelp er en god ide, og noen ganger er også bruker og pårørende uenige om hva som er det beste. En bred deltakelse av alle involverte parter i starten vil kunne bidra til å avstemme forventningene på en god måte.

⁵ Opplyst i intervju.

⁶ Opplyst i intervju.

⁷ Opplyst i intervjuer.

IDENTIFISERING AV KANDIDATER

Potensielle HVR-kandidater blir vanligvis identifisert av hjemmetjenesten og av TK (for eksempel de som skrives ut etter sykehusbehandling, korttidsavdeling), men også gjennom at enkelte brukere tar direkte kontakt med kommunal ergoterapeut om sitt første hjelpemiddel⁸. Det første vurderingsbesøket kretses rundt spørsmålet hva er viktig for deg. Her deltar bruker og av og til en av brukerens pårørende.

Felles for HVR-kandidatene er at de har eller har hatt et funksjonsfall. De kan ha behov for opptrening etter et brudd eller være brukere med dårlig balanse, men de kan også ha andre utfordringer.

Det er opprettet syv kriterier for at en bruker skal kunne få hverdagsrehabilitering, blant annet at bruker skal være voksen, at vedkommende står i fare for å utvikle varig funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, at brukeren har vanskeligheter med å mestre hverdagsaktiviteter i eget hjem og i andre omgivelser som er viktige for henne, brukeren må ha et rehabiliteringspotensiale og være hjemmeboende.

OVERLAPPING MED HJEMMETJENESTEN

Det er en viss 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 eller å gi medisiner.

Overlappingen foregår også andre veien. HVR-teamet jobber på dagtid, i ukedagene. På kveldstid og i helgene overtar hjemmesykepleien HVR-teamets arbeid med øvelsene.

Det er også slik at hjemmetjenestene noen ganger har en rolle i oppfølgingen etterpå.

Fra leder i hjemmetjenesten får vi opplyst at hjemmetjenesten og HVR-teamet på det ukentlige fellesmøtet går gjennom hva hjemmetjenesten skal trene på når HVR ikke er der, eller når de er ferdig med hverdagsrehabiliteringen. Dette for å sikre en kontinuitet i arbeidet, og hindre at man går tilbake til kompenserende hjelp.

Ifølge HVR-teamet er hjemmetjenestene «*flinke til å følge dem opp*», både mens HVR-opplegget pågår og etter endt HVR-opplegg. Men det pekes på at det av og til glipper i helgene.

De ansatte i hjemmetjenesten er mer kritiske til egen oppfølging av HVR-brukerne. Ifølge dem fungerer ikke deres oppfølging av brukerne optimalt. Deres tilbakemelding kan oppsummeres slik: HVR er strengere og brukerne har en helt annen forventning til dem enn til oss. Enkelte brukere sier til oss: «*Der kommer husmoroikaren*». Vi er hjelpere

⁸ Kommunen har ikke tall som sier noe om hvor henvisningene kommer fra. To henvisninger er kommet fra fastlege siden oppstart, ellers kommer de fra de nevnte stedene.

i hverdagen og har mye dårligere tid, bare tjue minutter. De har en time. Vi er ikke alltid klar over at de har trukket seg ut og får ikke alltid med oss endringene.

De ansatte i hjemmetjenesten peker på at de gjerne har hatt en tett og langvarig relasjon med bruker og at det ikke er lett å snu alt ifm. hverdagsrehabilitering. De peker på at de enkelte ganger har vært inne hos brukere, de har stelt og badet dem, mens HVR trente på de samme oppgavene. De hevder at enten ikke har vært informert om dette eller ikke fått det med seg. De forteller videre at det tidligere lå et ark hjemme hos brukeren som viste hva HVR trente på, men at de ikke ha funnet denne type treningsark lenger. Fra kommunen får vi opplyst at brukerne legger det bort, og at dette er grunnen til at pleierne ikke finner det. Et tips kan være å teipe dette opp på veggen eller døra.

TILTAK FOR Å HINDRE TILBAKEFALL HOS BRUKER

Brukere som har hatt HVR har tilbud om ukentlig gruppetrening i regi av HVR-teamet etterpå. På Åboas er det 20 deltakere hver uke, og trening tilbys også om sommeren, etter ønsker fra brukerne⁹

I Oltedal er det et lignende tilbud (også her ca. 20 deltakere) som driftes av frivillige, der HVR gjennomfører gruppetrening en gang i uken. Etter treningen er det kaffe og en matbit. Trening i fellesskap gir treningen en sosial ramme og øker gjerne den enkeltes motivasjon for å gjennomføre treningen. Et tilsvarende tilbud på Gilja planlegges for start i 2019¹⁰.

Det er ikke noe krav om at de som deltar på treningen har hatt hverdagsrehabilitering.

HVR-brukerne blir videre fulgt opp etter tre måneder og ett år av HVR-teamet (med nye tester), etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Ifølge HVR-teamet gir dette brukerne motivasjon til fortsatt å være i aktivitet.

ANTALL BRUKERE

Fra november 2016 til tidlig juni 2019 har 143 brukere hatt hverdagsrehabilitering i Gjesdal kommune.¹¹ Ifølge Devoldrapporten ble det foretatt 111 vurderingsbesøk i 2018 og 53 personer ble vurdert som aktuelle, og gjennomførte hverdagsrehabilitering i 2018. Fra HVR-teamet får vi opplyst at de operer med et måltall på **70 brukere for 2019**¹². I 2022 er målet 100 hverdagsrehabiliteringer¹³.

Per 09.09.19 har 52 personer gjennomført hverdagsrehabilitering. Det er også et høyt antall brukere som har vært henvist til HVR, men der det har vist seg at dette ikke har vært

⁹ Devoldrapporten.

¹⁰ Devoldrapporten.

¹¹ Mottatt i egen perm tidlig i juni 2019.

¹² Opplyst i intervju med fysio- og ergo og HVR-ansatt.

¹³ Gjesdal kommune – vedlegg til drifts- og ressursanalyse – helse og velferd 2019 – Rune Devold.

rett tjeneste¹⁴. Frem til 09.09 gjelder dette flere enn de som har gjennomført hverdagsrehabilitering (dvs. 6,7 mot 6,4 i måneden)¹⁵.

Kjennetegn ved brukerne¹⁶

- Det er få unge voksne som er HVR-brukere. De fleste brukerne er i alderen 65 pluss. I 2018 var snittalderen 79 år¹⁷.
- Om lag halvparten av brukerne hadde da hjemmesykepleie fra før og en femtedel hadde praktisk bistand.
- To tredjedeler hadde lette behov for bistand, mens nesten tretti prosent hadde middels bistandsbehov. Kun 7 prosent hadde store bistandsbehov¹⁸.
- 70 prosent er kvinner
- Tall tyder på at om lag 40 prosent av HVR-brukerne i 2018 ikke hadde tjenester fra før.

EFFEKT

Helse- eller funksjonsmessig effekt. Short Physical Performance Battery (SPPB) er en test som tar utgangspunkt i fysisk funksjon, og har elementer som balanse og krav til presisjon og utholdenhet¹⁹. Denne testen tas ved oppstart av hverdagsrehabilitering, ved avslutning og tre måneder avslutning. Figuren under viser en positiv utvikling av brukernes funksjoner etter hverdagsrehabilitering. Det er blitt en klar reduksjon i andelen brukere med lav funksjon og en økning i bruker med høy funksjon, fra før oppstart til 3 måneder etter avslutning.

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

¹⁴ Eksempler på dette: Brukere som har behov for å bli fulgt til fellestrening, søknad om toalettforhøyer – der dette er brukers eneste behov og brukere som kun har behov for enkle hjelpemidler for å kunne klare seg. Det er to grunner til at HVR-teamet kartlegger disse brukerne til tross for at dette sannsynligvis ikke er rett tjeneste: For det første får brukerne en rask avklaring og unngår å bli sendt videre til en ny instans. For det andre er det en mulighet for å komme inn med forebyggende tiltak tidlig. Det er primært sykehus, hjemmesykepleien og tildelingskontor som henviser disse brukerne.

¹⁵ Opplyst av leder for Fysio og ergo, 11.09.19.

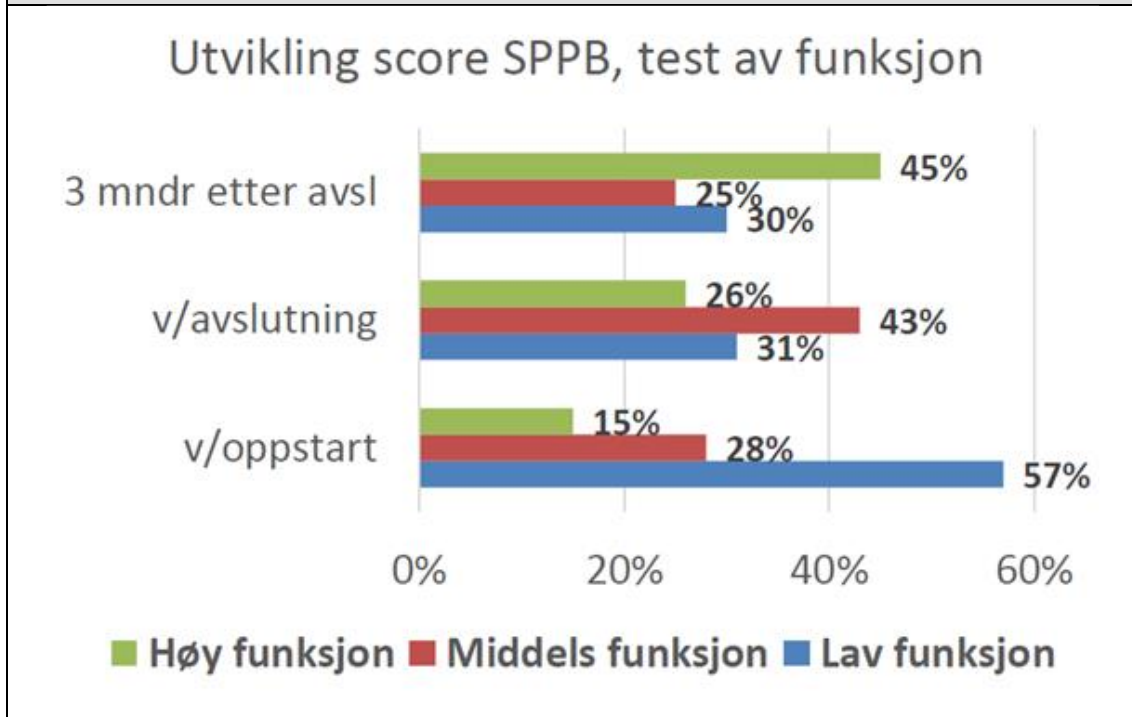
¹⁶ Kilde: Primært Devoldrapporten, samt opplysninger gitt i intervjuer.

¹⁷ Jf. Devoldrapporten.

¹⁸ Jf. Devoldrapporten.

¹⁹ Testen består av tre oppgaver, hvor man i hver oppgave tar tiden på aktiviteten. Tiden er det som gir grunnlag for score av poeng. Man tar testen ved starten av hverdagsrehabiliteringsperioden, og på slutten. Testen er en realistisk prøve på om bruker oppnår kortere tidsbruk i funksjonelle aktiviteter etter endt periode med hverdagsrehabilitering, og **den gir et konkret mål på om bruker forbedrer sin funksjon i de ulike aktiviteter.**

Figur 1 – Utvikling av funksjonsnivå, før og etter hverdagsrehabilitering i Gjesdal (2018)²⁰



Økonomisk effekt

Tall fra Devoldrapporten viser at hverdagsrehabiliteringen kostet 1,02 millioner kroner i 2018. Med totalt 53 brukere gir dette en gjennomsnittlig utgift per bruker på 19 245 kroner. Kostnader forbundet med brukere som er vurdert av HVR-teamet, men som ikke var egnet for hverdagsrehabilitering, er også tatt med her. Devold konkluderer på følgende måte: «Alt i alt tyder materialet på at HVR fungerer godt med beskjedne ressurser.»

Kommunen har ikke tall som viser/estimerer den økonomiske effekten av hverdagsrehabiliteringen. I Eigersund blir dette målt ved å ta utgangspunkt i alle HVR-brukere som hadde hjemmesykepleie fra før og måle det totale timetallet med hjemmesykepleie for disse brukerne, før og etter hverdagsrehabilitering. I Eigersund viste dette at hverdagsrehabiliteringen førte til en reduksjon i hjemmesykepleietimer på mellom 21 og 25 prosent for disse brukerne.

En svakhet med dette regnestykket er at det kun sier noe om HVR-brukere som har hatt hjemmesykepleie fra før. Det sier ingenting om de som ikke har hatt hjemmesykepleie fra før, men som har behov for HVR etter et sykehusopphold. Flere steder utgjør dette om lag halvparten av HVR-brukerne, i Gjesdal 40-50 prosent²¹.

I Eigersund var det kun 10-15 prosent av denne gruppen HVR-brukere som hadde hjemmesykepleie seks måneder etter gjennomført HVR-opplegg²².

²⁰ Kilde: Devoldrapporten.

²¹ Basert på Devoldrapporten samt tilbakemeldinger i intervju i juni 2019.

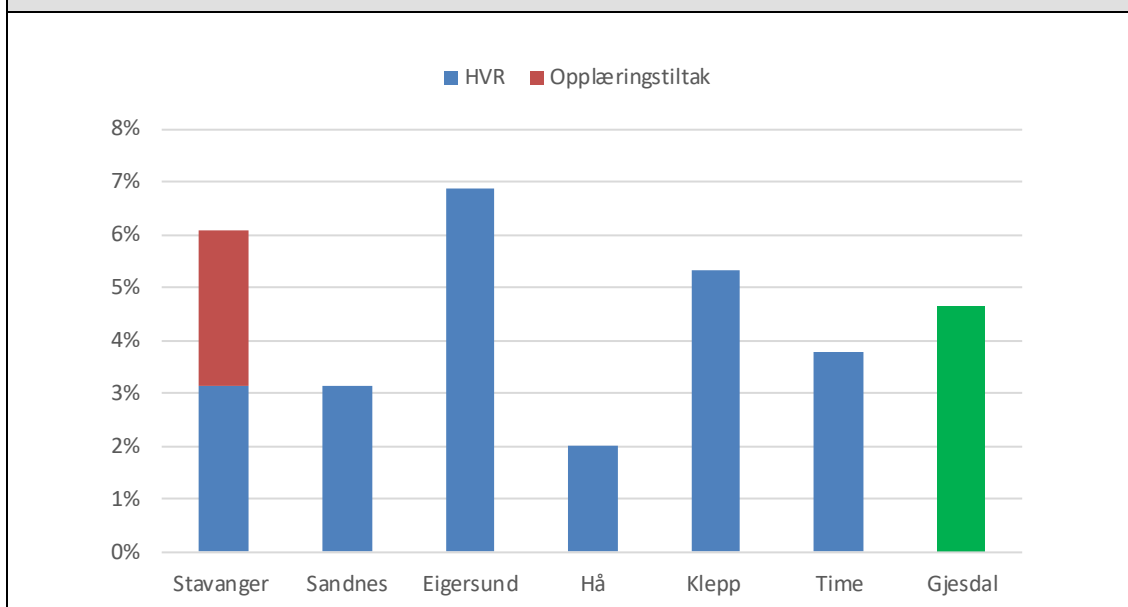
²² Kilde: Tall fra siste to halvår.

Dette er en gevinst som kommer i tillegg til den faktiske nedgangen i hjemmesykepleie for gruppen som hadde hjemmesykepleie før opptreningen startet. Problemet er bare at det er vanskelig å måle hvor stor gevinsten er, noe som rører ved det som gjerne regnes som hovedutfordringen med hverdagsrehabilitering: Å måle hva som ville skjedd dersom man ikke gjennomførte HVR. Noen brukere ville kanskje blitt rehabilitert av seg selv, uten hjelp fra HVR-teamet, mens andre er helt avhengige av hjelp til rehabiliteringen. I Eigersund ble det pekt på at hverdagsrehabiliteringen ofte erstattet hjemmesykepleie eller korttidsopphold for brukerne, men dette er vanskelig å måle presist.

SAMMENLIGNINGER MED ANDRE KOMMUNER

Figuren under viser at Gjesdal kommune har en nokså høy andel brukere med hverdagsrehabilitering, i prosent av antall innbyggere over 67 år, til tross for at tilbudet er nokså ferskt. Her sammenligner vi Gjesdal med de tre andre undersøkte kommunene, pluss de to andre Jær-kommunene. Et forhold som spiller inn her er at Gjesdal har en relativt liten eldrebefolkning, sammenlignet med flere av de andre kommunene. Men dette vil også påvirke rekrutteringsgrunnlaget. Dessuten er målgruppen for tilbudet og aldersnittet nokså likt de andre kommunene.

Figur 2 – Antall brukere av hverdagsrehabilitering i prosent av antall innbyggere 67+²³ (2018)



I Stavanger har man utviklet et eget hjemmesykepleievedtak som heter opplæringsvedtak. Fellesnevneren mellom **hverdagsrehabilitering og et opplæringstiltak** er hjelp til selvhjelp og egenmestring. Det er noen forskjeller, blant annet at det er hjemmetjenestene selv som utfører opplæringstiltakene.

Antall årsverk og brukere. I tabellen under viser vi hvor mange årsverk de ulike HVR-teamene utgjør i Gjesdal og nabokommunene, og hvor mange brukere de har. Vi har

²³ Basert på mottatte tall fra kommunene vedrørende HVR og delt dette på antall innbyggere i alderen 80+ for 2018.

ikke beregnet brukere per årsverk, ettersom innholdet i tjenesten og lengden på hverdagsrehabiliteringen kan variere en del.

Tabell 2 – Antall årsverk og antall brukere - hverdagsrehabilitering (2018)²⁴

	Hå	Eigersund	Klepp	Time	Gjesdal
Årsverk	1,5	3,1	4	3	1,6
Antall brukere	45	158	120	85	53

Gjesdal har en ambisjon om å øke antallet hverdagsrehabiliteringer til 70 i 2019. Samtidig vet vi at de fleste hverdagsrehabiliteringene varer i 4-6 uker, enkelte betydelig lenger. I tillegg gjennomføres gruppetrening to steder. Vi får opplyst fra leder for fysio- og ergo at tjenesten er presset på tid, og at det kan bli vanskelig å nå målet om antallet hverdagsrehabiliteringer.

2.2.4 HVERDAGSMESTRING I HJEMMETJENESTEN

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tanke sett 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 brukerens egne ressurser, og sammen med bruker sørger for at disse kan tas i bruk.

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

Dette tankegodset gjenfinner vi i kommunens retningslinjer og kriterier for tildeling av omsorgstjenester. Noen eksempler: «*All tjenesteyting skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og bidra til at brukeren opprettholder eller gjenvinner størst mulig grad av egenmestring.*» Eller «*All hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste skal gis etter prinsippet om hjelp til selvhjelp.*»

I intervjuene pekes det på at oppmerksomheten omkring hverdagsmestring er tilstede innen hjemmesykepleien, og at man de siste årene er blitt langt mer bevisste på hvilke effekter tjenestene gir, og at man i større grad gjør endringer dersom ønsket effekt ikke oppnås²⁵.

Likevel tyder gjennomgangen på at det finnes noen faktorer som svekker pleiernes muligheter til å arbeide på denne måten.

²⁴ Jf. opplysninger mottatt fra hver av kommunene.

²⁵ Tidligere var ikke hjemmetjenestene vant med å jobbe etter vedtak, og tjenesten ble svært skjønnsbasert. Dette ble endret i 2018. Da gjennomgikk man alle vedtakene og praksis nå er at pleierne skriver endringsmelding dersom tjenestebehov/funksjon endres.

TID

Det synes å være en felles oppfatning av at hjemmetjenesten som oftest ikke har tid til å arbeide ut fra egenmestringstankegangen. Det handler om rammebetingelser mer enn holdninger, hevdes det: «Fokuset er der, men tidsrammen er der ikke, skal jeg være ærlig. Vi har ikke ressurser nok til å la brukerne ta den tiden de trenger for å gjøre oppgaven selv.» Det vises til at den enkelte pleier kan ha opp til 14-15 brukere hver dag, og at dersom man tar seg ekstra tid til en bruker, går det utover nestemann på listen.

Dette var også et moment som ble nevnt i de andre kommunene vi har undersøkt, men det ble gjort et større poeng av dette i Gjesdal enn de andre kommunene.

Det går som regel 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.

Også ved korttidsavdelingen har det blitt mer fokus på å arbeide med hendene på ryggen, og det vises til flere eksempler på dette. Samtidig pekes det på at endringer av holdninger og arbeidskultur tar tid. Kombinasjonen av at mange er «veldig glad i å hjelpe» og at også de ansatte ved korttidsavdelingen opplever å være presset på tid, gjør at det er utfordrende å legge til rette for egenmestring.

Ved korttidsavdelingen pekes det samtidig på at det er viktig å komme tidlig i gang med den fysiske opptreningen (for eksempel etter sykehusopphold), for å sikre en best mulig overgang til når bruker skal hjem.

TIDSBEGRENSEDE VEDTAK

I motsetning til Eigersund og Stavanger, har ikke Gjesdal tidsbegrensede hjemmesykepleievedtak, dvs. vedtak for en kortere periode, (tre uker, måned, to måneder) der tanken er at bruker skal lære å mestre oppgaven selv i løpet av perioden²⁶. I Stavanger har man skilt ut hverdagsmestring som en egen vedtaksform, opplæringsvedtak. Siktemålet med opplæringstiltak er at bruker etter endt opplæringsperiode skal mestre aktiviteten på egen hånd, helt eller delvis. Det er også satt av mer tid til denne type vedtak enn til ordinære hjemmesykepleie, ettersom det tar lengre tid når brukeren skal utføre hele eller store deler av oppgaven selv. Det er eksempelvis satt av førti minutter til dusj opplæring, mens det er satt opp tretti minutter til dusj i et ordinært vedtak, der pleier gjør oppgaven

²⁶ I retningslinjer og kriterier for tildeling av omsorgstjenester står det at vedtak om tjenester skal være tidsavgrensede når det er formålstjenlig, og man endrer hjemmesykepleievedtakene ved endrede behov. Men de har ikke en egen vedtaksform som heter tidsbegrensede vedtak/opplæringsvedtak.

for bruker. Som vi så i figuren over, har en relativt høy andel av brukerne opplæringsvedtak i Stavanger.

Det kan være greit å understreke at det ikke er realistisk at alle brukerne skal bli helt eller delvis selvhjulpne. Noen vil ha behov for omfattende, kompenserende tjenester over tid.

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. **at brukerne 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 ergoeheten kommer på besøk: «*Da sitter de klar med joggeskoene på og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer.*» I Gjesdal blir enkelte av pleierne møtt med «*her kommer humorvikaren*» når de kommer ut til brukerne. I intervjuene peker flere på at brukerne vil ha en oppsplitting, dvs. at hjemmetjenesten steller og gjør brukerne klare, mens de HVR-ansatte trener med dem.

Både brukere og pårørende har klare forventninger til tjenesten og for noen er forventningene knyttet til at pleierne skal ta over oppgavene for dem (lage mat, tømme søppelet, hjelpe dem på do, ta på strømpene, vaske på ryggen osv.).

Et interessant eksempel det vises til i Gjesdal, er at brukerne noen ganger blir usikre på hvor mye de får lov til å gjøre selv når hjemmetjenesten er inne. Dette fører til en misforstått umyndiggjøring av brukerne selv – de tenker at hjemmetjenesten har overtatt og de blir usikre på hva de «får lov til» å gjøre selv: «*Kan jeg gå og hente mat i kjøleskapet?*»

I intervjuene pekes det på at mange brukere ikke ønsker å bry sine pårørende med å be om hjelp, og de er redde for å få nei. I likhet med de andre kommunene vi har undersøkt, blir også de pårørende i Gjesdal oppfattet som en stor ressurs. Fra hjemmetjenesten tas det til orde for at man burde hatt egne samarbeidsmøter der også de pårørende deltar, spesielt i starten, ved førstegangsbesøk/kartleggingsbesøk. Dette både for å sikre best mulig kunnskap om brukernes ressurser og muligheter, avklare forventninger til tjenesten og få til en grei ansvarsdeling mellom kommunen og de pårørende.

«SNILLE» OG «SLEMME PLEIERE»

I intervjuene pekes det på at det er enkelte individuelle forskjeller mellom pleierne i tjenesteutførelsen, og at dette kan skape utfordringer. I enkelte av de andre kommunene

vi har undersøkt ble det skilt mellom såkalte «snille og «slemme» pleiere²⁷. Brukerne 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 henter avisen, låser opp døren eller henter søppelet.

Det pekes samtidig på at man jevnt over er blitt flinkere til å stille krav til brukerne og at «... *det utføres mindre hemmelige tjenester nå enn før. (..)*» *Vi konsentrerer oss om den bestillingen vi får.»*

BRUKERNES DAGSFORM VARIERER

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

BRUKERS EVNE TIL Å PÅVIRKE DE ANSATTE

I intervjuene pekes det på at enkelte brukere har sine egne triks for å få den hjelpen de mener de trenger (hente avisen, smøre maten osv.). For eksempel har pleierne oppdaget at enkelte brukere gir uttrykk for at de har en dårlig dag og ber om at pleieren kan hente avisen. Så oppdager man etter hvert at bruker har sagt det samme til de andre pleierne over et lengre tidsrom («*Alle de andre pleierne gjør det jo*»).

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.

²⁷ Disse begrepene ble ikke brukt av de intervjuede i Gjesdal.

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.

I intervjuene i flere av de andre kommunene ble det pekt på at 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.

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 mestringstiltak. Dette tross for at de fysisk sett burde ha et betydelig egenmestringspotensial.

TILTAK FOR AT BRUKERNE SKAL BO HJEMME GÅR NOEN GANGER UT OVER EGENMESTRINGEN

I intervjuene pekes det også på at få institusjonsplasser i kommunen, gjør at tildelingskontoret lover mye tjenester for å motivere brukerne til å dra hjem etter sykehusopphold. De ansatte i hjemmetjenestene uttrykte dette slik: *«Det ender med at en lover ting som vi ikke synes er nødvendig, for at de skal reise hjem.»*

Ifølge de ansatte i hjemmesykepleien er det en god del brukere de er innom hovedsakelig for å skape trygghet, slik at de kan bo hjemme: *«De er utrygge og trygghetsalarmen er ikke nok.»* Dette er ikke definert som en helsetjeneste i hjemmet, i kommunens tjenestebeskrivelse. Det vises til eksempler på at enkelte har fått hjelp til dusj i flere år til tross for at de mestrer dette. Men de er utrygge, og får derfor denne tjenesten. Etter hvert blir de vant med denne tjenesten, og da er det vanskelig å snu, til tross for at de er blitt mindre utrygge (jf. punkt over).

Et annet moment pleierne trekker frem er at noen brukere ikke ønsker å bli selvhjulpne fordi de da mister tiden med pleier. Et vellykket hverdagsmestringsforløp vil for noen bety at de mister dette godet, noe som gjør dem mer utrygge.

Fra tildelingskontoret pekes det på at Gjesdal kommune per i dag mangler samlokaliserte boliger med fellesareal (kjøkken, spiserom, aktivitetsrom etc., dvs. fellesarealer som kjennetegner et bofellesskap.). Det vises til at dette er et trygghetskapende tiltak på et lavere omsorgsnivå som kan føre til mindre behov for tjenester.

Kommunen ønsker fremover å prioritere rask utbygging av nye omsorgsboliger med ambulerende bemanning, ifølge den nye boligplanen (2019-2023).

2.2.5 MILJØARBEIDERTJENESTEN

Miljøarbeidertjenesten skal sikre at voksne personer med varig behov for nødvendig helsehjelp, opplæring, veiledning og aktivisering får den hjelpen de trenger. Miljøarbeidertjenesten har tre omsorgsboliger med miljøtjeneste. Flassabekken har både åtte boliger og yter også ambulerende miljøtjenester til 15 brukere, og har en yngre brukermasse enn Fiskebekk.

Tilbakemeldingen fra de ansatte er at egenmestringstankegangen er nokså godt gjennomsyret i miljøarbeidertjenestene. Det pekes på at det er de ansatte stort sett er vernepleiere og helsefagarbeidere, og at egenmestring er sentralt innenfor deres utdanning: «*Vår tankegang er å få dem til å klare seg selv, komme seg til og fra jobb, trene, scanne varer i butikken selv, osv.*» De ansatte i miljøtjenesten peker på at det er to grunnleggende utfordringer som gjør det vanskelig å nå målet om egenmestring og som vil kunne redusere behovet for tjenester.

- **Flere har ingenting å gå til på dagtid – dette øker behovet for tjenester.** Det blir pekt på at det er flere brukere, både i boligene og blant de som får miljøtjenester hjemme, som ikke har en aktivitet (arbeid, arbeidstrening o.l.) å gå til på dagtid. Det pekes på at dette bidrar til å passivisere brukerne og fører til at de får større tjenestebehov.: «*Mange ligger for mye i sengen i løpet av et døgn og er deprimerte eller har vektproblematikk.*» Aktivitet skaper en dynamikk og en endring som fører til at brukerne blir mindre avhengige av pleierne, mer motiverte til å gjøre ting selv, som rengjøring og matlaging, hevdes det. De blir kort og godt mer passive og hjelpetrengende uten meningsfull aktivitet. Det pekes videre på at det lokale aktivitetsværelset på Flassabekken omsorgsbolig ikke fungerer spesielt godt, etter som det er også er fellesstue der mange av brukerne bor. I tillegg har man ikke nødvendig utstyr, hevdes det.
- **Det er mest tid til egenmestringsrettet oppfølging av brukere som har minst potensial for dette.** Ved den ene boligen pekes det på at enkelte har en-til-en-oppfølging 24 timer i døgnet, mens andre har en halv time i døgnet. Sistnevnte har størst behov for mestring men mindre vedtak fordi behovet er langt mindre. De ansatte opplever å stå i en skvis her, fordi det ikke er så lett å gå fra de med behov for mye oppfølging (utagerende adferd). Men det fører til at man ikke får stimulerte egenmestringspotensialet tidlig, noe som fører til behov for mer tjenester på sikt. De ansatte ved den ene boligen uttrykte dette slik: «*Dersom tre av dem hadde fått tettere oppfølging fra begynnelsen, kunne de klart å bo i bolig uten bemanning.*»

2.2.6 PSYKISK HELSE

Vi går ikke nærmere inn på rusvern i denne rapporten, men retter oppmerksomheten omkring **fagteam psykisk helse og Mestringscenteret, spesielt SMIA²⁸**.

Formålet med de psykiske helsetjenestene er å fremme personens selvstendighet og mestring av eget liv, med utgangspunkt i personens egne ressurser, ønsker og mål.

De aller fleste tjenestene som tilbys av fagteam psykisk helse og Mestringscenteret er selvhjelpssentrerte. Noen eksempler:

- Individuelle samtaler i hjemmet eller i enhetens lokaler
- Hjelp til å mestre og strukturere hverdagen
- Hjelp til medikamentadministrering
- Mestringskurs (Som regel fire til åtte personer)
- Støtte- og treningskontakt
- Råd og veiledning til pårørende
- Oppfølging av barn som pårørende
- Tankeviruskurs – hjelper brukerne og blir mer bevisste på hvordan tankene påvirker hvordan de har det, og gir gode råd mht. tankehåndtering
- Kurs i depresjonsmestring (KID) – brukerne får lære seg verktøy for å håndtere depresjon
- Angstmestringskurs – ved behov

Tjenestene er som regel tidsbegrensede, men vi får opplyst at noen av brukerne har fått jevnlig oppfølging over flere år (for eksempel en gang i mnd.). Vurderingen fra enheten er at de trenger den støtten dette gir.

I intervjuene pekes det på at effekten av samtaleveiledning uteblir dersom den nødvendige rammen ikke er tilstede (bolig, økonomi og aktivitet).

SMIA er et kommunalt kurs- og kompetansesenter under Mestringscenteret og er et tilbud for alle. Ved SMIA er oppmerksomheten rettet mot folkehelse og forebygging, og sosial og miljømessig bærekraft er gjennomgående i alle prosjektene. SMIA startet som et tilbud til mennesker med fysiske og psykiske utfordringer, men er i dag et tilbud for alle fra 16 år og oppover «... som ønsker å bidra med det de kan, når de kan, og være med å gjøre en forskjell for mennesker, miljø og lokalsamfunn²⁹.»

Man trenger ikke å søke via tildelingskontoret, men potensielle deltakere må først ha en «en drømmesamtale med en ansatt, hvor en sammen finner ut hva som er viktig for vedkommende³⁰». De sentrale verdiene i fellesskapet er trygghet, trivsel, nyskaping og kvalitet.

²⁸ Fagteam psykisk helse er plassert under avdeling for bo og hjemmetjenester psykisk helse og rusvern. SMIA er organisert under Mestringscenteret.

²⁹ Uttalelse mottatt 22.10.19

³⁰ Uttalelse mottatt 22.10.19

Ved SMIÅ skapes det mange ulike aktiviteter, blant annet lages det eplemost av lokal frukt som ellers hadde blitt kastet. Det holdes også jobbtreningskurs, fotokurs og knivkurs. Ofte er det brukerne som holder kurset selv, og det varierer om det er ansatte eller brukere som har ansvar for kurset. En del av aktivitetene foregår ute i naturen, som planting, trefelling osv.

SMIÅ samarbeider med en rekke lokale aktører som Kongeparken, Eplefryd, Amfi, Sørbø trelast, Coop Byggmix m.fl. Ifølge hjemmesidene bygges kvaliteten i tilbudet på de ressursene den enkelte deltaker har, kombinert med ressurser fra frivillige, næringsliv og medarbeidere i kommunen.

SMIÅ startet som et tilbud til mennesker med fysiske og psykiske utfordringer, men er i dag et tilbud for alle fra 16 år og oppover. Vi får opplyst at man har oppmerksomheten rettet mot deltakernes ressurser og at eventuelle diagnoser er underordnet. Det pekes på at tilbudet også inkluderer mennesker med en begrenset arbeidsevne og som har vansker med å komme inn på andre arbeidsrettede tiltak.

SMIÅ får veldig gode skussmål i våre intervjuer og er blitt et populært tilbud. I punktene under oppsummerer vi tilbakemeldingene:

- Deltakerne gis ansvar og opplever mestring. Gjennom aktiviteten opplever de en tilhørighet og å være del av et arbeidsfellesskap. Dette er forhold som er positivt for helse og arbeidslyst
- SMIÅ inkluderer de som i perioder i livet faller utenfor det store fellesskapet
- SMIÅ er mer fleksible med å tilpasse seg den enkeltes arbeids- eller aktivitets- evne enn ordinære arbeidstreningstilbud: «Andre steder er det ingen som vil ta meg inn i to timer om dagen»

2.2.7 VURDERING

Gjesdal kommune startet opp med **hverdagsrehabilitering** i november 2016, noe som er relativt sent sammenlignet med andre kommuner vi har undersøkt. Til tross for dette er andelen innbyggere som mottar HVR høyere enn enkelte andre kommuner i distriktet.

HVR-teamet har en ambisjon om å øke antallet HVR-brukere i årene fremover.

Effekt. Målinger viser at hverdagsrehabiliteringen gir positive helsemessige effekter i form av bedret funksjon hos brukerne, dvs. økt selvhjulpenhet. Kommunen har imidlertid ikke tall som viser/estimerer den økonomiske effekten av hverdagsrehabiliteringen, for eksempel i form av endringer i antall vedtakstimer. Kommunen bør fremover vurdere å estimere den økonomiske gevinsten av hverdagsrehabilitering. Den vanskelige delen av denne beregningen er å estimere de økonomiske effektene av brukere som mottar hverdagsrehabilitering som ikke hadde hjemmesykepleie fra før (se over).

Forankring egenmestringsperspektiv. Gjennomgangen vår tyder på at egenmestringsperspektivet er nokså godt forankret i de ulike kommunale enhetene vi har undersøkt. Innenfor fysio- og ergo, Mestringssenteret og miljøtjenestene har dette vært en del av grunntanken og arbeidsformen over tid, mens dette har blitt en mer fremtredende del av arbeidsmetodikken og grunnholdningen ved hjemmetjenesten og korttidsavdelingen de siste to-tre årene. Samtidig ser vi at det er en del individuelle skiller mellom de ulike pleierne og at den tradisjonelle måten å jobbe på er sterkt forankret hos enkelte.

Likevel tyder intervjuene på at det først og fremst er mangel på tid hos bruker som gjør at hjemmetjenestene og de ansatte ved korttidsavdelingen i praksis i liten grad jobber ut fra egenmestringstankegangen. Det går raskere å gjøre oppgavene for bruker, er gjennomgangstonen.

Vi anbefaler Gjesdal kommune å vurdere bruk av tidsbegrensede vedtak, der siktemålet er at bruken skal mestre oppgaven helt eller delvis selv.

I Stavanger har man satt av litt mer tid til denne type vedtak enn til ordinære hjemmesykepleievedtak. Å bruke litt ekstra tid på kort sikt kan være arbeids- og ressursbesparende på lengre sikt, dersom brukerne blir mer selvhjulpne.

På denne måten kan man i sterkere grad få inn hverdagsmestring som en del av arbeidsformen i hjemmetjenestene, og på den måten bygge en hverdagsmestringskultur gjennom en felles vedtaksstruktur. Dette vil kunne sikre bedre tidsmessige rammebetingelser for at de ansatte skal kunne lære opp brukeren til å mestre oppgavene selv. Dette vil kunne gradvis endre hjemmesykepleiernes rolle overfor brukerne, dvs. at hjelperollen gradvis tones ned, mens lærerrollen gradvis styrkes, i tråd med kommunens ambisjoner om at brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne.

Kommunen bør også vurdere å innføre noe tilsvarende i miljøtjenesten, dvs. sette av litt mer tid til de «*letteste*» brukerne slik at miljøarbeiderne har mulighet til å jobbe mestringrettet mot de brukerne som har størst potensial. Ifølge intervjuene er det i dag lite rom for dette, ettersom pleierne paradoksalt nok har mest tid til å drive egenmestringsrettet oppfølging av de brukerne som har minst potensial for dette.

En av nøkkelutfordringene innen miljøtjenesten synes å være å skaffe til veie arbeid eller arbeidslignende aktivitet for brukere som har potensial for dette. I dag er det flere brukere som ikke har en meningsfull aktivitet å gå til på dagtid. Dette ser ut til å bidra til passivisering og indirekte til klientifisering av brukerne. Helseproblemer blir ofte forverret dersom man ikke har mulighet til å delta i skole- eller arbeidslignende aktivitet. Dermed risikerer man at brukerne blir mer pleietrengende og mer avhengig av den enkelte pleier.

Vi anbefaler kommunen å se nærmere på muligheten for å legge til rette for arbeid eller arbeidslignende aktiviteter for de av miljøtjenestens brukere som vil kunne dra nytte av dette.

Det er opp til kommunen hvordan en legger opp dette, men i intervjuene pekes det på at plenklipping/gartnerarbeid/postombringing i kommunen vil kunne være aktuelt for denne gruppa. Det blir også vist til at man bør være kreative og involvere deler av kommunens næringsliv for å finne egnede lokaler/oppgaver for denne gruppen. Oppsiden for næringslivet er å involvere seg i arbeid som er viktig og som utgjør en forskjell. SMIA vil muligens også være en mulighet for enkelte av disse brukerne.

Pleierne i hjemmetjenesten står overfor en rekke forhold som kan bidra til å svekke muligheten for å jobbe ut ifra hjelp til selvhjelp ytterligere. Mangel på tid er allerede nevnt. Andre eksempler er brukernes forventninger til tjenesten, dvs. hva de forbinder med hjemmesykepleie, at det er betydelige individuelle forskjeller mht. hvorvidt en jobber på denne måten og brukerens evne til å påvirke de ansatte. I noen tilfeller gis det mer tjenester enn det fysisk sett trenger, for å trygge brukeren til å kunne bo hjemme. Kommunen bør etter vår vurdering se nærmere på disse hindringene/momentene.

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. I noen tilfeller er det ikke *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.

2.2.8 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. Det er et nasjonalt helsepolitisk mål at velferdsteknologi er integrert i helse- og velferdstjenestene i de fleste norske kommuner innen 2020. Målet i Gjesdal er at velferdsteknologiske løsninger innen 2020 skal være en integrert del av kommunens tjenestetilbud. Løsningene skal bidra til økt selvstendighet og egenmestring og bidra til å utsette eller redusere behovet for kommunale tjenester.

I Stavanger deles velferdsteknologi inn i tre grupper: Trygghetsskapende og mestrings-teknologi, utrednings- og behandlingsteknologi og aktiviseringsteknologi. I likhet med mange andre kommuner, har det også i Gjesdal vært størst fokus på trygghets- og mestrings-teknologier. Status i Gjesdal:³¹

³¹ Dette er basert på Devoldrapporten, skrevet *Status implementering av forebyggende og rehabiliterende tiltak* (udatert, men fra juni 2019) og *Statussak digitalisering og velferdsteknologi Helse og velferd*.

-
- 144 trygghetsalarmer – i 2018 ble de analoge utgavene byttet med digitale
 - I tillegg er det ulike enkeltstående tiltak ved de ulike enhetene, noen eksempler:
 - Døralarm for å trygge beboerne ved Bærland omsorgsboliger
 - Assistert selvhjelp gjennom digitalt program innen forebygging og mestring
 - Epilepsialarm i seng og epilepsialarm seng på Åboas, samt to-tre alarmmatter
 - To terapisykler
 - To fjernstyrte døråpner for to brukere i omsorgsboligene
 - Medisindispensere er i bruk av 5 brukere med psykisk lidelse/rus problematikk. Flere blir igangsatt over nyåret. Da starter også hjemmetjenesten opp.

I høst gikk dessuten Gjesdal inn en avtale med en ekstern leverandør om bemannet responsenter for trygghetsalarmene. Det betyr at trygghetsalarmene i ambulerende hjemmetjenester nå blir besvart av helsepersonell hos denne leverandøren

Stavanger kommunes erfaringer med en tilsvarende løsning er at hjemmesykepleien får en betydelig avlastning. Så mye som 90% av alarmene ble avklart av det eksterne responsenteret, og krevde ikke utrykning.

Utover dette har kommunen styrket kompetanse og kapasitet i arbeidet ved at IKT-konsulent i helse og velferd er ansatt i IKT-avdelingen, med hovedansvar for oppfølging av kommunens satsing på digitalisering og velferdsteknologi innen tjenesteområdet helse og velferd.

OPPSUMMERING

Det er få velferdsteknologier som per i dag har fått noe stort omfang i Gjesdal, med unntak av trygghetsalarmer. Medisindispensere er i bruk av 5 brukere med psykisk lidelse/rus problematikk. Flere blir igangsatt over nyåret. Da starter også hjemmetjenesten opp. I likhet med flere andre kommuner, går det nokså sakte med implementeringen av andre typer velferdsteknologier, men det ser ut til å ta tid å teste ut nye teknologier.

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

2.3.1 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 brukerundersøkelser fra 2018 og tilbakemeldinger i våre intervjuer med de ansatte.

2.3.2 BRUKERUNDERSØKELSER

Det ble gjennomført brukerundersøkelse for enhetene innenfor forebygging og mestring og Helse, bo og hjemmetjenester i 2015 og 2018. Disse enhetene er: Solås bo og rehabilitering, Ambulerende hjemmetjenester Åboas omsorgsboliger, Miljøarbeidertjenesten³², Bo og hjemmetjenester psykisk helse og Mestringssenteret og Bofellesskap personer med demens. Vi har sett mest på brukerundersøkelsen fra 2018. Hovedbildet herfra er at brukerne gir gode tilbakemeldinger på tjenestene.

Brugerundersøkelsene måler imidlertid i liten grad brukernes opplevelse av satsingen på å gjøre brukerne mer selvhjulpne. En indikator i brukerundersøkelsen til hjemmetjenestemottakerne treffer imidlertid ganske godt i forhold til satsingen på egenmestring og hjelp til selvhjelp: «Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme». Hjemmetjenesten scorer høyt på denne indikatoren (5,5 av 6 mulige).

Men mange av indikatorene er eksempler på det motsatte, dvs. spørsmål om kompensierende hjelp:

- Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til personlig hygiene (5,5),
- Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til å ta medisiner (5,9),
- Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til matlaging (4,9)
- Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til rengjøring av boligen (5,5)

2.3.3 HVILKE ERFARINGER HAR DE ANSATTE?

Selv om brukerne gjennomgående ser ut til å være fornøyde med tjenesten, mener de ansatte i hjemmetjenesten at det kan være krevende å overbevise brukerne om at egenmestring er det beste: «Mange synes ikke det er en god idé. Det er stor forskjell mht. om folk har lyst å klare seg selv». Det pekes på at nye brukere ofte er mer motivert enn brukere som har mottatt tjenester over tid. Pleierne forteller at de har gått til en del av brukerne i flere år og at «vi er nesten familie». De tror det av den grunn kan være vanskeligere for brukerne å godta at de skal lære dem opp til å klare seg selv. Pleierne forteller at flere av brukerne har store forventninger til at de skal stelle for dem: «Der kommer husmorvika-ren».

Gjennomgangene våre tyder på at det noen ganger kan være et misforhold mellom brukeres og pårørendes ønske/mål. I noen tilfeller ønsker bruker å klare seg mer på egen hånd, mens de pårørende er mer skeptiske til dette. Fra korttidsavdelingen i Gjesdal får vi opplyst at pasienten selv ønsker å reise hjem, mens deres pårørende ikke ønsker dette.

³² Miljøarbeidertjenesten har både bruker- og pårørendeundersøkelse.

Når det gjelder HVR er de fleste positive til å klare ting på egenhånd. Vi får opplyst at et fåtall er misfornøyde, og at pårørende i starten ofte er mer positive til opplegget enn brukerne. Dette endrer seg underveis, hevdes det.

Også ved korttidsavdelingen har de ansatte blandede erfaringer: «*Enkelte pasienter blir provoserte av at de skal gjøre ting selv, mens andre gjør nesten for mye. Vi må realitetsorientere dem. Det er ikke meningen at vi skal stille og mate, de skal trene og klare mest mulig selv.*»

2.3.4 SKALERING

Vi tar med en liten digresjon, som strengt tatt er utenfor mandatet i dette prosjektet, men som likevel kan være verdt å kommentere. Vi registrerer at kommunens brukerundersøkelser har ulik skalering. Eksempelvis har undersøkelsene rettet mot brukerne av hjemmetjenestene og Solås bo og rehabilitering en sekspunktsskala. Miljøarbeiderundersøkelsen har fempunktsskala for pårørende og ja- og nei-spørsmål rettet mot brukerne, mens Bo- og hjemmetjenester psykisk helse og Mestringssenteret anvender en firepunktsskala. Dette er ikke noe stort problem, men kommunen bør vurdere å bruke lik skala over hele fjøla, kanskje med unntak av brukerne av miljøarbeidertjenesten, der vi ser det kan være gode grunner for å ha ja- og nei-spørsmål.

VURDERING

For noen brukere er altså egenmestring og 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 altså det motsatte av målene i reformen et tegn på kvalitet.

Brukerne gir veldig gode tilbakemeldinger på tjenestene. Hjemmetjenesten er intet unntak. Men etter vår vurdering fanger spørsmålene for lite opp målet om å jobbe for egenmestring og for å stimulere brukernes ressurser. Flere av spørsmålene er egnet til å skape forventninger om en mer tradisjonell kompenserende omsorg, der pleierne yter hjelp og service til brukerne. Eksempler på spørsmålene vi etterlyser er (dette er på ingen måte en uttømmende eller fullstendig liste):

- Jeg opplever at tjenesten jeg mottar, støtter det som er viktig for meg
- Jeg opplever at de ansatte er opptatt av at jeg skal klare meg mest mulig selvstendig
- Jeg opplever at pleierne har nok tid til å lære meg å klare mest mulig på egen hånd
- Jeg opplever at tjenesten jeg mottar, støtter meg til å klare hverdagen min på en best mulig måte
- Jeg opplever at tjenesten jeg mottar, er godt tilpasset mine behov

Helt til slutt ønsker vi å legge til at vi finner eksempler på at tilbakemeldingene i brukerundersøkelsene brukes til å jobbe mer i retning av egenmestring. Et eksempel her er Solås bo- og rehabiliteringssenter som kom godt ut på flere indikatorer, men som scoret relativt svakt på tilgjengelighet og informasjon. Dette har ført til mer fokus på medvirkning og involvering av pårørende, at de bruker planen «Hva er viktig for deg» mer aktivt enn tidligere og at de har systematisert innkomstsamtalene, som for korttidsbeboerne inneholder mål med henblikk på å klare seg hjemme best mulig etterpå.

2.4 TILRETTELEGGING FOR Å VIRKELIGGJØRE KOMMUNENS MÅL

2.4.1 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:

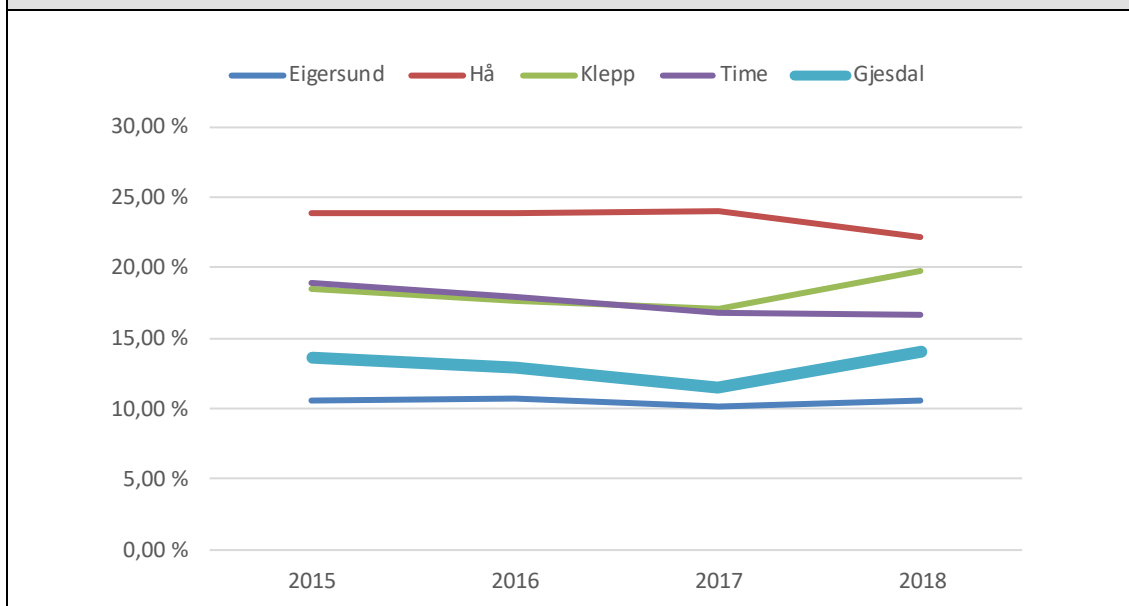
- Ressursbruken i pleie og omsorg vris over tid i favør av hjemmetjenestene.
- Fordelingen av ressursbruk til hjemmetjenester vs. institusjonstjenester sammenlignet med andre

Her tar vi bort de to største kommunene, Stavanger og Sandnes, og sammenligner i stedet Gjesdal med Eigersund og Jærkommunene, dvs. kommuner der størrelsesforskjellene ikke er så store.

2.4.2 INSTITUSJONSPLASSER

Gjesdal har relativt få institusjonsplasser sammenlignet med de andre kommunene. Unntaket her er Eigersund, som har klart færrest institusjonsplasser. Dette er forhold som vanligvis slår ut mht. ressursfordelingen mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester.

Figur 3 – Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over

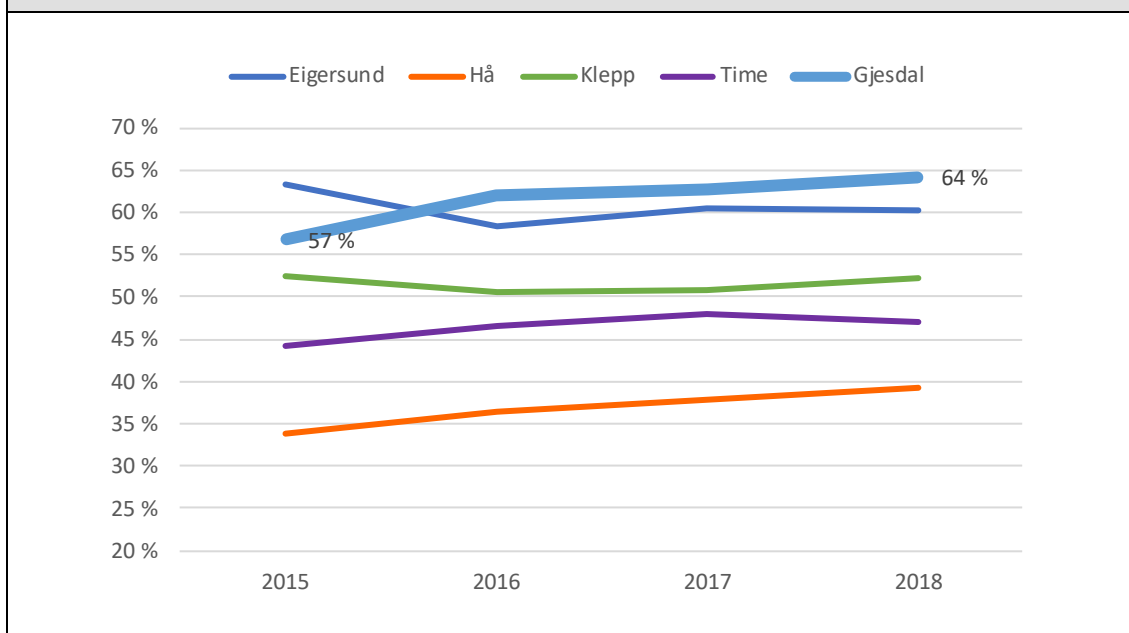


2.4.3 RESSURSER

I figuren under ser vi nærmere på kommunens utgifter til hjemmeboende i prosent av de totale pleie- og omsorgsutgiftene, per innbygger. Utgiftene er 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.

Figur 4 – Utgifter forbundet med hjemmeboende i prosent av totale utgifter til pleie og omsorg, per innbygger – Korrigert for behov (Framsikt)



Gjesdal har relativt få institusjonsplasser og bruker en større andel av de totale pleie- og omsorgsutgiftene til hjemmetjenester enn de andre kommunene. Det har også vært en betydelig andelsmessig økning i hjemmetjenestenes del av den totale pleie- og omsorgskaka. Institusjonsutgiftenes andel av de totale utgiftene har i samme periode blitt redusert fra 37 til 31 prosent.

OPPSUMMERING

Kommunene har et hjemmebasert pleie- og omsorgstilbud og en stadig større andel av pleie- og omsorgsutgiftene går med til hjemmetjenestene. Dette skulle gi et godt strukturelt utgangspunkt for å bygge opp under kommunens ambisjoner om egenmestring, hjelp til selvhjelp og samtidig forebygge av behovet for institusjonsplass.

2.4.4 BUDSJETTMODELL

I en forvaltningsrevisjon i Bærum kommune i 2016/2017 fant vi 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 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.

Gjesdal kommune har en rammefordelingsmodell, der hvert tjenesteområde i desember får en ramme for å drive tjenestene det kommende året. Budsjettet/modellen har tre elementer:

- Videreføring av forrige års aktivitetsnivå
- Tillegg for økte behov
- Trekk ved bortfall av behov
- Omstillinger/innsparinger/standardreduksjoner³⁴

Hoveddelen av ressursrammen er en videreføring av fjorårets aktivitetsnivå, anslagsvis 90 prosent av ressursene. Når rammen er fordelt på tjenesteområdet, diskuterer kommunalsjef og virksomhetsledere hvordan rammen skal fordeles. Dersom noen enheter har store endringer i aktivitet eller brukermasse, justeres ressursene i henhold til dette. Det pekes på at kommunen er liten, at man følger enhetene tett opp og oppmerksomme på at det ikke skal skapes insentiver for å melde inn mest mulig behov.

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

³⁴ De siste årene er dette lagt inn som en fjerde post. Opplyst av økonomisjef.

OPPSUMMERING

Etter vår vurdering fanger Gjesdal kommunes finansieringsmodell opp mindre endringer i brukernes behov, men ikke i like stor grad som en ren innsatsstyrt finansieringsmodell. Kommunens modell har imidlertid den fordel at den i liten grad har innebygde insentiver som motarbeider kommunens mål om hjelp til selvhjelp. Tvert imot muliggjør den eksisterende modellen i stor grad 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 imot bidrar modellen til å skape et handlingsrom i tråd med satsingen.)

2.4.5 KOMPETANSEHEVINGSTILTAK OG SAMARBEID

I utgangspunktet hadde vi tenkt å dele kompetanse og samarbeid i to ulike avsnitt. Tidligere rapporter har vist at dette er forhold som henger nøye sammen når man skal implementere en ny handlemåte i organisasjonen. Derfor behandles kompetansehevings tiltak og samarbeid sammen.

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

HOSPITERING

I Eigersund har de ansatte ved hjemmetjenesten, korttidsavdelingen og mestringsenheten hospitert hos HVR-teamet, og HVR-teamet hospiterer også i hjemmetjenesten.

Hospiteringsordningen i Eigersund 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. Hospiteringsordningen ble i november 2018 utvidet til også å omfatte Mestringsenheten

I Gjesdal får vi opplyst at man både ved HVR-teamet, korttidsavdelingen og hjemmetjenesten har snakket om å hospitere, men at man så langt ikke har gjort det. I intervjuene pekes det på at dette kunne vært nyttig.

De ansatte i hjemmetjenesten opplever en del ganger at de ikke klarer å motivere brukerne til egenmestring og selvhjelp: «vi trenger hjelp til andre til å motivere dem.» En annen sa det slik: «Vi trenger kursing i å få dem motiverte uten å krangle med dem.»

ANDRE KOMPETANSEHEVINGSTILTAK

I tabellen på neste side viser vi en oversikt over kompetansehevingstiltak som kan knyttes opp til å stimulere brukerne til egenmestring og hjelp til selvhjelp.

Avdeling	Kompetansehevingstiltak	Andre tiltak for å virkeliggjøre målet
Forebygging og mestring	<ul style="list-style-type: none"> • Utdannet kursleder i tankeviruskurs • Kompetansheving gjennom digitalt selvhjelpsprogram 	<ul style="list-style-type: none"> • Innført digitalt selvhjelpsprogram (assistert selvhjelp) • Videreutvikling av Frisklivstilbudet til også å rette seg inn mot unge voksne • Satsing på Smiå kurs- og kompetansesenter
Miljøtjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • En ansatt er i ferd med å ta en master i «Medborgerskap» 	<ul style="list-style-type: none"> • Sor-kurset «Arbeid i andres hjem» Mitt livs ABC • Har tema som brukermedvirkning og selvbestemmelse oppe regelmessig på personalmøter og i den daglige drift
Psykisk helse og rus (bo og hjemmetjenester)		<ul style="list-style-type: none"> • Reoverynetverk med andre kommuner • Ekstern veiledning i egenmestring • Egenmestring - tema på ukentlige møter
Hjemmesykepleie	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier med videreutdanning i hverdagsrehab • Sykepleiere – bestillingsordning av hjelpemidler • Forflytningsveileder • Sykepleier/fagarbeider med videreutdanning i geriatri 	<ul style="list-style-type: none"> • Det gode pasientforløpet • Barn som pårørende • Aktivitetsvenn • Faste møter med hverdagsrehabilitering
Solås	<ul style="list-style-type: none"> • Internundervisning i egenmestring og tema på personalmøter • En gruppe som har startet opp med demensomsorgens ABC 	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker å opprette en fagutviklingsstilling tilhørende hvert av teamene • Stimulering til egenmestring er mål i avdelingen • Egenmestring team i personalmøter
Fysio- og ergo og hverdagsrehab	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på egenmestring er grunnholdning i utdanningen til fysio og ergo. Jobber kontinuerlig med å trene/tilrettelegge for at bruker skal være mest mulig selvstendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegaveiledning • Kurs i hjelpemiddelsentralen • Nettverksmøter • Veiledning av andre profesjoner for å trettelegge for at bruker skal være mest mulig selvstendig

Kommentar: Sor-kurset «Arbeid i andres hjem» gir kunnskaper om utviklingshemming og hvordan man kommuniserer og samhandler med utviklingshemmede, slik at man kan hjelpe brukerne til å bruke sine ressurser og oppleve mestring i hverdagen. Kurset Mitt livs ABC gir kunnskaper om utviklingshemming og hvordan man kommuniserer og samhandler med disse brukerne, slik at man kan hjelpe brukerne til å bruke sine ressurser og oppleve mestring i hverdagen.

Fysio-, ergo og HVRs veiledning av andre profesjoner er i all hovedsak undervisning ifm. personalmøter.

SAMARBEID

Vi går ikke inn på alle samarbeidsstrukturer innenfor de ulike fagområdene, men nøyer oss med noen eksempler.

Det er faste ukentlige møter mellom hjemmesykepleien, HVR-ansatte og TK. Det pekes på at dette er viktig for å få henvist pasienter og sikre god oppfølging av de som har hatt HVR. Vi får opplyst at man kuttet ut dette møtet noen måneder i høst, noe som fikk konsekvenser for rekrutteringen til hverdagsrehabiliteringsteamet: *«Det gikk ikke særlig bra. Vi fikk ingen henvisninger fra hjemmesykepleien. Plutselig var vi helt glemt.»*

Det er faste samarbeidsmøter korttidsavdelingen mellom hjemmesykepleien og korttidsavdelingen for å avklare hvem som gjør hva ifm. oppfølging av bruker (hvem har medisinsansvaret, hvem skal melde inn multidoser, hvem tar ansvar for å følge opp fastlegen. I tillegg kommer nettverksmøter, som også er sammen med pasient og pårørende og som dreier seg om planlegging av hjemkomst og treningsopplegg på korttid.

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at samarbeidet mellom disse aktørene fungerer bra. Flere tar imidlertid til orde for økt samarbeid på tvers av tjenestoområdene. Fra hjemmetjenestene pekes det blant annet på at man ikke helt kjenner til hvordan miljøtjenesten jobber med brukerne og at det er behov for mer samarbeid med mestring og miljøtjenesten. Det vises til at dette blir delvis ivaretatt gjennom et nytt tverrfaglig team bestående av leder for tildelingskontoret og lederne for Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring. Det blir også pekt på at HVR-teamet (Fysio og ergo) burde være en del av et slikt samarbeid mellom tjenestoområdene.

VURDERING

De ulike enhetene i Gjesdal har gjennomført en del kompetansehevingstiltak for å kunne jobbe i tråd med kommunens mål om å jobbe med utgangspunkt i brukernes ressurser og for å gjøre dem mest mulig selvhjulpne. Samarbeidet mellom enhetene innenfor Helse, bo- og hjemmetjenester fungerer i all hovedsak bra. De faste samarbeidsmøtene mellom HVR-teamet ser ut til å være viktig for å forankre egenmestringstankegangen i hjemmetjenesten og for å rekruttere brukere til rehabiliteringstilbudet.

I gjennomgangen utkrystalliserer det seg spesielt to hovedutfordringer knyttet til kompetanse og samarbeid:

-
- **Kompetanse.** Som vi var inne på over, er det i kommunens overordnede mål en forventning om at de ansatte i brukerrettede tjenester skal innta en ny rolle overfor mange av brukerne. I stadig større grad fremstår de mer som en mentor eller lærer som skal hjelpe pasientene i å mestre oppgavene selv, i stedet for en hjelper som gjør oppgavene for dem. I mange tilfeller krever rollen at de fremstår mer som hverdags-terapeuter eller hverdagstrenere enn som pleiere. Gjesdal har gjennomført en god del kompetansehevingstiltak, men tiltakene har etter vår vurdering nådd for få av de ansatte i hjemmesykepleien. Inntrykket vårt er at de ansatte i hjemmesykepleien ikke i tilstrekkelig grad har fått tilstrekkelig påfyll av kompetanse som trengs for å fylle den nye rollen. Eksempler på dette er relasjonskompetanse, pedagogisk kompetanse og opptrening- eller rehabiliteringskompetanse.

Det ser ut til å være **behov for et praksisnært kompetanseløft** som når flere ansatte, og som kan være med å legge grunnlaget for en mer likeartet praksis. **Eksempler** på dette er hospitering eller skygging, dvs. praktisk veiledning, skulder ved skulder. Bruk av hospitering etterlyses i våre intervjuer, og gjennomgangen i Eigersund tyder på at hospitering er en veldig god måte å drive kompetanseheving på, ettersom det både er praktisk og målrettet. I tillegg får de involverte partene mer forståelse for hverandres rammebetingelser og arbeidsmetodikk. 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.

Hverdagsrehabiliteringsteamet og resten av fysio- og ergoterapitjenesten bør få en viktig rolle her, ettersom det er kommunens sentrale kompetansemiljø innen opptrening og rehabilitering.

- **Samarbeid.** Det ser ut til å være behov for et mer praktisk rettet samarbeid mellom avdelingene innfor Helse, bo og hjemmetjenester og Forebygging og mestring. Sannsynligvis bør man starte i den praktiske enden her, dvs. å legge til rette for hospitering også på tvers av tjenesteområdene, men samtidig ha en felles plan og ramme for dette. Erfaringene som herfra bør drøftes i tverrfaglige møter, og vil kunne være et utgangspunkt for å utvikle selvhjelpsmetodikken.

Hensikten med et slikt praktisk sektorovergripende samarbeid er kompetanseheving gjennom praktisk erfaringsutveksling. Selv om egenmestringsperspektivet ser ut til å være godt forankret innen psykisk helse og miljøtjenestene, tror vi disse har noe å lære av de somatiske avdelingene, og selvfølgelig motsatt. Ettersom HVR, fysio- og ergo, miljøtjenestene og tjenestene innen psykisk helse og rus har ulike brukergrupper med ulike utgangspunkt, har de også ulike erfaringer, som vi tenker det vil kunne være nyttig for de andre enhetene å ta del i. Kort sagt tror vi de ulike fagmiljøene har noe å lære hverandre med tanke på å vurdere mulighetsrommet for egenmestring og hvordan man jobber for å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne. Egenmestring handler bare delvis om fysisk opptrening til å kunne bli selvhjulpne. For en del brukere vil kognitive utfordringer påvirke mulighetene for egenmestring. De vil kanskje ha behov for mental stimulans eller kognitiv opptrening. Samtidig er det

viktig å skape gode ernæringsmessige forutsetninger for opptrening. Vi tror at et styrket praktisk samarbeid mellom de ulike fagområdene vil kunne øke den samlede innsikten og egenmestringskompetansen.

- Samarbeidets innhold, form og nytte bør vurderes opp mot tids- og ressursbruk

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.

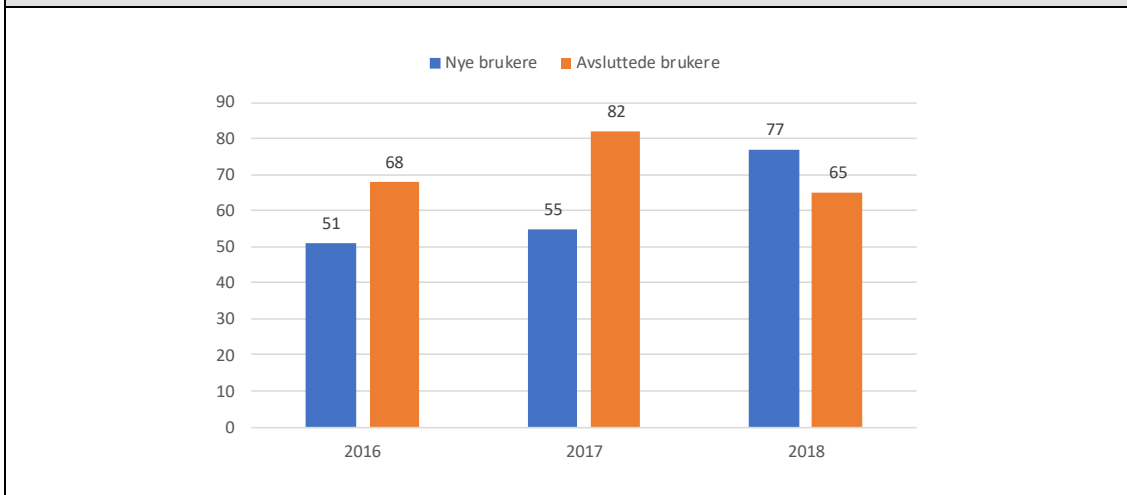
Vi har også noen forventninger knyttet til den økonomiske utviklingen

- 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 SIRKULASJON - GJENNOMSTRØMNING

Figur 5 – Nye og avsluttede hjemmetjenestebukere (tall mottatt fra kommunen, juni 2019)³⁵

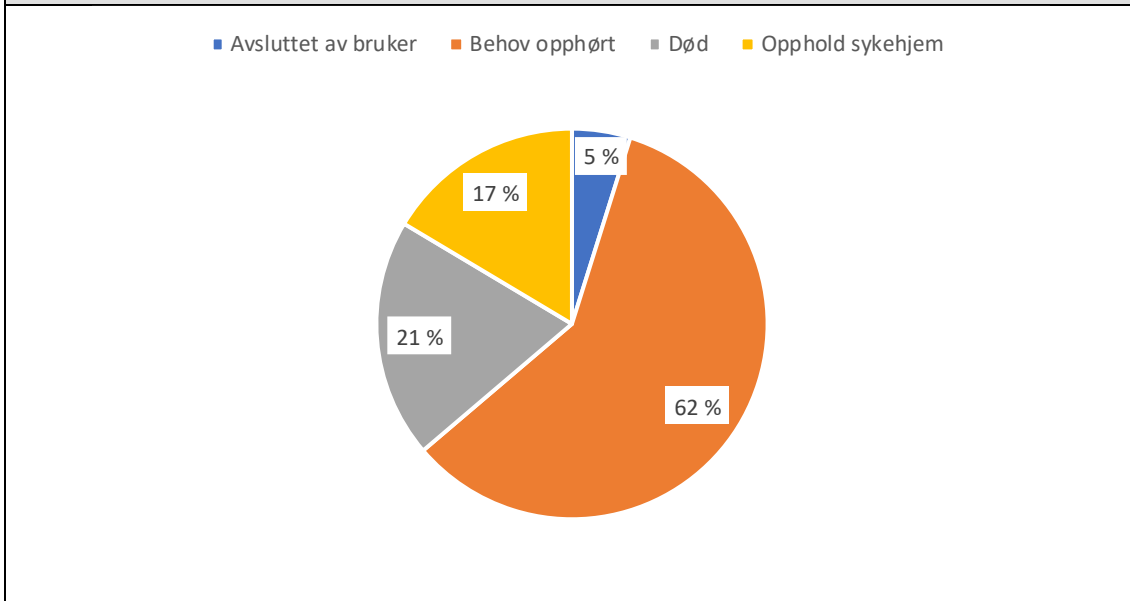


Tidsserien er for kort til å trekke bastante konklusjoner mht. utviklingen, men vi ser at en betydelig andel av brukerne har avsluttet tjenesten de siste årene, selv om det er en netto tilvekst av brukere det siste året.

I løpet av de tre siste årene har 215 brukere avsluttet tjenesten, mens 183 nye er kommet til, dvs. en netto reduksjon på 32 brukere. I figuren under ser vi nærmere på hva som er de viktigste avgangårsakene.

³⁵ Det finnes ikke pålitelige tall lenger tilbake i tid.

Figur 6 – Avgangårsaker for brukere av hjemmesykepleie de tre siste årene³⁶



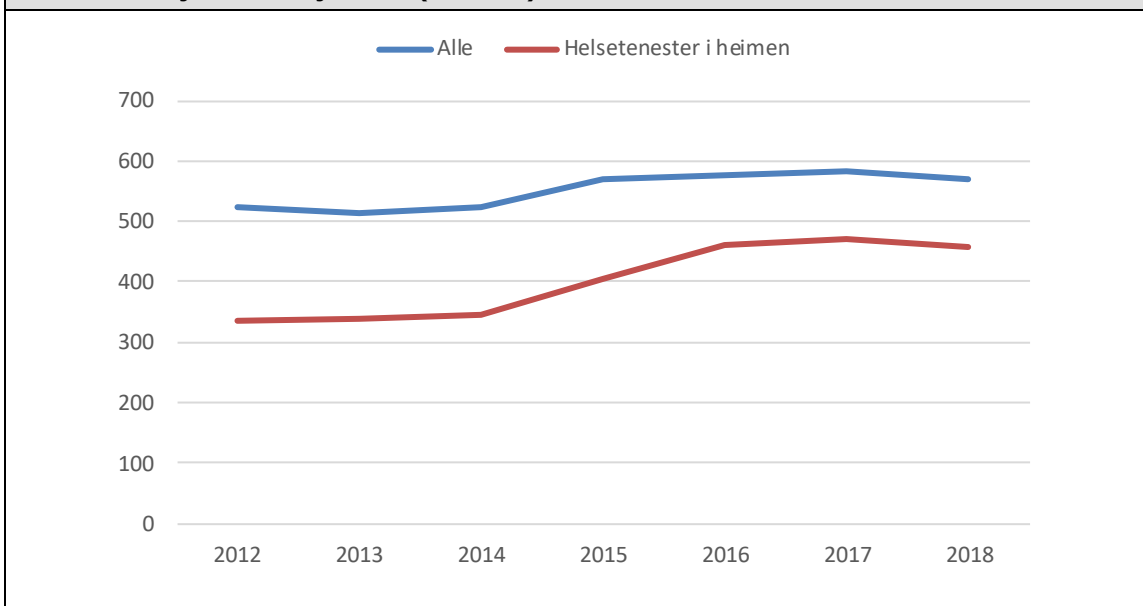
Kommentar: I forhold til egenmestring og hjelp til selvhjelp er det kategorien behov opphørt som er mest interessant. Vi ser at behovet er opphørt for drøyt 60 prosent av pasientene. Vi får opplyst fra kommunen at det er betydelige feilføringer i denne kategorien, og at en del brukere i denne kategorien eksempelvis har fått opphold i sykehjem. Andelen brukere der behovet er opphørt er derfor en god del lavere enn 62 prosent, men vi vet ikke hvor stor andelen er.

2.5.3 BRUKERE AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTER I GJESDAL

I figuren under viser vi utviklingen i antall brukere av pleie- og omsorgstjenester i Gjesdal kommune. Vi ser at det har vært en liten vekst i antall brukere siden 2012 og at den sterkeste veksten kommer blant brukere som mottar hjemmesykepleie, 36 prosent fra 2012 til 2018.

³⁶ Det er ikke et fullstendig samsvar mellom antall avsluttede og antall avsluttede dersom man summerer avgangårsakene. Dette skyldes etter alt å dømme at kommunen ikke har en avslutningsårsak på alle. Dette gir imidlertid små utslag, slik at illustrasjonen gir et nokså betegnende bilde.

Figur 7 – Utvikling brukere med pleie og omsorgstjenester i Gjesdal – totalt og de som mottar helsetjenester i hjemmet (KOSTRA)



Den sterkeste brukerveksten kommer i aldersgruppen 0-49 (totalt 80 flere pleie og omsorgsmottakere, og 90 flere mottakere av helsetjenester i hjemmet). Det er også en betydelig brukervekst i aldersgruppen 67-79 (fra 42 til 76 mottakere av helsetjenester i hjemmet).

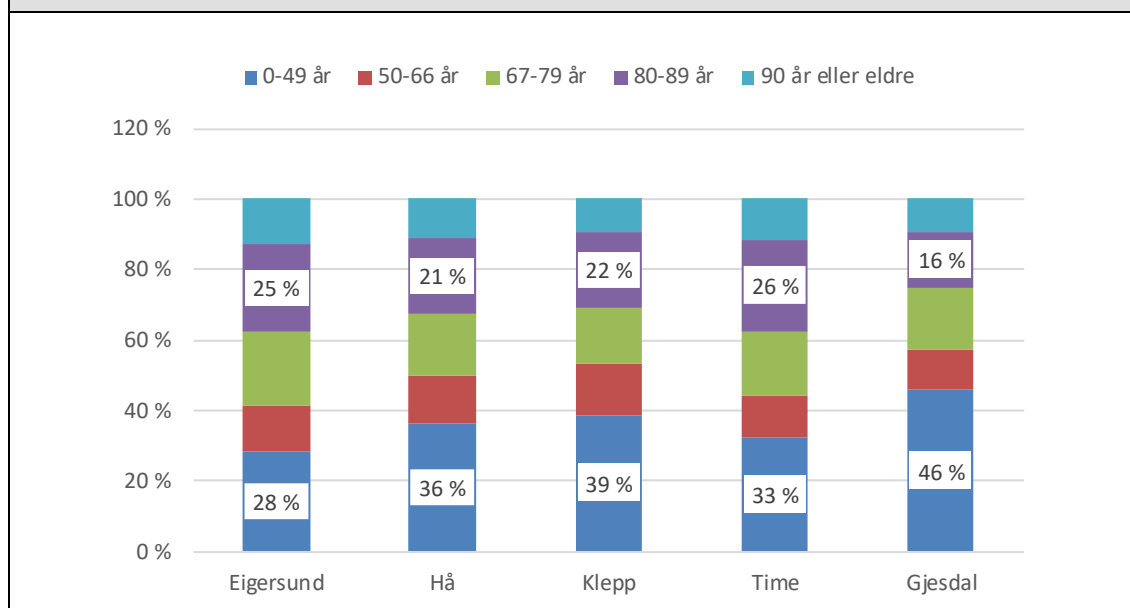
Dekningen av hjemmetjenester i Gjesdal er omtrent som i Hå, Klepp og Time kommune, dvs. 29 tjenestemottakere per 1000 innbygger i Eigersund og Klepp og 30 i Hå og Time. Eigersund skiller seg ut med 44 mottakere per 1000 innbyggere. Her spiller institusjonsdekningen inn, slik at den totale pleie og omsorgsdekningen i Gjesdal ser ut til å være noe lavere enn i de andre kommunene, ettersom Gjesdal, i likhet med Eigersund, har få institusjonsplasser ([se her](#)).

Det har vært en ørliten økning i antall mottakere av praktisk bistand, fra 128 i 2012 til 135 i 2018.

2.5.4 BRUKERNES ALDERSPROFIL

I figuren under illustrerer vi brukernes aldersprofil i Gjesdal, sammenlignet med fire nabokommuner. Hovedbildet er at det er færre i alderen 80-89 år blant brukerne og flere brukere mellom 0-49 år.

Figur 8 – Pleie- og omsorgsmottakernes aldersprofil i de fem kommunene



2.5.5 ANDEL INNBYGGERE MED HELSETJENESTER I HJEMMET

I de neste figurene viser vi utviklingen i ulike aldersgrupper som mottar helsetjenester i hjemmet i Gjesdal, sammenlignet med de fire andre kommunene.

I utgangspunktet var planen å se på utviklingen i det totale antallet pleie- og omsorgsmottakere. Det har vi gått bort fra, ettersom vi har oppdaget enkelte feilkilder. Blant annet har Gjesdal rapport svært få trygghetsalarmer de siste tre årene³⁷, selv om vi vet at det er et betydelig antall i bruk. Kommunen rapporterer også Ø-hjelpsbrukere ulikt. Antallet varierer fra 0 til 145 brukere. Dette gir grunn til å tro at heller ikke det aggregerte antallet pleie- og omsorgsmottakere er riktig.

Rapporteringen vedrørende helsetjenester i hjemmet ser ut til å være korrekt i alle kommunene, og er også en god indikator på utviklingen i graden av selvhjulpenhet.

En liten svakhet her er at antallet institusjonsplasser vil slå ut på behovet for hjemmetjenester. I kommuner med lav institusjondekning vil det være et noe større behov for hjemmetjenester. Ulik utvikling vil også spille inn. Vi har gjengitt utviklingen i de fem kommuner for de siste årene i vedleggsdelen. Den viser to ting: Andelen er nokså stabil over tid i de fem kommunene, og Gjesdal har nest lavest institusjondekning i prosent av de over åtti (14 prosent mot 11 prosent i Eigersund. Hå har 22 prosent, mens Klepp og Time har hhv 20 og 17 prosent).

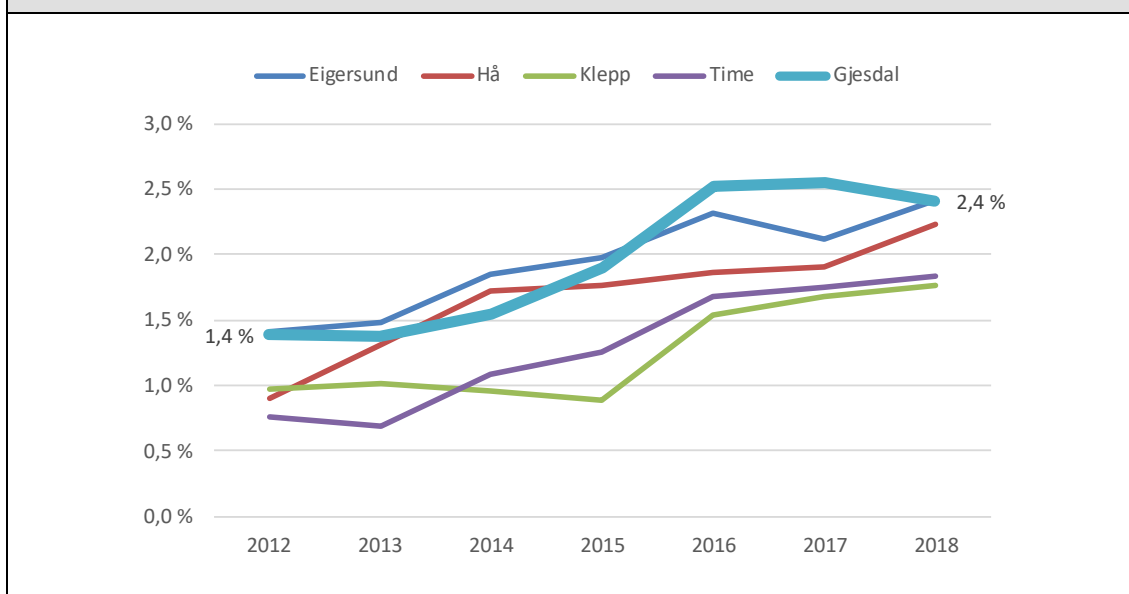
I de andre kommunene vi har undersøkt har vi konsentrert oss om brukere i alderen 80-89 for å få et mål på dette. Men ettersom Gjesdal skiller seg ut med en stor andel unge

³⁷ Fra 2016 til 2018 ble det hhv. rapport 0, 6 og 9 trygghetsalarmer i Gjesdal kommune. I sammenligningskommunene ble det i 2018 rapportert fra 283 til 365 trygghetsalarmer.

brukere, tar vi med alle aldersgruppene med unntak av de over 90, ettersom vi er informert om at forholdstallet som genereres her ikke vil gi et godt bilde av situasjonen³⁸.

Tallene som presenteres under annerledes enn det vi presenterte i figuren over. Under ser vi antall brukere i en gitt aldersgruppe opp mot antall innbyggere i samme aldersgruppe.

Figur 9 – Andel innbyggere mellom 0 og 49 år med helsetjenester i hjemmet³⁹



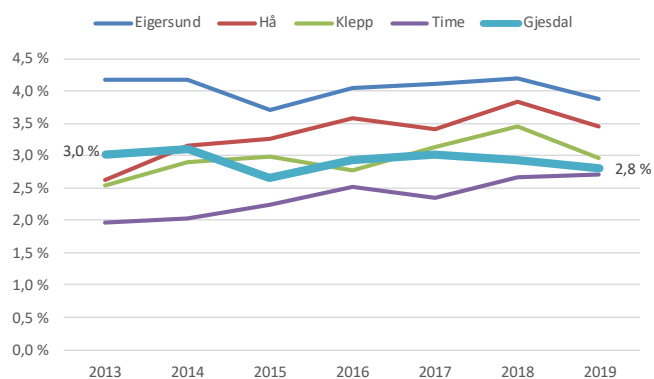
Gjesdal og Eigersund har andelsmessig flest brukere i denne aldersgruppen. De to kommunene har også hatt en sterk brukervekst, på hhv. 78 og 66 prosent. Men faktisk er brukerveksten i de andre kommunene større. I Time er den på 149 prosent og i Hå 154 prosent.

Figurene under viser at det har vært en ørliten nedgang i andelen tjenestemottakere i aldersgruppen 50-66, en liten vekst i brukere mellom 67-79 og en kraftig nedgang i andelen innbyggere mellom 80-89 som er tjenestemottakere. I 2018 har Gjesdal den laveste andelen brukere mellom 80-89 med helsetjenester i hjemmet.

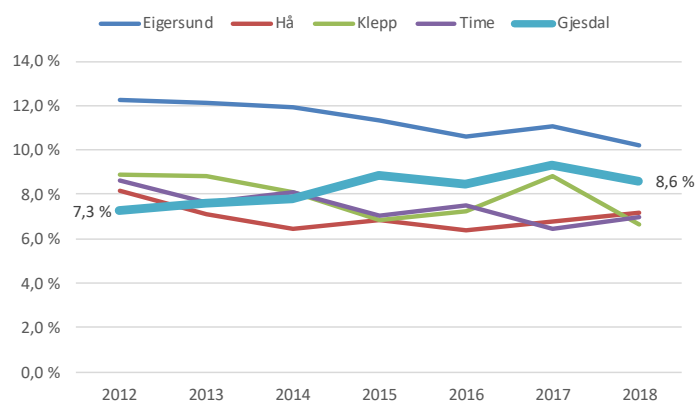
³⁸ Kilde: SSB.

³⁹ Vi har beregnet andelen som klarer seg selv ut fra foreliggende tall i KOSTRA-statistikken som viser antall unike brukere av helsetjenester i hjemmet delt på antall innbyggere i denne aldersgruppen, dvs. <https://www.ssb.no/statbank/table/11642/> og <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>. Vi har tatt befolkningstall fra 01.01.2019 opp mot brukertall fra 31.12.2018.

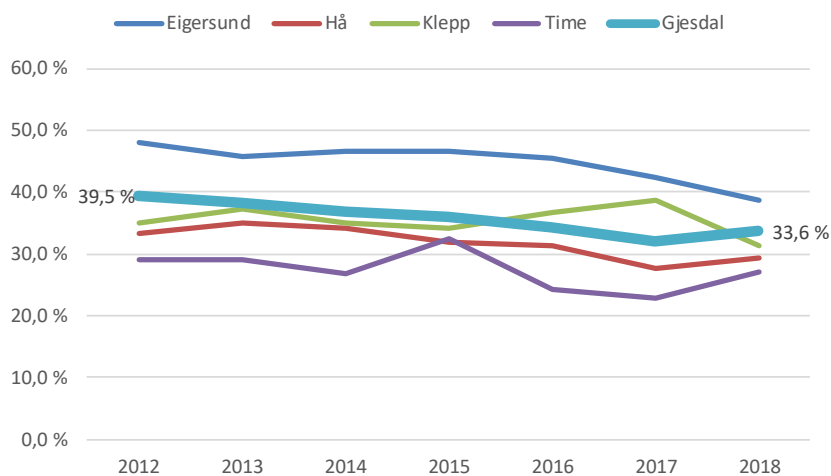
Figur 10 – Andel innbyggere mellom 50-66 år med helsetjenester i hjemmet ⁴⁰



Figur 11 – Andel innbyggere mellom 67-79 år med helsetjenester i hjemmet ⁴¹



Figur 12 – Andel innbyggere mellom 80-89 år med helsetjenester i hjemmet ⁴²



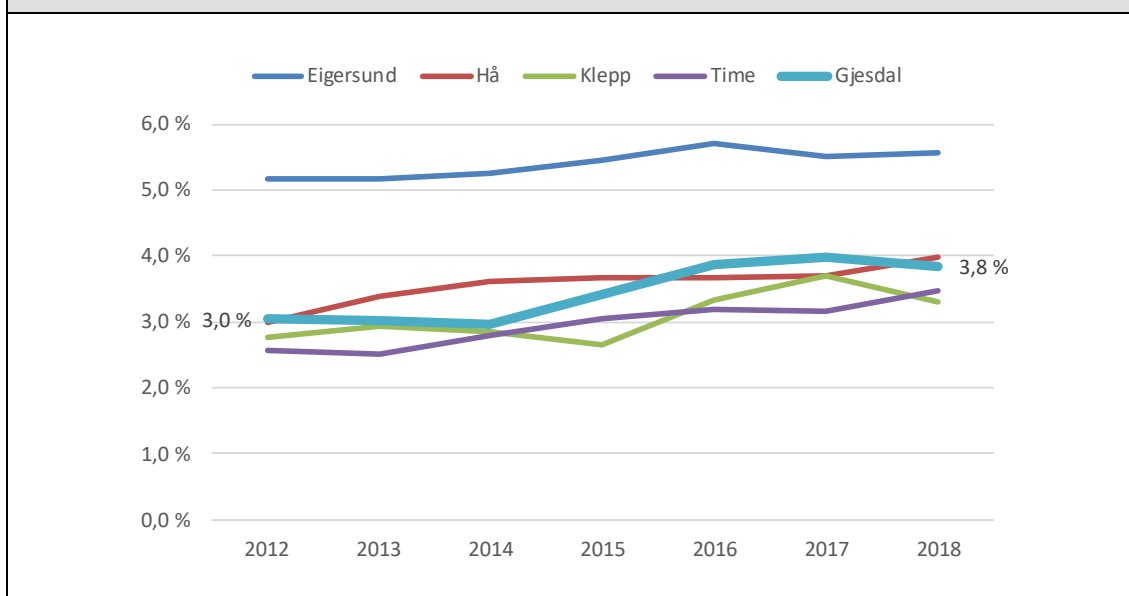
⁴⁰ Se fotnote over.

⁴¹ Se fotnote over.

⁴² Se fotnote over.

I den siste figuren viser vi det totale bildet, dvs. hvor mange innbyggere som har helse-tjenester i hjemmet i prosent av alle innbyggere totalt.

Figur 13 – Andel innbyggere i kommunene med helsetjenester i hjemmet ⁴³



OPPSUMMERING

Det har vært en økning i antall mottakere av hjemmesykepleie i Gjesdal, i likhet med de fire andre kommunene. Utviklingen i de ulike aldersgruppene viser et broket bilde, og det er vanskelig å trekke bastante slutninger. Et særtrekk ved Gjesdal er at kommunen har mange unge brukere, men relativt få i alderen 80-89. Det er den yngste brukergruppen som har vokst mest de siste årene. Dette er en gruppe som også vokser betydelig i de andre kommunene, men i 2018 er det flest i denne brukergruppen i Gjesdal og Eigersund, i prosent av antall innbyggere i samme gruppe.

Gjesdal har samtidig en betydelig reduksjon i andel brukere mellom 80-89 som mottar hjemmetjenester. Bare i Eigersund er nedgangen større. Det er grunn til å tro at det ikke er satsingen på hverdagsrehabilitering og egenmestring som er årsaken til dette, etter-som hverdagsrehabiliteringen startet opp i november 2016 i Gjesdal. En mulig forklaring her er nedgangen skyldes en generelt friskere eldrebefolkning eller en forflytning innad i aldersgruppen, dvs. flere mellom 80-85, færre mellom 86-89.

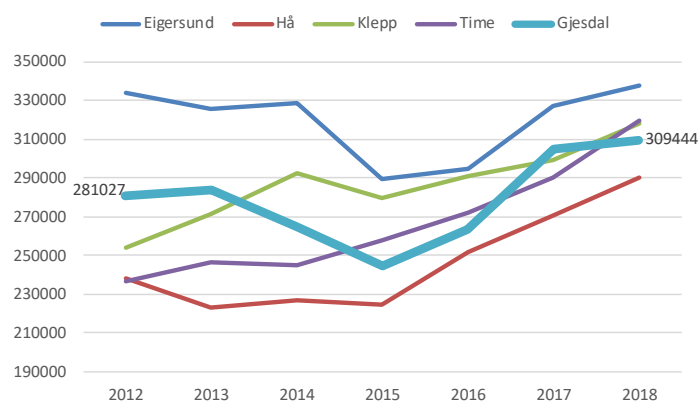
Det blir fremover viktig å skape gode rammebetingelser for å jobbe med egenmestring og hjelp til selvhjelp blant de yngste brukerne. Dette er den brukergruppen som vokser mest, samtidig som disse brukerne vil kunne ha behov for tjenester i en årrekke frem-over. Klarer man å gjøre disse brukerne mer selvhjulpne, vil det gi en stor menneskelig gevinst, samtidig som det vil være svært ressursbesparende for kommunen.

⁴³ Se fotnote over.

2.5.6 UTGIFTSUTVIKLING

I figuren under viser vi utgiftsutviklingen per hjemmetjenestermottaker i Gjesdal, sammenlignet med de fire andre kommunene. Vi har krympet skalaen en del for å illustrere ulikhetene og variasjonene på en bedre måte.

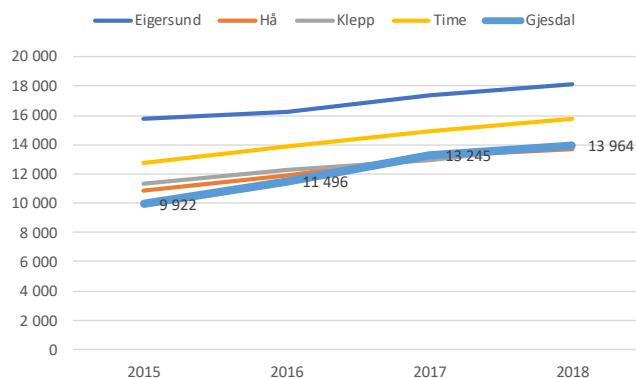
Figur 14 – Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester (KOSTRA)⁴⁴



I Gjesdal er det først en markant nedgang i utgifter per bruker fra 2012 til 2015, deretter har utgiftene steget jevnt. Vi ser lignende tendenser i de andre kommunene. I 2018 ligger Gjesdal ørlite under gjennomsnittet for de fem kommunene.

I de to neste figurene viser vi Gjesdal kommunes totale utgifter forbundet med pleie og omsorg per innbygger. I den første figuren viser vi kun utgiftstallene. I den neste figuren korrigerer vi utgiftene for det objektive utgiftsbehovet i kommunen.

Figur 15 – Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger

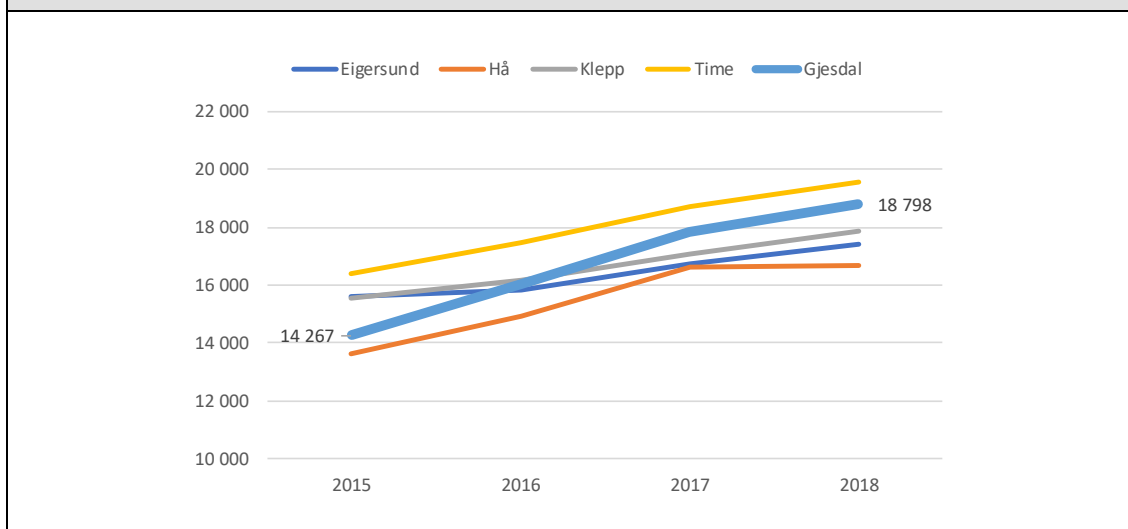


Figuren viser at Gjesdal har de laveste pleie- og omsorgsutgiftene, sammen med Hå.

⁴⁴ Kilde for tall fra 2010 - 2016: KOSTRA. Tall for 2017 er hentet fra Framsikt, som henter sine tall fra KOSTRA.

Bildet endrer seg når vi har korrigerer for kommunenes ulike utgiftsbehov⁴⁵. Av de fire kommunene er Gjesdal kommunen med det laveste objektive utgiftsbehovet (74,3 %), mens Eigersund har det høyeste objektive utgiftsbehovet (104,3%⁴⁶). Utviklingen i utgiftskorrigerede utgifter er illustrert i figuren under.

Figur 16 – Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger – Korrigerert for behov⁴⁷



For å oppsummere: Når vi behovskorrigerer utgiftene bruker Gjesdal drøyt 700 kroner mer per innbygger enn gjennomsnittet av de fem kommunene. Uten behovskorrigerer bruker Gjesdal drøyt 1100 kroner mindre enn sammenligningskommunene⁴⁸.

En mulig forklaring på dette kunne vært at Gjesdal hadde forholdsmessig flere brukere med omfattende bistandsbehov, sammenlignet med de andre kommunene. Tall fra KOSTRA tyder på at forskjellene mellom kommunene (med unntak av Hå, 22,4 %) er små (30,4 % i Eigersund, 29,4 % i Klepp, 31,5 % i Time og 32,4 % i Eigersund). Dette betinger imidlertid at IPLOS-registreringen⁴⁹ i de ulike kommunene er korrekt, noe den ikke alltid er⁵⁰.

Blant de yngste brukerne, dvs. de mellom 0-66 år har Gjesdal, sammen med Time, flest brukere med omfattende bistandsbehov, begge drøyt 23 prosent.

⁴⁵ Behovsvariablene er de samme som brukes i Grønt hefte i statsbudsjettet og regnes som objektive behovsvariabler, dvs. variabler kommunene ikke kan påvirke. I vedleggsdelen har vi vist hvordan alle behovsvariablene slår ut i de fem kommunene. Variablene med den høyeste vektningen er andel eldre innbyggere og andelen innbyggere over 16 år med psykisk utviklingshemming.

⁴⁶ 100 prosent er snittet av norske kommuner.

⁴⁷ Kilde: Framsikt, som igjen er basert på Grønt hefte i statsbudsjettet. 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.

⁴⁸ Dersom vi sammenligner med Gjesdal kommunes KOSTRA-gruppe er forskjellen enda større, nesten 1700 kroner per innbygger. Men enkelte av kommunene i gruppen er med i den statlige finansieringen av omsorgstjenester, noe som trekker gjennomsnittskostnaden ned, og gir dermed et feilaktig bilde av utgiftssnittet i kommunegruppen.

⁴⁹ De ansatte i pleie- og omsorgssektoren registrerer pleietyngden i IPLOS-registeret. I IPLOS finnes det 17 variabler som måler ulike sider ved bistandsbehovet til den enkelte tjenestemottaker. Bistandsnivået måles fra 1 til 5, der fem er det tyngste pleienivået.

⁵⁰ Jf. erfaringer fra tidligere prosjekter

VURDERING

Utgiftsutvikling. Utgiftene forbundet med pleie- og omsorg har økt betydelig de siste årene, men Gjesdal har relativt lave utgifter sammenlignet med nabokommunene. Bildet endrer seg når vi har korrigerer for kommunenes ulike utgiftsbehov Gjesdal har relativt høye behovskorrigerede utgifter forbundet med pleie- og omsorgssektoren, og utgiftene har økt betydelig de siste fire årene.

Samtidig peker den relativt ferske Devoldrapporten på at kommunens helse- og velferdstjenester er effektive, driften er målrettet og kostnadsnivået er rigget for fremtiden. Hvordan kan dette henge sammen? En mulig forklaring her er at Gjesdal kommune har få innbyggere i de kategoriene som gir høy uttelling i statsbudsjettet innenfor pleie og omsorg og som ligger til grunn for vår behovsberegning. I tabellen under er dette markert med gult. Gjesdal har tilsvarende mange innbyggere i gruppene som gir svak uttelling, illustrert med oransje.

	Gjesdal	Eigersund	Hå	Klepp	Time
Indeks innb. 0-1 år (0%)	124 %	104 %	128 %	115 %	122 %
Indeks innb. 2-5 år (1%)	138 %	102 %	132 %	124 %	126 %
Indeks innb. 6-15 år (2%)	123 %	108 %	124 %	121 %	118 %
Indeks innb. 16-22 år (2%)	109 %	108 %	109 %	112 %	104 %
Indeks innb. 23-66 år (10%)	99 %	97 %	96 %	98 %	98 %
Indeks innb. 67-79 år (11%)	67 %	101 %	80 %	81 %	79 %
Indeks innb. 80-89 år (20%)	57 %	100 %	76 %	68 %	81 %
Indeks innb. over 89 år (11%)	42 %	100 %	78 %	56 %	71 %
Indeks basiskriteriet (1%)	82 %	63 %	49 %	47 %	48 %
Indeks reiseavst. innen sone (1%)	149 %	101 %	61 %	48 %	51 %
Indeks reiseavst. til nabokrets (1%)	112 %	101 %	99 %	72 %	67 %
Indeks PU over 16 år (14%)	81 %	135 %	88 %	97 %	81 %
Indeks ikke-gifte 67 år og over (13%)	51 %	97 %	63 %	58 %	63 %
Indeks dødelighetskriteriet (13%)	104 %	100 %	91 %	92 %	88 %
Utgiftsbehov - samlet	74 %	104 %	82 %	79 %	81 %

En annen forklaring er at tallene ikke måler det samme. De utgiftskorrigerede tallene for pleie og omsorg fanger ikke hele tjenesteområdet som er omfattende av drifts- og resursanalysen. En tredje forklaring er at Gjesdal kommune har en høy andel ressurskrevende brukere (pekt på i en forvaltningsrevisjon fra 2014) og en fjerde mulig forklaring er at Gjesdal har et høyere tjenestenivå enn de øvrige kommunene, men vi har ingen data som underbygger en slik påstand.

2.6 OVERTID OG SYKEFRAVÆR

I tabellen under viser vi benyttet overtid innen Helse og velferd de tre siste årene. Vi ser at bruken av overtid økte fra 2016 til 2017, men ble redusert kraftig i 2018. Det er spesielt på sykehjemmet at bruken av overtid har vært høy de to siste årene. Vi får opplyst at

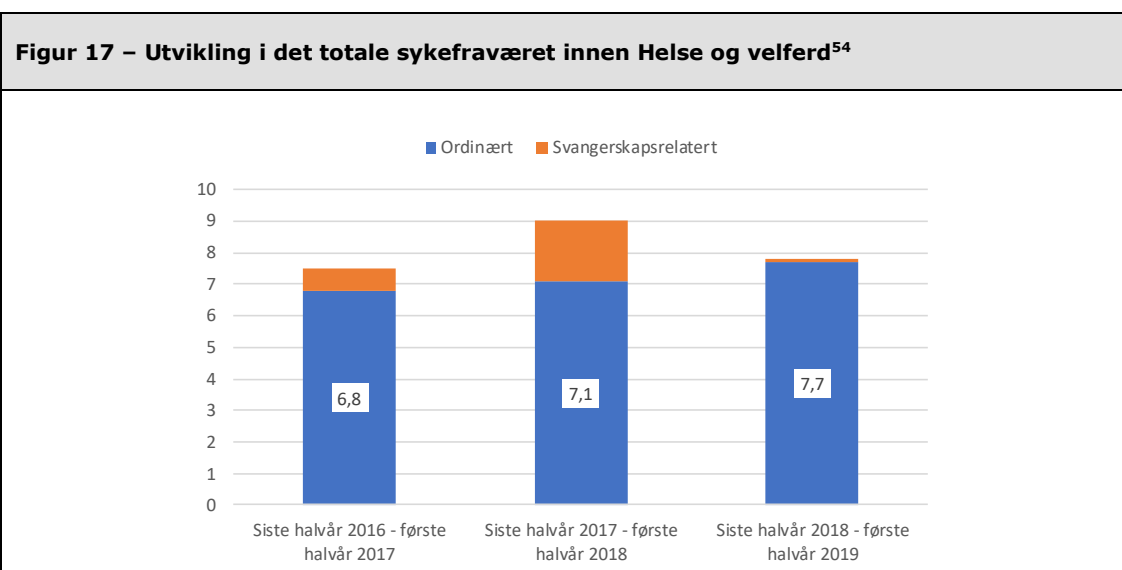
⁵¹ Kilde: Framsikt.

dette i all hovedsak skyldes økt bemanning pga. ressurskrevende og utagerende brukere, samt sykemeldinger.

Tabell 4 – Oversikt over benyttet overtid innenfor Helse og velferd gjennom tre år⁵²			
Avdeling	2016	2017	2018
Psykisk helse og rusvern	617	723	8,14
Mestringssenteret			13
Bo og hjemmetjenester PHR			152
Miljøarbeidertjenesten	3283	1699	673
Flassabekken omsorgsbolig			190
Barne og avlastning	694	915	619
Hjemmetjenesten	307	1470	643
Sykehjem	1038	3251	2859
Åboas omsorgsboliger	1695	1063	583
Åboas bofellesskap	512	843	815
Kjøkken	0	0	27
Sum	8146	9964	6582,14
Sum omgjort til årsverk	4,8	5,9	3,9

Kommentar: Når vi har omgjort antall overtidstimer til årsverk, har vi lagt til grunn at et årsverk utgjør 1695 timer. Psykisk helse og rusvern ble delt i Mestringssenteret og Bo og hjemmetjenester i PHR i 2018. Flassabekken ble opprettet i 2018.

Det gjennomsnittlige sykefraværet innen helse- og omsorgstjenestene i landets kommuner har de siste årene ligget på rundt elleve prosent⁵³. Vi ser at sykefraværet innen helse- og omsorgssektoren er betydelig lavere i Gjesdal



⁵² Mottatt av kommunen i juni 2019.

⁵³ <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/statistikk-og-analyse/ks-arbeidsgivermonitor-2017-f36.pdf>

⁵⁴ Tall mottatt fra kommunen 12.09.19.

Korttidsfraværet utgjør mellom 0,7 og 1 prosent de ulike årene, men vi ser at det svangerskapsrelaterte fraværet endrer seg betydelig fra år til år, og er nesten borte i 2018. **Vi får opplyst at nedgangen i det svangerskapsrelaterte fraværet fra 2017 til 2018 ikke er reelt.** Når kommunen gikk over til digitale sykemeldinger, klarte man ikke lenger å få ut tall på det svangerskapsrelaterte sykefraværet, derfor er dette i all hovedsak innbakt i det totale fraværet i 2018.

Tabell 5 – Oversikt over det totale sykefraværet innenfor Helse og velferd gjennom tre år⁵⁵

Avdeling	2016	2017	2018
Helse og velferd	3,6	10,6	8,6
Forebygging og mestring	7,1	3,7	0,7
Psykisk helse og rus	6,5	7,5	7,5
Ambulerende hjemmetjenester	3,2	5,8	4,2
Miljøarbeidertjenesten	5,6	6,9	10,2
Bo og rehabilitering	1,5	1,1	1
Solås bo og rehab	6,9	8,7	
Solås bo og rehab	5	6,6	10,1
Åboas bofellesskap	10,3	9,3	9,3
Åboas omsorgsbolig	8,3	8,9	7,9

OPPSUMMERING

Overtidsbruken i Gjesdal har gått ned de siste årene. I 2017 utgjorde overtidsbruken nesten 6 årsverk, i 2018 utgjorde det nesten 4 årsverk.

Sykefraværet innen Helse og velferd i Gjesdal er betydelig lavere enn landsnittet, og det har vært en nedgang fra 9 % i 2017/2018 til 7,8 prosent i 2018/2019.

Tallene tyder på at nedgang i det svangerskapsrelaterte sykefraværet er hovedårsaken til dette. Men illustrasjonen lyver litt, ettersom man i 2018 ikke lenger klarer å få ut presise tall som viser det svangerskapsrelaterte sykefraværet. Kommunen bør se nærmere på om dette er mulig å få til på en enkel måte, ettersom dette gir et mer nyansert bilde av sykefraværet.

⁵⁵ Nav og flyktingtjenesten er ikke tatt med. Kommunen registrerer også svangerskapsrelatert sykefravær, som slår ut en del enkelte år for noen av enhetene. Eksempelvis utgjorde dette i 2016 og 2017 hhv. 3,1 og 2,4 prosent ved Åboas omsorgsbolig og 3,3 prosent i 2017 ved Forebygging og mestring Omorganisering i 2017.

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

- Vi har intervjuet **33 personer** (Per 18.06.19)
- **Oppstartsmøte – 5 personer:** Rådmann, kommunalsjef Helse og velferd, virksomhetsleder Forebygging og mestring, virksomhetsleder Helse, bo og hjemmetjenester
- **Intervjuer:**
 - Tidelingskontoret – leder pluss en ansatt (**2 personer**)
 - Leder av hjemmetjenesten (**1 person**)
 - Ansatte i hjemmetjenesten (**fem personer**)
 - Leder for Fysio og ergo og to ansatte – en i hverdagsrehabiliteringsteamet (**3 personer**)
 - **Solås korttid-rehabavdeling** – leder pluss to ansatte (**3 personer**)
 - **Ledere i miljøarbeidertjenestene, dvs. i Fiskebekkveien, Flassabekken, Bærland og Avlastningsboliger BPA (4 personer)**
 - Ansatte i Flassabekken miljøarbeidertjeneste (**4 personer**)
 - Ansatte ved Mestringssenteret (**tre personer**)
 - Ansatte ved barn og avlastning (**tre personer**)
- **En del oppklaringssamtaler**
- **Samtale med økonomisjef om budsjettfordelingsmodell**

SKRIFTLIGE KILDER

- Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Gjesdal kommune 2019-2023
- Helhetlig handlingsplan for tjenestområdet Helse og velferd 2019-2023
- Kriterier for tjenestetildeling, fra Helse og velferd i juni 2019
- En rekke interne administrative føringer/politiske saker, fra Helse og velferd i juni 2019

-
- Oversikt over kompetansehevingstiltak i de ulike avdelingene, fra Helse og velferd i juni 2019
 - Informasjon om hverdagsrehabiliteringstilbudet og Frisklivssentralen, fra Helse og velferd i juni 2019
 - Drifts og ressursanalyse Helse og Velferd, Rune Devold 2019
 - Gjesdal kommunes årsmeldinger 2017, 2018
 - Brukerundersøkelser for de fleste avdelinger innen Helse og Velferd, 2015 og 2018
 - Over

TALL/STATISTIKK

- Tall fra kommunen, Framsikt og KOSTRA

ANDRE KILDER

Data ifm prosjekter i Eigersund, 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